

O ENFERMEIRO E O CUIDADO DO PACIENTE ESQUIZOFRÊNICO

Mariana Fernandes Ramos dos Santos

Psicóloga. Neuropsicóloga. Mestre em Psicologia.

Vinícius de Castro Soares

Centro Universitário São José de Itaperuna.

Bruna Lopes de Melo

Centro Universitário São José de Itaperuna.

Resumo: O artigo aborda o enfermeiro e o cuidado com o paciente esquizofrênico, preconizado pela Reforma Psiquiátrica. Objetivando pesquisar as diferentes propostas de cuidado exercidas pelo enfermeiro ao paciente esquizofrênico; com isso, definir Esquizofrenia e seus subtipos, analisando as diferentes formas de cuidado ao paciente esquizofrênico, identificando o enfermeiro neste cuidado bem como o diferenciando. Através de revisão bibliográfica, cujo banco de dados se remete aos sites da Scielo, Google Acadêmico e Ministério da Saúde. A discussão focou na diferenciação do cuidado de enfermagem, na lógica da RAPS, como um articulador de promoção de um cuidado ampliado. Entende-se que enfermeiro não ocupa mais a posição de um profissional que executa as técnicas punitivas (tratamento moral), ampliando o cuidado no trabalho por um sujeito no contexto social, de vínculos e laços sociais, trabalhando o estereótipo do sujeito com Esquizofrenia pelos espaços que perpassa.

Palavras – chave: Esquizofrenia, Cuidados de Enfermagem, Reforma Psiquiátrica.

Abstract: The article addresses the nurse and the care for the schizophrenic patient, recommended by the Psychiatric Reform. Aiming to research the different care proposals exercised by nurses for schizophrenic patients; with that, define Schizophrenia and its subtypes, analyzing the different forms of care for schizophrenic patients, identifying the nurse in this care as well as differentiating him. Through bibliographic review, whose database refers to the websites of Scielo, Google Scholar and Ministry of Health. The discussion focused on the differentiation of nursing care, in the logic of RAPS, as an articulator to promote expanded care. It is understood that nurses no longer occupy the position of a professional who performs punitive techniques (moral treatment), expanding care at work by a subject in the social context, of social bonds and bonds, working the stereotype of the subject with Schizophrenia through spaces that goes through.

Keywords: Schizophrenia, Nursing Care, Psychiatric Reform.

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008), a promoção de saúde mental resulta do estado de equilíbrio entre uma pessoa e o seu meio sociocultural, onde o processo do adoecer é um desafio. A Esquizofrenia é considerada uma doença que acomete a independência e autonomia do sujeito. Cerca de 1% da população é acometida por tal transtorno e, no Brasil, são registrados 56.000 casos por ano (MARI; LEITÃO, 2000).

Dados que chamam a atenção dos profissionais de saúde, dentro deste contexto, o artigo se direciona a pensar e a pesquisar sobre a atuação do enfermeiro com pacientes esquizofrênicos, uma vez que, dentro da Reforma Psiquiátrica (Movimento da Luta antimanicomial), no que preconiza a Lei 10.216, este não abrange somente a fiscalização de medicação, e sim um cuidado expandido dentro da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), como a atuação psicossocial do sujeito esquizofrênico.

O artigo teve como objetivo geral pesquisar as diferentes propostas de cuidado exercidas pelo enfermeiro ao paciente esquizofrênico, bem como específico : definir Esquizofrenia; apontar os subtipos de esquizofrenia; analisar as diferentes formas de cuidado ao paciente esquizofrênico; identificar o profissional enfermeiro neste cuidado e enfatizar formas diferenciadas de cuidar ao longo do tempo. Partiu-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica e sistemática de artigos e livros didáticos que relacionaram a Esquizofrenia, Cuidado, Enfermagem e Reforma Psiquiátrica. Serão explorados os artigos de bancos de dados virtuais como, por exemplo, Scielo e Google Acadêmico. Desta maneira, serão reunidas as informações que contribuirão para a construção deste trabalho.

