



**INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA  
NEVES**

LILIANE MARIA DA SILVA MELO

**ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA REINSERÇÃO SOCIAL DO PACIENTE  
PORTADOR DE ESQUIZOFRENIA**

SÃO JOÃO DEL REI

2014

LILIANE MARIA DA SILVA MELO

**ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA REINSERÇÃO SOCIAL DO PACIENTE  
PORTADOR DE ESQUIZOFRENIA**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves – IPTAN – como requisito parcial à obtenção do título de graduação sob orientação da Prof. Esp. Vaneska Ribeiro Perfeito Santos.

SÃO JOÃO DEL REI

2014

LILIANE MARIA DA SILVA MELO

**ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA REINSERÇÃO SOCIAL DO PACIENTE  
PORTADOR DE ESQUIZOFRENIA**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves – IPTAN – como requisito parcial à obtenção do título de graduação sob orientação da Prof. Esp. Vaneska Ribeiro Perfeito Santos.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Professora Esp. Vaneska Ribeiro Perfeito Santos  
(Orientadora)

---

Professora Msc. Jaíne das Graças Oliveira Silva Resende  
(Examinadora)

---

Professor Esp. José Luiz Resende  
(Examinador)

Dedico este trabalho à minha família e amigos que sempre me apoiaram e a todos que trabalham ou pretendem trabalhar na área de saúde mental.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por me abençoar sempre e colocar em meu caminho possibilidades de crescimento, como a graduação em enfermagem.

Aos meus pais Geraldo e Gorete, por me apoiarem incondicionalmente, não medindo esforços para que eu tivesse sempre o melhor e aos meus irmãos e sobrinhos por torcerem sempre pelo meu sucesso.

À minha filha Danielle, por compreender minha ausência e me motivar a alcançar meus objetivos e ao meu marido Ricardo por acreditar em mim e me incentivar a estudar e a me aprimorar sempre.

Aos meus amigos e colegas de turma que sempre acreditam em meu potencial e sempre torcem pela minha vitória.

À minha orientadora Vaneska, pela disposição e dedicação oferecida durante a confecção desse trabalho e aos meus professores pelos conhecimentos transmitidos.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.

Carl Jung

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CID- Classificação Internacional de Doenças

DSM- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

MTSM- Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS- Núcleos de Atenção Psicossociais

SENAES- Secretaria Nacional de Economia Solidária

SUS- Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>1. A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA</b> .....	11
1.1 A reforma psiquiátrica do final dos anos 70 ao ano 2001 .....	11
1.2 Dos anos 2001 aos dias atuais .....	14
1.2.1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) .....	15
1.2.2 Programa De Volta Pra Casa .....	17
1.2.3 Residências Terapêuticas.....	17
1.2.4 Empreendimentos Solidários .....	18
1.2.5 Consultório de Rua .....	19
1.2.6 Leitos de Atenção Integral .....	19
<b>2. CARACTERIZAÇÃO DA ESQUIZOFRENIA</b> .....	21
2.1 Contextos históricos .....	21
2.2 Características gerais .....	22
2.3 Etiologia .....	23
2.4 Sinais, sintomas e diagnóstico .....	24
2.5 Classificação .....	25
2.6 Tratamento.....	27
<b>3. A ENFERMAGEM E A ESQUIZOFRENIA</b> .....	29
3.1 Assistência de enfermagem em saúde mental.....	29
3.2 Abordagem à família .....	31
3.3 Reinserção social.....	32
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	35
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	37

## RESUMO

A esquizofrenia é considerada uma patologia mental de longa permanência caracterizada por alterações psiquiátricas, que afastam o indivíduo da sua realidade, dos relacionamentos e das ações comuns no dia a dia das pessoas. Apresenta sintomas que afetam sua linguagem, seus pensamentos, sua forma de se relacionar com os outros e de comportar-se diante das variadas situações. O modelo assistencial oferecido aos pacientes portadores de transtornos mentais, respaldado na lei 10.216/2001, passou por um processo de mudanças após a Reforma Psiquiátrica Brasileira e, atualmente, essa assistência é mais humanizada e realizada em um ambiente comunitário, com envolvimento da família desses pacientes. A partir da relação existente entre enfermagem e paciente, é possível oferecer uma assistência humanizada, abrangendo os aspectos biopsicossociais que envolvem o esquizofrênico e sua família. Para descrever a atuação da enfermagem na ressocialização do paciente portador de esquizofrenia, este trabalho foi desenvolvido a partir de revisão de literatura em materiais que tratam do assunto tais como livros, teses e dissertações, além de periódicos das bases de dados SCIELO e LILACS, e dividido em três capítulos. Este estudo tem como objetivo geral apontar perspectivas para que a enfermagem, através da competência adquirida e de suas habilidades, possa promover a ressocialização do paciente portador de esquizofrenia. Através deste trabalho foi possível conhecer mais sobre a esquizofrenia e sobre as formas de tratamento disponíveis para os pacientes portadores de transtornos mentais. Pôde-se constatar que a enfermagem possui capacidade e competência para desenvolver uma assistência humanizada ao paciente portador de esquizofrenia, oferecendo condições de promover a ressocialização desse paciente e resgate de sua cidadania.

**Palavras-chave:** Esquizofrenia; Transtorno Mental; Cuidados de Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é uma patologia mental que altera as ações e percepções do indivíduo por ela acometido, em que a pessoa passa a misturar o imaginário com a realidade e apresenta suas habilidades cotidianas comprometidas.

Assim como os portadores de outras patologias mentais, o paciente portador de esquizofrenia era tratado de forma desumana, através de procedimentos agressivos e sem resultados eficientes. Para se chegar ao tratamento atual, realizado especialmente em um ambiente extra hospitalar, foi necessário ocorrer um processo de reforma no atendimento psiquiátrico, que possibilitou uma assistência mais humanizada a esses pacientes.

Esse processo ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica Brasileira e através da Lei de Saúde Mental, segundo Brasil (2001) *apud* Barroso e Silva (2011, p. 73), o tratamento dos pacientes portadores de transtornos mentais passou a contar com uma assistência mais humanizada, proporcionando o resgate de sua cidadania com reinserção social do mesmo.

A enfermagem tem um papel de grande relevância no tratamento do esquizofrênico, auxiliando o paciente e sua família a (re)conhecer a doença, identificando as limitações que o paciente irá vivenciar ou ajudando-o a buscar formas de reintegrar-se na sociedade. Para que o enfermeiro tenha êxito em suas ações, ele deve ser conhecedor das características gerais da doença e dos recursos existentes para exercer a assistência de enfermagem aos pacientes com transtorno mental, como a esquizofrenia, visando melhorar a qualidade de vida do paciente.

Dessa forma, tornou-se importante desenvolver este trabalho que teve como objetivo geral apontar perspectivas para que a enfermagem, através da competência adquirida e de suas habilidades, possa promover a ressocialização do paciente portador de esquizofrenia.

Para a confecção desta pesquisa foi utilizada a revisão de literatura em materiais específicos da área tais como livros, teses e dissertações, além de periódicos das bases de dados SCIELO e LILACS. De acordo com a Resolução 196/96, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, a pesquisa de caráter bibliográfico não requer aprovação do comitê de ética.

Este estudo teve como justificativa o fato de que a enfermagem pode atuar como facilitadora da reinserção social do paciente portador de esquizofrenia, tendo em vista que o esquizofrênico ainda é muito estigmatizado pela sociedade, o que, além das características próprias da doença, dificulta o convívio social do paciente.

O trabalho foi realizado em três etapas, sendo que na primeira foi descrita a história da reforma psiquiátrica no Brasil, depois foi caracterizada a esquizofrenia e, por fim, foram abordadas as formas de atuação do enfermeiro na reinserção social do esquizofrênico e no tratamento do paciente portador de transtornos mentais.

A enfermagem representa o contingente profissional que maior convívio mantém com o esquizofrênico durante o seu tratamento, tendo assim mais afinidade com o paciente e sua família, o que facilita sua atuação na reinserção social do mesmo. Desta forma, a enfermagem tem um papel muito importante neste processo e, por meio da humanização, pode fazer com que a ressocialização do esquizofrênico ocorra de forma mais facilitada.

## **1. A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

O processo de mobilização almejando mudanças nas práticas assistenciais aos pacientes psiquiátricos caracteriza a reforma psiquiátrica, que foi muito importante para modificar todo o sistema que envolve a saúde mental e as formas que as instituições tratavam os pacientes portadores de patologias psiquiátricas.

