

CENTRO UNIVERSITÁRIO LEÃO SAMPAIO
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

CLAUDIANA HELENA DO NASCIMENTO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE ESQUIZOFRENIA: O
cuidado em saúde mental

JUAZEIRO DO NORTE – CE
2019

CLAUDIANA HELENA DO NASCIMENTO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE ESQUIZOFRENIA: O
cuidado em saúde mental

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, como requisito para obtenção do título de bacharelado em enfermagem.

Orientadora: Geni oliveira Lopes.

JUAZEIRO DO NORTE – CE

2019

CLAUDIANA HELENA DO NASCIMENTO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE ESQUIZOFRENIA: O
cuidado em saúde mental

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de enfermagem do Centro Universitário
Doutor Leão Sampaio, como requisito para
obtenção do título de bacharelado em
enfermagem.

Orientadora: Geni Oliveira Lopes.

Aprovado em 03 de Dezembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO
Orientadora Prof.^a Esp. Geni Oliveira Lopes

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO
1^a Examinadora Prof.^a Msc. Maryldes Lucena Bezerra

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO
2^a Examinadora Prof.^a Msc. Ana Maria Machado Borges

Juazeiro do Norte – CE

2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por estar sempre ao meu lado oferecendo-me força e principalmente a fé, pois sem fé não somos nada. Agradeço por Ele ter me protegido de todos os perigos durante todo esse tempo dedicado a vida acadêmica e a cada dia ter me fortalecido de coragem para enfrentar todos os obstáculos.

Agradeço a meus pais que me apoiaram nesta caminhada sendo meus exemplos de vida pois sempre dedicaram seu trabalho com a intenção de me proporcionar dias melhores, demonstrando seu amor e ensinamentos de que na vida há altos e baixos e que sempre devemos estar preparados para tudo.

Agradeço aos meus irmãos que sempre me ajudaram em tudo principalmente na parte financeira, como também com conselhos e palavras de incentivo. Obrigada pela paciência durante essa longa etapa que enfrentei em minha vida.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	08
2.OBJETIVOS.....	10
2.1.OBJETIVO GERAL.....	10
2.2.OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	10
3.REFERENCIAL TEORICO.....	11
3.1 ESQUIZOFRENIA NO BRASIL E NO MUNDO.....	11
3.2 O PACIENTE ESQUIZOFRENICO.....	12
3.3SINAIS E SINTOMAS.....	13
3.4REDEDEATENÇÃO PSICOSOCIAL.....	13
3.5CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAUDE MENTAL.....	14
3.6 CLINICA AMPLIADA EM SAÚDE MENTAL PRIMARIA.....	15
3.7HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DO PORTADOR DE ESQUIZOFRENIA.....	17
3.8TRATAMENTO.....	18
4.METODOLOGIA.....	20
4.1TIPO DE ESTUDO.....	20
4.2LOCAL E PERIODO.....	20
4.3PROCEDIMENTOS E INSTRUÇÕES PARA COLETA DE DADOS.....	21
4.4ANÁLISE E INTERPRETAÇÕES DOS DADOS.....	21
4.4.1Realidade do viver com esquizofrenia.....	22
4.4.2Facilidades/dificuldades da assistência de enfermagem prestada ao paciente esquizofrênico	24
5.CONCLUSÃO.....	27
REFERÊNCIAS.....	28
APÊNDICE.....	30
APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	31

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial.

CDS: Compact Disc.

ESF: Estratégia de Saúde da Família.

MS: Ministério da Saúde.

OMS: Organização Mundial de Saúde.

PNSM: Política Nacional de Saúde Mental.

PSF: Programa Saúde da Família.

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial.

SCIELO: Scientific Electronic Library Online.

RESUMO

A esquizofrenia é uma enfermidade complexa caracterizada por distorções do pensamento da percepção de si e da realidade externa. Trata-se de uma síndrome de longa duração e de início precoce, associada a uma série de sintomas e sinais, como: alucinações, apatia, isolamento social, e até o suicídio. Esta pesquisa tem como objetivos analisar a importância da assistência de enfermagem para humanização dos cuidados prestados ao doente esquizofrênico; conhecer o perfil e a realidade do viver com esquizofrenia e descrever as dificuldades da assistência de enfermagem prestada ao paciente esquizofrênico. Trata-se de uma revisão sistemática, descritiva, de natureza qualitativa, desenvolvida nas bases de dados diretório de revista, buscador acadêmico e base de dados, com artigos científicos dos últimos cinco anos publicados nos idiomas português e espanhol e utilizados como descritores: esquizofrenia, saúde mental, assistência de enfermagem. Os resultados evidenciam que a maioria das pessoas afetada é do sexo masculino, com baixa escolaridade e faixa etária entre 22 e 62 anos. Não exercem atividade laboral e a fonte de renda é proveniente de aposentadorias ou decorrentes da ajuda de familiares. A pessoa esquizofrênica tem dificuldade de conviver diante da sociedade e dos familiares, tornando-se vítima de preconceito. Pode ficar fechada em si mesma, com o olhar perdido, indiferente em relação a tudo que se passa ao seu redor, não tem autocrítica sobre aquilo que faz, fala ou pensa. Os serviços de saúde mental têm dificuldades diante da assistência prestada devido a agressividade do paciente na hora da assistência, da complexidade do transtorno por ele apresentado, comportamentos, heteroagressividade, delírios e alucinações, principalmente no que se refere a comunicação e relações interpessoais. Uma das formas de reintegrá-lo na sociedade é sua participação em diferentes programas de reintegração específica de terapia cognitiva e social, inclusive treinamento para profissionalização facilitando seu reingresso na atividade laboral. Além do tratamento farmacológico e psicossocial, é necessário trabalhar a inclusão familiar estimulando a participação dos mesmos assim como é primordial que a equipe de enfermagem desenvolva competências coletivas e em equipe interdisciplinar, na busca da reabilitação psicossocial e afetiva desses pacientes.

Descritores: Assistência de enfermagem. Esquizofrenia. Saúde mental.