1. Esquizofrenia

Para Fernandes e Santos (2012), Esquizofrenia consiste em um transtorno psiquiátrico grave caracterizado por uma disfunção cognitiva e emocional. Corresponde, portanto, a um acometimento mental em que a sua sintomatologia provoca, além das alterações da percepção, um detrimento dos relacionamentos dos pacientes no meio.

Dentre seus principais aspectos, sempre tiveram a presença da discussão entre genética e meio ambiente, uma vez que os dois pontos influenciam no aparecimento do quadro. Nos achados de pesquisa, desde a primeira descrição até hoje, aspectos genéticos são levados em consideração; por este motivo, se torna importante o dado da presença de quadros de esquizofrenia na família, principalmente no que se refere ao parentesco direto. O que de certa forma chama a implicação de vários fatores na pré-disposição e no desenvolvimento do quadro (SANTOS 2014).

No que se refere à origem da esquizofrenia, o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais, DSM-IV-TR, APA (2011) aponta que as teorias vão da genética à neuroquímica ou às teorias psicodinâmicas e sociais, enfatizando

que é provável que a esquizofrenia resulte da conjugação de fatores culturais, psicológicos, biológicos e genéticos. Desse modo, a Esquizofrenia não tem em suas pesquisas uma origem definida, são encontrados nos achados alguns fatores que, associados, resultam no possível aparecimento da doença.

Já no quesito prevalência, este transtorno varia de 0,5% a 1,5% nos adultos e as incidências anuais correspondem a um intervalo de 0,5 a 5 por 100000 habitantes, aponta o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais, (DSM-IV-TR, APA, 2011). No que diz respeito à faixa etária de 20-29 anos, o índice é tanto para homens quanto para mulheres (MARI; LEITÃO, 2000).

O Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais, DSM V, aponta que a prevalência da esquizofrenia, ao longo da vida, parece ser de 0,3 a 0,7%, embora haja relato de variação por raça/etnia entre países e por origem geográfica para imigrantes e filhos de imigrantes. Já no que diz respeito aos gêneros, sintomas negativos e duração maior do transtorno (associada a pior prognóstico) apresentam-se com maior incidência no sexo masculino, sintomas de humor e apresentações breves (associadas a melhor prognóstico) demonstram riscos equivalentes para ambos os sexos (DSM V, 2014).

Ainda em se tratando de aspectos epidemiológicos, Silva (2006) aborda que há dezenas de estudos de prevalência em esquizofrenia realizados nos cinco continentes, apresentando uma taxa ao redor de 0,9-11 por 1.000 habitantes, o que é discrepante com os trabalhos de incidência em esquizofrenia: são em menor número, apontando sua incidência anual entre 0,1-0,7 novos casos para cada 1.000 habitantes.

Já Neto et al. (2007) relata que a Esquizofrenia tem uma estreita relação com o nascimento, apontando que complicações obstétricas se reportam com certa frequência nos relatórios médicos em até 20% dos casos envolvendo pacientes esquizofrênicos, bem como fatores biológicos.

No que toca a associação dos casos de Esquizofrenia e a presença de suicídio, o DSM V (2014) aponta que cerca de 5 a 6% dos indivíduos com esquizofrenia morrem por suicídio; em torno de 20% tentam suicídio em uma ou mais ocasiões, e muitos mais têm ideação suicida importante. Um comportamento suicida ocorre por vezes em resposta ao comando das alucinações para prejudicar a si mesmo ou a outros, pontuado pelo Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, (DSM V, 2014).

1.1. História da Esquizofrenia

No ponto de partida do estudo da Esquizofrenia, destaca-se o médico Bleuer, que começou a estudar a doença em seu início, pelo quadro de comprometimento considerável a Esquizofrenia foi denominada como Demência Precoce.

Não podemos, infelizmente, subtrairmo-nos à desagradável tarefa de forjar um novo termo para este grupo nosológico. (...) Chamo à Demência Precoce Esquizofrenia porque conforme pretendo demonstrar, a cisão das funções psíquicas mais diversas é uma das suas características mais importantes. “Por razões de comodidade uso esta palavra no singular, apesar deste grupo incluir provavelmente diversas doenças”. (EUGEN BLEULER, 1911 in DURVAL, 2011).

