



INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES

MAYRA NASCIMENTO SILVA

**PACIENTES PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA: UM DESAFIO À
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

SÃO JOÃO DEL-REI

2014

MAYRA NASCIMENTO SILVA

**PACIENTES PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA: UM DESAFIO À
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Monografia apresentada ao Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves – IPTAN, como requisito parcial à obtenção do Título de Graduada em Enfermagem, sob orientação da Professora Esp. Ângela Pierina Farnese Mazzocoli.

SÃO JOÃO DEL-REI

2014

MAYRA NASCIMENTO SILVA

**PACIENTES PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA: UM DESAFIO À
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Monografia apresentada ao Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves – IPTAN, como requisito parcial à obtenção do Título de Graduada em Enfermagem, sob orientação da Professora Esp. Ângela Pierina Farnese Mazzocoli.

COMISSÃO EXAMINADORA

Professora Esp. Ângela Pierina Farnese Mazzocoli

(Orientadora)

Professor Esp. José Luiz Resende

(Examinador)

Professora Esp. Lucia Helena Moreira Silva

(Examinador)

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”

(Arthur Schopenhauer)

Dedico esta vitória à DEUS, meu caminho e minha verdade, é a ele que recorro em todos os momentos de alegria e tristeza, seja para agradecer ou pedir ajuda. Mesmo não o vendo, posso senti-lo e sei que estais comigo.

Aos MEUS PAIS, Odo Celestino da Silva e Sônia Maria do Nascimento pela dedicação e confiança depositados em mim, a minha vó Francisca que sempre do jeito dela me ajudou, e sempre se preocupou comigo. À mulher mais especial da minha vida, minha mãe que lutou com garra e coragem para eu ser o que sou hoje, a você eu devo mais essa conquista.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por iluminar meus pensamentos e ter estendido a mão nos momentos em que quis desistir.

Aos meus pais, pois sem eles não seria possível que este sonho se realizasse, e por terem abdicado dos seus sonhos e estarem vivendo os meus.

Ao meu irmão, pelo apoio e companheirismo constante.

À minha orientadora Ângela por ter me aceitado como sua orientanda, por sempre estar à disposição para tirar dúvidas, sempre com um sorriso no rosto e a professora Ana Claudia, pela paciência que teve em tirar dúvidas e me ajudar no decorrer do trabalho, pelas sugestões e por me fazer acreditar que daria certo.

Aos meus familiares, que acompanham minha caminhada e que confiam em mim.

Aos meus amigos de turma, pela convivência, por tudo que foi vivido, compartilhado e aprendido, e que tem um significado especial.

Agradeço em especial aos amigos que sempre me auxiliaram.

Aos demais amigos, que entenderam a minha ausência durante o período do curso.

A todos, meu muito obrigada! Valeu!

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

CAPS - Centro de Assistência Psicossocial.

CID -10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão;

DSM IV TR - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM)

NAPS - Núcleo de Assistência Psicossocial.

OMS - Organização Mundial de Saúde.

SUS - Sistema Único de Saúde .

SNC: - Sistema Nervoso Central.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.....	18
Figura 2	19

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. CONHECENDO A ESQUIZOFRENIA	13
1.1 Breves considerações.....	13
1.2 Sinais, sintomas e diagnóstico	14
1.3 Breve histórico dos portadores de sofrimento mental	16
1.4 Considerações Etiológicas	20
1.5 Apresentação clínica.....	26
2. ESQUIZOFRENIA: TIPOS.....	28
2.1 Tipo Paranóide	28
2.2 Tipo Hebefrênico ou Desorganizado.....	29
2.3 Tipo Catatônico.....	30
2.4 Tipo Indiferenciado	31
2.5 Tipo Residual	31
3. O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AO PACIENTE PORTADOR DE ESQUIZOFRENIA.....	32
3.1 Postura do enfermeiro diante do portador de esquizofrenia	34
3.2 A relação da família com o “mundo esquizofrênico”	36
3.3 A Importância de Um Ambiente Acolhedor	37
3.3.1 Lei Paulo Delgado	37
3.3.1.1 Criação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS: importância da atuação do enfermeiro	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	43

RESUMO

A esquizofrenia é uma doença de causa ainda desconhecida, acometendo os pensamentos, as emoções, as percepções e o comportamento de alguns indivíduos. Hoje é uma das patologias mais presentes na saúde mental. É notório que por intermédio dos diversos tratamentos atualmente instituídos, e, que através das ações de cuidado e assistência, existe a possibilidade do portador da doença ter uma melhor sobrevida, levando a uma maior interação entre a sociedade, a família e o esquizofrênico, o que não era possível outrora. Diante deste contexto, objetiva-se com este estudo esclarecer sobre a importância de um bom acolhimento por parte da enfermagem frente ao paciente esquizofrênico, contribuindo com a humanização do atendimento ao portador de esquizofrenia, ofertando informações sobre cuidados básicos em relação ao portador e a doença, melhorando a qualidade de vida do mesmo. Ao mesmo tempo, busca esclarecer sobre a importância da família neste contexto. Para a realização deste estudo, foi realizada uma revisão bibliográfica a fim de verificar qual é a importância da assistência de enfermagem para o portador de esquizofrenia. Assim, após o estudo, foi possível observar que o enfermeiro tem um papel fundamental na vida do esquizofrênico, por ter conhecimentos acerca da doença, promovendo um tratamento individualizado e diferenciado, sempre envolvendo família e comunidade, buscando ampliar a assistência aos mesmos de maneira humanizada e com novas formas de abordagem, evitando assim a gravidade da doença, bem como das recaídas sintomáticas.

Palavras-chave: Esquizofrenia; Saúde Mental; Assistência de Enfermagem; Família.

INTRODUÇÃO

O presente estudo busca focar a questão da assistência de enfermagem prestada ao portador de esquizofrenia, visto que existem relatos sobre a doença que remontam a antiguidade, e até os dias atuais a patologia ainda é motivo para estigmas e dificuldades enfrentadas pelos portadores da mesma, assim como a exclusão sofrida por eles, e que ainda permeia nossa sociedade, seja por medo, seja por desconhecimento da doença, que por vezes modifica o comportamento do paciente, afetando a família e a coletividade.

Ressalta-se que ainda hoje, sabemos muito pouco em relação ao cérebro e seus comportamentos, diante disso, também a esquizofrenia ainda é pouco conhecida pela ciência e pelo homem, fator este gerador de estigmas por mero desconhecimento sobre a patologia e suas implicações.

É uma patologia que exige muito dos familiares e equipe de saúde, uma vez que o doente mental, muitas vezes se torna incapaz de se cuidar, tornando-se totalmente dependente dos que os cercam.

Existem teorias que explicam que o surgimento da patologia pode ser originário de fatores genéticos, neuroquímicos, psicológicos, entre outros.

A esquizofrenia subdivide-se em alguns tipos, tais como: paranóide, desorganizada, catatônico, indiferenciada e residual. Onde seus principais sintomas são: na paranóide, onde apresenta a presença de sintomas como delírios, alucinações auditivas, entre outros. A desorganizada, nesta o paciente apresenta um comportamento desorganizado e bizarro, o tipo catatônico, resume-se no negativismo das coisas e no automatismo. Já a esquizofrenia indiferenciada apresenta os sintomas básicos dos outros tipos de esquizofrenia e a residual, consiste na presença de surtos isolados. Enfatizamos o fato de que todos esses tipos de esquizofrenia descritos no decorrer do texto não são claramente compreendidos pela ciência até o presente momento.

Portanto, surgiram questões a serem levantadas: Qual o papel do enfermeiro diante desta patologia? Qual a relação do esquizofrênico com a enfermagem? E, além disso, qual é o papel da família frente ao portador da doença?

Diante disso, o objetivo deste estudo é esclarecer sobre a importância de um bom acolhimento por parte da enfermagem frente ao paciente esquizofrênico, assim

como contribuir com a humanização do atendimento ao portador de esquizofrenia, promovendo a disseminação de informações sobre cuidados básicos em relação ao portador e a doença. Ao mesmo tempo, busca propor formas para a melhoria da qualidade de vida do esquizofrênico, esclarecendo sobre a importância do cuidado ofertado pelos familiares do mesmo.

Justifica-se a realização deste trabalho por entender que a incidência de sofrimento mental na sociedade vem aumentando significativamente, entre elas está a esquizofrenia. Então, evidencia-se a necessidade de se esclarecer a importância que a família tem durante o tratamento, na tentativa de fortalecer laços e fomentar a permanência do esquizofrênico no seio familiar, visto à grande importância deste vínculo, pois o esquizofrênico necessita de cuidados especiais, ambiente acolhedor, compreensão acerca de suas limitações, entre outras, e quando tudo isso é ofertado pela família, adquire um especial significado, cabendo ao enfermeiro oferecer esclarecimentos e orientações necessárias para a reabilitação e/ou o fortalecimento do vínculo paciente-família.

Para a realização deste trabalho a metodologia utilizada foi a revisão bibliográfica, analítica e descritiva baseada em literatura especializada, busca em sites científicos, periódicos e manuais referentes ao tema. Segundo 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.

Para melhor entendimento o estudo foi dividido em três capítulos, sendo que, o primeiro trata da esquizofrenia e suas peculiaridades através da história da doença. O segundo capítulo aborda os tipos de esquizofrenias e o terceiro e último capítulo descreve sobre o papel do enfermeiro frente ao paciente portador de esquizofrenia

1. CONHECENDO A ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia é uma doença mental complexa e difícil de ser compreendida. Ela afeta sem discriminação homens e mulheres, geralmente se inicia na adolescência, não descartando que ela se manifeste em idades mais avançadas.