ABSTRACT

Schizophrenia is a complex illness characterized by distortions of thinking of self-perception and external reality. This is a long-term syndrome and early onset associated with a series of signs and symptoms, such as hallucinations, apathy, social withdrawal and even suicide. Is research aims to analyze the importance of nursing care for compassionate care of the sick schizophrenic; know the profile and the reality of living with schizophrenia and describe the difficulties of nursing care provided to the schizophrenic patient. This is a systematic review, descriptive, qualitative, developed in Scielo databases, Google Scholar and Lilacs with scientific articles of the past five years published in Portuguese and Spanish and used as descriptors: schizophrenia, mental health care of nursing. The results show that most of those affected are male, with low education and aged between 22 and 62 years. Do not perform labor activity and the source of income is from pensions or arising out of family help. The schizophrenic person finds it difficult to live in the face of society and family, becoming a victim of prejudice. It can be closed in itself, with the lost look, indifferent to everything that happens around him, has no self-criticism about what they do, speak or think. Mental health services are overwhelmed by the assistance due to the aggressiveness of the patient at the time of the complexity of the disorder service it renders, behaviors, heteroaggressiveness, delusions and hallucinations, especially with regard to communication and interpersonal relationships. One way to reintegrate him in society is their participation in various specific reintegration programs of cognitive and social therapy, including training for professional facilitating their re-entry into the labor activity. In addition to pharmacological and psychosocial treatment, it is necessary to work the family inclusion stimulating their participation as it is essential that the nursing staff to develop collective skills and interdisciplinary team in the pursuit of psychosocial rehabilitation and emotional these patients.

Key words: Nursing care. Schizophrenia. Mental health.

1 INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é conhecida como uma doença psiquiátrica de maior gravidade e perplexidade e seu acompanhamento é bastante desafiador. É definida como uma síndrome clínica que compreende manifestações psicopatológicas variadas de pensamentos, percepção, movimento e comportamento (CARDOSO, 2017).

Classificada hoje pela psiquiatria como uma síndrome, tem como características uma série de sinais e sintomas que costumam surgir pela primeira vez, na forma de um surto psicótico, por volta dos 20 anos nos homens e 25 anos nas mulheres. Normalmente está associada a um quadro de alucinações, delírios e desorganização do pensamento durante as crises agudas, intercaladas por períodos de remissão. As crises agudas expressam as emoções, apatia, isolamento social e um sentimento profundo de desesperança. As principais causas de morte na esquizofrenia são: o suicídio, acidentes e outras patologias associadas devido as manifestações que acometem o paciente. Outros fatores de risco são o consumo de drogas, pouca adesão a terapêutica, baixa autoestima, estresse, falta de esperança, isolamento, depressão e eventos negativos na vida do paciente (GIRALDI; CAMPOLIM, 2014).

Transtornos mentais graves como esquizofrenia são apontados pela literatura como doenças crônicas altamente incapacitantes, associada a risco de suicídio e maiores probabilidades clínicas de desenvolver comorbidades clínicas e baixa expectativa de vida (CZEPIELENSK, 2016).

A esquizofrenia é um transtorno de origem múltipla, cuja sintomatologia engloba disfunções cognitivas, emocionais e comportamentais que afetam a vida social e ocupacional do sujeito acometido, causando também sobrecarga familiar (OMS,2001, DSM-5,2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), reconhece a magnitude dos problemas de saúde mental e admite a impossibilidade do seu cuidado ser realizado exclusivamente por especialista em psiquiatria. Nesse sentido, passou-se a preconizar a descentralização dos serviços psiquiátricos em unidades de cuidados gerais e a formação da participação da comunidade (ELIZANGELA, 2017).

A assistência de enfermagem deve ser feita de modo singular, lembrando que o paciente portador de esquizofrenia é um ser humano que apresenta alterações emocionais e comportamentais (FARIA; CHICARELLI, 2009).

Dentro desse contexto, a monografia ora elaborada justifica-se pela necessidade de conhecer a assistência de enfermagem prestada aos pacientes portadores de esquizofrenia e sua efetividade no âmbito da enfermagem.

O interesse e aprofundamento pelo tema foi motivado pelo fato de a mãe da pesquisadora ter desenvolvido a doença a partir dos 35 anos de idade e o desconhecimento das causas que estimularam o desenvolvimento da doença. A esquizofrenia demonstra-se um desafio para todos os profissionais da saúde mental, e também para os familiares. Apesar das várias abordagens sobre o assunto, ainda é um transtorno mental de difícil compreensão.

Esse tema é relevante pois a qualidade da assistência de enfermagem aos portadores e como eles convivem com a doença ajudam na promoção de estratégias adequadas e eficazes junto ao atendimento, tanto para o paciente quanto aos seus familiares podendo assim, inseri-los na sociedade de forma digna.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a importância da assistência de enfermagem para humanização dos cuidados prestados ao paciente esquizofrênico.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- . Conhecer o perfil do paciente esquizofrênico.
- . Conhecer a realidade do viver com esquizofrenia.
- . Descrever a assistência de enfermagem prestada ao paciente esquizofrênico.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ESQUIZOFRENIA NO BRASIL E NO MUNDO

No histórico conceitual da esquizofrenia foi feito no final do século XIX e a descrição da demência precoce feita por Emil Kraepelin que estabeleceu uma classificação de transtorno mental que se baseava no modelo médico. Seu objetivo era delinear a existência de doenças com etiologia e sintomatologia (MARI, 2015).

A doença mental começou a ser estudada desde o século XIX, onde a autonomia para escolhas eram consideradas requisitos fundamentais para exercer um papel de cidadão. Para a época, o indivíduo mentalmente desequilibrado tornava-se incapaz de tomar suas próprias decisões não sendo possível desfrutar da razão plena, consequentemente não eram considerados como cidadãos (SANTOS, 2016).

No século XX começa a aparecer na Europa as casas de internamento para os dementes, com o objetivo de excluí-lo, sendo usado como justificativa a segurança da sociedade. Eram isolados e tratados severamente, chegando a ser acorrentados e expostos ao frio (SANTOS, 2016).

A partir da década de 1970, o movimento pela reforma psiquiátrica pautou-se pela crítica ao modelo tradicional da assistência hospitalocêntrico, defendendo a perspectiva de um cuidado em saúde mental incorporando a categoria de integralidade, diretriz que o novo Sistema Único de Saúde apresentou para a saúde geral (SILVA, 2017)

A esquizofrenia é um dos principais problemas de saúde pública da atualidade, exigindo considerável investimento do sistema de saúde e causando grande sofrimento para o doente e sua família. Por ser uma doença de longa duração, acumula-se ao longo dos anos um aumento de pessoas portadoras desse transtorno, com diferentes graus de comprometimento e de necessidades (LIERBERMAN, 2015).