Alguns sintomas ganham destaque, entre eles, a regressão, a confusão e a ansiedade, que progridem para estado de pânico, episódios confusionais do delírio, excitação motora, insônia e atitudes catatônicas (FERREIRA, 2011). Após esta descoberta, os estudiosos começaram a se deter nos direcionamentos dos sintomas descrevendo os diferentes quadros de Esquizofrenia, no intuito de facilitar a comunicação e de contribuir para um diagnóstico o quanto antes para que seja passível de intervenção (SANTOS, 2014).

2. Do diagnóstico ao tratamento

Relativamente, o diagnóstico da esquizofrenia não é restrito aos exames de neuroimagem como observa-se em alguns quadros neurológicos; não há, portanto, um exame diagnóstico definitivo que comprove a presente deste transtornos. O diagnóstico é de base clínica, ou seja, muitas vezes baseado em observações comportamentais, que se pleiteia em uma avaliação geral da história e dos sintomas da pessoa. Para que haja esses dados de forma fidedigna, é importante entrar em contato com dados da literatura e correlacionar com o que o sujeito está apresentando, sem esquecer-se de levar em consideração as relações e os aspectos familiares. A presença dos sintomas que são nomeados nos manuais diagnósticos é de suma importância para um caminho diagnóstico fidedigno.

Dentre os aspectos descritos nos manuais, o DSM-IV-TR, APA (2011) aponta serem característicos da esquizofrenia: alucinações e os delírios, os transtornos de

pensamento e da comunicação, a perturbação das emoções e do afeto, alterações cognitivas, avolição e a apatia.

Nos critérios diagnósticos, segundo o DSM-IV-TR, APA (2011), o diagnóstico para esquizofrenia é feito através dos seguintes preceitos:

Transtorno psíquico caracterizado por ideias delirantes, alucinações, discurso desorganizado, comportamento marcadamente desorganizado ou catatônico, que constituem os sintomas positivos da esquizofrenia (aqueles que se traduzem num excesso ou distorção de funções normais), o embotamento afetivo (restrições da variedade e da intensidade de expressões emocionais), alogia (restrições da fluência e produtividade do pensamento e discurso) ou avolição (restrição na iniciação de um comportamento dirigido com objetivo), que constituem os sintomas negativos da esquizofrenia (refletem uma diminuição ou perda de funções normais). Enfatiza que em alguns casos, manifestam um interesse excessivo por temas exóticos, místicos, religiosos ou filosóficos, que passam a dominar seu quotidiano. Apresentar comportamento duvidoso acerca da sua existência, explicações filosóficas sobre coisas simples da vida e uma necessidade permanente de buscar significados podem deixar a pessoa mais introspectiva e isolada socialmente (DSM-IV-TR, APA, 2011).

Ainda o DSM-IV-TR, APA (2011) apresenta cinco subclassificações da esquizofrenia: Tipo paranoico: caracteriza-se pela presença de delírios e alucinações, mas as alterações de pensamento, comportamento desorganizado e achatamento afetivo estão ausentes; tipo desorganizado (também designada por esquizofrenia hebefrénica): caracteriza-se por um pensamento de desordem e achatamento afetivo; tipo catatônico: caracteriza-se por uma postura quase imóvel ou apresentar agitado movimento, sem propósito. Os sintomas podem incluir estupor catatônico e flexibilidade cética. Tipo indiferenciado: os sintomas psicóticos estão presentes, mas os critérios para os tipos paranoide, desorganizado ou catatônico não foram cumpridos; tipo residual: os sintomas positivos estão presentes de forma pouco intensa (DSM-IV-TR, APA, 2011).

O DSM V (2014) aponta como critérios diagnósticos da Esquizofrenia como um espectro, onde há a reunião de outros transtornos psicóticos incluindo esquizofrenia, outros transtornos psicóticos e transtorno (da personalidade esquizotípica). Esses transtornos são definidos por anormalidades em um ou mais dos cinco domínios a seguir: delírios, alucinações, pensamento (discurso)

desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos.