1.1 Breves considerações

A esquizofrenia é o tipo de doença mental que mais se é estudado hoje, com o passar dos anos e com os diversos avanços científicos, a patologia vem se desenvolvendo e se aprimorando.

Segundo Silva (2006, p 263),

O histórico conceitual da esquizofrenia data do final do século XIX e da descrição da demência precoce por Emil Kraepelin. Outro cientista que teve importante influência sobre o conceito atual de esquizofrenia foi Eugen Bleuler.

Figueiredo (1999, s.p.), nos diz que o primeiro a utilizar o termo esquizofrenia foi o psiquiatra suíço, Eugen Bleuler em 1911, com os pacientes que tinham as características de desligados de seus processos de pensamentos e respostas emotivas.

Com o passar do tempo, o termo demência foi substituído por esquizofrenia, vindo a sofrer diversas alterações neste percurso.

Silva (2006, p. 264) corrobora,

Bleuler (1857-1939) criou o termo “esquizofrenia” (esquizo = divisão, phrenia = mente) que substituiu o termo demência precoce na literatura. Bleuler conceitualizou o termo para indicar a presença de um cisma entre pensamento, emoção e comportamento nos pacientes afetados.

Figueiredo (1999, s.p.), assevera que: “Equivocadamente atribui-se a esquizofrenia à cisão de personalidade, dissociação em personalidades, o que não é correto”.

Kraepelin, (1919, s.p.) *apud* Elkis, (2000, p.23), estabeleceu então um tipo de classificação onde os transtornos mentais eram baseados no modelo médico, assim

sendo seu objetivo, era esboçar a existência de doenças com etiologia, sintomatologia curso e resultados comuns. Assim chamou um destes pressupostos de demência precoce, pois começava no início e quase constantemente levava a problemas psíquicos. Eram sintomas característicos: alucinações, fluxo de pensamento, perturbações da atenção, compreensão e sintomas catatônicos. Os sintomas eram devidos à causas internas, tornando assim a etiologia endógena.

Gonçalves (2001, p 2), afirma que o que se pode ver ao longo da história, desde a Idade Clássica, é que o tratamento dispensado àqueles que apresentavam os sintomas da loucura era a exclusão e a segregação da sociedade, sem tratamento algum.

1.2 Sinais, sintomas e diagnóstico

Com o tempo, a dificuldade de encontrar uma definição global e consensual para a patologia era muito relevante, o diagnóstico variava entre os principais autores da época, conforme nos diz Gonçalves (2001 p. 5),

O termo devia ser exclusivamente aplicado a doentes crônicos e definitivos para outros o prognóstico não era relevante. Para alguns o diagnóstico só podia ser feito na adolescência e nos adultos jovens, para outros era aplicável a qualquer idade. Para alguns o diagnóstico implicava sintomas cardinais para outros a sensação de doença era suficiente.

Após diversas observações a pacientes apresentando quadros referentes ao processo da esquizofrenia, acredita-se que haja uma modificação na forma com que os neurotransmissores transferem as informações.

Conforme corrobora Assis, Villares e Bressan (2006.p.06),

A transmissão de informação entre as células do cérebro acontece por meio de substâncias químicas, chamados neurotransmissores. Assim, as cores que vemos os sons, o paladar, os odores, o tato, bem como o que pensamos e sentimos, são informações transmitidas por substâncias químicas dentro do cérebro.

Entretanto, Silva (2006 p. 263), assevera que, a definição atual da esquizofrenia indica um estado psíquico que se verifica a perda de contato com a realidade, ou seja,

uma psicose crônica idiopática¹, onde se apresenta certa semelhança entre sintomas. Entre as teorias, fatores genéticos e ambientais tem uma maior influência no desenvolvimento da patologia, visto que a patologia é multifatorial.

De acordo com Figueiredo (1999, s.p.), os sintomas de esquizofrenia surgem de diversos processos físicos, respondendo a diferentes formas de tratamento, sendo classificados em sintomas negativos e sintomas positivos, a saber:

Sintomas negativos (de sociabilidade baixa), são provavelmente devido à perda de células nervosas resultando numa capacidade diminuta de funcionamento. Sintomas positivos (alucinações e enganos) ou dano cognitivo (pensamento desordenado).

Observa-se que um paciente pode ter mais de um sintoma, mas raramente possui todos os sintomas, sendo que estes sintomas se sobrepõem, interage um com o outro e podem corromper a categoria, Braggio (2012, s.p.).

Nenhum sintoma isolado é patognomônico² de esquizofrenia; o diagnóstico envolve o reconhecimento de uma constelação de sinais e sintomas associados com prejuízo no funcionamento ocupacional ou social.

Entre o século XX e início do XXI, ocorreu-se uma explosão acerca de pesquisas nesta área. Com intenção de possibilitar uma maior compreensão das bases neurológicas das psicoses e auxiliar na construção de novos modelos de tratamento e intervenção.(DICKINSON *et al.* 2004 s.p.); (KEEFE *et al.*, 2006, p.10) *apud* (SILVA, 2006, p. 263).

Os conceitos de Kraepelin e Bleuler, formaram a base para a compreensão de esquizofrenia e fazem parte do cabedal conceitual dos psiquiatras, estando presentes nos critérios diagnósticos que operacionalizam o conceito de esquizofrenia até hoje.

A expansão do conceito de esquizofrenia deu-se predominantemente nos Estados Unidos, sobretudo devido às influências de Meyer e Sullivan, especialmente as do último, que interpretava os conceitos bleulerianos à luz da psicanálise (ELKIS, 2000 p.24).

¹ Idiopática: Termo que, em patologia médica, é usado para indicar que determinado mal ou doença não possui causa certa ou conhecida. Dicionário Aurélio (2014, s.p.)

² Patognomônico: adj. Diz-se dos sintomas próprios de cada moléstia e cuja identificação permite um diagnóstico certo. Dicionário Aurélio (2014, s.p.)

1.3 Breve histórico dos portadores de sofrimento mental

A história da psiquiatria é uma história de asilamento, em que a doença mental passa por períodos difíceis, sendo aqui demonstrado em um resumo histórico.

Conforme Belmonte (2003, p. 163-4), no início, ainda na Grécia, os loucos eram vistos como seres divinos, onde recebiam mensagem dos deuses, por isso eram valorizados e exaltados. Já na Europa, a loucura é vista de outra forma, conforme completa ainda, Belmonte (2003, p. 163-4),

Em meados do século XVII, a loucura torna-se o mundo da exclusão. Passa a ser vista como o conjunto dos vícios do homem. O novo controle social gera a necessidade de disciplinar, moralizar. Os que não conseguem participar dessa produção, são os desviantes. Nessa categoria incluem-se os loucos, os pobres, os inválidos e outros que estivessem fora da produção. Para essas pessoas, eram criadas casas que serviam como depositários humanos, na tentativa de controle moral da ociosidade.

Ainda completa a história, onde na Revolução Francesa, que propunha o lema de: "igualdade, liberdade e fraternidade", houve a reincorporação dos excluídos, mais com exceção dos loucos, pois apresentavam perigos para a sociedade. Ocorre, então, a exclusão do louco, com o objetivo de isolar para conhecer, conhecer para intervir AMARANTE, (1998, p.17).

No século XIX, portanto, a loucura adquire um caráter psicológico. A corrente alienista, tendo como principais representantes Pinel na França e Tuke na Inglaterra, acrescenta um novo caráter à exclusão, justificando a necessidade de excluir os loucos para poder conhecer a loucura na tentativa de dominá-la. O psiquiatra emerge com uma função ambígua de tratar o paciente e proteger a sociedade contra esse doente que tenta curar. Os asilos adquirem um novo papel, como espaço de experimentação e cura. Surge nesse instante, na Europa, a doença mental. AMARANTE, (1998, p.17).

No Brasil, já no início do século passado é que a loucura vem a ser objeto de intervenção, com a chegada da Família Real em nosso país, pelo mesmo motivo apontado anteriormente: a necessidade do controle social. As mudanças econômicas e sociais exigiram medidas para ordenar o crescimento das cidades, reorganizando o espaço urbano. Assim, em 1830, uma comissão da Sociedade de Medicina faz um diagnóstico sobre a situação dos loucos na cidade (BELMONTE, 2003, p. 163-4).

Segundo Amarante (1998, p. 18), contudo os loucos começam a ganhar um certo espaço na sociedade, que antes o reprimia e excluía, ele passa então a ser objeto de pesquisa e ganha o rótulo de doente mental, que merece espaço social próprio para tratamento.

Assim, diante de tais preocupações e visando a higiene das cidades, reforçava-se que estes fossem com frequência recolhidos à Cadeia Pública ou às enfermarias da Santa Casa de Misericórdia. Em ambos os locais, os loucos eram encarcerados em cubículos estreitos, em condições insalubres e muitas vezes amarrados, compondo cenas dantescas, na vívida descrição de um dos defensores da criação de um manicômio na Corte, como afirma (DE-SIMONI, 2004 p.142) *apud* (DALGALARRONDO, 2005, p.251)

Para Resende (1990, p.32), como já abordado, a psiquiatria começa-se a desenvolver com a vinda da Família Real para o Brasil. Até esse ano, os estados, mesmo os mais importantes – Rio de Janeiro (capital), Bahia e Pernambuco – ainda apresentavam uma pequena população.

