



SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR DO MÉDIO PARNAÍBA LTDA - SESMEP
FACULDADE DO MÉDIO PARNAÍBA – FAMEP
INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO COMENIUS – ISEC
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

JANAIRA PESSOA DOS SANTOS

Avaliação e intervenção em um estudo de caso de esquizofrenia

TERESINA/ PI

2018

JANAIRA PESSOA DOS SANTOS

Avaliação e intervenção em um estudo de caso de esquizofrenia

TERESINA/ PI

2018

JANAIRA PESSOA DOS SANTOS

Avaliação e intervenção em um estudo de caso de esquizofrenia

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade do Médio Parnaíba - FAMEP, como requisito para conclusão de graduação em Bacharelado em Enfermagem.

Orientador (a): Prof. Msc. Cidianna Emanuely Melo do Nascimento.

SA237a Santos, Janaira Pessoa dos

Avaliação e intervenção em um estudo de caso de esquizofrenia
/ Janaira Pessoa dos Santos. – 2018.

52 f.

Monografia (Graduação em Enfermagem) - Faculdade do
Médio Parnaíba, Teresina, 2018.

Orientação :Prof. Msc. Cidianna Emanuely Melo.

1.Enfermagem 2. Esquizofrenia

CDD 610.73

Nayra Fontinele Feijão CRB 1249

JANAIRA PESSOA DOS SANTOS

Avaliação e intervenção em um estudo de caso de esquizofrenia

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade do Médio Parnaíba - FAMEP, como requisito para conclusão de graduação em Bacharelado em Enfermagem.

Orientador (a) Prof. Msc. Cidianna Emanuely Melo do Nascimento.

Monografia aprovada em 24/11/2018.

BANCA EXAMINADORA

Cidianna Emanuely Melo do Nascimento.

Prof. (a) Orientador

Paula Lima da Silva

Prof. (a) 1º examinador

Laianny Luize Lima e Silva

Prof. (a) 2º examinador

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho á minha família que esteve sempre presente do meu lado me apoiando e incentivando para seguir em frente à cada conquista alcançada.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus e depois meus pais e irmãos que estiveram comigo nessa trajetória mesmo as vezes sendo tão difícil , que acreditaram no meu sonho quando parecia muito distante, à minha mãe por ter me impulsionado e por ter abdicado dos seus sonhos para realizar e tornar possível o meu, por todo amor incondicional por cada palavra de incentivo e por ser minha grande inspiração como pessoa como ser humano.

Aos meus amigos da turma que tornaram essa jornada que parecia tão longa, se tornar pequena, através do afeto, da amizade e companheirismo, apesar das nossas diferenças. Agradecer imensamente alguns amigos em especial que me estenderam a mão sempre que precisei obrigado de coração à Joselita e Samara, por todo carinho e amizade de vocês.

Ao meu grande amor por toda paciência e ajuda, pois sem você era inviável a realização dessa conquista hoje, pelo seu amor, companheirismo, por sempre está ao meu lado quando mais precisei e por ter tornado os meus dias especiais pelo simples fato de saber que sempre podia contar com você .

Aos meus queridos mestres por ter me repassado da melhor forma todo o conhecimento que adquiri durante esses anos e tornando cada batalha enfrentada todos os dias menos cansativa, pela compreensão pela amizade, pois alguns são mais que mestre são amigos. Agradecer em especial a minha orientadora professora Cidianna por ter me aceito como sua orientanda por cada palavra de incentivo e motivação quando tudo parecia distante.

A minha família por todo o apoio por sempre estarem ao meu lado, pelas orações que me fortaleciam em especial meu sobrinho João Isac.

Enfim á todos MUITO OBRIGADA!!!!!!

Somos todos iguais, o que nos diferencia de
nós mesmos, é o nosso preconceito...

Everton Carlos

RESUMO

O presente trabalho é o resultado de uma pesquisa cuja ênfase está nos cuidados de enfermagem no âmbito da família em relação à esquizofrenia, principalmente no que se refere à questão do acompanhamento de familiares e/ou de um cuidador da família junto a pacientes esquizofrênicos. Neste sentido, entende-se que o papel da família no tratamento da doença é fundamental já que o paciente que sofre desta patologia precisa de apoio constante. O problema deste estudo foi: Quais os maiores desafios encontrados por familiares no cuidado ao paciente com esquizofrenia? Quais os cuidados de Enfermagem podem ser prestados à família do paciente esquizofrênico? O objetivo geral desta pesquisa foi: Descrever os cuidados de enfermagem ao paciente com Esquizofrenia no contexto familiar e relatar os maiores desafios encontrados por familiares no cuidado à pessoa com esquizofrenia. Já os objetivos específicos são: Compreender a prática de enfermagem através de uma visão holística do paciente com esquizofrenia no contexto familiar; Analisar as implicações da doença, bem como a forma como esta afeta o convívio familiar; Investigar como a família reage frente a um paciente esquizofrênico. A metodologia aplicada foi através de uma pesquisa bibliográfica com um estudo de caso, cujo foco será além do embasamento teórico do estudo, um aprofundamento do problema investigado pela pesquisadora.

Palavras chave: Esquizofrenia. Cuidados de Enfermagem. Família.

ABSTRACT

The present work is the result of a research whose emphasis is on nursing care within the family in relation to schizophrenia, especially regarding the issue of family and / or family caregiver care with schizophrenic patients. In this sense, it is understood that the family's role in the treatment of the disease is fundamental since the patient suffering from this pathology needs constant support. The problem of this study was: What are the greatest challenges faced by family members in the care of patients with schizophrenia? What nursing care can be provided to the schizophrenic patient's family? The general objective of this research was to: Describe nursing care for the patient with Schizophrenia in the family context and report the greatest challenges encountered by family members in the care of the person with schizophrenia. The specific objectives are: To understand nursing practice through a holistic view of the patient with schizophrenia in the family context; To analyze the implications of the disease, as well as the way it affects family life; Investigate how the family reacts to a schizophrenic patient. The applied methodology was through a bibliographical research with a case study, whose focus will be beyond the theoretical basis of the study, a deepening of the problem investigated by the researcher.