A reforma psiquiátrica é um processo de reformulação da forma de assistência prestada aos pacientes psiquiátricos. No Brasil, teve início no final dos anos 70 e fundamentou-se em uma crítica ao subsistema nacional de saúde mental e às instituições psiquiátricas clássicas (AMARANTE, 2003, p.87).

Neste capítulo será descrito o processo da reforma psiquiátrica brasileira dos anos 70 até o ano de 2001, quando foi promulgada a lei da reforma psiquiátrica, além de alguns modelos assistenciais utilizados, atualmente, para o tratamento de pacientes portadores de patologias mentais.

### **1.1 A reforma psiquiátrica do final dos anos 70 ao ano 2001**

O movimento da reforma psiquiátrica brasileira teve início nos últimos anos da década de 70, quando surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que criticavam a forma de assistência prestada na época aos portadores de patologias psiquiátricas.

Segundo Amarante (2003, p.52), o MTSM marca o início da reforma psiquiátrica brasileira e seu objetivo era a luta não institucional, buscando, além de melhores condições de trabalho para os profissionais de saúde mental, melhores condições de assistência à população e humanização dos serviços.

Conforme o autor supracitado, a sociedade brasileira encontrava-se espantada com a forma violenta de tratamento utilizada pelas instituições de saúde em geral, em especial as de tratamento psiquiátrico.

Na década de 80 surge um novo momento da reforma psiquiátrica, o da trajetória sanitarista. Nesta época, ocorrem três processos importantes para consolidar as características do movimento da reforma, que foram o envolvimento de novos participantes sociais no processo, a busca por uma nova legislação e o

surgimento de novas formas de exercer o cuidado mental em algumas instituições (TENÓRIO, 2002, p.34).

A partir deste momento, inicia-se uma mudança de visão sobre a hospitalização para tratar os pacientes com transtornos mentais, buscando formas alternativas para esse tratamento centrado em um ambiente comunitário.

Ocorre então, a I Conferência Nacional de Saúde Mental e II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental em 18 de maio de 1987, concomitante com uma proposta de desinstitucionalização psiquiátrica e utilização de serviços substitutivos. Com estes eventos, começa a ocorrer a participação de pessoas com transtornos mentais e seus familiares, fatores que contribuíram para fazer com que o movimento ganhasse maior força (BARROSO; SILVA, 2011, p.71).

Segundo Tenório (2002, p.36), o dia 18 de maio ficou instituído como Dia Nacional da Luta Antimanicomial, com o intuito de atrair mais pessoas para o movimento e buscar novos dispositivos e tecnologias de cuidado, com substituição da psiquiatria hospitalar por uma realizada no ambiente comunitário e de formas diversificadas.

A partir de então, começam a surgir formas alternativas de tratamento ao paciente com transtorno mental e, para atender este cliente, criou-se o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), na cidade de São Paulo, seguindo o impacto das ideias discutidas na I Conferência Nacional de Saúde Mental (SARACENO, 2001 *apud* BARROSO; SILVA, 2011, p. 71).

O CAPS funcionava como uma instância intermediária entre o hospital psiquiátrico e o ambulatório de saúde mental. A partir daí, começam outros trabalhos semelhantes pelo Brasil e a atenção psicossocial passa a ser vista como uma prática substitutiva do modelo assistencial centrado nos hospitais (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007, p.68).

Dessa forma, tem início a busca por uma legislação para respaldar o tratamento comunitário de pacientes portadores de patologias mentais evitando, assim, as internações em hospitais psiquiátricos e possibilitando a utilização de serviços substitutivos para este tratamento.

De acordo com Tenório (2002, p.36), em 1989 o deputado Paulo Delgado apresentou um projeto de lei simples que dispunha sobre o impedimento de criação e construção de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público, o direcionamento de recursos públicos para criação de modelos que substituíssem o manicomial e a

comunicação de internações compulsórias à justiça. Este projeto, posteriormente, veio a ser conhecido como Lei da Reforma Psiquiátrica, que será mais detalhada posteriormente.

A forma de tratamento de pacientes com transtornos mentais começa, então, a ser modificada e programas assistenciais para estes pacientes e seus familiares são instituídos no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo utilizados até os dias atuais.

Foram aprovadas as portarias 189/91 e 224/92, do Ministério da Saúde, que possibilitaram o financiamento pelo SUS de programas de assistência fora das instituições hospitalares como programas de orientação, lares abrigados, Núcleos de Atenção Psicossociais (NAPS) e foram oficializadas as normas de funcionamento dos CAPS (BARROSO; SILVA, 2011, p.72).

De acordo com os autores supracitados, em 1992, foi implantado o programa de apoio à desospitalização para que pacientes internados retornassem para suas famílias e estas recebessem um salário e meio por acolher estes pacientes. Em 2000, com as portarias 106 e 1.220/2000, foram criadas as residências terapêuticas para abrigar aqueles pacientes psiquiátricos internados, que não pudessem voltar para suas famílias devido ao fato de terem perdido o vínculo familiar devido aos longos períodos de internação.

Após 12 anos da apresentação do projeto de lei Paulo Delgado, a lei federal 10.216, Lei de Saúde Mental, é sancionada pelo presidente da república, no dia 6 de abril de 2001. O texto original sofreu algumas alterações, mas continuou sendo muito importante para a transformação da assistência e da condição do paciente psiquiátrico no Brasil (TENÓRIO, 2002, p.52).

Através desta lei, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Paulo Delgado, o atendimento passa a ser mais humanizado, oferecendo proteção aos pacientes psiquiátricos, buscando tratá-los, preferencialmente em um ambiente extra hospitalar (BRASIL, 2005, p. 8).

Deste modo, essa lei veio para modificar a forma de prestar assistência aos pacientes que possuem transtornos mentais, proporcionando a eles melhores condições de tratamento e possibilidades de reintegração ao convívio social, com envolvimento da família no tratamento do paciente.

Estes fatos ficam bem descritos por Brasil (2001) *apud* Barroso e Silva (2011, p. 73) quando relatam que a Lei da Reforma Psiquiátrica dispunha sobre:

[...] o tratamento mais humanizado, a proteção às pessoas com transtornos psiquiátricos, a preferência pelos serviços comunitários sobre a internação, a implantação em todo o território nacional de serviços substitutivos, as bases de funcionamento desses serviços e a regulamentação das internações compulsórias. Além dos CAPS, previu-se a implantação de ambulatórios de saúde mental, NAPS, residências terapêuticas, hospitais-dia, unidades de psiquiatria em hospitais gerais, lares protegidos e centros de convivência e cultura.

A lei estabelece também que o tratamento deve visar a reintegração social do paciente, garantir atendimento integral aos pacientes internados, oferecendo atividades de lazer e ocupacionais e a proibição de internação em instituições com características de asilos (TENÓRIO, 2002, p.53; BARROSO; SILVA, 2011, p. 73).

Além destes detalhes, a lei procura garantir a proteção de crianças e idosos que necessitem de atendimento hospitalar e descreve que a internação psiquiátrica deve ocorrer em último caso e o paciente deve ser esclarecido sobre todos os aspectos que envolvem a sua assistência.

Devera e Costa-Rosa (2007, p.75) apontam que a psiquiatria infantil e a psicogeriatría, de acordo com a lei, devem ser assistidas em ambiente ambulatorial ou domiciliar, evitando sempre a internação hospitalar. As internações devem ocorrer em hospitais gerais e como último recurso terapêutico, onde o paciente deve ser informado sobre o diagnóstico e os procedimentos que serão utilizados.

A partir de então, passa-se a buscar o atendimento ao paciente portador de transtornos mentais de forma diferente da que mais era utilizada até o momento, e para promover essa assistência, surgem novos ambientes para tratamento desses pacientes, que foram sendo aprimorados e ampliados até a atualidade.

São diversas as modalidades de atendimento disponibilizadas a esses pacientes que, no decorrer deste trabalho, serão ressaltados os pontos principais de alguns destes modelos assistenciais.

## **1.2 Dos anos 2001 aos dias atuais**

Após a promulgação da lei da reforma psiquiátrica, houve uma progressiva mudança na assistência aos pacientes com transtornos mentais, humanizando os

métodos de tratamento destes pacientes e procurando realizá-lo, sempre que possível, na área extra hospitalar.