Com a chegada da família Real, decorre-se então a vinda de milhares de pessoas para o país, assim sendo necessário a formação de toda uma estrutura administrativa na capital. Crescendo assim, junto com essa estrutura setores como da economia, do comércio e da indústria. Esta gama de mudanças então fortaleceu as bases econômicas da cidade, contribuindo para o seu crescimento, visto que muitas vezes as pessoas vendo oportunidades e possibilidades de crescimento se dirigiram para a cidade da corte, Rio de Janeiro. (BRITTO, 2004, p. 23).

Com essas mudanças, e ajuda da Irmandade da Misericórdia, surge então a oportunidade das famílias abastadas cariocas de contribuir para a construção do primeiro asilo de alienados brasileiro, destinado, sobretudo aos loucos que necessitavam (os pobres). A Santa Casa da Misericórdia da Corte também teve sua importante participação na construção do primeiro asilo, pois suas articulações políticas e mobilizações social propuseram a sólida construção do Hospício de Alienados Pedro II (FIG. 1), inaugurado em 1852 (DALGALARRONDO, 2005, p. 264).



FIGURA 1: Hospício de Alienados Pedro II, inaugurado em 1852.

Fonte: BRASIL: Exposições Virtuais. Arquivo nacional.

Com o tempo, foram criados outros hospitais em diversos estados brasileiros, chegando em Minas Gerais.

Pereira (2007, s.p.), nos confirma a história, de que em meados de 1903, Minas Gerais ganha seu primeiro hospital psiquiátrico, com o nome de Assistência aos Alienados do Estado de Minas Gerais, no local onde antes era um sanatório para tratamento de tuberculose, o qual estava desativado. Então na cidade de Barbacena, nas terras que pertenciam a Joaquim Silvério dos Reis, o delator do movimento dos inconfidentes, tem-se instalado o primeiro Hospício.

O mesmo autor (2007, s.p.), ainda acrescenta que segundo historiadores, outro motivo teria levado o hospital para a cidade. Quando da escolha da nova capital mineira, Barbacena foi levantada como uma das opções, entretanto, foi preterida por não possuir recursos hídricos satisfatórios e optou-se por Belo Horizonte. Como prêmio de consolação, Barbacena ganhou o Hospital dos Alienados. Assim, entrava em funcionamento o Hospício de Barbacena, depois, Hospital Colônia de Barbacena que teve como primeiro diretor o Dr. Joaquim Antônio Dutra. Sua capacidade inicial era de 200 (duzentos) leitos. Nesta época, o Hospital era constituído de um Centro Hortigranjeiro, além das oficinas, olaria e carpintaria.

“Durante os primeiros 30 anos de funcionamento, o Hospital Colônia foi uma Instituição respeitável oferecendo atendimento humanitário a seus pacientes mesmo

dispondo de métodos pouco eficientes em termos de tratamento.” (PEREIRA, 2007, s.p.).

Tendo em vista os bons resultados obtidos, o Hospital Colônia, passou a ser um ponto de referência para todos os pacientes que as comunidades pretendiam curar ou isolar, ou seja, havia uma grande demanda de doentes mentais, sífilíticos, tuberculosos e marginalizados. Com este aumento de pacientes, oriundo principalmente do Rio de Janeiro, o Hospital passou por uma mudança radical: os leitos eram insuficientes e a escassez de recursos financeiros, materiais e principalmente humanos, tornaram-se graves problemas. O tratamento dispensado aos pacientes passou a ser desumano e degradante (FIG. 2), atingindo elevadas taxas de mortalidade. O Hospital tornou-se mero depósito de doentes, e entreposto de comércio de cadáveres. Barbacena ganhou o estigma de “Cidade dos Loucos”, e o problema foi se arrastando sem soluções a curto prazo, (PEREIRA, 2007, s.p.).



FIGURA 2 - Barbaridades relatadas no livro Holocausto Brasileiro - Enfermarias.
Fonte: ARBEX, (2013., s.p.).

Conforme Arbex, (2013,. s.p.),

Quem chegava ao hospício, através de trem em Barbacena, conhecido por “trem de doido”, era deixado à própria sorte, com uma comida pior que lavagem, com fezes e urina em todos os lugares, doentes com moscas no corpo e muitas vezes tendo que comer ratos e tomar a água do esgoto que percorria o pátio. Além das sessões de "tortura" ocorridas com os banhos gelados à noite e os choques elétricos. Na maior parte do tempo ficavam nus ou em trapos porque não tinham roupas, perambulando pelo pátio. A média de mortes naquela época era de 16 pessoas por dia. Os corpos eram vendidos para faculdades de medicina e odontologia como indigentes. Sendo estas apenas algumas das barbaridades conhecidas por intermédio de relatos.

Diante do exposto e para um melhor entendimento, a seguir serão abordadas as considerações etiológicas da doença.

1.4 Considerações Etiológicas

Embora a esquizofrenia seja considerada uma doença única, ela pode ser caracterizada como uma síndrome heterogênea³, ou ainda, como um grupo de transtornos com causas heterogêneas.

Ainda hoje a esquizofrenia não possui uma causa específica, porém, há um consenso em atribuir fatores que possam ser variáveis culturais responsáveis pelos atributos da patologia, como fatores psicológicos e biológicos, entre as quais se destacam as de natureza genética, conforme nos diz (SILVA, 2006, p.267).

Dentre outras formas, criam-se teorias etiológicas para tentar compreender o fundamento da patologia, conforme veremos a seguir.

1.4.1 Evidências

O conjunto de evidências relativas à obtenção da patologia segundo fatores genéticos vem aumentando relativamente. Estudos apontam que a probabilidade de indivíduos da mesma família apresentarem a patologia é maior.

Conforme corroboram Filho e Samaia (2000, p.2): “Estudos com famílias, de gêmeos e adotados indicam a existência do componente genético para esquizofrenia;

³ Heterogênea: Característica do que não possui a mesma natureza, que provém de naturezas distintas; Dicionário Aurélio (2014, s.p.)

estima-se que o componente genético represente de 70% a 80% da susceptibilidade total para desenvolver a doença”.

Por ser uma doença complexa e comum, a esquizofrenia é, muito provavelmente, um transtorno etiologicamente heterogêneo, (forma “genética” e “ambiental”).

Completa ainda Filho e Samaia (2000, p.2), que importantes psiquiatras europeus acreditavam, já no final do século XIX, que a esquizofrenia apresenta um caráter hereditário. O primeiro estudo em famílias, procurando demonstrar essas observações clínicas, foi realizado em 1916 por Ernst Rüdin, na Alemanha.

Filho e Samaia, (2000, p.2) ainda completa que,

A partir de então, vários trabalhos se seguiram, confirmando uma maior agregação familiar à esquizofrenia. Entretanto, esses estudos iniciais apresentavam problemas metodológicos, como a ausência de critérios claros para o diagnóstico da esquizofrenia. No início da década de 80, novos estudos passaram a utilizar critérios diagnósticos operacionais (por exemplo, RDC⁴, DSM-III⁵), abordagem cega para os entrevistados e presença de grupo controle. Apesar dessas inovações metodológicas, os resultados desses estudos são muito semelhantes aos dos primeiros trabalhos.

Assim, um dos fatores causais mais relacionados ao desenvolvimento da esquizofrenia vem dos estudos em genética que, por meio de mais de oito décadas de investigações, confirmaram a influência genética para o transtorno. (SILVA, 2006 p. 266).

Não se encontrou ainda uma alteração neuroquímica definitiva na esquizofrenia. Para a maioria de achados positivos descritos na literatura, encontram-se também estudos com resultados negativos, corrobora (SILVA, 2006 p. 267).

Segundo Lieberman, Mailman e Duncam (1998, p 1099-1117) *apud* Silva (2006 p. 267), embora existam várias hipóteses bioquímicas desenvolvidas para explicar a gênese da esquizofrenia, nos determos naquela referente à hiperfunção dopaminérgica central, atualmente a mais bem investigada e mais aceita. No entanto, sabe-se que além do sistema dopaminérgico, outros sistemas de neurotransmissores centrais

⁴ RDC: Resolução de Diretoria Colegiada. DSM-IV-TR (2003, p.316-317).

⁵ DSM III: O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM) DSM-IV-TR (2003, p.316-317).

desempenham algum papel, sendo provável que vários sistemas estejam envolvidos simultaneamente.

O sistema dopaminérgico é o mais estudado na esquizofrenia. Ressalta Bressana e Pilowskyb (2003, p. 180), que seus resultados são mais aplicados nos sintomas negativos, mais continua sendo o modelo neuroquímico mais aceito para explicar a esquizofrenia.

As drogas antipsicóticas são mais efetivas para tratar sintomas positivos do que para sintomas negativos (delírios e alucinações). Portanto, a hipótese dopaminérgica se restringe aos sintomas positivos, deixando de lado sintomas fundamentais da esquizofrenia como os sintomas negativos, alterações cognitivas e o transtorno do pensamento, (BRESSANA E PILOWSKYB, 2003, p. 180).

Para Graeff, (1989) *apud* Silva (2004, p 268),

A semelhança é tão grande, que pode levar a erros diagnósticos, caso o psiquiatra ignore que o paciente tenha ingerido anfetamina. Assim, é possível que os sintomas esquizofreniformes sejam devidos ao excesso de atividade dopaminérgica determinado pela anfetamina. Com efeito, essas manifestações cedem rapidamente após a administração de neurolépticos bloqueadores dos receptores dopaminérgicos, sobretudo do tipo D2, ricamente distribuídos nos gânglios da base e áreas mesolímbicas.