Keywords: Schizophrenia. Nursing care. Family.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	10
2.OBJETIVO GERAL.....	12
2.1OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3 REFERENCIAL TEMÁTICO	12
3.1 PANORAMA HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA PSQUIÁTRICA	12
3.2 ERA MANICOMIAL	14
3.3 REFORMA PSQUIÁTRICA	14
3.4 SAÚDE MENTAL / DOENÇA MENTAL	16
3.5 CONCEITO DE ESQUIZOFRENIA.....	17
3.6 .TIPOS DE ESQUIZOFRENIA.....	19
3.7 FASES DA ESQUIZOFRENIA e FATORES PREDISPONETES	20 e .22
4 NEUROBIOLOGIA DA ESQUIZOFRENIA	25.
4.1 FORMAS DE TRATAMENTO: FARMACOLÓGICO e PSICOTERÁPICO	26
5 METODOLOGIA	29
5.1 TIPOS DE PESQUISA	29.
5.2 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	30
5.3 CENÁRIO E SUJEITO DA PESQUISA	30
5.4 COLETA DE DADOS	31
5.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	31
5.6.1RISCOS E BENEFÍCIOS	31
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	32
6.1 DESCRIÇÃO DOS PACIENTES	32
6.2 ANAMNESE	32
6.3 EXAME FÍSICO	33
6.4 MATERIAIS UTILIZADOS	33
6.4.1 MINI EXAME MENTAL (MEEM)	34
6.4.2 AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDAS DIÁRIAS (A.V.D)	35
6.4.3 ENTREVISTA	36
7 CONCLUSÃO	42
8.REFERÊNCIAS	43
9.ANEXOS	47 a 49
10.APENDICE	50

1 INTRODUÇÃO

Este estudo foca na relação entre a esquizofrenia e o seu acompanhamento na esfera familiar, na forma como a família tende a lidar com um paciente que sofre desta patologia, bem como das dificuldades de identificar e entender os sintomas e elementos que determinam a ocorrência do transtorno.

Neste sentido, a questão da esquizofrenia, não apenas como uma doença que afeta a saúde mental do paciente, mas a natureza do convívio familiar, algo que precisa ser encarado de forma contundente, já que a família representa um aporte a mais no tratamento efetivo do paciente que sofre deste transtorno, sempre requer um debate mais aprofundado.

A presente pesquisa busca responder ao seguinte problema: Quais os maiores desafios encontrados por familiares no cuidado ao paciente com esquizofrenia? Quais os cuidados de Enfermagem podem ser prestados à família do paciente esquizofrênico?

Após o diagnóstico da esquizofrenia muitas famílias se desorganizam, as relações se modificam e a convivência familiar pode vir a se tornar estressante, e até agressiva. Pois, ver um familiar adoecer, passar por crises e surtos não é fácil e com certeza irá influenciar o meio familiar. Se a família souber contornar as situações, aprendendo sobre o transtorno e a melhor forma de lidar com seu familiar esse sofrimento será cada dia menor.

Porém, quando o ambiente familiar é hostil, com muitas críticas e seus membros se relacionam através de emoções rígidas e negativas, a tendência é que a sobrecarga emocional dessa família aumente, o que chamamos de Emoção Expressa.

O objetivo geral deste estudo foi: Descrever os cuidados de enfermagem ao paciente com Esquizofrenia no contexto familiar e relatar os maiores desafios encontrados por familiares no cuidado à pessoa com esquizofrenia.

Os objetivos específicos são:

- 1- Compreender a prática de enfermagem através de uma visão holística do paciente com esquizofrenia no contexto familiar;
- 2- Analisar as implicações da doença, bem como a forma como esta afeta o convívio familiar;
- 3- Investigar como a família reage frente a um paciente esquizofrênico.

Os familiares e pessoas próximas precisam dedicar um tempo ao conhecimento dos aspectos da doença, como forma de compreender melhor seu familiar e amigo, refletir sobre suas atitudes, mudar padrões errados de comportamento e reduzir o grau de estresse, buscando solucionar da melhor forma os conflitos do dia-a-dia. Essa nova maneira de encarar a esquizofrenia vai se reverter em benefícios para si, aliviando o sofrimento e o impacto causado pelo adoecimento e, sobretudo, melhorando a convivência e o ambiente familiar.

Mas para que os cuidados de enfermagem com o paciente esquizofrênico possam surtir os efeitos esperados, além do acompanhamento da família e do fato do paciente ser assistido de forma mais específica, faz-se necessário um esforço conjunto por parte dos profissionais que atuam no tratamento da doença.

A presente pesquisa busca responder ao seguinte problema: Quais os maiores desafios encontrados por familiares no cuidado ao paciente com esquizofrenia? Quais os cuidados de Enfermagem podem ser prestados à família do paciente esquizofrênico?

O presente tema foi escolhido como tentativa de apontar quais as principais dificuldades na compreensão do conceito a pacientes com esquizofrenia no ambiente familiar .

A escolha do tema surgiu devido a pesquisadora conviver com pessoas esquizofrênicas.

Este trabalho vem agregar mais informações acerca dessa patologia, que até os últimos estudos, tem se tornado um enigma, pois não se sabe ao certo a origem e, conseqüentemente, a cura ,apenas tratamento para os sintomas, como forma de amenizar o quadro

Este estudo de caso contribuirá com as pesquisas tanto em relação a pessoa com esquizofrenia como também as que estão em contato com ela, de forma que possa conviver em harmonia com diferentes pessoas e ambientes dando- as o espaço que merece e necessita.

A esquizofrenia é um importante problema de saúde pública em todo o mundo sendo mais prevalente que a doença de Alzheimer, diabetes ,esclerose múltipla, afetando 1% da população mundial.

2. OBJETIVO GERAL

Descrever os cuidados de enfermagem ao paciente com Esquizofrenia no contexto familiar e relatar os maiores desafios encontrados por familiares no cuidado à pessoa com esquizofrenia.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1- Compreender a prática de enfermagem através de uma visão holística do paciente com esquizofrenia no contexto familiar;

2- Analisar as implicações da doença, bem como a forma como esta afeta o convívio familiar;

3- Investigar como a família reage frente a um paciente esquizofrênico.