Apontando critérios diagnósticos bem específicos, segundo DSM V (2014): dois (ou mais) dos itens a seguir, cada um presente por uma quantidade significativa de tempo durante um período de um mês (ou menos, se tratados com sucesso). Pelo menos uma das características como: delírios; alucinações; discurso desorganizado; comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico e sintomas negativos (expressão emocional diminuída ou abolia) (DSM V, 2014). Apontando também para um período significativo de tempo, em base de seis meses, desde o aparecimento da perturbação, o nível de funcionamento em uma ou mais áreas importantes do funcionamento, como trabalho, relações interpessoais ou autocuidado, está acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início (ou, quando o início se dá na infância ou na adolescência, incapacidade de atingir o nível esperado de funcionamento interpessoal, acadêmico ou profissional) (DSM V, 2014). Por sua vez, a CID-10 em 1994 define dois subtipos adicionais: depressão pós-esquizofrênica: um episódio depressivo que surge no rescaldo de uma doença esquizofrênica, onde alguns sintomas de baixo nível esquizofrênico podem ainda estar presente; esquizofrenia simples: o desenvolvimento insidioso e progressivo de sintomas negativos proeminentes sem história de episódios psicóticos.

Para além dos manuais de classificação em Psiquiatria citados acima, como DSM e CID, somados a APA, atualmente muito se direciona a como esta pessoa lida com os sintomas que a esquizofrenia é capaz de promover na vida dela e o quanto a doença compromete suas relações e sua forma de cuidar-se (SANTOS, 2014).

O tratamento medicamentoso é realizado por intervenção de medicamentos antipsicóticos, cujo uso demonstra eficácia na diminuição ou eliminação de sintomas positivos da esquizofrenia, como os delírios, as alucinações e o pensamento desorganizado, o que leva a uma diminuição de ocorrência de episódios de surto (FERREIRA, 2011).

Entretanto, o tratamento para a Esquizofrenia não somente se dá pela via farmacológica, ele se amplia, sendo necessário intervenções não farmacológicas, pois a esquizofrenia é uma doença que compromete o sujeito holisticamente, ou seja, em seus espaços de transitar enquanto pessoa humana. Para isso, se faz necessário que o tratamento seja também direcionado a estes espaços (SANTOS, 2014).

Pensando nisso, Afonso (2002) afirma que para além da farmacológica, se fazem necessárias as intervenções não farmacológicas, cuja eficácia implica uma atuação em nível social, psicoterapêutico, psicoeducativo, familiar e ocupacional. Segundo este autor, se faz necessário esse acompanhamento ampliado, uma vez que a reabilitação das pessoas portadoras de esquizofrenia se direciona a um sentido que vise a aumentar a sua autonomia, realização pessoal e qualidade de vida.

Noto, Bressan (2012) apontam que os avanços científicos e as recentes mudanças terapêuticas afirmam que as medicações disponibilizadas controlam os delírios e alucinações, mas, além dos medicamentos, a participação da equipe multiprofissional viabiliza a reinserção social e a melhora nas condições de vida dos pacientes. Esta atuação multidisciplinar viabilizaria um “redesenhar” a assistência e promover a qualidade de vida ao paciente, levando em consideração as características peculiares de cada um, ou seja, o até onde ele pode se tornar autônomo e produtivo, enfatizando as relações que são estabelecidas por ele e como elas se dão no seu ciclo social de vida, preservando os laços que esta pessoa estabelece ao longo dos anos (NOTO, BRESSAN, 2012)

Por este motivo se faz necessário um tratamento, principalmente no que concerne o profissional de enfermagem (profissional inserido na equipe multiprofissional não médica), que vise para além do controle medicamentoso, um enfoque nas relações que este sujeito estabelece e como ele lida com o mundo e, não menos importante, como ele lida com a sua saúde. Uma vez que, a esquizofrenia se trata de um transtorno mental grave e crônico, no qual compromete o nível afetivo e cognitivo, esse comprometimento afeta as relações interpessoais do indivíduo, limitando o paciente em seu funcionamento intelectual e em suas relações e comportamentos sociais (LAUTER et al., 2011; CORDEIRO et al., 2012).