Segundo Brasil (2005, p.9), esta lei que prioriza o atendimento comunitário impõe novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira e a política de saúde mental progressivamente vai consolidando-se. São criadas linhas específicas de financiamento para os serviços abertos, programas de atendimento extra hospitalar, a assistência comunitária se expande e são criados mecanismos de fiscalização, gestão e redução dos leitos psiquiátricos.

Dessa forma, inicia-se a busca por uma prestação de assistência aos pacientes com transtornos mentais, segundo o proposto na lei. Começa então, um processo de redução de leitos dos hospitais psiquiátricos e retirada de pacientes, com longo período de internação destes hospitais, instituindo novos serviços para atendimento destes pacientes e, nessa perspectiva, é constituída a Política Nacional de Saúde Mental.

De acordo com Brasil (2005, p.13), este processo de redução de leitos toma um grande impulso após a implantação de normatizações do Ministério da Saúde, com expansão dos serviços substitutivos. Instituiu-se o Programa de Volta para Casa, houve expansão dos Centros de Atenção Psicossocial e das Residências Terapêuticas que contribuiram para a redução dos leitos psiquiátricos quando, de 2003 a 2005, foram reduzidos um total de 6227 leitos.

A Política Nacional de Saúde Mental busca oferecer a ressocialização e reintegração familiar do paciente psiquiátrico, respeitando os seus direitos e a sua liberdade, tendo como modelo a prevenção e resgate da cidadania ao portador de transtorno mental e aos dependentes de álcool e drogas (BRASIL, 2011, p.8).

Como foi descrito, a Reforma Psiquiátrica prioriza um tratamento no ambiente comunitário e de forma humanizada, sendo oferecidos à população alguns programas públicos de saúde mental, que serão descritos a seguir.

### **1.2.1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**

O CAPS foi o primeiro modelo assistencial de base comunitária criado para atender aos pacientes portadores de transtornos mentais.

Os CAPS foram criados para atuar como modelo substitutivo dos hospitais psiquiátricos, funcionando como uma modalidade de atendimento comunitário com

objetivo de fornecer um atendimento diário, mantendo o usuário inserido em seu meio social, além de proporcionar ao paciente a prática de seus direitos como cidadãos e estimulando sempre o relacionamento entre o paciente e sua família (BRASIL, 2009, p.17).

Os CAPS atendem uma clientela variada, com envolvimento de equipe multiprofissional. Apresentam uma infraestrutura adaptada à população que assistem, existindo atualmente cinco tipos.

De acordo com Brasil (2009, p.18), os CAPS podem ser: CAPS I, atendendo a municípios com 20 mil a 70 mil habitantes, funcionando de 08 às 18 horas nos dias úteis; CAPS II que cobrem os municípios de 70 mil a 200 mil habitantes, nos dias úteis das 8 às 21 horas; CAPS III em municípios com população superior a 200 mil habitantes, funcionando durante as 24h do dia, de segunda a domingo; CAPS – i II que oferece atendimento para crianças e adolescentes com patologias mentais; CAPS – ad II que atende pacientes com transtornos gerados pelo uso e dependência de álcool e outras drogas.

Ainda segundo o autor supracitado, estes serviços oferecem atendimento de acordo com o paciente, observando suas individualidades e é realizado por diversos profissionais como psiquiatras, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, profissionais da enfermagem, entre outros. Tem o objetivo de reabilitar o paciente, mantendo-o no convívio familiar e social.

As equipes multiprofissionais utilizam métodos adequados para o atendimento visando oferecer um cuidado diferenciado ao paciente com transtorno mental, onde ele possa exercer um trabalho, conviver com sua família e ter suas individualidades respeitadas.

De acordo com Brasil (2004) *apud* Tizziani, Pagliari e Souza (2010, p. 10), dentro do CAPS, a equipe deve realizar um plano terapêutico, com ênfase nas oficinas terapêuticas e atividades realizadas em grupos. As equipes definem estas atividades, observando a individualidade dos pacientes, dando-lhes possibilidades de reintegrar-se à sua família e à sociedade, demonstrar suas habilidades, além de realizar atividades produtivas com confecção de bens úteis e promover o exercício coletivo da cidadania.

Portanto, observa-se que os CAPS possibilitam uma assistência integral ao paciente com transtorno mental, onde ele tem um tratamento individualizado, sendo assistido nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais por uma equipe

multidisciplinar, favorecendo sua reabilitação e ressocialização em um ambiente extra hospitalar.

### **1.2.2 Programa De Volta Pra Casa**

O Programa De Volta Pra Casa veio para fortalecer o processo de desinstitucionalização do tratamento dos pacientes portadores de transtornos mentais. Através dele, o paciente passa a receber uma quantia em dinheiro para auxiliar na sua reabilitação.

Segundo Brasil (2005, p.17), este programa é um instrumento fundamental para a reinserção social dos pacientes egressos de internações psiquiátricas de longa duração. Os pacientes que atendem aos critérios de inserção no programa, após serem desinstitucionalizados, passam a receber um auxílio financeiro para ajudar no custeio de sua vida fora do hospital. Acredita-se que tal estratégia pode auxiliar no processo de reabilitação, favorecer a ampliação da rede de relações dos usuários, assegurar o bem estar global da pessoa e estimular o exercício dos seus direitos de cidadãos.

O programa apresenta evolução pouco expressiva, no entanto, caracteriza um importante instrumento para promover a reinserção social e resgate da cidadania de pacientes psiquiátricos. Em 2012, o programa alcançou mais de 4 mil beneficiários em folha de pagamento (BRASIL, 2012, p.13).

Ainda hoje, esse programa é utilizado para oferecer aos pacientes, egressos de internações em hospitais psiquiátricos por longos períodos, um auxílio que proporciona a esses pacientes o resgate de sua cidadania e do convívio familiar perdidos com a doença e hospitalização.

### **1.2.3 Residências Terapêuticas**

Após a desospitalização de um paciente com transtorno mental, é necessário que ele retorne para o convívio de sua família, mas muitas vezes, estes pacientes não possuem mais esta família que o acolha. Para acolher este tipo de clientela é que foram criadas as Residências Terapêuticas.

Para Brasil (2009, p.19), os pacientes que viviam internados em hospitais, por muitos anos, perdiam o vínculo com sua família e com a sociedade e para que

estes pacientes tivessem um novo lar, onde vivessem com dignidade, deveriam ser encaminhados para as Residências Terapêuticas, proporcionando uma ressocialização de seus moradores. As pessoas que vivem nestas residências devem estar vinculados a um CAPS ou serviço especializado, onde receberão o atendimento em saúde mental que for preciso.

As Residências Terapêuticas devem ser um ambiente acolhedor onde as individualidades dos seus residentes sejam respeitadas. A proposta é de que o ambiente seja o mais familiar possível e que auxilie o paciente que ali vive a se reintegrar na sociedade. Deve acolher no máximo oito moradores, com um cuidador designado para apoiar o cidadão em suas atividades diárias (BRASIL, 2005, p. 19).

Assim, as residências terapêuticas funcionam como uma casa para os pacientes que deixaram os manicômios e não possuem uma família para lhes acolher, tendo nessas residências um lar e uma nova modalidade de tratamento e reabilitação.

#### **1.2.4 Empreendimentos Solidários**

Os pacientes psiquiátricos necessitam ter participação no mercado de trabalho para possibilitar que a sua socialização seja contemplada em todos os aspectos e permitir que ele tenha uma renda proveniente de seu próprio trabalho.

Com este intuito, o Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES), do Ministério do Trabalho e Emprego, cria este programa que visa a inclusão social pelo trabalho. Para estimular as iniciativas que irão promover a geração de trabalho e renda, foi criada a portaria 132, prevendo a ampliação dos incentivos para estes empreendimentos (BRASIL, 2012, p.14).

Estes serviços, em geral, são chamados de cooperativas geradoras de trabalho e renda e muitas vezes começam dentro dos CAPS, com as oficinas terapêuticas. Muitos pacientes apresentam estabilização do quadro com este tratamento no CAPS, quando aprendem um ofício e são capazes de participar desses empreendimentos, passando a ter lucros com o seu trabalho.