Sabe-se ainda que o efeito antipsicótico de drogas como a clopromazina e o haloperidol, é bloquear a atividade dopaminérgica (GRAEFF, 1989 *apud* SILVA, 2004, p 268).

Com o passar do tempo, surge novas teorias, como a do distúrbio do neurodesenvolvimento, que são relacionados ao desenvolvimento cerebral.

Para Spila (1999, p. 377-85) *apud* Silva *et al* (2000, p 12), existem evidências de que a esquizofrenia é uma doença neurodesenvolvimental ao invés de degenerativa, como se acreditava ser anteriormente. A noção de que esquizofrenia é uma desordem neurodesenvolvimental tem ganhado força devido a achados de anormalidades na estrutura cerebral coerentes com origem gestacional.

Existem vários estudos sugerindo que eventos de ocorrência precoce, durante a vida intra-uterina ou logo após o nascimento, podem ser de importância fundamental na etiologia de uma parcela dos casos de esquizofrenia, interferindo no desenvolvimento normal de determinadas estruturas cerebrais e tornando o indivíduo vulnerável ao

surgimento mais tardio dos sintomas da doença (AKIL e WEINBERGER, 2000 p. 189-212) *apud* (SILVA, 2006, p.268).

Akil e Weinberger (2000, p. 189-212) *apud* Silva (2006, p.268) esclarecem que a má nutrição do feto, envolvendo especialmente redução no suprimento de oxigênio, iodo, glicose, e ferro pode levar à prejuízos no desenvolvimento do sistema nervoso central (SNC). As condições maternas que causam a má nutrição do feto e parecem aumentar o risco de desenvolvimento da esquizofrenia incluem diabetes, doença pulmonar crônica, anemia, inanição maternal durante o primeiro trimestre de gestação.

O mesmo autor ainda afirmam que,

O nascimento prematuro extremo (ex. antes de 33 semanas gestacionais) parece aumentar o risco para a esquizofrenia. Eventos perinatais e complicações durante o parto podem causar danos ao hipocampo e córtex cerebral por causar hipóxia ou isquemia. Assim, eventos que afetam o desenvolvimento cerebral durante a gestação e o período perinatal estão claramente relacionados à esquizofrenia.

Em observações feitas para o estudo do cérebro em técnicas *in vivo*, tem-se utilizado a técnica computadorizada, que fornece imagens mais precisas do que as do Raio X, detectando assim informações importantes. (THOME e CANNON 2000, p.351-363) *apud* (SILVA *et al* 2000, p 12).

De acordo com Hopkins e Lewis (2000, p 50-56) *apud* Silva (2006 p.270), por volta da metade da década de 1970, diversos estudos utilizando a recém desenvolvida técnica de tomografia computadorizada (TC) de crânio passaram a detectar sinais consistentes de atrofia cerebral, incluindo alargamento dos ventrículos cerebrais e aumento de sulcos corticais numa proporção considerável de pacientes esquizofrênicos crônicos e agudos, independentemente de fatores não específicos como idade, uso de eletroconvulsoterapia⁶, entre outros.

⁶ Eletroconvulsoterapia: A eletroconvulsoterapia (ECT), é um tratamento psiquiátrico no qual são provocadas alterações na atividade elétrica do cérebro induzidas por meio de passagem de corrente elétrica, sob condição de anestesia geral. IPAN (2014 s.p)

Hopkins e Lewis (2000, p 50-56) *apud* Silva (2006, p.270) asseveram que,

Os achados pioneiros de TC de crânio renovaram também o interesse em estudos patológicos post-mortem em cérebros de esquizofrênicos, e, com os avanços metodológicos nesta área, novas evidências começaram a surgir. Estudos recentes sugerem que os cérebros de alguns pacientes esquizofrênicos são mais leves e menores em comparação a indivíduos normais. Além disso, alterações cerebrais mais localizadas têm sido identificadas. As áreas mais consistentemente implicadas têm sido as porções mediais dos lobos temporais, sobretudo hipocampo e giro para-hipocampal. Diminuições de volume em áreas frontais, tálamo, gânglios da base e corpo caloso têm sido também sugeridas. A descoberta de alterações estruturais nos lobos temporais mediais tem despertado particular interesse.

A ideia de que alterações nestas áreas estão relacionadas com a gênese de sintomas esquizofrênicos já vinha sendo considerada uma vez que psicoses esquizofreniformes são frequentes em pacientes com epilepsia do lobo temporal. (FREIRE, s.a. p. 92)

Para Freire (s.a., p. 92), tem como base também a teoria freudiana da psicanálise, onde a ausência de gratificação oral ou da relação inicial entre a mãe e o bebê conduz a personalidades desinteressadas, indiferentes no estabelecimento das relações, podendo estar na origem da esquizofrenia.

A partir da década de 40, algumas teorias psicológicas tentaram explicar a esquizofrenia a partir de fatores relacionados com relacionamentos familiares patológicos e padrões de comunicação interpessoal aberrantes ganharam força, influenciando certas escalas do pensamento psiquiátrico.

Conforme descrito por Brown, Birley e Wing, (1972, p. 241-258), *apud* Silva (2006, p 271),

Em 1948, Fromm-Reichmann introduziu a ideia da “mãe esquizofrenogênica”, observando que determinados padrões de comportamento materno, incluindo hostilidade e rejeição, pareciam ser frequentes em mães de pacientes que desenvolviam esquizofrenia, entretanto a falta de comprovação empírica fez com que caísse em desuso.

Recentemente, os avanços metodológicos que tanto têm contribuído para o apuro dos critérios diagnósticos de esquizofrenia e para o esclarecimento das bases biológicas da doença, passaram também a ser aplicados na investigação dos aspectos psicossociais associados à mesma. Duas frentes em particular têm demonstrado, de forma

convicente, que, se fatores psicossociais não estão primariamente relacionados com a etiologia da doença, certamente influenciam a forma de aparecimento e o curso dos sintomas esquizofrênicos. Uma destas correntes diz respeito ao ambiente familiar de pacientes esquizofrênicos. Para Brown, Birley e Wing, (1972, p 241-258) *apud* Silva (2006, p 271),

Estudos utilizando metodologia adequada, (entrevistas bem estruturadas) para avaliar a presença destas atitudes, têm demonstrado que altos índices de EE (emoção expressa) na família aumentam significativamente a taxa de recaída e reinternação hospitalar de esquizofrênicos. Apesar do mecanismo pelo qual a EE leva a recaída ser ainda desconhecido, os achados anteriores têm implicações fundamentais não só para o esclarecimento da relação fatores psicossociais versus sintomas esquizofrênicos, mas também para a formulação de estratégias terapêuticas e psicoeducativas visando a prevenção de recaídas

Diversos modelos têm procurado integrar os aspectos psicossociais descritos anteriormente aos aspectos biológicos da etiologia da esquizofrenia. Dentre estes, o modelo da “vulnerabilidade versus estresse”, parte do princípio que pacientes esquizofrênicos apresentam uma vulnerabilidade para a doença de caráter biológico (genética e/ou decorrentes de insultos ambientais precoces), mas reconhecem também que a diferença dos sintomas pode ser diretamente influenciada pelo grau de estresse psicossocial ao qual o indivíduo é submetido. Assim, a forma, intensidade e curso dos sintomas esquizofrênicos são vistos como uma balança entre o grau de vulnerabilidade biológica do paciente e a intensidade de estresse ambiental.

Para Silva (2006, p.272),

O modelo “vulnerabilidade – estresse psicossocial” integra aspectos biológicos e psicossociais da doença, e justifica a necessidade de uma abordagem mais global ao tratamento do paciente esquizofrênico, levando em conta não só a eliminação dos sintomas, mas também o controle e prevenção de fatores ambientais estressores.

Mesmo com todas as teorias abordadas, ainda não se tem uma causa específica, podendo então a esquizofrenia ter muitas causas e possuir muitos fatores, sendo sua causa heterogênea.

1.5 Apresentação clínica

Com a apresentação dos sintomas, confundindo assim os sentidos, faz com que muitas vezes o esquizofrênico seja incompreendido, dificultando assim os cuidados a serem ofertados ao mesmo e os deveres da sociedade para com o cidadão e dele para com a sociedade. Acarretando assim prejuízos para a sociedade.

Segundo Giacon e Galera (2006, p. 287),

A própria definição fala que é um transtorno de longa duração, durante o qual a pessoa experimenta períodos de crises e remissões que resultam em deterioração do funcionamento do doente, da família, causando diversos danos/perdas nas habilidades de todo o grupo.

Assim, cada vez mais o paciente se torna incapacitado de cuidar de si mesmo, ficando a mercê de familiares e cuidadores. Os portadores de esquizofrenia sofrem na ausência de cuidados especiais, pois têm dificuldades em se relacionar com a sociedade. Apesar do comportamento do esquizofrênico demonstrar ser assustador, a pessoa com esquizofrenia não é mais violentas do que as pessoas normais, pelo contrário, são mais retraídas em se relacionar com o outro.

Como já citado na história da esquizofrenia, essa patologia já foi muito excluída da sociedade, necessitando assim de um conhecimento maior para compreendermos melhor sua evolução. Para um melhor entendimento de como a esquizofrenia, assim como seus conceitos e definições evoluíram até hoje, faz-se necessário entender alguns fatos que foram decisivos para a definição dos conceitos construídos até então, pois segundo Elkis (2000, p.25), “O que entendemos por esquizofrenia hoje é o fruto de um conceito que sofreu também muitas transformações.”