3.2 O PACIENTE ESQUIZOFRÊNICO.

Em certos momentos da vida o indivíduo vive diversas situações que causam sofrimentos, tendo pensamentos negativos dentro de si, e não consegue muitas vezes suportá-los, podendo a situação fugir do seu controle. Essas situações podem surgir em momentos de perda na família ou de um ente querido ou em situações estressantes que o mesmo se vê envolvido (GIRALDI, CAMPOLIM, 2014).

O paciente procura uma separação do seu sofrimento tentando reestabelecer as situações de sua vida pessoal, buscando o seu equilíbrio psíquico e emocional. A questão é ter cuidado de não tornar o sofrimento maior do que já é. Em situações como essa o sujeito necessita de apoio da família, amigos, colegas de trabalho, ou seja: não excluído e não discriminado, porque, ocorrendo isso o sofrimento será maior (ALVES, 2016).

Segundo Lierbeman (2015) a esquizofrenia é uma desordem hereditária, e quem possuir um parente com esquizofrenia consiste em um fator de risco com o aumento da possibilidade de desenvolver a doença principalmente quando o grau de parentesco é de primeiro grau. Embora as estimativas variem, a taxa de concordância para a esquizofrenia em gêmeos idênticos é de 50%, e para gêmeos zigotos, é da ordem de 12% sendo significante maior que 1% do risco da população geral. No entanto, sabemos que existem várias hipóteses bioquímicas desenvolvidas para explicar a gênese da esquizofrenia, mas deteremos àquela referente a hiperfusão dopaminérgica central, que é mais bem investigada e aceita pela comunidade científica.

Hoje sabe-se que a doença e a deterioração se iniciam anos antes das manifestações clínicas mais caracterizadas como psicose, que é traduzida por ansiedade, irritabilidade, insônia, dificuldade de atenção e concentração como: distúrbios de comportamento, distanciamento social e delírios. Muitas vezes, as pessoas que convivem com o doente atribuem as mudanças observadas nessa fase como típicas de adolescência ou crise da idade adulta e por isso não costuma procurar ajuda especializada (LOUZA, 2000).

3.3 SINAIS E SINTOMAS

Segundo Brasil, (2017) a esquizofrenia atinge cerca de 1% da população mundial e habitualmente inicia-se entre o final da adolescência e meados dos 30 anos. Os sinais e sintomas podem ter início gradual ou agudo. A seguir estão os tipos de esquizofrenia e os sintomas apresentados pelos pacientes.

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE: Presença de delírios de perseguição e de grandeza.

ESQUIZOFRENIA DESORGANIZADA: Discurso e comportamento desorganizado, embotado ou inadequado.

ESQUIZOFRENIA CATATÔNICA: Imobilidade motora flexibilidade alterada com a atividade motora excessiva, negativismo em atender a uma solicitação, mutismo, movimentos estereotipados e repetição das palavras ou sons como um eco (ecolalia).

ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA: Associa sintomas dos tipos anteriores.

ESQUIZOFRENIA RESIDUAL: Ausência de sintomas produtivos proeminentes, comportamento desorganizado a sintomas negativos.

O quadro de esquizofrenia pode ser preenchido por dois ou mais sintomas podendo ser positivo, delírio, alucinações ou discurso desorganizados. Os delírios são crenças distorcidas da realidade que apresentam conteúdos diversos. As alucinações, são percepções reais sem objetos existentes e a desorganização do pensamento é verificado por meio do discurso que o paciente venha a manifestar (DSM-5,2014).

O comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico dar-se por comportamentos tolos, agitação, postura rígida, já os sintomas negativos como a expressão emocional diminuída, avalia, álogia e anedonia são comuns e estão associadas na esquizofrenia onde são consideradas mais proeminentes. (DSM-5,2014).

3.4 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.

A Política Nacional de Saúde Mental é uma ação do Governo Federal, coordenada pelo Ministério da Saúde, que compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país para organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em saúde mental. Abrange a atenção a pessoas com necessidades relacionadas a transtornos

mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo etc. (BRASIL 2017)

O acolhimento dessas pessoas e seus familiares é uma estratégia de atenção fundamental para a identificação das necessidades assistenciais, alívio do sofrimento e planejamento de intervenções medicamentosas e terapêuticas, se e quando necessárias, conforme cada caso. Os indivíduos em situações de crise podem ser atendidos em qualquer serviço da Rede de Atenção Psicossocial, formada por várias unidades com finalidades distintas, de forma integral e gratuita, pela rede pública de saúde. (BRASIL 2017)

A reforma sanitária brasileira propiciou maior aplicabilidade das ações locais, favorecendo o surgimento de experiências exitosas nos diversos setores da saúde. Uma destas foi a criação dos Centros de Atenção Psicossocial(CAPS), que subvertem a lógica da hierarquização do sistema de saúde agregando os diferentes níveis de atenção a saúde. (ALVES,2015).

Segundo Ribeiro, (2017) considerando que a atenção básica é o primeiro nível que constitui esse sistema, defendemos os argumentos de que suas unidades as Estratégias Saúde da Família- ESF que é o cuidado em saúde mental precisa encontrar possibilidades de acolhida com integração, incorporação, estruturação e desenvolvimento na qualidade de vida.

Segundo o Ministério da Saúde por meio da Política Nacional de Saúde Mental, propõe uma rede de serviços de saúde mental integrando e ampliando em relações a pessoa com transtornos mentais no sentido de buscar integralidade e atender ao requisito da territorialização do cuidado preconizando pelo SUS, destacando-se o papel dos serviços da atenção básica. (RIBEIRO,2017).

3.5 O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAUDE MENTAL.

A enfermagem psiquiátrica tem por principal fundamento o relacionamento interpessoal entre o profissional da enfermagem e paciente, por meio do qual se verifica os aspectos biopsicossociais do ser humano. No campo biológico, a enfermagem observa efeitos colaterais da medicação e acompanha a saúde geral do paciente e de sua família, mapeando os comportamentos e verificando os resultados obtidos (SALLES, 2013).

Na esfera prático psicossocial, pode desenvolver inúmeras atividades, tais como a visita domiciliária, a coordenação de grupos de pacientes em oficinas bem como outros temas

relacionados a área. A promoção do acesso do paciente e família aos recursos da comunidade, podendo contribuir para a reabilitação do doente e da família (SILVA,2016).