Amarante (1997) *apud* Santiago e Yasuí (2011, p.203) aponta que, as cooperativas geradoras de trabalho e renda são constituídas não mais com o intuito terapêutico, mas como instrumento para promover a autonomia e facilitar a

reinserção social do paciente com transtorno mental. Através destas cooperativas, este paciente possui uma real oportunidade de trabalho, uma nova possibilidade de reestabelecer a sua cidadania, perdida em virtude da doença que possui.

### **1.2.5 Consultório de Rua**

O Consultório de Rua foi criado para atender aos portadores de transtornos mentais que vivem nas ruas, ofertando a estes uma possibilidade de tratamento, buscando uma melhora de sua qualidade de vida. Através do consultório de rua, esses pacientes recebem uma assistência importante para preservação de sua saúde.

Conforme descreve Brasil (2012, p.15), esta estratégia busca uma maior aceitação do tratamento das pessoas que moram nas ruas, visando acolher e oferecer cuidados básicos de saúde a estes cidadãos, oferecendo e motivando o tratamento a agravos decorrentes ao consumo de drogas, além de orientar sobre seus direitos e políticas públicas, mediando o acesso a estas políticas.

Esses consultórios de rua possibilitam oferecer tratamento aos moradores de rua que possuem patologias mentais e, devido às suas condições de vida, muitas vezes ficam totalmente desassistidos, tendo sua doença agravada a cada dia. Com essa modalidade de atendimento, essas pessoas podem usufruir de melhor qualidade de vida através do tratamento de suas patologias.

### **1.2.6 Leitos de Atenção Integral**

Outro tipo de modelo assistencial utilizado no tratamento dos pacientes portadores de transtornos mentais são os leitos de atenção integral, que proporcionam aos pacientes em crise uma forma de tratamento, sem necessidade de haver internação em hospitais psiquiátricos.

Os Leitos de Atenção Integral são recursos de hospitalidade e acolhimento noturno encontrados nos leitos de hospitais gerais, dos CAPS III, das emergências gerais e serviços hospitalares de referência para uso de álcool e drogas. Devem acolher o paciente em crise e visam a substituição da internação em hospitais psiquiátricos. Os leitos de atenção integral proporcionam e garantem acessibilidade e funcionam como porta de entrada da rede assistencial (BRASIL, 2011, p.28).

A reforma psiquiátrica foi um importante passo para chegar a um tratamento psiquiátrico mais humanizado, com o envolvimento da família do paciente, permitindo que o paciente mantenha um convívio social durante o processo da doença. Tem sido um movimento que proporciona a mudança no quadro de abandono, desrespeito e desconsideração, no qual estavam inseridos os pacientes psiquiátricos.

Todas as mudanças que ocorreram com o processo de reforma psiquiátrica proporcionaram importante impacto no modelo assistencial aos pacientes psiquiátricos, que podem contar hoje com um atendimento mais humanizado e em um ambiente extra hospitalar, que visa torná-los pessoas capazes de viver em sociedade, com uma melhor qualidade de vida, incluindo a família do cliente no processo de cuidar (MACEDO; ANDRADE; SILVA, 2009, p.19).

Assim, o modelo assistencial instituído com a reforma psiquiátrica proporcionou aos pacientes portadores de transtornos mentais uma oportunidade de refazer suas relações familiares e sociais.

No capítulo a seguir será descrita a esquizofrenia, uma doença mental que ainda é vista de forma negativa pela sociedade. Serão demonstradas as formas de tratamento utilizadas para esta patologia, suas características gerais e a atuação da família do paciente no tratamento da doença.

## 2. CARACTERIZAÇÃO DA ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia é considerada uma doença de longa permanência caracterizada por alterações psiquiátricas, que afastam o indivíduo da sua realidade, dos relacionamentos e das ações comuns no dia a dia das pessoas.

É definida como um transtorno, em que a pessoa experimenta períodos de crises e remissões, que resultam em deterioração do funcionamento do doente e da família, causando diversos danos e perdas nas habilidades de todo o grupo, como diminuição da habilidade para cuidar de si mesmo, para trabalhar, para se relacionar individual e socialmente e para manter pensamentos completos (GIACON; GALERA, 2006, p. 287).

Para melhor compreensão dessa patologia, será abordado a seguir as características gerais da doença, elucidando o contexto histórico da esquizofrenia, as possíveis causas, tipos, sinais e sintomas, tratamento e a importância da participação da família do esquizofrênico neste tratamento.

### 2.1 Contextos históricos

A princípio, a esquizofrenia era conhecida como alienação, depois como uma demência, e com o passar do tempo, ao observar as características das pessoas que possuíam essa doença, constatou-se que ela era uma patologia que causava alterações no pensamento e nas emoções, passando a se chamar esquizofrenia.

Krüger (2011, p. 15) descreve que a esquizofrenia era conhecida por demência precoce e, no início do século XIX, Eugen Bleuler observou a fragmentação dos pensamentos e emoções dos portadores desta patologia, passando então a denominá-la esquizofrenia, que significa cisão da mente. Na época, todos os pacientes que apresentavam perda gradual e insidiosa do impulso e da ambição, mesmo não apresentando algum sintoma psicótico, eram diagnosticados com esquizofrenia.

Em 1980, Crow classifica a esquizofrenia em tipo I, com sintomas positivos como delírios e alucinações e tipo II, com sintomas negativos como embotamento afetivo, discurso pobre e essas concepções influenciaram para as classificações e

os critérios utilizados atualmente no diagnóstico da esquizofrenia (OLIVEIRA, 2011, p.8).

O modelo de classificação da esquizofrenia passou por modificações durante o passar do tempo e, atualmente, os modelos mais utilizados, mundialmente, são o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) e a Classificação Internacional de Doenças (CID) (OLIVEIRA, 2011, p.8). Através destes modelos de classificação é possível diagnosticar o tipo de esquizofrenia que o paciente possui, o que será descrito no decorrer deste capítulo.

## **2.2 Características gerais**

A esquizofrenia é a patologia mental em que a pessoa acometida se apresenta inserida em uma realidade equivocada e com alterações emocionais e mentais que modificam seu cotidiano.

Como descrevem Castro e Furegato (2008) *apud* Faria e Chicarelli (2009, p.31), a esquizofrenia é a enfermidade mental mais comum e o esquizofrênico se caracteriza por apresentar uma identificação conturbada da realidade, inadequações do raciocínio e emoções, apresentando alucinações e delírios.

Reis e Arruda (2011, p.118) descrevem que uma explicação existente para os fenômenos ilusórios que ocorrem com o paciente portador de esquizofrenia estão relacionados com alterações dopaminérgicas, acreditando que a dopamina provoque uma intensificação dos sintomas psicóticos observados na doença.

Assim, a esquizofrenia provoca alterações mentais no paciente portador da patologia e pode acometer qualquer pessoa. O início da doença pode ocorrer de forma aguda ou insidiosa, acometendo mais comumente adolescentes e adultos jovens.

O início da doença antes dos 20 anos de idade caracteriza um pior prognóstico para o paciente. Normalmente, a patologia inicia-se entre os 15 e 25 anos nos homens e entre 25 e 35 anos nas mulheres (GIACON; GALERA, 2006, p.288).

Esses pacientes estão mais propensos a cometer suicídio devido a fatores de humor relacionados com a doença, podendo também apresentar um índice maior de mortalidade por acidentes. A doença acomete pessoas de qualquer cultura e classe social (KRÜGER, 2011, p. 18).

Assim, a esquizofrenia é uma patologia que pode acometer qualquer pessoa, independente de sua classe, raça ou cultura, sendo muito importante haver um acompanhamento do paciente portador de esquizofrenia, a fim de garantir uma qualidade de vida a ele e a sua família. Para isso, é necessário que haja um bom conhecimento da doença, a fim de melhorar a assistência ao esquizofrênico.

### **2.3 Etiologia**

As causas da esquizofrenia ainda são desconhecidas e pouco se sabe sobre sua origem. No entanto, os aspectos biológicos, psicológicos e sociais são atribuídos como fatores desencadeantes.

Lima e Caetano (1995) *apud* Gouveia *et al* ( 2009, p.100) relatam que é difícil descrever ou definir a esquizofrenia, mas pode estar relacionada a heranças genéticas, alterações na liberação de neurotransmissores ou lesões cerebrais e ainda por fatores psicossociais como estresse, ansiedade, fobias, entre outros.