Diante do exposto, e tamanhas transformações conceituais a respeito da esquizofrenia, faremos uma abordagem sobre a cronologia dos fatos que nos últimos 100 anos influíram decisivamente para o desenvolvimento desse conceito pode trazer alguma luz para essa questão (Tabela 1). Dividiremos esses 100 anos em três períodos: (1) as origens: Kraepelin, Bleuler e Schneider, (2) o período de expansão do conceito e (3) o período de restrição do conceito.

Tabela nº 1 - Cronologia do desenvolvimento de conceito de esquizofrenia.

Ano	Evento
1893	Emil Kraepelin descreve o quadro clínico da demência precoce na 4ª edição de seu “Tratado de Psiquiatria”
1908/1911	Eugen Bleuler publica um artigo sobre o prognóstico da demência precoce seguido do livro “Demência Precoce: o grupo das esquizofrenias”
1913	Publicação da 8ª e última edição do tratado de Kraepelin com a descrição dos dois principais componentes da demência precoce
1930-1940	Descrição de vários subtipos de esquizofrenia na Europa e nos Estados Unidos
1948	Kurt Schneider publica a Psicopatologia Clínica” descrevendo os “sintomas de primeira ordem”
1965(até 1970)	Projeto colaborativo EUA-Reino Unido
1966 (até 1973)	Estudo Piloto Internacional da Esquizofrenia
1968	2ª edição do “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM II) (Associação Psiquiátrica Americana)
1972	Critérios diagnósticos da Universidade de Washington
1974	Sintomas positivos e negativos
1975	9ª edição da Classificação Internacional das Doenças (CID-9, Organização Mundial de Saúde).
1978	Research Diagnostic Criteria (RDC)
1980	Conceito de duas síndromes da esquizofrenia (Crow) Publicação da DSM III
1993-4	CID-10 e DSM IV

Fonte: Elkis (2000, p 23).

Nesse resumo histórico foi possível observar como, em pouco mais de quarenta anos, ocorreu uma revolução no campo da psicopatologia mudando completamente o modo como se via a loucura. A doença mental começa a ganhar outra visão, completa ELKIS (2000, p 23). No próximo capítulo serão abordados os tipos de esquizofrenia mais comuns e suas nuances, conforme o DSM IV.

2. ESQUIZOFRENIA: TIPOS

Hoje ainda é difícil o entendimento e a compreensão acerca da esquizofrenia, visto que muitos de seus conceitos ainda são antigos, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID) e o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Doenças mentais (DSM) (DSM-IV-TR, 2003, p.315-319).

Segundo Dicionário Aurélio (2014, s.p.), a esquizofrenia, outrora conhecida como demência precoce, é uma afecção mental das mais graves. Um de seus primeiros sintomas é a diminuição da afetividade, quando não sua total supressão. Segue-se um desligamento do mundo por parte do doente, que se volta sobre si mesmo (autismo).

A seguir apresentaremos os tipos de esquizofrenia estabelecidos por Kraepelin e mantidos por Bleuler, e aqueles utilizados atualmente na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento, por intermédio da Classificação Internacional de Doenças - CID -10, publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais, 4ª edição - DSM-IV-TR (RUSHEL, 2012 p.13).

Segundo DSM-IV-TR (2003, p.315-319), os subtipos são definidos pela sintomatologia predominante a época da avaliação, sendo que a esquizofrenia paranóide e a desorganizada tendem a ser, respectivamente a menos e a mais graves. Porém, não é incomum a presença de sintomas de mais de um tipo em um mesmo paciente, conforme discutiremos a seguir.

2.1 Tipo Paranóide

O tipo paranóide hoje é um dos que mais preocupam a equipe de enfermagem, justamente porque nesse tipo o paciente sempre tem a sensação de que todos a sua volta o querem mal, e estão tentando fazer algo para prejudicar-lhe, sendo assim esse tipo é o mais complexo e o que exige mais dos profissionais.

A característica típica da esquizofrenia do tipo paranóide é a presença de delírios e alucinações auditivos. Os sintomas delirantes podem ser de grandeza e de perseguição (como vozes ameaçadoras de comando), além de outros menos frequentes como ciúmes excessivos e mudanças gustativas e olfativas (ABREU e GIL, 2003, p, 374).

De acordo com Castro (2002, p. 89),

Predominam sintomas positivos como alucinações e enganos, com uma relativa preservação do funcionamento cognitivo e do afeto. O início tende a ser mais tardio que o dos outros tipos. É o tipo mais comum e de tratamento com melhor prognóstico, particularmente com relação ao funcionamento ocupacional e à capacidade para a vida independente.

Vários podem ser os sintomas para aquele que possui o tipo paranóide, mas na maioria das vezes se organizam em torno de um ponto central e coerente. Segundo (DSM-IV-TR, 2003, p. 315-319),

O indivíduo, dependendo dos sintomas, pode possuir diferentes tipos de comportamento, desde uma simples condição de superioridade e isolamento social até os casos mais extremos de perseguição em que o paciente acaba com intuídos suicidas e predisposição à violência. O início deste tipo esquizofrênico tende a ser mais tardio do que os de outros tipos de Esquizofrenia, e suas características tendem a não mudar com o tempo. Suas capacidades neuropsicológicas geralmente não possuem regressão e possibilitam compatibilidade com algumas atividades sociais. Muitas evidências apontam que a Esquizofrenia paranóide é consideravelmente melhor do que os demais tipos, devido à condição ocupacional favorável e à capacidade para uma vida independente.

Os primeiros episódios do tipo paranóide tendem a aparecer nos pacientes em idade mais avançada, do que nos tipos catatônico ou desorganizado.

2.2 Tipo Hebefrênico ou Desorganizado

As características típicas da esquizofrenia do tipo hebefrênico ou desorganizado são o discurso e comportamento desconexos, completamente regressivo e primitivo, embotamento afetivo ou inadequado unidos a outros, contato deficiente com a realidade, com início precoce e ausência de delírios sistematizados (ABREU e GIL, 2003, p 317) *apud* (RUSHEL,2012,p.15).

Garcia (1979, p. 367) assevera que,

O discurso desorganizado é tipicamente acompanhado por atitudes tolas e risos sem relação adequada com a situação, como quando riem durante um enterro. O comportamento desorganizado se observa quando o sujeito pratica atividades sem objetivos coerentes e úteis, podendo-se levar à incapacidade de atividades diárias, como o simples ato de tomar banho. O Afeto embotado ou inadequado gera no paciente uma típica expressão abobada, néscia e desdenhosa somadas a momentos de exaltação ou depressão com maneirismos e perturbações.

As características surgem na puberdade ou pouco depois. O adulto hebefrênico tende a ser ingênuo, teatral, cínico, romântico, com exaltações irritáveis e impertinentes, entregando-se ao abuso do álcool e outros tóxicos. Tudo isto é perceptível em testes neuropsicológicos que demonstram o prejuízo da capacidade mental do sujeito, conforme o autor supracitado GARCIA, (1979, p. 367).

2.3 Tipo Catatônico

Já o tipo catatônico segundo nos informa Garcia (1979, p.367): “Caracteriza-se por uma alternância dos estados estuporosos e de excitação, em que sobressaem o negativismo e o automotismo (catalepsia, ecopraxia, ecolalia, estereotipias e atos impulsivos).”

Segundo DSM-IV-TR (2003, p. 315- 319),

A imobilidade motora é observada por catalepsia (rigidez muscular) ou estupor. A atividade motora excessiva é aparentemente desprovida de sentido e não é influenciada por estímulos externos. O negativismo com postura rígida é observado com resistência a instruções, exceto àquelas dadas pelas próprias alucinações. Existem graves riscos para os pacientes em estado de estupor, pois nestes casos podem ocorrer danos violentos para outras pessoas e até mesmo ferimentos auto- infligidos. Os movimentos voluntários são, algumas vezes, caracterizados por posturas inadequadas e trejetos faciais.

2.4 Tipo Indiferenciado

As características essenciais da esquizofrenia do tipo indiferenciado consistem na presença dos sintomas básicos da esquizofrenia, como delírios e alucinações de qualquer tipo, pensamento e discurso desorganizado e incoerência, porém, com características que não satisfazem os subtipos anteriores. O diagnóstico para o Tipo Indiferenciado segundo o DSM-IV, “Um tipo de esquizofrenia em que se reconhecem os seus sintomas, mas não são satisfeitos os critérios para os tipos paranóide, desorganizado ou catatônico”. O DSM-IV-TR (2003, p 315- 319) ainda assevera que, não considera a presença do Tipo Simples da esquizofrenia, por esta razão ocorre a semelhança entre estes subtipos.

2.5 Tipo Residual

A Esquizofrenia do Tipo Residual é reconhecida quando houve, pelo menos, um episódio esquizofrênico, mas o quadro clínico atual apresenta sintomas negativos proeminentes por no mínimo um ano, com sintomas positivos quase inexistentes.

Segundo o DSM-IV-TR (2003, p.315-319), o diagnóstico para o Tipo Indiferenciado caracteriza-se como,

Um tipo de esquizofrenia no qual são satisfeitos os seguintes critérios: A. Ausência de delírios e alucinações, discurso desorganizado e comportamento amplamente desorganizado ou catatônico proeminentes. B. Existem evidências contínuas da perturbação, indicadas pela presença de sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas básicos da esquizofrenia, presentes de forma acentuada (por exemplo, crenças estranhas, experiências perceptuais incomuns)

Sob a classificação de esquizofrenia são agrupados vários distúrbios hoje claramente distintos: a esquizofrenia simples, a hebefrênica, a catatônica e a paranóide. Suas causas não estão bem identificadas. Ainda que o fator hereditário seja relevante, fatores psicológicos e sociais influem em sua manifestação.