Faria e Chicarelli (2009) no que se refere à avaliação e assistência ao paciente esquizofrênico, afirmam que essa assistência deve ser realizada por uma equipe multiprofissional, ressaltando que o enfermeiro deve estar atualizado sobre o tratamento da esquizofrenia, que deve abranger aspectos psicossociais, psicobiológicos, integrando paciente e família. Desta forma a inserção do profissional da enfermagem se dá significativamente, uma vez que este é um ator facilitador desta proposta não medicamentosa, por se tratar de um profissional que lida diretamente com a medicação e com a pessoa.

3. A Enfermagem e o paciente Esquizofrênico

A função do enfermeiro, seja em que contexto for, está atrelada ao cuidar, o cuidar do outro, dentro da proposta de Saúde Mental não é diferente. Na realidade, este cuidar é mais intenso, pois se lida com pacientes de um comprometimento significativo a ponto de se limitarem a cuidar de si mesmos; assim é o cotidiano de um paciente esquizofrênico (SANTOS, 2014).

O papel do enfermeiro é fundamental no cuidado ao paciente esquizofrênico, se direcionando à identificação e avaliação das necessidades específicas de cada paciente, focando na subjetividade de cada caso portador de esquizofrenia. Isso é necessário, pois as ações são aplicadas e direcionadas de acordo com cada tipo de paciente e família, investindo no tratamento adequado e reinserção social do esquizofrênico com um enfoque diferenciado (FARIA et al, 2009).

A assistência realizada pelo profissional de enfermagem ao paciente esquizofrênico busca atender às necessidades humanas básicas, na tentativa de facilitar a comunicação e a participação social do paciente e de seus familiares. O que faz toda diferença no que diz respeito à promoção de autonomia e independência deste sujeito. O profissional de enfermagem, quando engajado dentro desta lógica de promoção de tratamento, pode olhar o paciente esquizofrênico como sujeito, implicando várias possibilidades de atuação, pois não há um enfoque na doença e, sim, no sujeito como um sujeito de possibilidades e assistido pelo profissional de saúde de forma integral (CASTRO; FUREGATTO, 2008).

Entretanto, cabe ao profissional de enfermagem o cuidado ao paciente esquizofrênico, cabe em si reflexões sobre o processo de cuidar de modo sistematizado, instrumento de trabalho do enfermeiro, o que permite sistematizar a assistência e aplicar o conhecimento teórico que direciona e embasa as suas ações (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Anteriormente, o enfermeiro se direcionava a medicações e a ministrações delas e à intervenção como uma forma de cuidado. Hoje, a lógica muda: não mais se foca na doença, nas medicações, quebra-se o paradigma da lógica de cuidado, em que este passa a se promover no enfermeiro uma figura articuladora de autonomia, levando em consideração o sujeito, a família e as peculiaridades (SANTOS, 2014).

3.1. Formas de promoção de cuidado

Santos (2017) aponta quatro pontos de cuidado diferenciados em quatro momentos no tratamento da Doença Mental: no primeiro momento, o cuidado era como possessão “demoníaca”, onde as pessoas eram queimadas e tinha cunho religioso, pois naquela época acreditava-se que o fogo purificava, e por conta disso, a utilização deste método como forma de cuidar.

O segundo momento já era ligado a um “depósito” de pessoas que ficaram esperando a morte. Esses cuidados eram destinados muitas vezes às freiras e padres que deram início à enfermagem e ao cuidado. A crença era que pessoas como estas deveriam ficar à mercê da sociedade e, por isso, excluídas. Não se tinha nada a fazer além de esperar a morte chegar, por conta disso, “morredouros”. (SANTOS, 2017).