Sanches (2013, p. 39 - 40) aponta que existem algumas hipóteses que são levantadas a respeito da etiologia da esquizofrenia, porém, nenhuma delas esclarece de forma satisfatória as causas da doença. Na hipótese genética, é observada uma probabilidade maior de pessoas que possuem uma predisposição familiar à esquizofrenia para desenvolverem a doença. Alguns estudos demonstram que neurotransmissores, como a dopamina e o glutamato, quando transmitidos de forma excessiva, elevam o percentual de surgimento da esquizofrenia, sendo esta uma hipótese associada aos neurotransmissores.

Há também a hipótese de que a doença tem origem devido a um desenvolvimento ou maturação anormal do cérebro na fase intrauterina, ocorrendo um período de latência, com desenvolvimento posterior da doença. Associa-se também o surgimento da doença a fatores familiares, em que indivíduos que tiveram uma história familiar negativa estariam mais expostos a fatores de risco ambientais, como também algumas complicações pós-parto poderiam estar associadas a fatores de risco para o desenvolvimento da doença (SANCHES, 2013, p. 41- 43).

Assim, observa-se que a etiologia da esquizofrenia ainda não tem uma explicação concreta, necessitando de mais estudos acerca do assunto para melhor esclarecimento de suas possíveis causas.

## 2.4 Sinais, sintomas e diagnóstico

Nas diferentes fases da esquizofrenia observam-se sintomas diferenciados que proporcionarão o diagnóstico do tipo de esquizofrenia apresentado pelo paciente e, em geral, estes sintomas são divididos em positivos e negativos.

Os sintomas positivos são aqueles em que ocorre uma exacerbação das atividades dos sentidos, observando alucinações, ideias delirantes e alterações da linguagem e do pensamento, enquanto nos sintomas negativos há uma inibição das funções, provocando o isolamento, discurso pobre, embotamento afetivo e falta de interesse em iniciar ou dar continuidade às atividades. Outro sintoma característico da doença é a depressão, sendo observada em várias fases. Analisando os sintomas apresentados pela pessoa, torna-se possível avaliar o tipo de esquizofrenia que ela apresenta (SANCHES, 2013, p.33).

Conforme relata Stephen (2006) *apud* Reis e Arruda (2011, p.118), os sintomas positivos ocorrem quando há “um aumento da interatividade dopaminérgica na via mesolímbica cerebral”. Já os sintomas negativos são decorrentes de uma menor “interatividade dopaminérgica na região mesocortical cerebral”.

Corroborando com as ideias dos autores supracitados, Silva (2006, p. 274) descreve que a via mesolímbica é referente a comportamentos e emoções e, quando ocorre um aumento das atividades nesta via, observa-se a ocorrência dos sintomas positivos da esquizofrenia. Já a via mesocortical, quando bloqueada, se relaciona a uma piora dos sintomas negativos da doença.

O paciente com esquizofrenia encontra-se em meio a diversos sinais e sintomas que alteram o seu cotidiano. Ele passa a vivenciar situações irreais que proporcionam o seu afastamento do convívio social, passando a viver em um mundo só seu, muitas vezes fruto de sua imaginação conturbada.

De forma geral, na esquizofrenia são observadas fragmentações do pensamento, dificuldades de distinguir experiências internas das externas, com percepções alteradas ocorrendo delírios, alucinações auditivas e, não muito frequentemente, alucinações visuais, olfativas ou táteis. O esquizofrênico pode também ter ilusões ou despersonalização, distúrbios motores e, por consequência dessas alterações apresentadas, o indivíduo isola-se socialmente (KRÜGER, 2011, p. 15).

Como descrito, existem alguns sinais e sintomas característicos da esquizofrenia, mas para ser diagnosticada é necessário seguir alguns requisitos.

Os aspectos essenciais da Esquizofrenia são um misto de sinais e sintomas característicos, tanto positivos como negativos, que devem estar presentes por um período de tempo significativo durante um mês, ou por um tempo menor, se tratados com sucesso, com a persistência de alguns sinais de perturbação por pelo menos 6 meses, devendo ser excluídas, para efeitos de diagnóstico de perturbação esquizoafetiva ou perturbação do humor com características psicóticas ou aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância no estado físico geral (DSM-IV-TR, 2000; KAY 2002 *apud* OLIVEIRA, 2011, p.9).

Assim, é necessário uma minuciosa avaliação do paciente durante um período de pelo menos 6 meses para que, após exclusão de outras possíveis patologias, possa ser diagnosticada a esquizofrenia.

## **2.5 Classificação**

De acordo com as características apresentadas pelo paciente, a esquizofrenia pode ser classificada de diferentes formas, sendo hoje reconhecidos oito tipos de acordo com o CID-10 e DSM-IV.

A classificação do DSM-IV define oito tipos de esquizofrenia seguindo critérios oficiais da Associação Psiquiátrica Americana, sendo eles o tipo paranoide, o desordenado ou hebefrênico, o catatônico, o tipo residual, o delirante, o latente, o oniroide e o tipo pseudoneurótico (KRÜGER, 2011, p. 19).

Segundo o autor supracitado, a psicose delirante é uma alteração que se diferencia da esquizofrenia devido ao fato de ter os sintomas presentes por menos de três meses. No tipo oniróide, a pessoa encontra-se desorientado, com situações de alucinações que leva a uma ausência de envolvimento com a realidade. No tipo pseudoneurótica, o paciente apresenta a princípio ansiedade, fobias, obsessões e compulsões e depois manifesta sintomas como psicose e transtornos do pensamento e o tipo latente era mais descrito quando o diagnóstico de esquizofrenia era mais amplo.

Como observado, o DSM- IV classifica a esquizofrenia em oito tipos, em que alguns deles coincidem com os descritos pelo CID-10 (2007, p.318-19), que relata

que os tipos de esquizofrenia são os encontrados nos códigos F20.0 a F20.9, caracterizados por:

A. Esquizofrenia paranoide: caracterizada pela presença de delírios, geralmente de perseguição e existência de alucinações, normalmente auditivas, e percepções perturbadas.

B. Esquizofrenia hebefrênica: desorganização do pensamento e incoerência do discurso, observando superficialidade e inapropriação do afeto com tendência ao isolamento social, ideias delirantes e alucinações. O prognóstico é desfavorável devido ao rápido surgimento dos sintomas negativos.

C. Esquizofrenia catatônica: presença de extremos como movimentos excessivos e estupor, ou obediência imediata e negativismo. Ocorrem episódios de excitação violenta.

D. Esquizofrenia indiferenciada: possui critérios de diagnóstico de esquizofrenia, no entanto, os sintomas não se enquadram no tipo paranoide ou catatônico, ou há uma mistura dos sintomas encontrados nesses dois tipos.

E. Depressão pós-esquizofrênica: quadro depressivo prolongado que ocorre após o quadro de esquizofrenia mantendo ainda alguns sintomas positivos ou negativos. Há maior tendência ao suicídio.

F. Esquizofrenia residual: estágio crônico da evolução da esquizofrenia com presença persistente de sintomas negativos.

G. Esquizofrenia simples: ocorrência insidiosa e progressiva de excentricidade de comportamento, dificuldade de seguir as normas da sociedade, e declínio geral do desempenho. Padrões negativos do tipo residual desenvolvem sem ser precedidos de manifestação de sintomas psicóticos.

H. Outras esquizofrenias: “ataque esquizofreniforme, esquizofrenia cenestopática, psicose esquizofreniforme, transtorno esquizofreniforme”.

I. Esquizofrenia não especificada.

Para a classificação dos tipos de esquizofrenia são observados os sinais e sintomas apresentados pelo paciente, pois cada tipo possui suas particularidades, sendo necessária a observação dessas características para definição do tipo de esquizofrenia o paciente é portador.

## 2.6 Tratamento

Devido ao fato de ser uma patologia crônica, o tratamento da esquizofrenia é realizado por uma equipe multiprofissional que irá oferecer uma terapêutica farmacológica, psicossocial e familiar. Para que seja eficaz, é necessário um envolvimento tanto do paciente quanto de seus familiares neste tratamento, que possui o intuito de proporcionar uma vida com mais qualidade e tranquilidade ao esquizofrênico.

Como descreve Ferreira (2011, p.15), devido à cronicidade da patologia que limita o indivíduo em vários aspectos, a esquizofrenia demanda um tratamento com utilização de medicamentos e intervenções psicossociais, visando melhorar a qualidade de vida, reduzir a morbidade, a frequência e gravidade dos episódios psicóticos.