No terceiro e último capítulo abordaremos a importância do enfermeiro no processo de tratamento da esquizofrenia e como a enfermagem vê a patologia, assim como discutiremos sobre a importância de se saber conviver com este paciente.

3. O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AO PACIENTE PORTADOR DE ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia causa muito sofrimento ao paciente e às pessoas ao seu redor, onde acabam todos se tornando vítimas da doença, o que leva ao preconceito. A enfermagem então tem um papel muito importante como auxílio para a tentativa de uma reinserção social deste paciente, assim como a inclusão da família e da comunidade no tratamento, visando um maior conhecimento a respeito da patologia além de promover a “qualidade” da saúde mental, para que os portadores de transtornos mentais tenham uma melhor condição de vida, uma vez que este transtorno psicótico pode acarretar dificuldades em sua vida social.

Oliveira e Alessi (2003, p.334) nos dizem que,

A enfermagem acompanha as mudanças ocorridas na sociedade ao longo de sua história como profissão. Isto exige dos profissionais reflexões sobre o processo de cuidar de modo sistematizado, passando a ser hoje o instrumento de trabalho do enfermeiro, permitindo-lhe sistematizar a assistência e aplicar o conhecimento teórico que direciona e embasa as suas ações.

Diante do exposto, se faz necessário que o enfermeiro e sua equipe disponham de conhecimento sobre a temática, treinamento, capacitação, visto que o cuidar é uma das premissas básicas do profissional da enfermagem, sempre pautando a assistência pela qualidade e humanização.

A história sobre a esquizofrenia sempre foi muito obscura, cheia de torturas, julgamentos precipitados sobre a doença e maus tratos. A enfermagem no século passado criou certa resistência a cerca do tema, visto que muitas vezes o profissional quando designado a prestar cuidados à esses doentes acabavam por ser agredidos fisicamente pelos mesmos. Então, criou-se não só medo, mais também resistência ao cuidar dos mesmos.

De acordo com Canguilham (2008, p. 308),

Até o final do século XIX, as concepções redundaram em duas formas de representar a enfermidade: a concepção ontológica, segundo a qual a doença tem origem unicausal provocada por entidade sobrenatural, cujos instrumentos de cura são os recursos naturais e religiosos, e a concepção dinâmica, que afirma ser a doença resultado do desequilíbrio entre natureza externa e o funcionamento interno do corpo, sendo necessário o uso de medidas terapêuticas para restabelecer o equilíbrio dinâmico e recuperar a saúde perdida.

A enfermagem no campo de saúde mental encontrou certa dificuldade em se comunicar e se adequar aos conceitos da doença, conforme corrobora Silva (2000, p.20-30),

O campo da saúde mental é talvez o mais enigmático do universo de intervenções em saúde, porque é o que mais evidencia as alterações no processo de comunicação, aqui entendida como o processo de transmitir e receber mensagens por meio de signos (símbolos ou sinais).

Faz pouco mais de 10 anos, que a Organização Mundial de Saúde - OMS, divulgou critérios objetivos e claros para a realização do diagnóstico da esquizofrenia. Na versão anterior, o CID 9, os critérios eram "frouxos" permitindo diferenças consideráveis nos parâmetros adotados entre os estudos; assim as disparidades de resultados entre eles era inaceitável terminando com a indefinição a respeito do curso da esquizofrenia (MENEZES, 2000, p. 35).

Com o passar do tempo, e visto a necessidade de uma maior atenção por parte do enfermeiro, e da equipe de saúde para com o portador de esquizofrenia, a OMS criou critérios mais objetivos a respeito dos cuidados necessários com estes pacientes. Assim, surge um apoio maior à esses pacientes, retirando-os do ambiente aterrorizante onde muitos se encontravam, quando internados.

Menezes (2000, s.p.), afirma que a enfermagem psiquiátrica está fundamentada no relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente, através do qual se observa os aspectos biopsicossociais do ser humano.

Castro e Furegato (2008, p.957-65), dizem que no aspecto biológico, a assistência de enfermagem acompanha a saúde geral do paciente e de sua família e os efeitos colaterais da medicação. No campo psicossocial, se envolve em diversas

atividades, como visita domiciliar, coordenação de grupos de pacientes em oficinas e outros temas que ajudam o paciente e a sua família a conviverem com a sociedade.

Diante do exposto, Giacon e Galera (2006, p 290) descrevem algumas ações importantes de enfermagem, tais como:

- Criar e implementar planos para melhorar as condições de saúde do paciente e de sua família;
- Orientar paciente e família sobre as características da doença, do tratamento e sobre os recursos disponíveis;
- Proporcionando adequado aconselhamento à família e ao paciente;
- Manejar e coordenar sistemas que integrem as necessidades do paciente e da família,
- Promover um entendimento e uma melhor aceitação da doença, o que leva à melhor adesão ao tratamento e uma melhor reabilitação social.

Com tantas atribuições, é necessário um preparo maior por parte do enfermeiro, para que ele desenvolva habilidades para lidar com tais pacientes, exigindo que o mesmo tenha uma postura assertiva ao lidar com os mesmos, como veremos a seguir.

3.1 Postura do enfermeiro diante do portador de esquizofrenia

A equipe de enfermagem deve estar bastante orientada acerca dos desafios ao tratar de pacientes esquizofrênicos, visto que muitas vezes a mecanização da assistência torna impossível a comunicação e o bom entendimento sobre a situação do paciente, proporcionando uma assistência sistematizada.

Segundo Townsend (2008, s.p.), em seu tratado sobre a enfermagem psiquiátrica, nos diz que ainda existem inúmeros desafios para a assistência de enfermagem, pois atualmente com a crescente indústria da medicalização da doença, existe uma tendência à ênfase biológica de algumas doenças mentais, exigindo que o enfermeiro esteja cada vez mais familiarizado com tais conceitos, como genética, psicológicos, neurológicos.

Conforme corroboram Castro e Furegato (2008, p.957-65),

É importante que o enfermeiro se adapte e esteja pronto para as mudanças de perspectiva sobre o tratamento da esquizofrenia (não mais como uma doença maligna e deteriorante) bem como os efeitos da reforma psiquiátrica (saindo do modelo asilar para o tratamento na comunidade - NAPS, CAPS, Ambulatórios de Saúde Mental, Centros de Saúde) tornando estes pacientes visíveis à sociedade.

O enfermeiro deve acreditar principalmente na remissão dos sintomas e na capacidade de inserção social do esquizofrênico. O enfermeiro e a equipe de saúde precisam dirigir suas ações para atender as necessidades individuais apresentadas pelo esquizofrênico (OLIVEIRA; ALESSI, 2003, p. 333-340).

Assim, o enfermeiro deve criar vínculos com o paciente, passando para ele confiança, e principalmente, demonstrando que ele pode confiar na equipe de enfermagem, facilitando então o entrosamento entre a equipe e o paciente, para que no decorrer dos procedimentos e intercorrências, não haja medo, nem resistência em cuidar do mesmo.

É sabido que uma crise de esquizofrenia pode ser muito difícil para toda a família, mas existe uma série de medidas que podem ser tomadas para minimizar o sofrimento que ela provoca, essas medidas devem ser orientadas pelo enfermeiro, mesmo que seja após o paciente ter apresentado a primeira crise.

Geralmente, o paciente começa o tratamento após a primeira crise, assim neste primeiro momento é importante que se crie um vínculo com o paciente, procurando escutá-lo mesmo que ele apresente alguma desordem neurológica. Assim é importante que a consulta seja tanto com paciente, quanto com a família, lembrando sempre que se deve respeitar o princípio de escutar primeiro o paciente e só após a família, para que o mesmo não sinta que o profissional está do lado da família e não dele, pois caso isso ocorra, ele não vai confiar no tratamento (LOYOLA e ROCHA, 2000, p. 56).

Os mesmos autores (2000, p.56), ressaltam que é preciso entender que a pessoa em crise de esquizofrenia passa por alucinações, pensamentos desorientadores e assustadores que não correspondem à realidade (delírios). É preciso ter em mente que a esquizofrenia tem tratamento e controle, havendo muitas maneiras de evitar ou tratar as crises logo no começo, evitando-se situações extremas.

Sendo assim, o envolvimento da família com o tratamento e o paciente tem importância fundamental para a continuidade do mesmo.

3.2 A relação da família com o “mundo esquizofrênico”

Quando se fala em “mundo esquizofrênico”, significa que é o mundo onde o doente mental cria seus hábitos e sua forma de ver e sentir.

Infelizmente a família ainda é considerada como mera informante dos sintomas do doente, sendo pouco considerado o seu sofrimento. O ideal é acolher a família promovendo suporte possível para as demandas manifestadas, tais como: culpa, conflitos, situações de crise, isolamento social, entre outros. Os serviços de saúde devem se estruturar para potencializar a relação familiar/profissional/serviço.

Para Koga e Furregato (2002, p. 3),

A presença de uma pessoa que sofre de enfermidade mental produz alterações no seio da família. Antes da doença, a pessoa tinha condições de contribuir. Quando ocorre a modificação no comportamento dessa pessoa, há modificações da rotina familiar, porque se sente a falta da ajuda que era prestada e ainda se arca com a responsabilidade de ajudar a pessoa doente.