O cuidado de enfermagem tem seu enfoque principal no sistema familiar, desta forma vem se mostrando bastante útil por permitir observar os aspectos biopsicossociais do paciente e de sua família e contribuir para uma melhor articulação do grupo com a comunidade. A avaliação das necessidades específicas e as ações de enfermagem são desenvolvidas de acordo com as particularidades de cada família. Assim, vislumbra uma reorganização dos sintomas dos pacientes e uma prevenção para futuros episódios de crise, melhorando a qualidade de vida do grupo familiar, seu papel frente à sociedade e entre seus próprios membros, e evitar a deterioração definitiva que leva à incapacidade mental e a dificuldade de inserção do paciente no meio social (SALLES, 2013).

As diversas ações desenvolvidas pela enfermagem ocorrem em serviços específicos para o atendimento do primeiro surto bem como em serviços de saúde primária. Com isso os pacientes e familiares apresentam uma melhor aceitação da nova condição, são encorajados a enfrentá-la através de atividades em parceria com recursos da comunidade, o que possibilita a recuperação da vida social e uma reabilitação mais rápida e eficiente (GIACON; GALERA, 2006).

3.6 CLÍNICA AMPLIADA EM SAÚDE MENTAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA.

A clínica ampliada é uma das diretrizes que a Política Nacional de Humanização propõe para qualificar o modo de se fazer saúde. Ampliar a clínica é aumentar a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade. É integrar a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas na busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso, com a criação de vínculo com o usuário. A vulnerabilidade e o risco do indivíduo são considerados e o diagnóstico é feito não só pelo saber dos especialistas clínicos, mas também leva em conta a história de quem está sendo cuidado (BRASIL 2017).

A ampliação da clínica trabalha os danos e os benefícios gerados pelas práticas de saúde, e aposta nas equipes de diferentes especialidades compartilhando a responsabilidade com os usuários e seu entorno (BRASIL 2017).

Através da escuta, o trabalhador da saúde vai buscar junto ao usuário, os motivos pelos quais ele adoeceu e como se sente com os sintomas, para compreender a doença e se responsabilizar na produção de sua saúde. É importante estar atento para os afetos entre os

trabalhadores e usuários buscando a autonomia da pessoa diante do seu tratamento, ao mesmo tempo em que seu caso é tratado de forma única e singular. Um hipertenso, por exemplo, pode e será cuidado de forma diferente de outro hipertenso, já que cada caso é um caso. Se o usuário estiver deprimido, isolado, desempregado, tudo isso interferirá no desenvolvimento da sua doença e precisa ser ouvido pelo profissional de saúde (BRASIL 2017).

A clínica ampliada propõe então que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida. Para implantar essa diretriz da PNH é importante também que sejam discutidas outras orientações ético-políticas, como o Projeto Terapêutico Singular, Equipe de referência e apoio matricial, co - gestão e o acolhimento (BRASIL 2017).

Não só médicos fazem a clínica mas todos os profissionais de saúde fazem cada um a sua clínica, algo mais amplo e coletivo um conjunto de profissionais que juntos apresentam a proposta da clínica ampliada. Uma prática comum nos serviços de saúde é justamente a redução dos usuários a um recorte diagnóstico ou burocrático. A proposta de clínica ampliada é constituir uma ferramenta para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes (BRASIL 2017).

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi instaurado no ano de 1994 pelo Ministério da Saúde, todavia alguns municípios com suas devidas particularidades, já promoviam ações neste sentido. Diante dos desafios da consolidação e aplicação dos princípios que formulam o Sistema Único de Saúde (SUS) que são eles: universalidade de acesso, integralidade da assistência, descentralização político-administrativa e participação da comunidade, o PSF foi proposto como órgão de atuação organizadora, dialógica, capaz de tecer os fios que compõem as redes da assistência à saúde.

Vislumbramos a transição de PSF para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como um modelo de atenção primária, composta por estratégias e ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos realizados pelas Equipes de Saúde da Família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde. Sua ênfase é na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido. A atenção primária prioriza uma abordagem preventiva que tem como principal objetivo a promoção da saúde (SUNDFELD 2010).

3.7 A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DO PORTADOR DE ESQUIZOFRENIA.

A família é muito importante no tratamento, especialmente pelo vínculo afetivo e a maneira como interpreta a doença, podendo influenciar as práticas de cuidados por ela adotados e o sucesso para a reabilitação do indivíduo que vivencia a esquizofrenia. A enfermagem psiquiátrica está fundamentada no relacionamento interpessoal no qual observa aspectos biopsicossociais do ser humano, onde no aspecto biológico, a enfermagem observa efeitos colaterais da medicação e acompanha a saúde geral do paciente e sua família (BRASIL, 2017).

A humanização na assistência ao paciente é de suma importância porque possibilita que o mesmo seja, na medida do possível, de suas limitações, reintegrado ao meio social e crie um vínculo maior de afeto e confiança com seus cuidadores (BRASIL, 2017).

A política de atendimento humanizado na Saúde Mental pretende ser um programa de inclusão do paciente, sempre que suas condições de recuperação médica-psíquica assim o permitirem, na sociedade como um membro participativo e produtivo e não o tratando como algo fora do espaço físico que vivemos (LUCIETTO 2012).

As ações de enfermagem ocorrem em serviços específicos para o atendimento do primeiro surto de saúde primária, ao qual o paciente e a família apresentam uma melhor aceitação da doença pra enfrenta-los a recuperação da vida social na integração na sociedades com respeito e sem preconceito no meio social.

A implantação do projeto de humanização no ambulatório favoreceu o desenvolvimento de ações voltadas aos pacientes agilizando o processo de atendimento com a implantação do orientador de fluxo, implantação do sistema de senhas, adequação da área física e melhora nas condições de trabalho. Houve substituição de mobiliário, capacitação dos colaboradores da recepção, adequação da área física, espaço de escuta. Esta intervenção fortaleceu espaços de troca e de produção de conhecimento voltado para uma melhor qualidade de trabalho e promoção da saúde (GUIMARÃES; BRAIDO 2013).

A rede de humanização em saúde está em construção permanente de laços de cidadania, de um modo de olhar de cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também de olhá-lo como sujeito de um coletivo, sujeito da história de muitas vidas. A construção de uma metodologia de trabalho para a implantação de projetos de humanização nas instituições favorecerá o desenvolvimento de ações voltadas para os pacientes e condições

de trabalho para os colaboradores, fortalecendo espaços de troca e de produção de conhecimento voltado para uma melhor qualidade de trabalho e saúde (GUIMARÃES; BRAIDO 2013).