Constantemente são feitos estudos sobre os fármacos utilizados no tratamento da esquizofrenia, visando promover a melhoria da abordagem terapêutica. Dentre os fármacos utilizados nesse tratamento, o autor cita os psicotrópicos como a clozapina, o citalopram e o haloperidol (FERREIRA, 2011, p.25).

Além do tratamento farmacológico, é necessário realizar uma abordagem ao paciente e à sua família, assistindo-os psicologicamente, propiciando melhor aceitação da doença e auxiliando o paciente a se reintegrar na sociedade.

A terapêutica psicossocial proporciona ao esquizofrênico a busca da recuperação e aceitação da doença, quebra do estigma com a participação em atividades coletivas, baseado no envolvimento do paciente com atividades sociais e ocupacionais (GIACON; GALERA, 2006, p.289).

A família do paciente portador de esquizofrenia tem um importante papel na terapia da doença, promovendo o cuidado, a estimulação e o incentivo ao paciente, trazendo com isso, a sua contribuição no processo terapêutico (SANCHES, 2013, p.55).

Com o envolvimento existente entre a enfermagem e o paciente será possível ter uma assistência humanizada, assistindo o cliente não só na parte biológica da doença, mas também no que se refere a aspectos psicológicos e sociais que envolvem o esquizofrênico e sua família.

No próximo capítulo será descrito como a enfermagem desempenha esse papel, propiciando a reinserção social do paciente e promovendo a assistência não só ao esquizofrênico, mas também à sua família.

### 3- A ENFERMAGEM E A ESQUIZOFRENIA

A enfermagem representa o contingente profissional que maior convívio tem com o paciente portador de um transtorno mental, como a esquizofrenia. Possui habilidades, conhecimento e variadas ações que podem desenvolver no processo de tratamento desses pacientes, favorecendo a melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

Kantorski *et al* (2005) *apud* Faria e Chicarelli (2009, p.31) relatam que, com o processo terapêutico, é possível promover a reintegração social e reorganização do paciente com alguma patologia mental e que a enfermagem possui saberes e habilidades para tratar o indivíduo em sua totalidade, possibilitando que esse paciente retome a prática do auto cuidado e consiga reintegrar-se na sociedade.

Nesse capítulo, serão descritas as ações que a enfermagem desenvolve no tratamento do paciente portador de transtornos mentais, como a esquizofrenia, seu envolvimento com a família desse paciente, em favorecimento da reabilitação do mesmo e como pode atuar na reintegração social do esquizofrênico.

#### 3.1 Assistência de enfermagem em saúde mental

A enfermagem tem uma atuação assistencial muito importante junto ao paciente com transtorno mental, assistência essa que abrange os aspectos biológicos, psicológicos e sociais do paciente, além de assistir também a família do mesmo.

O enfermeiro participa de todo o processo terapêutico da pessoa portadora de algum transtorno mental quando ele atende aos familiares, coordena e participa das oficinas terapêuticas, está envolvido no cuidado desse paciente em relação às refeições e medicamentos, o acompanha em atividades de lazer, promove o atendimento individual, supervisiona e capacita a equipe de enfermagem, realiza atividades administrativas, entre outras funções (TIZZIANI; PAGLIARI; SOUZA, 2010, p. 11).

Além dessas atribuições, de acordo com Villela e Scatena (2004) *apud* Lacchini *et al* (2011, p. 568), o enfermeiro também possui importante atuação com a equipe interdisciplinar, é responsável pelo gerenciamento do ambiente terapêutico e

da prestação de assistência, colabora na elaboração de políticas de saúde mental nas unidades de saúde, promove o acolhimento ao paciente e a educação em saúde mental ao cliente e à sua família.

Assim, o envolvimento que o enfermeiro possui com o paciente com transtorno mental é bem amplo, onde ele desenvolve desde ações administrativas até as assistenciais, visando a manutenção de uma boa qualidade de vida e atendimento individual, de forma holística, aos pacientes com transtornos mentais.

Ao prestar assistência ao paciente com transtorno mental, o enfermeiro deve se atentar à individualidade do paciente, de forma sistematizada e focada em suas necessidades. Galera (2005) *apud* Faria e Chicarelli (2009, p.32) aponta que suas ações visam melhorar a qualidade de vida do esquizofrênico, promovendo controle do surto e sua estabilidade, além de favorecer a reintegração social, adesão ao tratamento e a aceitar sua nova condição de vida.

Neste contexto, o enfermeiro participa do processo de promoção à saúde e prevenção de doenças, tendo suas atribuições específicas e diferenciadas com as dos demais profissionais de saúde (FARIA; CHICARELLI, 2009, p.32).

O tratamento do paciente com uma patologia mental deve visar atender todas as suas necessidades e deve ocorrer de forma humanizada, onde o enfermeiro não deve apenas ser tecnicista, mas também possuir características que favoreçam seu envolvimento com o paciente, possibilitando que se alcance o propósito terapêutico.

Amorim, Cruz e Cardoso (2013, p.54) relatam que o cuidado não deve ter como foco apenas a diminuição das internações ou controle dos sintomas do paciente, mas, além disso, deve abordar e buscar resolver questões pessoais, sociais, emocionais e financeiras do paciente, além de haver a capacitação do mesmo, de seus familiares, profissionais que o atendem e da sociedade da qual faz parte e que se encontram envolvidos no processo de tratamento.

Para que o cuidado humanizado ocorra, torna-se necessário a existência de sentimentos do enfermeiro com o paciente como empatia, afeto, aproximação e envolvimento, não ocorrendo apenas a preocupação com as técnicas a serem realizadas, mas buscando alcançar a terapêutica proposta ao paciente (AMORIM; CRUZ; CARDOSO, 2013, p.57).

Como foi descrito, o enfermeiro é uma importante peça dentro da equipe interdisciplinar que promove o atendimento ao paciente portador de transtorno

mental, atuando na prevenção de agravos e promoção da saúde desses pacientes, realizando assistência humanizada onde sua atuação, junto com a família do paciente, torna-se essencial para melhor aceitação da patologia e adesão ao tratamento.

### **3.2 Abordagem à família**

A família do indivíduo portador de esquizofrenia, após o diagnóstico da doença, passa por momentos estressantes que modificam todo o cotidiano familiar. Assim, a enfermagem deve auxiliar essa família a lidar com a atual realidade a qual estão submetidos, oferecendo a ela meios para minimizar o sofrimento vivenciado.

Giacon e Galera (2013, p. 322) descrevem que a família passa por momentos difíceis onde surgem sentimentos de incerteza, preocupação, dificuldades financeiras e sociais, entre outros. Toda a estrutura familiar se desequilibra diante da detecção da esquizofrenia, mas após o impacto inicial, ela busca retomar o equilíbrio.

Nesse processo é importante que a enfermagem desenvolva ações para acolher essa família, ajudá-la a enfrentar o sofrimento psíquico vivenciado não só pelo portador da esquizofrenia, mas também por todo grupo familiar e auxiliar no gerenciamento de sua rotina diária. A enfermagem também pode realizar a abordagem individual e entre grupos de famílias para favorecer melhor compreensão da patologia e troca de experiências (GOMES; MELLO, 2012, p.7).

Ao realizar o bom acolhimento da família do paciente, a equipe de saúde favorece o processo terapêutico, onde essa família passa a compreender e participar do tratamento do seu familiar e a assistência torna-se mais humanizada.

O acolhimento é outro recurso, transversal a todas as práticas, percebido como importante na construção de uma postura profissional baseada em receber, escutar e tratar de forma humanizada as famílias e suas demandas. Acolhimento implica também na responsabilização dos profissionais pela condução da proposta terapêutica e na corresponsabilização das famílias por sua saúde (KENNETH *et al*, 2004 *apud* BRASIL, 2013, p. 65).

Assim, a família do paciente portador de esquizofrenia deve ser abordada pela equipe de enfermagem a fim de tornar a vida dessas pessoas menos difícil, promovendo a aceitação e conhecimento da esquizofrenia e facilitar no tratamento,

pois os familiares do paciente portador de esquizofrenia participam diretamente deste processo.

Brasil (2013, p. 66) descreve que, ao realizar essa abordagem, é necessário existir uma conciliação dos conhecimentos científicos e tecnológicos com algumas habilidades dos profissionais de saúde como observação, comunicação, empatia e intervenção, havendo, para isso, a necessidade de realizar o aprimoramento de competências desses profissionais.