Há grande dificuldade em se conviver com um portador de doença mental, devido muitas vezes, às atitudes agressivas, ausência de afeto, a imprevisibilidade e mesmo o isolamento social.

Percebe-se que o que falta à família são mais esclarecimentos sobre a doença que seu ente desenvolveu e de orientações para manejo com o mesmo. Porém, alguns pacientes, tem a “sorte” de a família o acolher e o ajudar, além de oferecer cuidados. Para Oliveira e Miranda (2000, p.102), a participação da família é um importante determinante para o sucesso do tratamento do doente.

Assim, hoje o modelo de assistência muda seu foco, buscando tratar o paciente em casa, mediante acompanhamento familiar, possibilitando um maior contato entre paciente/família, como dizem Colvero, Costardi e Rolim (2004, p. 198),

No modelo de atenção atual, a política assistencial vigente preconiza a diminuição da oferta de leitos hospitalares e a criação de serviços substitutivos de atenção à saúde mental deslocando, assim, o seguimento e evolução dos tratamentos para o interstício das dinâmicas familiares mobilizadas pela inclusão dos portadores de transtorno mental.

Assim, com o novo modelo assistencial, fica facilitada a interação da família com o doente mental. Um engajamento que ajuda tanto o paciente quanto a família, assim

como facilita as ações da enfermagem, pois com a família supervisionando o paciente fica mais fácil de controlar, entre outros, a medicação do mesmo, fazendo com que ocorra maior interação do paciente com a família, fomentando a confiança entre eles.

3.3 A Importância de Um Ambiente Acolhedor

Hoje, os profissionais estão preocupando-se com a importância do preparo da família, pois a convivência do doente com os familiares está sendo cada vez maior, por vezes ocorrendo dificuldades em “deixá-lo internado”, em decorrência de tratamentos realizados em serviços de emergência, unidades psiquiátricas em casos de surtos, núcleos de atenção psicossocial (NAPS), hospitais-dia e/ou hospitais-noite, ambulatórios, conforme o processo de desinstitucionalização está sendo consolidado (LAGOMARSINO, 1990; ZUÑIGA; JOBET, 1991, *apud* ABREU, 1991; p.50).

Esta importância dada à família pelo profissional de saúde, vem desde a promulgação da Lei Federal 10.216/2001, conhecida como Lei Paulo Delgado, que propõe oferecer tratamento para o doente mental em casa, onde ele recebe mais carinho, mais atenção e respeito.

3.3.1 Lei Paulo Delgado

No ano de 1989, um ano após a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, deu entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), o qual propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos hospícios no país. Porém, cabe enfatizar que é somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é aprovada no país. A concordância, no entanto, é uma emenda do Projeto de Lei original, que traz alterações importantes no texto normativo. (BRASIL, 2005 p. 7-10)

Segundo Mesquita, Novellino e Cavalcante (2010 p. 6), a Lei Federal 10.216/2001, redireciona o amparo em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, no entanto, não estabelece estruturas claras para a

progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a publicação da Lei 10.216, impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, pois mesmo antes de sua aprovação, suas consequências já eram visíveis por meio de diferentes ações, tais como a de criação dos Serviço de Residência Terapêutica - SRT e de programas, como o “De volta pra casa”, diante disso, novas modalidades para o tratamento do usuário de saúde mental foram postas em prática.

3.3.1.1 Criação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS: importância da atuação do enfermeiro

Na Lei Paulo Delgado, ainda existe um predisposto não claro da extinção destes manicômios, visto que muitos internos já idosos, não possuem famílias para os acolherem, e outros que já nasceram no manicômio e não tem pra onde ir. Assim, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiram como um dispositivo antimanicomial, um modo de se trabalhar com os transtornos mentais graves a partir da Reforma Psiquiátrica. (RIBEIRO, 2004, p. 95)

Completa ainda Ribeiro (2004, p. 95), que o primeiro CAPS do Brasil, denominado Professor Luís da Rocha Cerqueira, surgiu em 1986, na cidade de São Paulo, a partir da utilização do espaço da então extinta Divisão de Ambulatório (instância técnica e administrativa da Coordenadoria de Saúde Mental, responsável pela assistência psiquiátrica extra-hospitalar) da Secretaria Estadual de Saúde. Transformou-se esse local num serviço que se propunha a evitar internações, acolher os egressos dos hospitais psiquiátricos e oferecer um atendimento intensivo para portadores de doença mental, dentro da nova filosofia do atendimento em saúde mental desse período.

Dessa forma, os CAPS se estruturam como serviços de atendimento diário. Parte-se de um entendimento de que a especificidade clínica de sua clientela, pela sua doença e condições de vida, necessita muito mais do que uma consulta ambulatorial mensal ou semanal. Organizam-se de forma a que o usuário, caso necessite, possa frequentar o serviço diariamente, e é oferecida uma gama de atividades terapêuticas diversificadas e o acolhimento é realizado por uma equipe interdisciplinar. Procura-se oferecer ao usuário a maior heterogeneidade possível, seja nas pessoas com quem possa vincular-se, seja nas atividades em que possa engajar-se (TENÓRIO, 2002, p. 25-29).

Neste sentido, a equipe do CAPS trabalha interdisciplinarmente, a fim de promover diferentes formas de sociabilidade. Para tanto, pode contar com outros profissionais, além dos que constituem a tradicional equipe terapêutica, como artesãos, musicoterapeutas, artistas plásticos, pedagogos, professores de educação física, entre outros, completa ainda (TENÓRIO, 2002, p. 25-29).

Neste aspecto, a Portaria Ministerial n. 336/02 traz a obrigatoriedade da presença de um enfermeiro no CAPS, sendo que, para os CAPS II, III, e CAPS ad, é necessário que o enfermeiro tenha formação em saúde mental, o que não acontece para as demais modalidades de CAPS.

Além da obrigatoriedade do profissional médico e do enfermeiro na formação da equipe mínima, a Portaria acima citada contempla outras vagas para serem ocupadas por outros profissionais da saúde e/ou outras áreas que tenham afinidade com a saúde mental como psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais (BRASIL, 2005 p. 7-10). Registra-se que o enfermeiro é capacitado durante sua formação para a observação dos aspectos biopsicossociais necessários para o cuidado na prática diária.

Kantorski (2008 p. 87-105), esclarece que, a proposta de trabalho no CAPS inclui, além da pessoa com transtorno mental, a família e a sociedade, exigindo atividades direcionadas a um grupo ampliado, para o qual a enfermagem deverá utilizar-se do saber acumulado na profissão e agregá-lo ao que é necessário na prática cotidiana do CAPS. A oferta de oficinas terapêuticas, as reuniões de equipe interdisciplinar, o atendimento familiar, as atividades de cuidado, administração, acolhimento e visitas domiciliares requerem flexibilização no fazer da enfermagem.

Hoje existe uma grande cadeia de locais de tratamento para os esquizofrênicos, oferecendo acompanhamento terapêutico, terapia ocupacional entre outros, onde podemos citar o CAPS.

Quando citado que a família é parte fundamental para o bom êxito do tratamento, é importante enfatizar que não só o doente mental, mas, a família também adoece. O portador de sofrimento mental inicialmente sofre com certos preconceitos, o que faz com que ele não saiba administrar a doença, assim, ele acredita que toda a família está contra ele, estando ele certo e todos errados. Daí a importância de se procurar ajuda médica, para que juntamente com a medicação, este paciente comece a ter uma percepção mais clara sobre a doença. Sob o efeito das medicações usadas corretamente,

o esquizofrênico raramente tem surtos, facilitando seu entendimento a cerca de todo o processo da patologia.

Trata-se de uma doença bastante prevalente dentre as condições psiquiátricas de hoje. Pode-se afirmar que não existe um tratamento para esquizofrenia conveniente para a patologia, pois cada paciente possui necessidades específicas e individuais. Dentre os recursos encontrados nas referências teóricas utilizadas, que podem ajudar no tratamento da esquizofrenia estão o medicamentoso, a psicoterapia individual, a psicoterapia de grupo, a intervenção familiar e o tratamento hospitalar, conforme citado no decorrer do trabalho. Para que os recursos sejam escolhidos corretamente, deve-se considerar a necessidade de cada caso em particular e não impor padrões pré-estabelecidos a todos.

É importante perceber as diferenças individuais de cada paciente para obter o sucesso no tratamento, cabendo então ao enfermeiro e a equipe médica identificar qual o recurso deve ser melhor utilizado para cada paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo descreveu sobre a esquizofrenia, e o motivo da escolha do tema para a realização da pesquisa se deve ao fato de ser um assunto de grande relevância para o enfermeiro, sendo parte de nossa formação e também uma atribuição profissional, estarmos preparados para ajudar os indivíduos portadores de sofrimento mental, da melhor maneira possível, desfazendo a visão preconceituosa da sociedade que estigmatiza especialmente o esquizofrênico.

No decorrer do trabalho procuramos entender as raízes da patologia, até seu desfecho atual, sendo um tema de complexa abordagem, por ser uma patologia ainda muito pouco estudada.

A compreensão acerca do tema se dá pelo fato de oferecer a sustentação que o paciente necessita para retornar a sociedade, constituindo uma base sólida que possibilite sua reabilitação e, por intermédio deste apoio, conduzir o esquizofrênico a caminhos menos dolorosos, sendo que isso só é possível, através do entendimento do complexo contexto da esquizofrenia.