A admissão do paciente é realizada pelo médico e enfermeiro do plantão e posteriormente, inicia-se a abordagem e acompanhamento do paciente/ família pela equipe multidisciplinar ação relacionada ao dispositivo da Equipe multiprofissional de referência.

O caso do paciente é discutido nas reuniões multidisciplinares e caso haja necessidade é agendada uma reunião da equipe com a família (Ação relacionada ao instrumento de Alta Responsável e ao dispositivo Projeto terapêutico singular - PTS, em discussão e elaboração). Estas reuniões objetivam informar sobre as condições clínicas, conhecer as expectativas e esclarecer as dúvidas dos familiares. Nestas reuniões também é abordada a possibilidade ou não de alta hospitalar (LUCIETTO 2012).

Paciente com agitação psicomotora, confusão mental, agressividade, violência em relação a si próprio e ou a outros é indicado a imobilização, com o objetivo de restringir os movimentos do paciente agressivo e agitado, limitando sua habilidade de movimento quando esse oferece perigo para si e para terceiros, através de dispositivos mecânicos possibilitando, pelo uso das faixas, um relaxamento progressivo, prevenção de quedas após sedações, diminuição da agressividade, agitação e uma percepção dos limites corporais (SCHWIDERSKI; TCHAIKOVSKI, 2013).

A agressão e violência são a continuidade do aumento da tensão em que a pessoa demonstra irritação, depois resiste a ordens e, por fim, confronta os demais e se apresenta violenta. Durante todo o procedimento de contenção, o paciente deve ser esclarecido sobre o que está sendo feito, bem como os motivos, tentando explicar o caráter não-punitivo do mesmo (SCHWIDERSKI; TCHAIKOVSKI 2013).

3.8 TRATAMENTO

No século XX iniciou uma grande transformação no setor da medicina no tratamento das doenças mentais, onde ficou conhecida como a revolução farmacológica da psiquiatria, desenvolvendo medicamentos psicoterapêuticos, capazes de melhorar consideravelmente o estado dos pacientes portadores de alterações de diversas funções psicopatológicas e perda do conciente e da realidade (ELKIS 2013).

O tratamento farmacológico para a esquizofrenia ainda não era resistente para o indivíduo com sintomas psicóticos positivos apesar de tomar antipsicóticos, onde foram verificadas a utilização da medicação para remediar os prejuízos cognitivos e sociais associados à doença (BIRCHWOOD; EPENCER, 2005).

A esquizofrenia é uma doença que não há cura e os medicamentos são utilizados no intuito de controlar as crises sofridas pelo paciente. O seu tratamento é paliativo e busca controlar os surtos proporcionando ao paciente uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 2017).

O tratamento deverá ter início nas primeiras crises do paciente com isso as chances de controle serão maiores. A medicalização poderá ser realizada no hospital ou não, dependendo do grau de gravidade da crise sofrida. Aos dias atuais o paciente deve ser internado nos surtos agudos e o período de internação deve ter uma curta duração (PIELENSK, 2016).

Desta forma o tratamento farmacológico da esquizofrenia iniciou - se com a descoberta dos medicamentos chamados de antipsicóticos, tal medicamento é capaz de melhorar os sintomas dos pacientes portadores dessa síndrome (ELKIS 2013).

4- METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma revisão integrativa, do tipo descritiva de natureza qualitativa.

A revisão integrativa consiste no cumprimento das etapas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de elegibilidade; identificação dos estudos nas bases científicas; avaliação dos estudos selecionados e análise crítica; categorização dos estudos; avaliação e interpretação dos resultados e apresentação dos dados na estrutura da revisão integrativa (CERQUEIRA 2017).

A pesquisa descritiva objetiva descrever as características de uma população, ou identificar relações entre variáveis. Nesse caso, são comuns as pesquisas que investigam características de um grupo, considerando idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, nível socioeconômico etc. Também são pesquisas descritivas as que se ocupam do nível de criminalidade de determinada comunidade, do atendimento dos serviços públicos de saúde, segurança, direitos humanos, pesquisas sobre preferência política. Quando a pesquisa descritiva, além da relação entre variáveis, se ocupa da natureza dessa relação, ela se aproxima da pesquisa explicativa (LAKATOS, MARCONI 2017).

O primeiro passo na pesquisa qualitativa é realização de leitura e reflexão sobre obras selecionadas, que tratam de teorias e de conhecimentos já existentes, relativos ao objeto da investigação. O pesquisador tem liberdade de escolher o método e a teoria que servirão para a realização de seu trabalho. A escolha, que depende do tipo de investigação, remete para uma posição teórica positivista, estruturalista, dialética, fenomenológica etc (LAKATOS; MARCONI, 2017).

4.2 LOCAL E PERÍODO

A pesquisa foi desenvolvida mediante as explorações eletrônicas: diretório de revista, buscador acadêmico, base de dados, onde foram levantados artigos científicos dos últimos cinco anos publicados nos idiomas português e inglês. A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2019, compreendendo os meses de agosto e setembro de 2019.

4.3 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram artigos que retratem a temática referente ao tema. A assistência de enfermagem ao portador de esquizofrenia o cuidado em saúde mental, publicados e indexados nos referidos bancos. Utilizamos como descritores: saúde mental, esquizofrenia, assistência de enfermagem.

O Instrumento da coleta de dados foi um formulário estruturado, que contempla todos os pontos necessários para a coleta das informações desejadas.

Segundo Cervo, Bervian (2002) o formulário é uma lista informal, catálogo ou inventário, destinado a coleta de dados resultantes quer de observação, quer de interrogações, cujo preenchimento é feito pelo próprio investigador. Entre as inúmeras vantagens do uso de formulário para a pesquisa bibliográfica, destaca-se o fato de ser preenchido pelo investigador e a possibilidade de compor perguntas mais complexas.

O formulário é um dos instrumentos essenciais para a investigação social, cujo sistema de coleta de dados consiste em obter informações diretamente do entrevistado. (LAKATOS; MARCONI, 2017).

4.4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados encontrados foram analisados, mediante a investigação do conteúdo com o propósito de melhor compreensão dos resultados. Estes foram organizados em duas categorias temáticas: realidade do viver com esquizofrenia e as facilidades/dificuldades da assistência de enfermagem prestada ao paciente esquizofrênico.