Com uma abordagem eficaz, a família do paciente se sentirá mais segura, atuando, dessa forma, com mais eficácia no tratamento do seu familiar. Essa família tem um importante papel para a obtenção de melhores resultados terapêuticos, devendo, para isso, ser inserida no processo de cuidar do paciente que possui transtornos mentais.

Como já foi descrito anteriormente, a atual política nacional de saúde mental prevê a permanência do paciente com transtorno mental no ambiente social, onde a família tem participação ativa nesse modelo terapêutico. Sendo assim, as ações assistenciais em saúde mental devem envolver a família do paciente, onde a equipe de saúde mental oferece ferramentas para promover o envolvimento do grupo familiar no processo de tratamento da esquizofrenia (TAVARES *et al*, 2012, p.769).

Nesta política, a enfermagem atua em diferentes ambientes de trabalho, promovendo a assistência à saúde, a reinserção social do paciente e facilitando a terapêutica psicológica do paciente com esquizofrenia. Desta forma, a família do paciente portador de esquizofrenia, assim como a de qualquer outro portador de algum transtorno mental deve ser abordada com o intuito de promover maior aceitação da doença, otimizando o tratamento.

### **3.3 Reinserção social**

A atuação da enfermagem deve visar melhorar a qualidade de vida do paciente. É preciso que, para isso, primeiramente haja uma aceitação do paciente e de sua família da nova condição que eles vivenciam e, a partir daí, buscar alternativas para aprimorar o tratamento da doença e facilitar a ressocialização do paciente.

Para Gouveia *et al* (2009, p. 104), a enfermagem psiquiátrica, após auxiliar o paciente e sua família a aceitar sua nova condição, deve buscar práticas para

melhorar a qualidade de vida destes, ajudar no controle do surto e estabilização da doença, auxiliar na adesão ao tratamento e contribuir na reintegração social do esquizofrênico, auxiliando-o a encontrar oportunidades de convivência na sociedade.

Para atuar na reinserção social do portador de esquizofrenia, o enfermeiro deve envolvê-lo em ações que irão favorecer sua melhoria de forma geral, com manutenção da estabilidade da doença, retomada da cidadania e do convívio social, utilizando, para isso, a política de saúde mental, aliada a outras.

A enfermagem psiquiátrica utiliza modalidades terapêuticas que proporcionam ao paciente atividade de lazer e diminuição de sintomas comuns à patologia mental, aumentando a autoestima e favorecendo sua reintegração social, com oferta de atividades que o agradam. Torna-se importante a inter-relação da política nacional de saúde mental com outras políticas sociais que envolvam a educação, cultura, esporte e trabalho, entre outros fatores que contribuirão para que o paciente portador de transtornos mentais possa exercer plenamente a cidadania (MACHADO; MIASSO; PEDRÃO, 2011, p.459).

O enfermeiro ajuda na ressocialização do portador de esquizofrenia a partir do momento em que, através do cuidado que lhe oferece, ele consegue fazer com que o paciente se valorize e se integre no processo de cuidado onde, por consequência, resgata sua cidadania perdida. Pelo fato de ainda existir um grande estigma em relação à esquizofrenia, os enfermeiros devem atuar junto com a equipe de saúde mental, desmistificando a doença e facilitando o retorno do paciente ao convívio social (CASTRO; FUREGATTO, 2008, p.963).

Uma forma de facilitar a reintegração social do paciente portador de esquizofrenia ocorre através das oficinas terapêuticas, onde o paciente terá a possibilidade de produzir algo que poderá ser útil à sociedade, facilitará a retomada de certa liberdade financeira e de inserção social, além de proporcionar possibilidade do paciente se expressar.

As oficinas terapêuticas são, segundo o Ministério da Saúde, um conjunto de atividades realizadas em grupo que favorecem a socialização, expressão e inserção social (BRASIL, 2002), utilizando a criação artística de produtos úteis à sociedade, promovendo a convivência entre os pacientes, técnicos, familiares e sociedade (LAPPMANN-BOTTI, 2004, *apud* SANTIAGO; YASUI, 2011, p. 203).

Como foi descrito anteriormente, uma das atribuições do enfermeiro é de coordenar e participar das oficinas terapêuticas contribuindo, assim, para a ressocialização e autonomia do portador de esquizofrenia.

Com as oficinas terapêuticas, o usuário pode ser inserido no mercado de trabalho através das oficinas geradoras de renda que promovem a reabilitação psicossocial do paciente, onde essa socialização se dá devido às suas atividades (RIBEIRO; SALA; OLIVEIRA, 2008, p. 521).

Dessa forma, a enfermagem atua na reinserção social do paciente portador de esquizofrenia promovendo o acolhimento do paciente e de sua família e criando uma relação de confiança dos mesmos com ele. Essas ações irão favorecer a reintegração do paciente com a sociedade, onde um dos meios utilizados para promover a ressocialização se dá através das oficinas terapêuticas, que tem atuação direta do enfermeiro e possibilita o resgate da cidadania desse paciente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o tratamento e reinserção social do paciente portador de esquizofrenia, a enfermagem é a classe profissional que tem um papel muito importante, por estar bem presente no cotidiano desse paciente e de sua família, podendo, desta forma, atuar de diferentes maneiras para facilitar esse processo de ressocialização.

A Reforma Psiquiátrica foi muito importante para a retomada de cidadania dos pacientes portadores de transtornos mentais em um ambiente mais acolhedor e menos agressivo, contrapondo-se ao que era oferecido nos hospitais psiquiátricos. Os pacientes portadores de esquizofrenia podem contar com essa nova forma de tratamento que lhes possibilita resgatar sua cidadania perdida com a doença.

Nesse aspecto, o enfermeiro torna-se um profissional essencial, em que, além de atuar na administração de medicamentos, coordenação da equipe de enfermagem e interação com a equipe multiprofissional, desenvolve atividades que favorecem a ressocialização e retomada da cidadania do paciente com transtornos mentais.

Outra atuação, também muito importante, desenvolvida pelo enfermeiro é a abordagem à família do paciente, ajudando-a a lidar com a nova situação que vivenciam, pois uma boa estruturação da família facilita a reestabilização do paciente.

Desta forma, pode ser observado que a enfermagem desempenha diferentes funções, cujo objetivo é garantir ao paciente com algum transtorno mental a estabilização da doença, com controle dos sintomas que dificultam suas atividades cotidianas.

O paciente que possui esquizofrenia é historicamente estigmatizado pela sociedade e, devido a esse fato, além de outras características da doença, seu convívio social torna-se ainda mais difícil. Assim, a assistência prestada a esse paciente pode oferecer meios para que ele se reintegre à sociedade e resgate a sua cidadania, auxiliando o paciente e sua família a conhecer a doença, identificando as limitações que irão vivenciar ou ajudando-o a buscar formas de reintegrar-se na sociedade.

Para que o enfermeiro tenha êxito em suas ações, ele deve ser conhecedor das características gerais da doença e dos recursos existentes, para exercer a assistência de enfermagem ao paciente esquizofrênico, visando sempre melhorar a qualidade de vida do mesmo.

Através deste trabalho foi possível compreender melhor a esquizofrenia, a história do processo de reforma psiquiátrica, bem como o modelo assistencial em saúde mental atual. Foi possível constatar também que ainda é necessário haver mais estudos e pesquisas para melhor compreensão das causas da esquizofrenia, que podem elucidar possíveis estratégias de prevenção para a doença.

Desta forma, este estudo mostra-se como meio de enriquecimento dos conhecimentos acerca da esquizofrenia, em que o leitor poderá conhecer melhor o processo de mudanças ocorrido, para a obtenção das formas de tratamento disponíveis para os pacientes portadores de transtornos mentais, além de apontar pontos importantes desenvolvidos pela enfermagem no tratamento desses pacientes, na assistência oferecida à sua família, e como pode atuar na reinserção social do paciente portador de esquizofrenia.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. *Loucos pela vida - a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2ª edição. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2003, 96 p.

AMORIM, A. M. M. N. E.; CRUZ, D. K. R.; CARDOSO, M. L. L. O. Percepção do enfermeiro no cuidar ao doente mental: uma revisão de literatura. *Rev. Multip. Saúde HSM*, Teresina, v.1, n.2, p. 53 - 62, 2013.

BARROSO, S. M.; SILVA, M. A. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. *Rev. SPAGESP*, Ribeirão Preto, v.12, n.1, p.66-78, 2011.