Cabe ressaltar a importância da família diante de todo o contexto, visto que a mesma não deve se mostrar indiferente diante do problema, embora é sabido que nem todos estão preparados para vivenciar tal situação, principalmente porque a estrutura familiar vem se modificando ao longo dos anos, interferindo inclusive na abordagem do esquizofrênico, acarretando implicações significativas para o mesmo.

Percebeu-se que no início do estudo outra visão sobre o tema se impunha, não no que se refere ao preconceito, mas não se podia imaginar tamanho sofrimento, vivenciado ainda hoje pelo portador de esquizofrenia, já que tudo se relaciona à questões sociais, do consumismo e de estereótipos perfeitos.

No decorrer do estudo, pode-se enfatizar a importância da equipe multidisciplinar, para o tratamento do esquizofrênico, ressaltando o papel do enfermeiro, que tem em sua formação a premissa básica do cuidar, sendo então profissional indicado para lidar com o portador de sofrimento mental, estendendo tal cuidado também às suas famílias.

Por fim, cabe ressaltar que a jornada ainda é longa rumo a uma sociedade unificada, podendo talvez ser encarado como uma utopia. Mas, certamente, livre de preconceitos, estigmas e valores que erroneamente são destacados nos dias atuais, aquilo que foge do “normal”, é então mascarado, deixando-se de perceber que mesmo indivíduos

estigmatizados também podem ser produtivos, sendo importante lembrar que o doente mental, tem os mesmos direitos dos ditos cidadãos.

Este estudo não pretende encerrar as discussões sobre o tema, e sim incentivar que profissionais de saúde, bem como familiares de portadores de esquizofrenia conheçam mais sobre ele. É notório que estudos desta natureza além de colaborar com o conhecimento da temática, possam levar mais informações, especialmente ao corpo de enfermagem.

Espera-se, ainda, que sejam encontradas novas oportunidades para aprofundar o assunto, e que seja estimulado o desenvolvimento deste tema em pesquisas futuras, além disso, que as ideias contidas neste trabalho possam ser mais divulgadas e melhor compreendidas.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Paulo Silva Belmonte de et al. Fardo do paciente psiquiátrico crônico na família. Revista ABP-APAL, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 49-52, 1991.
- ABREU, Paulo; GIL, Alexei. Esquizofrenia. In: NETO, Alfredo Cataldo; GAUER, Gabriel José Chittó; FURTADO, Nina Rosa (Orgs). Psiquiatria para estudantes de medicina. 3.ed, Porto Alegre: Edipucrs, 2003.
- ARBEX, Daniela. Holocausto Brasileiro - Vida, Genocídio e 60 Mil Mortes No Maior Hospício do Brasil. Edição:1/2013, São Paulo, Ed. Horsa II,2013.
- AMARANTE, Paulo. Rev: Loucos pela Vida - a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 15-29, jan-abr, 1998.
- ASSIS, Jorge Cândido; VILLARES,Cecília Cruz ; BRESSAN, Rodrigo Affonseca. Conversando sobre a esquizofrenia. Rev. Psiq. Clín., São Paulo, v. 33, supl 1, p. 7-64, 2006.
- BELMONTE, P.R. et al. Curso básico de acompanhamento domiciliar. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2003, vol.11, n.3, pp. 163-170. ISSN 0104-1169. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000300011>>. Acesso em 21 de set. de 2014
- BRASIL, Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005.
- BRASIL: Exposições Virtuais. Arquivo nacional. Disponível em: <<http://www.exposicoesvirtuais.arquivonacional.gov.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=219>> Acesso em: 22 de set. de 2014
- BRAGGIO, Evandro. Conceitos em psicologia. Rev psicologia. Vitória/ES. 2012. Disponível em: <http://braggio.webnode.com.br/news/conceitos-em-psicologia/>

BRESSANA Rodrigo A; PILOWSKY B e Lyn S. Hipótese glutamatérgica da esquizofrenia. Rev. Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, v. 25, n. 3, p. 177-183, 2003.

BRITTO, Renata Corrêa. A internação psiquiátrica involuntária e a lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental. RJ: ENSP/FIOCRUZ, 2004, p. 23. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

CANGUILHAM ,G. O Normal e o patológico. Rev. RENE, Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 229-310, jan./mar. 2008.

CASTRO, Sueli Aparecida; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. Conhecimento e atividades da enfermagem no cuidado do esquizofrênico. Rev. Eletrônica de Enfermagem, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 957-65, 2008.

CASTRO, C.C. Hospital psiquiátrico: (re) afirmação da exclusão. Rev. Psicologia & Sociedade; Campina Grande, v. 14, n. 1 p. 87-102, jan./jun. 2002 -

COLVERO, L.A.; COSTARDI, IDE ; ROLIM, M.A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. Rev Esc Enferm USP, s.l., v. 38, n. 2, p. 197 – 205, 2004.

DALGALARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 12, n. 3, p. 250-300, set.-dez. 2005.

DSM-IV-TR. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. p 315-319.

ELKIS, H. A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v.22, suplemento 1, p. 22-25, 2000.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988. Disponível em: <<http://www.dicionariodoaurelio.com/>>. Acesso em: 19 de ago. 2014.

FILHO, Homero P. Vallada; SAMAIA, Helena. Esquizofrenia: Aspectos genéticos e estudos de fatores de risco. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. XI, n. 1 e 2, p. 2-9, 2000.

FIGUEIREDO, Dr. Jorge Barros. História da esquizofrenia. *Revista cultura e cidadania*, Rio de Janeiro. Editora Reproarte. 1999. Disponível em: <<http://revistaculturacidadania.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 06 set. 2014.

FREIRE, Joyce M. Gonçalves. Uma reflexão sobre a psicose na teoria freudiana. *Revista latino americana de psicologia fundamental*, Rio de Janeiro. s.d. Disponível em <http://www.psicopatologiafundamental.org/pagina-revista-latinoamericana-de-psicopatologia-fundamental-108> Acesso em: 06 set. 2014

GARCIA, J. Alves. *Psicopatologia forense*. *Rev Rene*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 367, 1979.

GIACON, Bianca Cristina Ciccone ; GALERA, Sueli Aparecina Frari. Primeiro Episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 286-291, 2006.

GONÇALVES, A.M. A reforma psiquiátrica no Brasil: Contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 02- 10, mar / abr, 2001.

IPAN: Instituto de Pesquisas Avançadas em Neuroestimulação. Disponível em: <http://www.ipan.med.br/ect.php> Acesso em 22 de set. de 2014

KANTORSKI, L.P; MIELKE F.B; JUNIOR T. S. O trabalho do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial. *Trab Educ Saude*, s.l., v. 6, n. 1, p. 87-105, mar / jun, 2008.

KOGA, Mariki; FURREGATO, Antônia Regina. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. Revista Ciência, cuidados e Saúde, Maringá, 2002. v. 1, n. 1, p. 2-7.

LOYOLA, C.M.; ROCHA, R.M.. Apresentação. In: Compreensão e crítica para uma clínica de enfermagem psiquiátrica. Cad IPUB. 2000, s.l, v.19, n.1, p.56.

MENEZES, P.R. Prognóstico da esquizofrenia. Rev. Bras. Psiquiatria, São Paulo, v. 22, Maio 2000. p. 22-39.

MESQUITA, José Ferreira. NOVELLINO, Maria Salet Ferreira. CAVALCANTI, Maria Tavares. A reforma psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental. Trabalho apresentado no XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu - MG – Brasil, de 20 a 24 de setembro de 2010.

OLIVEIRA L.H.; MIRANDA, C.M.L. A instituição psiquiátrica e o doente mental: a percepção de quem vivencia esse cotidiano. Esc. Anna Nery. Rev Enferm, s.l., v. 4, n. 1, p. 95-103, 2000.

OLIVEIRA, A. B.; ALESSI, N.P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. Rev. Latino-Americana de Enfermagem, s.l., v. 11, n. 3, p. 333-340, mai / jun, 2003.

PEREIRA, Lucimar. (2007). Histórico do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena-Museu da Loucura. Barbacena, Copyright, 2007. Disponível em: www.museudapsiquiatria.org.br Acesso em 02/09/2014.

PORTARIA GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e

abrangência populacional. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2002.

RESENDE, H. (1990) Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil. (Tundis, S.A. & Costa, N.R) Petrópolis: Vozes.

RIBEIRO, Sergio Luiz. Criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. Rev. Psicologia ciência e profissão, v. 43, n 12, p. 94-98. São Paulo, 2004

RUSHEL, André Eduardo. Esquizofrenia, crime e responsabilidade do estado. Porto Alegre – 2012, Rev Bras Enfermagem; s.l, v. 63, n. 1, p. 12-7. 2012

SILVA AL;MR Guilherme ;SSL Rocha et al. Comunicação e enfermagem em saúde mental: reflexões teóricas. Rev Latinoam Enfermagem, s.l, v. 8, n. 5, p. 10-18, 2000.

SILVA, Regina Cláudia Barbosa. Esquizofrenia: uma revisão. Rev Esc Enferm USP, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 197-270, 2006.

SILVA, M.J.P. da; CASTRO, R.C.B.R. de. A comunicação não-verbal nas interações enfermeiro-usuário em atendimentos de saúde mental. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 265-269, janeiro 2001.

TENÓRIO, Fernando. 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. 25-29, jan / abr, 2002.

TOWNSEND, Itiro. Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. Rev Bras Psiquiatria, s.l, v. 56, n. 8, s.p, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1516-4446&lng=en&nrm=iso>