3. REFERENCIAL TEMÁTICO

3.1 PANORAMA HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA

A importância do acompanhamento do paciente na abrangência da assistência psiquiátrica está na redução dos riscos e na melhora significativa da sintomatologia e também da relação dos pacientes com familiares. Assim, o processo histórico da assistência na área da psiquiatria mostra uma série de transformações na visão e concepção da doença mental e nos seus impactos sobre a saúde pública. Para Townsend (2014, p.12),

Crenças primitivas relacionadas com distúrbios mentais assumiram diversos pontos de vista. Alguns acreditavam que uma pessoa com doença mental fora destituída de alma e que a única maneira para que o bem estar fosse alcançado seria com o retorno da alma. Outros acreditavam que espíritos do mal ou poderes sobrenaturais ou mágicos haviam entrado no corpo. A “cura” para esses indivíduos envolvia um exorcismo ritualístico para purgar o corpo dessas forças indesejáveis. Com frequência isso consistia em espancamentos brutais, restrição absoluta de alimentos. A correlação entre doença mental e demonologia ou bruxaria levou algumas pessoas mentalmente doentes a serem queimadas.

Durante a Idade Média (500 a 1.500 d.c.), na Europa, a associação entre doença mental e bruxaria e o sobrenatural ainda era muito prevalente. Nesse período não havia tratamento ou terapias, assim muitas pessoas com doenças mentais graves foram lançadas ao mar em barcos a vela, com poucas orientações, para procurar sua racionalidade perdida. A expressão “**nave de loucos**” (TOWNSEND, 2014).

Segundo Townsend (2014), nos séculos XVI e XVII inexistiam instituições para doentes mentais, e a assistência a pessoas com distúrbios mentais era de

responsabilidade de familiares. Os doentes que não pertenciam a nenhuma família eram de responsabilidade das comunidades. O primeiro hospital nos EUA a admitir pacientes mentalmente enfermos foi estabelecido na Filadélfia no meio do século XVIII.

Para Hirdes (2009), na reforma psiquiátrica brasileira, nas últimas décadas, houve uma intercalação de períodos de intensificação das discussões e de surgimento de novos serviços e programas, com períodos em que ocorreu uma lentificação do processo. Historicamente, podemos situar as décadas de 1980 e 1990 como marcos significativos nas discussões pela reestruturação da assistência psiquiátrica no país.

No processo histórico da reforma psiquiátrica, a desinstitucionalização foi a principal alternativa para a desconstrução das práticas manicomiais, pois rompe com o modelo segregador a fim de proporcionar o cuidado em liberdade.

Através da reforma psiquiátrica foi possível um olhar diferenciado sobre a loucura e os distúrbios mentais, privilegiando o cuidado humanizado e individualizado aos indivíduos que sofriam de problemas mentais. Entretanto esse vai muito além de aspectos inerentes à saúde, pois nesse processo faz-se necessário contemplar todos os âmbitos que perpassem a vida cotidiana dos sujeitos, proporcionando assim um aumento e ganho de sua autonomia, resgatando a cidadania destes em todos os aspectos ligados à sua vida diária. (GUEDES et al, 2010).

De acordo com dados do Ministério da Saúde do Brasil,(2013):

Atualmente, existem cerca de 1.670 Centros de Atenção Psicossociais no país, distribuídos em 788 unidades de CAPS I, que é o Serviço de atenção a saúde mental em municípios em população entre 20 e 70 mil habitantes; 424 unidades de CAPS II, para atendimento a população entre 70 e 200 mil habitantes; 56 unidades de CAPS III, para atendimento de população com 200 mil habitantes; 268 unidades de CAPS ad, que dispõe de serviço especializado para usuários de álcool e drogas, para população entre 70 e 200 mil habitantes; e 135 unidades de CAPS i, que fornece serviço especializado para crianças, adolescentes e jovens (até 25 anos), numa população acima de 200 mil habitantes .

A reforma psiquiátrica brasileira, através da criação dos novos dispositivos em saúde mental, assim como através da inserção das ações de saúde mental na saúde pública, possibilita novas abordagens, novos princípios, valores e olhares às pessoas

em situação de sofrimento psíquico, impulsionando formas mais adequadas de cuidado à loucura no seu âmbito familiar, social e cultural (HIRDES, 2009, p.8).

3.2 ERA MANICOMIAL

Para Pessotti (1996, p.10), manicômio é ambiente onde duas formae mentis seculares enfrentam ora como oposição mente-corpo, ora como detém psíquico-físico, ora como dicotomia paixão-razão, ou no espaço da teoria médica, como a oposição entre “moralistas” e “organicistas”.

“O princípio de colocar a doença mental entre aspas diz respeito a individualização da pessoa doente, isto é, a um ocupar-se, não da doença mental enquanto conceito psiquiátrico – que tem sido questionado tanto no aspecto mais propriamente científico, quanto na sua função ideológica, e sim, pelo contrário, a um ocupar-se de tudo aquilo que se construiu em torno da doença” (AMARANTE, 1996:82).

Manicômio é algo como um pesadelo. Mas nos raros momentos de vigília sobre a questão, é possível até a acreditar que caminhamos rumo a uma vida de maior respeito à liberdade dos sujeitos, de todos em uma escala geral, independentemente do eventual sofrimento psíquico de cada um. E quase todos nós experimentamos sofrimentos desse tipo em algum momento da vida. Por isso, a ideia antimanicomial deve prevalecer no tratamento de doentes mentais (CAETANO, 2016).

3.3 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Segundo Centro Cultural da Saúde (2001), a partir da promulgação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, o Brasil entrou para o grupo de países com uma legislação moderna e coerente com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde e seu Escritório Regional para as Américas, a OPAS.A Lei indica uma direção para a assistência psiquiátrica e estabelece uma gama de direitos das pessoas com transtornos mentais; regulamenta as internações involuntárias, colocando-as sob a supervisão do Ministério Público, órgão do Estado guardião dos direitos indisponíveis de todos os cidadãos brasileiros.

De acordo com A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSM-I):

Foi convocada por decreto presidencial em abril de 2010 e teve sua etapa nacional realizada em Brasília, entre os dias 27 de junho a 1º de julho de 2010. O tema da IV Conferência – “Saúde Mental direito e compromisso de

todos: consolidar avanços e enfrentar desafios” – permitiu a convocação não só dos setores diretamente envolvidos com as políticas públicas, mas também de todos aqueles que têm indagações e propostas a fazer sobre o vasto tema da saúde mental. A convocação da intersectorialidade, de fato, foi um avanço radical em relação às conferências anteriores, e atendeu às exigências reais e concretas que a mudança do modelo de atenção trouxe para todos.