Foram trabalhados no estudo 28 (vinte e oito) artigos, desses artigos ora citados 10 (dez) foram utilizados para a realização da pesquisa, sendo utilizados como descritores: esquizofrenia, saúde mental, assistência de enfermagem. Os outros 18(dezoito) foram excluídos devido não apresentar os dados epidemiológico.

Com base nos dados encontrados traçou-se o perfil do paciente esquizofrênico em relação às variáveis de gênero, idade, escolaridade, ocupação, religião e renda. A maioria dos sujeitos pesquisados era predominantemente do sexo masculino (90,7 %) e 9,3 % do sexo feminino; a faixa etária varia entre 22 a 62 anos com predominância entre 46 e 52 anos. Frequentemente os psiquiatras tratam pacientes com transtornos psicóticos que são religiosos ou possuem alguma forma de espiritualidade. A maioria dos psiquiatras e outros profissionais

de saúde mental acredita que a religião causa sintomas neuróticos e possivelmente sintomas psicóticos. Os portadores do transtorno tem dificuldades em manter relações interpessoais normais e vínculo trabalhista bem como atingir metas educacionais e ocupacionais (SILVA,2016)

A maioria não exercia atividade laborativa e cursou o ensino fundamental incompleto; outros já tiveram profissões importantes todavia, graças ao uso de drogas e álcool, acabaram desenvolvendo os sintomas da doença e abandonando o trabalho. A renda desses pacientes advém de aposentadorias e outros pela ajuda familiar já que ainda não conseguiram nenhum benefício. Os pacientes com esquizofrenia e doenças mentais de longa duração são vulneráveis a alta taxa de desemprego por serem tratados com preconceito e discriminação (SILVA,2016)

4.4.1 Realidade do viver com esquizofrenia

Segundo Oliveira et al (2017), a esquizofrenia é definida como uma síndrome clínica variada de pensamentos, percepções e emoções, onde a pessoa esquizofrênica tem a dificuldade de conviver diante da sociedade e dos familiares tornando-se vítima de preconceito. Esse preconceito só será vencido quando a família e a sociedade passar a conhecer a doença e conseguir entender o sofrimento do esquizofrênico.

Esse processo de descoberta da doença torna-se difícil e doloroso pois a convivência com o transtorno é acompanhada de intenso sofrimento e limitações onde se caracteriza pela perda do contato com a realidade a pessoa pode ficar fechada em si mesma com o olhar perdido, indiferente em relação a tudo que se passa ao seu redor, os exemplos mais clássicos, ter alucinações e delírios (OLIVEIRA 2014).

Dentro do campo psiquiátrico, a esquizofrenia é considerada uma doença mental psicótica. Significa que o paciente não tem consciência sobre os seus sintomas, não tem auto crítica sobre aquilo que faz, fala ou pensa. Esse quadro diferencia-se das síndromes neuróticas, nas quais os indivíduos são cientes dos problemas que enfrentam e percebem que seu sofrimento psíquico é decorrente de um transtorno mental. Por exemplo: quem tem alguma fobia sabe do medo que sente por determinada coisa, percebe que o comportamento não é adequado mas mesmo assim, ele não consegue controlar o pensamento ou

comportamento. Já o portador de esquizofrenia está com seu juízo da realidade comprometido, não percebe que as ideias fazem parte de uma doença (BRASIL 2017).

Essa preocupação acerca da denominação do portador de esquizofrenia faz parte das mudanças que vêm ocorrendo nos conceitos de doença mental e assistência na área, pois o foco principal não reside mais apenas no aspecto biológico, mas também nos aspectos psicossociais. Por essa nova concepção, trabalha-se com a ideia de descoberta de sentido mesmo na condição de adoecimento, visto que as potencialidades do portador de esquizofrenia não podem mais se resumir à doença (SILVA, 2016).

O principal fator de inclusão social dos esquizofrênicos são os aspectos familiares na relação família-paciente, pois a esquizofrenia é entendida como causada por eventos externos em relação ao indivíduo doente, onde a doença é percebida como um problema de toda a família e não apenas do enfermo. O paciente esquizofrênico sofre com sua condição e sua família também, não há como isto ser evitado (OLIVEIRA, 2014).

Esta é vista como desestruturada, fria, indiferente ou mesmo hostil ao paciente. Da mesma forma que o paciente esquizofrênico sofre duas vezes, pela doença e pelo preconceito, a família também sofre duas vezes, com a doença do filho e com a discriminação e incompreensão social. A família é o principal elemento no cuidado dos pacientes esquizofrênicos, pois estes ficam cada vez mais com seus familiares (OLIVEIRA, 2014).

Aceitá-la, respeitá-la e compreendê-la como um ser em sofrimento constante, que deverá ser tratado pelo profissional da saúde, talvez seja o primeiro dos muitos passos para um caminho mais acolhedor e terapêutico. O olhar esquizofrênico da vida é diferente, mas pode enriquecer olhares já cansados da nossa civilização, ao se depararem com uma realidade carente de compreensão, afeto e de solidariedade, como se este fosse um caminho para não ser louco e sim civilizado (SALLES, 2013).

Uma das formas para o paciente se integrar na sociedade é participando de diferentes programas de reintegração esses programas incluem desde a terapia cognitiva específica para transtornos esquizofrênicos que tem como intuito ensiná-los a lidar com os sintomas e as doenças até um treinamento de profissionalização para aqueles que não conseguem retornar as atividades que exerciam. O tratamento ideal é sempre o que proporciona melhor reintegração social do paciente (OMS 2017).

4.4.2 Facilidades/dificuldades da assistência de enfermagem prestada ao paciente esquizofrênico

A atenção a saúde é considerada como o conjunto de ações preventivas curativas e restauradoras prestada ao indivíduo. A assistência de enfermagem é reconhecida atualmente como um dos componentes básicos da atenção a saúde prestada ao indivíduo e a comunidade em todas as etapas do ciclo vital no processo saúde e doença (CARDOSO, et al 2014).

A assistência de enfermagem apresenta dificuldades em cuidar do paciente esquizofrênico devido a complexidade do transtorno por ele apresentado, comportamentos heteroagressividade, delírios e alucinações, principalmente no que se refere a comunicação e relações interpessoais onde encontram dificuldades em programar os cuidados de enfermagem aos esquizofrênicos devido as características dessa doença mental (SILVA 2016).