Já no terceiro momento, o cuidado era uma postura disciplinar, com o tratamento moral, onde cuidado era exercido a partir de técnicas moralistas, como se a doença mental fosse falta de disciplina. Neste momento foram utilizadas técnicas tradicionais, como palmatórias, choque elétrico, camisa de força e hipermedicalizações e outros com cunho de disciplinar e não de cuidar. (SANTOS, 2017).

O quarto momento é apresentado pela RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) com o matriciamento, desinstitucionalização e o cuidado ampliado, envolvendo outros setores de cuidado dentro de uma lógica não manicomial, dentro da Reforma Psiquiátrica com o paciente solto na sociedade e o cuidado exercidos nos territórios que o mesmo circula, respeitando seus direitos e dentro de uma lógica de um cuidado ampliado, levando em consideração características do sujeito bem como da família e de seu território. O cuidado aos laços afetivos que este sujeito detinha na família e na comunidade seria direcionado e criaria possibilidades de cuidado dentro de seu território, como preconiza a Lei 10.216, que diz que o enfermeiro é um profissional significativo nesse processo, pois este transita em todos os lugares de acesso deste sujeito. (SANTOS, 2017)

Carvalho (2011) no que diz respeito ao cuidado, aponta que, por ser a esquizofrenia uma doença de longa duração, ela traz consigo uma implicação de um cuidado ampliado, em que esse cuidado se estende à família, de forma contínua. A existência de um membro portador de esquizofrenia na família traz consigo

alterações cotidianas, as relações que estão implicadas nesse cuidado e como a pessoa segue sua vida e de que forma ela se relaciona. Este cuidado implica em transformações significativas na estrutura e funcionamento da família e nas relações que lá estabelecem, por isso destaca a importância da família dentro da promoção de cuidado, um cuidado dentro da quarta proposta onde é focado nas relações sociais que são estabelecidas por estas pessoas. Esta lógica de cuidado se dá na lógica do quarto momento, da RAPS (Rede de atenção Psicossocial).

3.2. O cuidado ao paciente Esquizofrênico

No que se refere ao conceito de cuidados em saúde mental prestado ao nível dos CSP, são apontados pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008, p.29) as propostas:

(...) o primeiro nível de cuidados dentro do sistema de saúde formal. Serviços essenciais a este nível incluem a identificação precoce de perturbações mentais, o tratamento de perturbações mentais comuns, a gestão de pacientes psiquiátricos estabilizados, a referência para outros níveis quando necessário, a atenção às necessidades de saúde mental de pessoas com problemas físicos e a promoção e prevenção de saúde mental. (OMS, 2008, p.29)

O cuidado, entre outros profissionais, destaca-se o do enfermeiro como um ator principal neste trabalho, juntamente com outros atores componentes: a equipe multidisciplinar. Para que haja a atenção a essas necessidades do paciente de forma integral, se faz necessária uma equipe de cuidado para a promoção da Saúde Mental em cuidado ampliado ao paciente com esquizofrenia (SANTOS, 2014).

Castro; Furegato (2010) relata que seu papel fundamental no cuidado é na luta contra o estigma da esquizofrenia, em todas as fases do tratamento e da recuperação das pessoas afetadas. Uma visão para além da doença e da medicalização, que o profissional de Saúde Mental, ou seja, entre eles o enfermeiro, trabalha nas relações com a comunidade, dentro de uma lógica da RAPS com enfoque psicossocial que tem como intuito informar e promover novas formas de conceber a Doença Mental e o doente mental na comunidade.

O profissional, conhecendo o sujeito, pode ajudá-lo a enfrentar as dificuldades, aceitando suas limitações. Cabe ao profissional enfermeiro e sua

equipe dirigir suas ações para atender as necessidades apresentadas pelo esquizofrênico, mesmo sendo atrelada à sua atuação às dificuldades em programar os cuidados de enfermagem aos esquizofrênicos devido às características dessa doença mental (CASTRO; FUREGATO, 2010).

Uma vez ser uma doença que incapacita, há desafios no cotidiano do sujeito ser quem se é.