De acordo com Coordenação Nacional de Saúde Mental:

Álcool e outras Drogas apontam que o movimento de desospitalização dos portadores de transtornos mentais continua em curso. Entre 2002 e 2012 houve uma queda no quantitativo de leitos psiquiátricos de 51.393 para 29.958 e uma redução do percentual de gastos com a rede hospitalar de 75,24% para 28,91%. Por outro lado, a quantidade de Centros de Atenção de Atenção Psicossocial (CAPS) subiu de 424 para 1.981 e o percentual de gastos extra-hospitalares aumentou de 24,76% para 71,09%. Em 2012 houve ainda importante investimento financeiro nos CAPS, que passou de 460 milhões no ano anterior, para 776 milhões, representando um aumento de 68%.

Entendo que embora as mudanças ocorridas no Brasil tenham sofrido influência das experiências citadas, o processo atualmente ainda é lento, não se tendo constituído uma rede de serviços de saúde mental capaz de suprir a demanda dos portadores de sofrimento psíquico de forma alternativa. Os serviços existem, mas são ainda insuficientes. Ainda, os serviços existentes carecem de constante reflexão de suas práticas e referenciais teóricos adotados a fim de não se institucionalizarem dentro de uma lógica manicomial.

Compartilho com Amarante (1994) da compreensão de que a reforma psiquiátrica:

... não mais se refere exclusivamente à reformulação dos serviços, ao rearranjo do aparato assistencial-normativo, nem reestruturação do texto jurídico que trata da matéria; não significa ainda a descoberta de novas técnicas, de uma escuta ou de uma terapêutica perfeitamente qualificada e competente, de por assim dizer, definitiva. Reforma psiquiátrica no nosso entendimento, é o conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que visam transformar a relação da sociedade para com o doente. A reforma psiquiátrica que estamos construindo vai das transformações na instituição e no poder médico psiquiátrico até as práticas em lidar com as pessoas com problemas mentais.

Nesse sentido, a Reforma psiquiátrica, além de necessária ampliou ainda mais as possibilidades de discussões sobre ações e políticas com o intuito de melhorar as práticas de assistência psiquiátrica no país. De acordo com Zacarias (2015, p. 13)

Numa análise histórica foi reconhecido pela sociedade em geral a necessidade de modificações das leis brasileiras. A legislação que regem a assistência psiquiátrica e os direitos civis, sociais e políticos dos doentes mentais, datavam de 1916 - o Código Civil de 1934 - Lei 24.559/34, que estabeleciam o dever do Estado e proteção à pessoa e bens dos psicopatas, incluindo toxicômanos e alcoólatras.

3.4 SAÚDE MENTAL\ DOENÇA MENTAL

De acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS,2016), não existe definição "oficial" de saúde mental. Diferenças culturais, julgamentos subjetivos, e teorias relacionadas concorrentes afetam o modo como a "saúde mental" é definida. Saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional de um indivíduo em relação à conduta considerada normal.. A saúde Mental pode incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. Entende-se, entretanto, que o conceito de Saúde Mental seja mais amplo que a ausência de transtornos e/ou distúrbios mentais".

Segundo Minayo (1998), saúde e doença de uma modo geral, podem ser vistas como um comportamento social e individual e, também, como expressão das contradições sociais e culturais. A partir dessas visões, o contexto sociocultural é percebido como principal fator ligado à definição das atitudes e comportamentos relacionados à saúde/doença e à própria legitimação da condição natural de "estar doente".

No entanto, a vivência pessoal desses estados de saúde ou doença, ao longo da vida por cada indivíduo também deve ser um aspecto a ser considerado, uma vez que, de acordo com Minayo (1998), "é no indivíduo que essas visões se unificam: é ele que sofre os males ou detém a saúde" (p. 194).

Enfatiza-se a motivação individual na procura contínua de autorealização. Identifica-se uma "hierarquia de necessidades", sendo as mais baixas as que exigem realização antes daquelas em níveis mais elevados, com a autorealização sendo o cumprimento do potencial mais elevado do indivíduo. Descreve-se a autorealização como sendo "psicologicamente saudável, completamente humano, altamente evoluído e completamente maduro"(MASLOW,1970).

Na figura 1 pode-se observar a escala de Maslow, a qual contém as principais necessidades que determina as condições necessárias para que cada ser humano atinja a sua satisfação pessoal e profissional.



Hierarquia das necessidades de Maslow.

Fonte: Chiavenato, 2010a, p. 331.

Pode-se definir doença mental como uma desorganização da chamada “personalidade individual” ou comportamento social do indivíduo, ou seja, como uma alteração e desestruturação interna de suas condições psíquicas, como um desvio progressivo de seu desenvolvimento mental. A doença nesse caso, só teria sentido no interior de uma personalidade estruturada e significaria uma quebra ou ruptura desse estágio. A personalidade do indivíduo torna-se, portanto, o habitat natural da doença e o critério segundo o qual o desequilíbrio psíquico se estabelece (PEREIRA,2017).

A Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2000), define doença mental ou transtorno mental como: uma síndrome ou padrão comportamental ou psicológico clinicamente significativo, que ocorre em uma pessoa e que está associado a angústia daquele momento [...].

3.5 CONCEITO DE ESQUIZOFRENIA

O termo esquizofrenia foi cunhado em 1908 pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler. A palavra deriva do grego *skhizo*(quebra) e *phren* (mente). Ao longo dos anos, muito debate cercou o conceito de esquizofrenia. Surgiram diversas definições do distúrbio. A esquizofrenia não é provavelmente uma doença homogênea, com uma única causa ou condição, mas resulta de uma combinação variável e distinta relacionada à predisposição de ordem genética, disfunção bioquímica, fatores fisiológicos e estresse psicossocial e emocional. (TOWNSEND, 2014).