Para que essas dificuldades diminuam os cuidados da assistência de enfermagem ao paciente esquizofrênico deve constituir-se em ações/internações mais humanizadas no atendimento as necessidades básicas a participação e a socialização do indivíduo junto a família incluindo o indivíduo junto a sociedade (SILVA 2016).

Segundo (SANTOS 2017, *apud* SILVA 2016) a assistência de enfermagem para essas pessoas com esquizofrenia a intervenção necessária abrange além de um tratamento farmacológico e psicossocial. Onde é preciso trabalhar a inclusão familiar, perceber as necessidades das pessoas que convivem com o doente, estimular a participação dos mesmos para que colaborem para estabilizar possíveis surtos e conseqüentemente a piora do quadro clínico.

A assistência de enfermagem surgiu com o propósito de qualificar a assistência de enfermagem prestada ao paciente, contribuindo de forma significativa para o reconhecimento da enfermagem enquanto ciência. A enfermagem intervém promovendo saúde, quando se trata de fatores fisiológicos e psicológicos. No campo da saúde mental não seria diferente, pois a mesma possui uma enorme contribuição na assistência prestada ao paciente com o sofrimento psíquico. Oferecer apoio, permanecendo ao lado do paciente nos momentos difíceis, tais como quando este apresenta sinal de medo decorrente das alucinações e das ideias delirantes, evitando julgá-lo ou condená-lo pelo seu comportamento e demonstrando empatia, interesse e disponibilidade em ajudá-lo (SOUZA et al,2017).

Para tanto, é primordial, que os enfermeiros e a equipe de enfermagem tenham um preparo para essa realidade, na qual, além de atender o usuário, devem desenvolver um trabalho com competências coletivas e em equipe interdisciplinar, na busca da reabilitação psicossocial. Para tanto, valer-se das técnicas de comunicação terapêutica, entre elas, saber ouvir, usar terapeuticamente o silêncio, pedir que esclareça o que não foi entendido, que são algumas das mais utilizadas; demonstrar interesse e aceitá-lo, verbalizando esta aceitação (FERNANDES, 2016).

A facilidade demonstrada na assistência de enfermagem é quando o paciente tem conhecimento da doença e dos sinais e sintomas descritos pelo mesmo e que eles precisam tomar a medicação onde eles mesmo pedem relatando que está na hora de tomar porque os sinais e sintomas já estão aparecendo como: vozes, alucinações e delírios (BRASIL, 2017).

É imprescindível estar atento para evitar o uso de técnicas de comunicação terapêutica que possam trazer maiores problemas para o paciente, como, por exemplo, usar frases reticentes ou em aberto com aqueles que apresentam desagregação do pensamento. Estar atenta para sua própria comunicação não verbal — postura, gestos e expressão facial — que deve ser congruente com a verbal e transmitir interesse e disposição em ajudar o paciente (FERNANDES, 2016).

No atendimento a pacientes psiquiátricos os enfermeiros são peça fundamental no processo de humanização, que visa melhorar a qualidade do atendimento, pois valoriza os hábitos e cultura com os demais membros da equipe, desempenham papel fundamental no cuidado e na luta contra o estigma da esquizofrenia, em todas as fases do tratamento e da recuperação das pessoas afetadas (RODRIGUES 2015).

Deve mantê-lo na realidade a maior parte do tempo possível. Quando o paciente apresentar alucinações, chamá-lo pelo nome, conversar sobre fatos que estejam ocorrendo ao seu redor, sugerindo atividades que captem sua atenção. Se o paciente insistir em falar sobre as alucinações, permitir que o faça por alguns momentos e, em seguida, procurar voltar sua atenção para fatos ou atividades concretas (RODRIGUES 2015).

Às vezes, os sintomas são tão intensos que o paciente chega a negar sua necessidade de alimentar-se, higienizar-se e na maioria das vezes, nega-se a participar de qualquer atividade. Neste caso, a assistência de enfermagem, deve empenhar-se em conseguir a confiança do paciente, demonstrando interesse e disponibilidade de tempo para ajudá-lo, e

dar-lhe tempo para tomar iniciativa quanto ao que fazer. Condutas como pedir ao paciente que faça exatamente o contrário do que a enfermeira deseja só reforçam e agravam o quadro. O incentivo para participar no tratamento, nas atividades de vida diária e no autocuidado deve ser feito com frequência, para acelerar seu processo de recuperação (SOUZA et al 2017).

Para Faria e Chiarelli (2019), a assistência de enfermagem devem ser realizadas por uma equipe multiprofissional, que deve abranger aspectos psicossociais, psicobiológicos, integrando a família, visando atender as necessidades humanas básicas, e facilitar a comunicação e a participação social do paciente e de seus familiares.

5- CONCLUSÃO

Nesta pesquisa foram analisados 10 (Dez) artigos, onde tratou-se da doença esquizofrenia, relatando como é a assistência de enfermagem ao paciente esquizofrênico e o cuidado em saúde mental, onde a maioria da população pesquisada é do sexo masculino com a idade de 22 a 62 anos, por não saber quais causas levaram a essa doença os familiares vão procurando a melhor forma de tratamento para essas pessoas.

As maiores dos pacientes esquizofrênicos não concluíram o ensino fundamental e vivem de aposentadorias e ajuda dos familiares. A assistência de enfermagem demonstra que os serviços de saúde mental têm suas facilidades e dificuldades diante da assistência prestada ao paciente esquizofrênico, devido a agressividade do paciente na hora da assistência. Todavia relataram também que alguns conhecem a doença, os sinais e sintomas, e os fármacos que são base na terapia da esquizofrenia, obtendo assim a melhoria do trabalho da assistência de enfermagem com o paciente.

É importante escutar as pessoas que vivenciam cotidianamente a convivência com a esquizofrenia em todos os seus aspectos, buscando um tratamento eficaz e seguro sempre que necessário. Faz-se necessário compreender as características da doença para melhor desenvolver a assistência de enfermagem, e trabalhar também com a família como cuidar dessas pessoas e também como se cuidar diante dessas situações.

Procurando associações de familiares de pacientes, encontro psicoeducacionais sobre o tema e conversar com médico psiquiatra do paciente são os melhores caminhos para se informar sobre a doença, livre de estigmas e preconceitos, para auxiliar o paciente nas suas dificuldades diárias, como na aderência da medicação, enfrentamentos dos sintomas, socialização e execução de tarefas.