Nos achados pesquisados por Castro; Furegato (2010) observa-se que: na visão dos enfermeiros, os pacientes com menor contato, menor capacidade de comunicação, maior dependência e controlados pela própria doença são considerados os mais fáceis de manejo e aqueles com comportamentos adversos, que não apresentam comportamento submisso são desgastantes e de difícil manejo. O que de certa forma chama a nossa atenção para a importância do profissional enfermeiro como articulador dessa autonomia e independência, não como executor do tratamento moral ou de ministração de medicações.

Através das várias formas de se pensar o cuidado, os enfermeiros serão capazes de oferecer um serviço melhor para o indivíduo e para a comunidade. O que de certa forma chama a nossa atenção, para como o enfermeiro dentro das propostas da Reforma pode, e, dentro da lógica da RAPS, contribuir para o aumento da qualidade de vida desta pessoa, promovendo maior autonomia e independência de forma a minimizar a institucionalização e maximizar a preservação de laços afetivos e comunitários, o que preconiza a Reforma. Não mais com o enfoque na doença e nos efeitos colaterais da medicação, contribuindo para uma postura ampliada no que se refere a este sujeito e na maneira com que este sujeito traça suas relações sociais, o enfoque deixa de ser a doença e a medicação para ser o sujeito e sua forma de estar no mundo (BROWN, 2000).

Considerações Finais

A esquizofrenia é uma das doenças que mais incapacita por comprometer o sujeito como um todo: sua cognição, seu afeto e suas relações, somado a um afastamento da realidade e a presença de delírios e alucinações que guiam as atitudes da pessoa, minimizando autonomia e da independência.

Dentro da proposta de tratamento, se faz necessário intervenções que maximizem a qualidade de vida deste sujeito, estando implícito um cuidado ampliado, citando uma equipe multidisciplinar pleiteada na RAPS e com o enfermeiro como um dos profissionais de maior engajamento neste cuidado. Cuidado este que passou quatro momentos: associado a práticas religiosas, nas santas casas de misericórdia, com o tratamento moral e a tentativa de cuidar com métodos disciplinares e punitivos, e a RAPS e o conceito de cuidado ampliado, um enfoque intersetorial, de desinstitucionalização, enfatizando o sujeito e as suas relações.

Houve a discussão do enfoque no sujeito, seu contexto social e nas relações que lhe são estabelecidas. A atuação do enfermeiro não é executar as técnicas punitivas do tratamento moral, ou que foca nos sintomas da doença e na medicalização dada metodicamente, mas sim um enfoque no sujeito trabalhado em vários contextos, inclusive nos contextos sociais, como trabalhar o estereótipo do sujeito com esquizofrenia, pois uma de suas atribuições é desmistificar informações. Sendo assim, um profissional que articula a promoção de autonomia e independência baseado lógica da Reforma Psiquiátrica e na promoção de um cuidado que visa um autocuidado do paciente. Cuidado este que aceita suas limitações e suas formas de estar no momento, um cuidado centrado no sujeito, nas relações que estabelece com a comunidade e família, bem como com os dispositivos, o que preconiza a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) e os aspectos da Reforma Psiquiátrica.

Referências bibliográficas

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **DSM-IV-TR: manual de**

diagnóstico e estatística das perturbações mentais. 2.^a reimpressão. Lisboa:

Climepsi, 2011.

AFONSO, P. **Esquizofrenia: conhecer a doença.** 2.^a ed. Lisboa: Climepsi,

2002.

AFONSO, P. **O sono e a esquizofrenia.** 1.^a ed. Lisboa: Príncipe editora,

2012.

ASSIS, J.C.; VILLARES, C.C.; BRESSAN, R.A. **Entre a razão e a ilusão:**

desmistificando a esquizofrenia. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BECK, A.T. **Terapia cognitiva da Esquizofrenia.** Porto Alegre: Artmed,

2010. BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216**, de 06 de Abril de 2001.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e

redireciona o modelo Assistencial em saúde mental. Brasília, Ed. MS, 2001.

Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002.** (3a ed. rev.)

Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CARVALHO, J. C. M. **Esquizofrenia e família: repercussões nos e filhos e cônjuge**, Tese de doutoramento, Universidade do Porto, 2011.