Segundo a OMS (2016):

- A esquizofrenia é um transtorno mental grave que afeta mais de 21 milhões de pessoas em todo o mundo.
- A esquizofrenia é caracterizada por uma distorção do pensamento, percepções, emoções, linguagem, autoconsciência e comportamento. Algumas das experiências mais comuns são ouvir vozes e delírios.
- Em todo o mundo, a esquizofrenia está associada a deficiência considerável e pode afetar o desempenho educacional e profissional.
- Pessoas com esquizofrenia têm 2 a 2,5 vezes mais chances de morrer em uma idade jovem que a população como um todo. Isso geralmente é devido a doenças físicas, como doenças cardiovasculares, metabólicas e infecciosas.
- Os esquizofrênicos muitas vezes sofrem estigmatização, discriminação e violação dos direitos humanos.
- A esquizofrenia é tratável. A farmacoterapia e o apoio psicossocial são eficazes.
- A facilitação da habitação assistida, os subsídios à habitação e a ajuda à inserção laboral são medidas eficazes para apoiar pessoas que sofrem de esquizofrenia.

.Borsato (2008, p. 36) relata que:

[...] com as imagens realizadas pela ressonância magnética, pode se visualizar um alargamento de sulcos corticais, redução de substância cinzenta e dilatação ventricular, sugerindo uma perda excessiva de volume cerebral após maturação completa. Esses achados não descartam a hipótese da esquizofrenia como um transtorno do neurodesenvolvimento, mas propõem também a possibilidade de ser ter um componente progressivo de redução volumétrica cerebral com a evolução da doença, talvez resultante de anormalidades em processos de morte celular programada.

Mais adiante, o referido autor ressalta que: “com a utilização de novas pesquisas, que comprovem a evolução da doença, poderá guiar para estratégias de

prevenção da esquizofrenia, como também tratamento precoce que possa ser eficazes no retardamento da patologia.” (Borsato, 2008, p. 37)

A esquizofrenia, não é tão comum como muitos outros transtornos mentais. É mais frequente nos homens (12 milhões) do que nas mulheres (9 milhões). Do mesmo modo, os homens desenvolvem esquizofrenia geralmente em uma idade mais jovem,(OMS).

Em todo o mundo, mais de 400 milhões de pessoas são afetadas por distúrbios mentais ou comportamentais. Os problemas de saúde mentais ocupam cinco posições no ranking das dez principais causas de incapacidade, de acordo com a Organização Mundial da Saúde,(OMS).

3.6 TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia não possui uma única forma de manifestação, ela é um tipo de doença que requer um cuidado no seu diagnóstico, na forma de tratamento e cuidados, pois o amplo espectro das manifestações dos distúrbios relacionados ao surgimento da esquizofrenia é um dos maiores desafios na identificação da sua tipologia.

Krüger (2011) destaca que o indivíduo esquizofrênico em relação à sintomatologia pode apresentar as mais variadas formas de comportamento, assim como essa doença, este tipo de distúrbio pode se manifestar diferentemente em cada paciente. A classificação do DSM-IV contém os critérios oficiais da Associação Psiquiátrica Americana para a esquizofrenia. São oito tipos de esquizofrenia: paranóide, o tipo desordenado, o tipo catatônico, o tipo residual, o tipo delirante, o tipo latente, o tipo oniróide, e o tipo psiconeurótica.

Ainda de acordo com a autora:

O tipo paranóide é caracterizada por perturbações com mais de um delírio ou alucinações auditivas [...] ausência do comportamento desorganizado ou catatônico; O tipo desorganizado, [...] é caracterizado por uma regressão muito forte no comportamento primitivo, desinibido e desorganizado na ausência de sintomas que satisfazem os critérios para o tipo catatônico; Já no tipo catatônico a característica essencial dessa esquizofrenia é uma acentuada perturbação psicomotora,[...] O tipo residual de esquizofrenia é caracterizado pela presença de evidência contínua de perturbações esquizofrênicas de um conjunto de sintomas ativos [...]; A psicose delirante aguda diferencia-se da esquizofrenia principalmente com base na duração dos sintomas, que pode ser inferior a três meses; A esquizofrenia latente teve seu conceito desenvolvido

durante um período em que a conceitualização diagnóstica desta patologia era bastante ampla; A esquizofrenia do tipo oníróide trata-se de um estado tipo sonho, no qual o paciente pode sentir-se profundamente perplexo e não completamente orientado no tempo e no espaço; Há ainda outros tipos chamado pseudoneurótica, no qual o paciente inicialmente apresentam sintomas como ansiedade, fobia, obsessões e compulsões [...] (KRÜGER, 2011, p.19-20-21)

Há ainda os tipos de distúrbios associados ao diagnóstico da doença, classificados como subtipos ou manifestações aliadas a sintomas positivos e negativos próprios da síndrome esquizofrênica. Há dois subtipos, as síndromes esquizofrênicas tipos I e II.

De acordo com a proposta de Crow, as síndromes esquizofrênicas tipos I e II estão, respectivamente, associadas à presença de sintomas positivos e negativos e podem ser diferenciadas em termos de resposta no tratamento, presença de déficits cognitivo e anormalidade biológicas (PEREIRA, p. 131).

São seis tipos de esquizofrenia de acordo com ,(CCM,2018) :

Esquizofrenia simples: tem como sintomas principais o isolamento social do paciente, ausência de relações afetivas e mudança de personalidade.

Esquizofrenia paranoide: causa ansiedade, maior propensão a ataques de fúria e sensação constante de perseguição por parte do paciente, incluídos familiares e amigos próximos.

Esquizofrenia desorganizada : provoca apatia, tendência a comportamento infantil, dificuldade de organização do pensamento e ausência de emoções diante de situações importantes.

Esquizofrenia catatônica : tem como sintoma principal a catatonia, que deixa o paciente com postura e musculatura tensa e rígida e expressão facial fora do normal. Além disso, há quadro de apatia.

Esquizofrenia indiferenciada: é a forma de esquizofrenia que não apresenta características particulares e pode desenvolver sintomas dos demais tipos.

Esquizofrenia residual: é aquela em que o paciente apresenta apenas sintomas isolados após tratamento de quadros completos da esquizofrenia.

3.7 FASES DA ESQUIZOFRENIA

O padrão de desenvolvimento da esquizofrenia pode ser observado em quatro fases:
>Fase I pré- mórbida: a personalidade frequentemente indica desajuste social, retraimento social, irritabilidade e pensamentos e comportamentos antagônicos. (MIZENBERG et al.,2008,p.625-626).