BRASIL. *Portaria/SNAS nº 189, de 19 de novembro de 1991*. Aprova a inclusão de grupos e procedimentos da tabela do SIH-SUS, na área de saúde mental (Hospitais Psiquiátricos). Disponível em: <<http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria189.pdf>>. Acesso em: 04/11/2014.

\_\_\_\_\_. *Portaria nº 224/MS, de 29 de janeiro de 1992*. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Disponível em: <<http://www.mp.sc.gov.br/portal/site/conteudo/cao/ccf/quadro%20sinotico%20sus/portaria%20sas-ms%20n%C2%BA%20224-92%20%20diretrizes%20e%20normas%20saude%20mental.pdf>>. Acesso em: 04/11/2014.

\_\_\_\_\_. *Portaria GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000*. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27\\_Portaria\\_106\\_de\\_11\\_02\\_2000.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27_Portaria_106_de_11_02_2000.pdf)>. Acesso em: 04/11/2014.

\_\_\_\_\_. *Portaria GM nº 1.220, de 7 de novembro de 2000*. Implementa os programas terapêuticos na modalidade de residências terapêuticas, destinadas a pacientes psiquiátricos com longa permanência hospitalar, conforme o disposto na Portaria GM/MS nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-1220.htm>>. Acesso em: 04/11/2014.

\_\_\_\_\_. *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em 11/11/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_15\\_anos\\_caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_15_anos_caracas.pdf)>. Acesso em: 15/10/2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. *Cartilha de Orientação*

em *Saúde Mental - Um Caminho para a Inclusão Social*. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://portal.cnm.org.br>>. Acesso em: 18/11/2013.

\_\_\_\_\_. Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. *Ministério público e tutela a saúde mental, a proteção de pessoas portadoras de transtornos psiquiátricos e de usuários de álcool e drogas*. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<https://www.google.com.br>>. Acesso em: 10/08/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados - 10*, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental>>. Acesso em: 17/11/2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde Mental, Cadernos de Atenção Básica*, nº 34. Brasília, p. 9 - 71, 2013. Disponível em: <<https://www.google.com.br>>. Acesso em: 05/07/2014.

CASTRO, S. A.; FUREGATTO, A. R. F. Conhecimento e atividades da enfermagem no cuidado do esquizofrênico. *Rev. Eletr. Enf.*, v. 10, n. 4, p. 957 – 965, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/pdf/v10n4a08.pdf>>. Acesso em: 20/06/2014.

CID - 10/ *Organização Mundial de Saúde*; tradução Centro Colaborador da OMS para a classificação de doenças em português. 10ª ed. rev. Volume 1. São Paulo: editora da Universidade de São Paulo, 2007, 1200 p.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Rev. de Psicologia da UNESP*, São Paulo, v.6, n.1, p. 60-79, 2007.

FARIA, E. F.; CHICARELLI, A. M. Assistência de enfermagem ao paciente portador de esquizofrenia: o desafio do cuidado em saúde mental. *Rev. Tecer*, Belo Horizonte, v. 3, n. 2, p. 30-40, 2009.

FERREIRA, A. I. S. Esquizofrenia e Análises Forenses. Desenvolvimento de um método analítico para a quantificação de fármacos psicotrópicos por LC-MS/MS. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2011, 162 p. Dissertação de mestrado em Química Forense. Universidade de Coimbra, Coimbra, 2011. Disponível em: <<https://www.google.com.br>>. Acesso em: 11/03/2014.

GIACON, B. C.C.; GALERA, S. A. F. Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm USP*, São Paulo, v. 40, n. 2/18, p. 286-290, 2006.

\_\_\_\_\_. Ajustamento familiar após o surgimento da esquizofrenia. *Rev. Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.66, n.3, p.321-326, 2013.

GOMES, M.S; MELLO, R. Sobrecarga gerada pelo convívio com o portador de esquizofrenia: a enfermagem construindo o cuidado à família. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)*, v.8, n.1, p. 2-8, 2012.

GOUVEIA, M. L. et al. Atuação do enfermeiro na assistência aos portadores de esquizofrenia: uma perspectiva bioética. In: ENCONTRO NACIONAL DE BIOÉTICA E BIODIREITO, n. 2, 2009, João Pessoa, PB. Anais do II Encontro Nacional de Bioética e Biodireito III Encontro de Comitês de Ética em Pesquisa da Paraíba, João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2009, p. 97-107. Disponível em: <<https://www.google.com.br>>. Acesso em: 13/11/2013.

KRÜGER G. O sofrimento psíquico na esquizofrenia. Ijuí: UNIJUÍ, 2011, 50 p. TCC do curso de Psicologia do DFP - Departamento de Filosofia e Psicologia da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí – RS, 2011. Disponível em: <<https://www.google.com.br>>. Acesso em: 13/05/2014.

LACCHINI, A. J. B. et al. A enfermagem e a saúde mental após a reforma psiquiátrica. Rev. Contexto e Saúde, Ijuí, v.10, n.20, p. 565 - 568, 2011.

MACEDO, F. M. S.; ANDRADE, M.; SILVA, J. L. L. A reforma psiquiátrica e implicações para a família: o papel do enfermeiro no programa saúde da família. Informe-se em promoção da saúde, v.5, n.2, p.19-23, 2009. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/reforma%20psiquiatica7.pdf>>. Acesso em: 30/10/2014.

MACHADO, A. M.; MIASSO, A. I. ; PEDRÃO, L. J. Sentimento do portador de transtorno mental em processo de reabilitação psicossocial frente à atividade de recreação. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v.45, n.2, p. 458 - 464, 2011.

OLIVEIRA, E. A. Análise comparativa dos Estilos de Vida, Capacidade Funcional e Qualidade de Vida de pessoas diagnosticadas com esquizofrenia em função do contexto de inserção: Hospital Psiquiátrico versus Estruturas Residenciais de Reabilitação. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, 100 p., 2011. Disponível em: <[http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/1936/1/DM\\_EmanuelOliveira\\_2011.pdf](http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/1936/1/DM_EmanuelOliveira_2011.pdf)>. Acesso em: 15/04/2014.

REIS, G. C.; ARRUDA, A. L. A. Fisiopatologia da esquizofrenia baseada nos aspectos moleculares da hipótese glutamatérgica. Rev. Bras. Farm., v. 92, n. 3, p. 118-122, 2011.

RIBEIRO, L. A.; SALA, A. L. B. ; OLIVEIRA, A. G. B. As oficinas terapêuticas nos centros de atenção psicossocial. Rev. Min. Enferm., Minas Gerais, v.12, n.4, p. 516 - 522, 2008.

SANCHES, I. M. P. O Impacto da Esquizofrenia na Juventude. Cidade da Praia - Santiago: Universidade Jean Piaget de Cabo Verde, 2013, 96 p. TCC apresentado ao curso de psicologia da Universidade Jean Piaget de Cabo Verde, Cidade da Praia - Santiago, 2013. Disponível em: <<http://bdigital.cv.unipiaget.org:8080/jspui/bitstream/10964/400/1/lvalene%20Sanchez.pdf>>. Acesso em: 23/04/2014.

SANTIAGO, E.; YASUÍ, S. O trabalho como dispositivo de atenção em saúde mental: trajetória histórica e reflexões sobre sua atual utilização. Rev. de Psicologia da UNESP, São Paulo, v.10, n.1, p.195 a 209, 2011.

SILVA, R. C. B. Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 263-285, 2006. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/esquizofrenia%20revisao.pdf>. Acesso em: 17/11/2014.

TAVARES, C.M.M. et al. Atenção de enfermagem à família do portador de transtorno mental: contribuições para educação permanente. *Rev. Cienc. Cuid. Saude*, v.11, n.4, p. 767-774, 2012.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.25-59, 2002.

TIZZIANI, B.; PAGLIARI, C. A.; SOUZA, D. B. Implementação de plano terapêutico para usuários do centro de atenção psicossocial - capsii, no município de Chapecó/SC, fundamentado na teoria de Imogene King. Chapecó: UNOCHAPECÓ, 2010, 84p. Relatório da Prática Assistencial apresentado ao curso de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Chapecó - SC, 2010. Disponível em: <<http://www5.unochapeco.edu.br/pergamum/biblioteca/php/imagens/000063/0000633A.pdf>>. Acesso em: 12/11/2013.