CARLBORG, A. Suicide in schizophrenia. **Expert Rev Neurother**, 10 (7), 1153-64, 2010

CARLBORG, A. et al. Attempted suicide predicts suicide risk in **schizophrenia spectrum psychosis.** Nord J Psychiatry, 64 (1), 68-72, 2010.

CASTRO, S. A.; FUREGATO, A. R. F. **Conhecimento e atividades da enfermagem no cuidado do esquizofrênico**, Goiás, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n4/pdf/v10n4a08.pdf> Acesso em: 26/03/2018.

ELKIS, H. A evolução do conceito de esquizofrenia neste século.

Revista Brasileira de Psiquiatria, 22, 23-26, 2000.

FARIA, E. F.; CHICARELLI, A. M. **Assistência de enfermagem ao paciente portador de esquizofrenia: O desafio do cuidado em saúde mental**, Belo Horizonte, v. 3, n. 2, 2009. Disponível em:

<<http://pe.izabelahendrix.edu.br/ojs/index.php/tec/article/view/179>>.

o

Acess
em

29/03/2018.

FERNANDES, M.C., SANTOS, S.A. **A importância da família na qualidade de vida dos portadores de Esquizofrenia**. Disponível em:

<<http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/CuidarteEnfermagemv6n2juldez2012.pdf#page=35>> Acesso em: 01 mar. 2018.

FERREIRA, A. **Esquizofrenia e análises forenses - Desenvolvimento de um método analítico para a quantificação de fármacos psicotrópicos por LC-MS/MS**, Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, 2011.

LAUTER, D. S.; DALLABRIDA, F. A.; SILVEIRA, C. O.; CASAROTTO, M. E.; KOLANKIEWICZ, A. C. B. **Estudo de caso de um paciente com diagnóstico de esquizofrenia e depressão**. Rev Contexto e Saúde, Ijuí, v. 10, n. 20, p. 957-962, 2011. Disponível em: Acesso em: 15 março 2018.

MARI, J. J.; LEITÃO, R. J.. **A Epidemiologia da Esquizofrenia**, São Paulo, v. 22, s.1. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462000000500006&script=sci_arttext>. Acesso em 01/05/2018.

NOTO, C. S.; BRESSAN, R. A. **Esquizofrenia: avanços no tratamento multidisciplinar**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SILVA, Regina Cláudia Barbosa da. **Esquizofrenia: uma revisão**. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 263-285, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-5642006000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Mar. 2018. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642006000400014>>.

Organização Mundial de Saúde. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários- uma perspectiva global**. Disponível em:

<http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_p_rimarios.pdf>. Acesso em março de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL de SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10)** - 10.^a Revisão. São Paulo: EDUSP; 1994.

PICCHIONI, M. & MURRAY, R. Schizophrenia. **British Medical Journal**, 335 (7610), 91-95, 2007.

POLIT, D., BECK, C. & HUNGLER, B. **Fundamentos de Pesquisa em**

Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização. 5.^a ed. Porto Alegre: Artmed.

PORTUGAL, Ministério da Saúde (2013). **Portugal - Saúde Mental em números – 2013**. Lisboa: Direção Geral Saúde, 2004.

KAPLAN, H.I., GRUB, J.A., SADOCK, B.J. Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. In: **Esquizofrenia**. 7^a ed. p. 439-466, Porto Alegre: Artmed, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos da CID-10. In: **Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípico e Delirantes**. Trad. de D.C. Porto Alegre: Artmed, 1993. p. 85-94, 1994

SANTOS, M.F.R. Terapia Cognitivo Comportamental. In: Notas de aula da disciplina. **Terapia Cognitivo Comportamental. Resumo...** Itaperuna: Centro Universitário São José de Itaperuna, 2014.

SANTOS, M.F.R. **Saúde Mental e Estereótipos: estudo sobre profissionais do Centro de Atenção Psicossocial – II do Estado do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Cognição Social) – Universidade Católica de Petrópolis, Petrópolis, 2017.