>Fase II prodrômica: durante a fase prodrômica a pessoa experimenta comprometimento funcional substancial e sintomas inespecíficos como distúrbios do sono, ansiedade , irritabilidade , humor deprimido, dificuldades de concentração e isolamento social.(LEHMAN et al .,2006).

>Fase III esquizofrenia : na fase ativa do distúrbio, sintomas psicóticos são proeminentes,apresenta duas ou mais das seguintes características: Delírios,alucinações,fala desorganizada,comportamento amplamente desorganizado,sintomas negativos.(APA,2000).

>Fase IV residual de acordo com DSM-IV-TR (American Psychiatric Association (APA,2000): a esquizofrenia é caracterizada por períodos de remissão. Os sintomas são ausentes ou não mais proeminentes, os sintomas negativos podem permanecer, e ausência de afeto são comuns.

O diagnóstico de Esquizofrenia sofreu alterações significativas nesta nova versão do Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais(DSM-IV,2000). O critério que define a sintomatologia característica (Critério A) continua requerendo a presença de no mínimo dois dos cinco sintomas para ser preenchido, mas a atual versão exige que ao menos um deles seja positivo (delírios, alucinações ou discurso desorganizado). Embora os sintomas listados sejam os mesmos, o DSM-IV permitia que o Critério A fosse preenchido com apenas um sintoma nos casos de **delírios bizarros** ou alucinações auditivas de primeira ordem / Schneiderianas (ex.: vozes conversando entre si).

De acordo com Schulz (2018) , sintomas positivos envolvem um excesso ou distorção das funções normais. Elas incluem o seguinte:

- **Delírios** são falsas convicções que, geralmente, implicam em má interpretação das percepções ou das experiências. Além disso, as pessoas mantêm essas convicções, mesmo com clara evidência que as contradizem. Existem vários tipos possíveis de delírio. Por exemplo, as pessoas com esquizofrenia podem apresentar delírios de perseguição, crer que estão sendo atormentadas, perseguidas, enganadas ou espionadas. Elas podem ter delírios de referência e, por isso, acreditar que certas passagens de livros, jornais ou canções se dirigem especificamente a elas. Essas pessoas podem ter delírios de roubo ou de imposição do pensamento, porque julgam que outros podem ler suas mentes, que seus pensamentos são transmitidos a outros ou que seus pensamentos e impulsos lhes são impostos por forças externas.
- **Alucinações** envolvem ouvir, ver, sentir o gosto ou ter a sensação física de coisas que ninguém mais sente. As alucinações que são ouvidas

(alucinações auditivas) são, de longe, as mais comuns. Uma pessoa pode ouvir vozes que comentam seu comportamento, que conversam entre elas ou que fazem comentários críticos e abusivos.

Sintomas negativos envolvem uma diminuição ou perda das funções normais. Elas incluem o seguinte:

- A **redução das demonstrações de emoções** (embotamento afetivo) é quando a pessoa exibe pouca ou nenhuma emoção. A face pode parecer imóvel. As pessoas fazem pouco ou nenhum contato visual. As pessoas não usam suas mãos ou a cabeça para adicionar ênfase emocional ao conversarem. Coisas que normalmente as fariam rir ou chorar podem não provocar nenhuma reação.
- **Pobreza discursiva** é a diminuição da quantidade de fala. As respostas às perguntas podem ser concisas (uma ou duas palavras), dando a impressão de um vazio interior.
- **Anedonia** é a diminuição da capacidade de sentir prazer. A pessoa pode ter pouco interesse nas atividades anteriormente realizadas e gastar mais tempo com atividades sem objetivo.
- **Insociabilidade** é a falta de interesse em relacionar-se com outras pessoas.

Esses sintomas negativos estão associados, frequentemente, a uma perda geral.

A esquizofrenia pode ter início súbito, em um intervalo de alguns dias ou semanas, ou lento e gradativo, ao longo de vários anos. Ainda que a gravidade e a sintomatologia variem entre diferentes pacientes com esquizofrenia, os sintomas são suficientemente graves para afetar a capacidade de trabalhar e se manter, as relações interpessoais e o convívio social como um todo, além do cuidado consigo próprio (SCHULZ, 2018).

3.8 FATORES PREDISPOANTES PARA A ESQUIZOFRENIA

> INFLUÊNCIAS BIOLÓGICAS: GENÉTICA

Para Townsend (2014,p.72) a causa da esquizofrenia ainda é incerta. Mais provavelmente, nenhum fator de forma isolada, pode ser implicado e justificado na etiologia ; em vez disso, a doença possivelmente resulta de uma combinação de influências e fatores, sendo estes de natureza biológica, de motivação psicológica e condições ambientais.

O corpo de evidências para vulnerabilidade genética à esquizofrenia está crescendo. Estudos mostram que parentes de indivíduos com esquizofrenia apresentam probabilidade muito maior de desenvolver a doença do que a

população em geral. Não se sabe como a esquizofrenia é herdada. Ainda não foi encontrado um marcador biológico definitivo. Há estudos em andamento para determinar que genes são importantes na vulnerabilidade à esquizofrenia e se um ou mais genes estão implicados (TOWSEND, 2014).

>.ESTUDOS EM GÊMEOS

Para Filho; Samaia (2000),

Esse tipo de estudo parte da premissa de que gêmeos monozigóticos (MZ) e dizigóticos (DZ) sofrem influência ambiental muito semelhante. Entretanto, os gêmeos MZ são geneticamente muito parecidos (para efeitos práticos: são 100% idênticos), enquanto os gêmeos DZ apresentam apenas 50% dos genes em comum.

Embora as estimativas nos vários estudos variem, a taxa de concordância para esquizofrenia em gêmeos MZ é ao redor de 50% e, para gêmeos DZ, é da ordem de 15%. Esses estudos confirmam a existência do componente genético (o risco de um irmão gêmeo manifestar esquizofrenia, quando o outro irmão já apresenta a doença, é três vezes maior para um irmão MZ do que para um DZ), mas também ressaltam a participação do componente ambiental (em doenças genéticas, o esperado para gêmeos MZ é, teoricamente, 100% de concordância, pois a carga genética é idêntica em ambos).