Portanto conclui-se que a assistência de enfermagem aos pacientes esquizofrênicos é um importante eixo na formação dos profissionais e necessitam de profundas mudanças nas práticas profissionais, desenvolvendo novos estudos com a finalidade de traçar um panorama de conhecimento para exercer o cuidado adequadamente.

REFERÊNCIAS

ALVES.D. S. **integralidade nas políticas de saúde mental**.in: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado a saúde coletiva**. 2015.

American Psychiatric Association. (92014). **DSM-5- Manual de Diagnóstico e estatística das perturbações Mentais**. (5ª ed.) Lisboa: climepsi editores. (links).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a Saúde. Portaria nº 364 de 09 de Abril de 2017. A prova no protocolo clínico e diretrizes terapêuticas – Esquizofrenia. Diário oficial **da união da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/saude legis/sas/2017/prt 0364 09 04 2017.html>.

CZEP, ELEWSKI, L,S. **Ttrajetoria de Transtornos Mentais graves: contribuições de pesquisa em esquizofrenia** 2016. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/150739>>.

ELKIS H, Alves T, Eizenman I. Reliability and validity of the Brazilian version of the BPRS anchor, 2013.

FARIA. E. F: CHIARELLI.A.M. **Assistência de Enfermagem ao paciente portador de esquizofrenia: O desafio do cuidado em saúde mental**, Belo Horizonte v.3.n.2.2019. Disponível em:<<http://pe.izabela.henolrix.edu.br/ojs/index.php/tec/article/view/179>>.

FALAVIGNA.M. **O que são Revisões Sistemáticas**, Publicado em 1º de janeiro de 2018 Disponível em: <https://www.htanalyze.com/blog/o-que-sao-revisoes-sistematicas/>

FERNANDES, C.R.F et al; **cognição e insight na esquizofrenia**. Dissertação mestrado psicologia, faculdade de psicologia e ciências da educação do porto, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S004720852011000200009>

GIL, A. C. **Como elabora projeto de pesquisa**. 6ª edição. São Paulo: Atlas, 2017. Pag.28.

GIACON, C.C.B. GALERA, F.A.S **Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem**. SÃO PAULO 2006.

GUIMARÃES N.V.R.R, BRAIDO. M.C.P, MARTINS M **Rede de Humanização Instituto Central- RHIC** 2004.Disponível em: <http://hc.fm.usp.br/humaniza/pdf/Projeto%20Atendimento%20ao%20Paciente%20Ambulatorial%20-%20ICHC.pdf>

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia científica**. 8ª edição. São Paulo: Atlas, 2017.

LIERBERMAN J. A. stroup TS MceEvoy JP, Swartz MS, Davis SM, Rosenheck, RA, et ai. **Effectiveness of antipsychotic**. Eur Psychiatry.2015

LOUZA NETO, M. R, Azevedo, y. e Macedo, g. c. d. esquizofrenia. in C. N. d. Abreu(Ed), **sidrome psiquiátricas; diagontico e entrevista para profissionais de saúde mental** (PP. 55-64). Porto Alegre: Artmed. (2006).

LUCIETTO Z.M **Significado do Cuidado Humanizado para familiares de pessoas com Transtorno mental** (2012). Disponível em:
<https://www.univates.br/bdu/bitstream/10737/414/1/ZenaideLucietto.pdf>

MARI, JAIR. J. LEITÃO, Raquel j. **A epidemiologia da esquizofrenia**. Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci-arttextpid=S1516-44462000000500006.2015>

Organização Mundial de Saúde. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**:criterios e diagnostico para a pesquisa. porto Alegre: Artes Medicas;1998.
OLIVEIRA et al. **A realidade de viver com esquizofrenia**. Ver. Brar Psiquiatria. 2012.
OLIVEIRA, M.L.J. **A sistematização da assistência de enfermagem com enfoque na atenção psicossocial**. Tcc (especialização) Universidade federal de santa Catarina. Centro de ciências e saúde, 2014. Disponível em :<[http://www.scielo.br/pdf.2010 na header/13098pdf](http://www.scielo.br/pdf.2010%20na%20header/13098pdf)>

QUINDERÉ - D.H.P rede de atenção psicossocial **Qual o lugar da saúde mental**. Rio de Janeiro 2014.

Revista de psiquiatria clica. Disponível em: <<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=seiserial e pid=0101-6083](http://www.scielo.br/scielo.php?script=seiserial&pid=0101-6083). Acesso em 20 de abril de 2019.

SCHWIDERSKI A.C, JR O.T, MANZARRA S. **Protocolo de Procedimentos de Contenção Mecânica** Revisado em outubro 2013.

SALLES, M. M; BARROS, S, **inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana**. Cienc. Saúde coletiva vol. 18. N. 7 rio de janeiro July 2013. Disponível em: <<[http://www.scielo.br/sciello. php?script =secarttex=s1413-81232013000700002.>>](http://www.scielo.br/sciello.php?script=secarttex=s1413-81232013000700002.>>)

SANTOS-H.M.B.S- **perfil epidemiológico e clinico dos portadores de esquizofrenia: um estudo retrospectivo**. Universidade Dr. Leão Sampaio. Biblioteca.

SILVA, A. M; et AL **esquizofrenia, uma revisão bibliográfica**. Ver. UNILUS. ensino e pesquisa. V. 13. N.30, p19-25-2017. Disponível em:<<<http://revista,UNILUS.edu.br/index.php/ruep/article/view688.pdf>.

SILVA et al. **Esquizofrenia, Protocolo Clinico e diretrizes terapêuticas**.

SOUZA, J. et al. **saúde mental na estratégia da família; a percepção dos profissionais** Rev. Bras. enferm. V 70, n.5, p. 9.8592 2017.Disponivel em:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267052669007>.

APÊNDICE

APÊNDICE A- INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Formulário semiestruturado

TÍTULO DO ARTIGO	
AUTORES	
ANO DE PUBLICAÇÃO	
BASE DE DADOS	() GOOGLE ACADÊMICO () LILACS () SCIELO
IDIOMA	() PORTUGÊS () INGLÊS () ESPANHOL
TIPO DE PUBLICAÇÃO	() ARTIGO () TESE MESTRADO () TESE DOUTORADO
OBJETIVO DO ESTUDO	
RESULTADOS	
CONCLUSÕES	
IDADE DOS PARTICIPANTES	
SEXO	
DESCRITORES	