>.ESTUDOS EM ADOTIVOS

Conduzidos por pesquisadores americanos, crianças adotadas nascidas de mães esquizofrênicas foram comparadas com crianças adotadas cujas mães não possuíam transtorno psiquiátrico. As crianças que nasceram de mães com esquizofrenia apresentam maior probabilidade de desenvolver a doença do que os grupos controle para comparação. Esses achados fornecem evidências adicionais para a base genética da esquizofrenia. (MINZEMBERG et al., 2008).

Estudos de adoção foram publicados para esquizofrenia, confirmando um maior risco para a doença em crianças adotadas de pais biológicos com esquizofrenia, e uma maior agregação à esquizofrenia nas famílias biológicas de crianças adotadas que desenvolveram a enfermidade. (FILHO, et al., 2000).

>.INFLUÊNCIAS BIOQUÍMICAS

Sadock e Sadock (2007), “sugere que a esquizofrenia ou sintomas semelhantes a esquizofrenia pode ser causado por um excesso de atividade neuronal dependente da dopamina no cérebro”.

Segundo Townsend (2014), “estudos de cérebros de indivíduos esquizofrênicos relatam um aumento significativo do número médio de receptores de dopamina em aproximadamente 66% dos cérebros estudados”.

>.INFLUÊNCIAS PSICOLÓGICAS

Segundo Silva (2000) ,mais recentemente, os avanços metodológicos que tanto têm contribuído de forma significativa, para a precisão 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 convincente, 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.

A Segunda corrente atual de pesquisa na área relaciona-se com o estudo da influência de "eventos estressores psicossociais" no curso da doença. Sabe-se que o curso de diversas doenças de clara etiologia biológica pode ser influenciado por "eventos estressores psicossociais" como perda de familiar próximo, mudança de moradia, exames escolares etc. Estudos recentes investigando a influência destes, no curso da esquizofrenia sugerem que pacientes esquizofrênicos podem apresentar pioras sintomatológicas diante deste tipo de estresse (SILVA,2006).

>.DISTÚRBO DO NEURODESENVOLVIMENTO

Durante as últimas duas décadas, novas evidências científicas levaram a uma hipótese reformulada da patogênese da esquizofrenia baseada em processos relacionados ao desenvolvimento cerebral. 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.

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. Além disso, a perturbação do meio intra-uterino que tem sido ligado à esquizofrenia também pode aumentar os riscos para ocorrência de outros transtornos psiquiátricos (AKIL;WEINBERG,2000).

>.EXPOSIÇÃO A VIROSES

Em 1985, estudos demonstraram que, em pacientes afetados por esquizofrenia, havia uma tendência de 7% a 15% maior dos nascimentos ocorrerem no final do inverno ou no início da primavera. Assim, a influenza epidêmica, que ocorre tipicamente no período de inverno, virou alvo da maioria das pesquisas epidemiológicas que tentaram associar a exposição a esse vírus no pré-natal à esquizofrenia. Observaram que fetos expostos durante o segundo trimestre de gestação ao vírus da influenza A2, na epidemia de 1957, apresentavam risco mais elevado para esquizofrenia na vida adulta do que os não expostos. Entretanto, alguns relatos negativos também têm sido encontrados e impedem uma conclusão definitiva.

O relacionamento entre exposição pré-natal a outros agentes infecciosos e esquizofrenia tem sido sugerido incluindo o vírus da poliomielite, o da varicela-zoster e o Borna vírus, um RNA vírus com neurotropismo, mas poucos estudos foram conduzidos e os achados são controversos, (FILHO et al;2000).

>.INFLUÊNCIAS AMBIENTAIS : FATORES SOCIOCULTURAIS

Muitos estudos foram conduzidos e tentaram ligar a esquizofrenia à classe social. Na verdade, as estatísticas epidemiológicas tem demonstrado que um maior número de indivíduos de classes socioeconômicas mais baixas apresenta sintomas associados à esquizofrenia do que aqueles grupos socioeconômicos superiores. (ANDREASEN et al;2003).

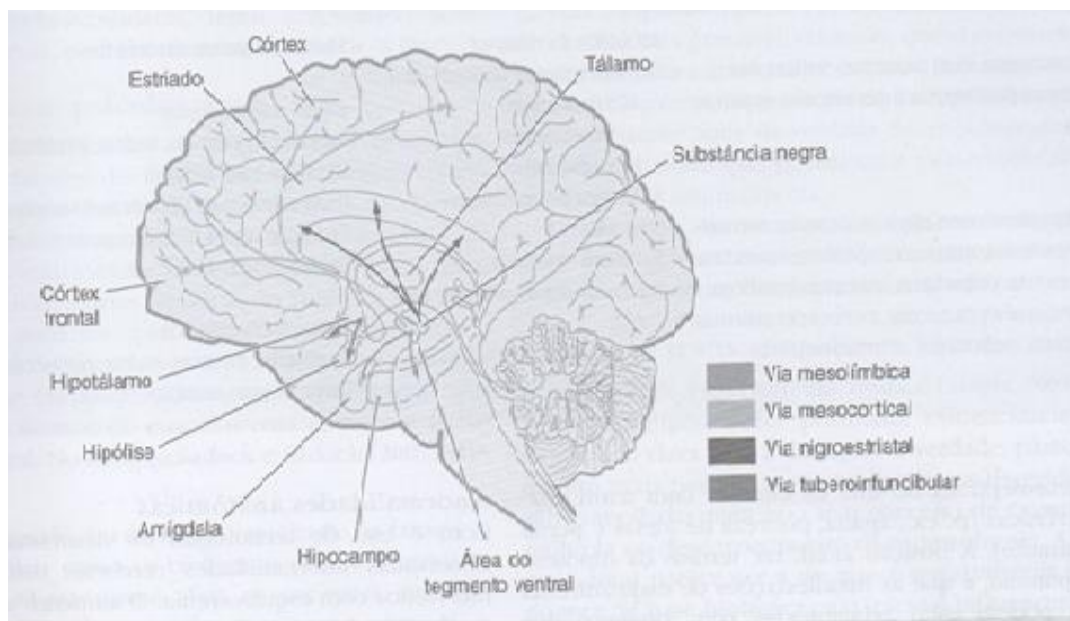
>.EVENTOS DA VIDA ESTRESSANTE

Estudos têm sido realizados em um esforço conjunto para determinar se os episódios psicóticos podem ser motivados por eventos de vida estressantes. Não há nada que confirme que o estresse causa esquizofrenia. É provável, contudo, que o estresse possa contribuir para a gravidade e o curso da doença (TOWSEND;2014).

“A etiologia da esquizofrenia ainda é incerta. Nenhuma teoria ou hipótese foi postulada evidenciando uma explicação clara para a doença”. (TOWSEND;2014).

4 NEUROBIOLOGIA DA ESQUIZOFRENIA

A figura 2 vem representar que determinados números de neurotransmissores estão implicados na etiologia da esquizofrenia.



Fonte: TWOSEND;2014.

São varias as áreas do cérebro acometida pela doença ,sendo identificadas quatro das principais vias dopaminérgicas .

- **via mesolímbica** : origina-se na área tegmentar ventral e projeta-se para áreas do sistema límbico, a amígdala e hipocampo. Essa via está associada as funções da memória,excitação e prazer.o trato mesolímbico tem sido implicado nos sintomas positivo da esquizofrenia :Alucinações e delírios .
- **Via mesocortical**: origina- se na área do tegmento ventral e projeta se para o córtex . Essa via envolve a cognição,comportamento social ,planejamento, resolução de problemas, motivação e reforço na aprendizagem. Os sintomas negativos da esquizofrenia como :anedonia,afeto embotado, apatia estão ligados a diminuição do trato mesocortical.
- **Via nigroestriatal**: inicia na substância negra indo ate os gânglios da base. Essa via esta ligada a função do controle motor. A degeneração dessa via resulta aos movimentos involuntários da esquizofrenia.
- **Via tuberoinfundibular**: começa no hipotálamo indo para a glândula hipofisária . Essa via está ligada as funções endócrina: sede, digestão, fome, controle da temperatura e excitação sexual. Essa via implica em determinadas anormalidades endócrinas associadas à esquizofrenia.

4.1 FORMAS DE TRATAMENTO : FARMACOLÓGICO E PSICOTERAPICO

A esquizofrenia por ser uma doença de difícil diagnóstico, devido à sua complexidade e múltiplas causas e sintomas, requer um tratamento específico para cada manifestação dos distúrbios nos pacientes.

A esquizofrenia é uma doença sem cura, todos os medicamentos são utilizados para o controle das crises. O seu tratamento é paliativo. Com o controle das crises o paciente tem uma qualidade de vida melhor, mas se parar os medicamentos, os sintomas voltam.

Segundo Nunes (2000, p. 101) o tratamento hoje indicado para os pacientes de esquizofrenia consiste na união da farmacoterapia e estratégias psicossociais, incluindo diferentes formas de psicoterapia.

Como nas suas mais variadas formas a esquizofrenia, em relação à sua sintomatologia pode ser de natureza psicológica ou orgânica, recorre-se normalmente à abordagem psicológica ou psiquiátrica, sendo que a primeira considera o distúrbio como uma desorganização da personalidade. Já a outra considera os sintomas como de natureza orgânica.

As drogas usadas em casos de esquizofrenia são nomeadas como neurolépticos-antipsicóticos, devido a sua atuação preferencial nos receptores dopaminérgicos D2 produzindo efeitos colaterais distônicos e discenéticos. (NUNES, 2001, p. 101).

Segundo Stuart (2001, pág. 711) as intervenções oferecidas através da terapia familiar, são desenvolvidas a partir de estudos que mostraram que as famílias que possuem algum membro com esquizofrenia e sofrem um sobrecarga em diversos aspectos da vida, como nos relacionamentos, lazer, saúde física e mental. E principalmente possuem um clima afetivo familiar crítico e hostil, que pode evoluir negativamente com o desenvolvimento da doença. “A esquizofrenia também tem um efeito perturbador e oneroso sobre a vida dos familiares”. (MUESER, 2003).

Por ser um transtorno de evolução crônica e que costuma comprometer a vida do indivíduo, exige um acompanhamento psiquiátrico a longo prazo. O objetivo principal é evitar recaídas, além de prevenir suicídios, promover reabilitação do paciente e diminuir o estresse familiar (SHIRAKAWA, 2000; p.56).

A relação médico-paciente e o vínculo devem ser trabalhados constantemente para o êxito do acompanhamento psiquiátrico. As estratégias do tratamento variam

conforme o paciente, sua família, a fase e a gravidade da doença (SHIRAKAWA, I.; p.56).

De acordo com Cláudia,(USP,2006) O Tratamento Farmacológico Antipsicóticos Típicos Foi em meados do século XX que se iniciou uma profunda transformação no setor da Medicina que trata das chamadas doenças mentais. Ela ficou conhecida como a Revolução Farmacológica da Psiquiatria, pois se deveu basicamente à introdução dos medicamentos psicoterapêuticos, capazes de melhorar consideravelmente o estado de muitos pacientes com alterações acentuadas de diversas funções psicológicas e perda do juízo da realidade.

Até o início dos anos cinquenta, os recursos de que se dispunha para tratar os doentes psicóticos eram muito limitados e a única solução era confiná-los em grandes hospitais ou asilos, de onde muitos não podiam mais sair. O fator fundamental dessa mudança foi a introdução dos medicamentos antipsicóticos, também conhecidos como neurolépticos, ou tranquilizantes maiores. Os antipsicóticos levam dias a semanas para produzirem seus efeitos terapêuticos máximos. Os neurolépticos podem ser divididos em dois grupos de acordo com sua potência. Assim, temos os antipsicóticos de “alta potência” como o haloperidol, flufenazina, trifluoperazina, tiotixene e os de “baixa potência” ou sedativos como clorpromazina, tioridazina etc,(USP,2006).

4.2 TRATAMENTO PSICOTERÁPICO

Com a introdução dos neurolépticos na década de 1950, a quantidade de pacientes internados diminuiu rapidamente. Infelizmente, pacientes bastante incapacitados muitas vezes eram devolvidos à sociedade despreparados para enfrentar as demandas das integrações social e profissional. Dentro desta perspectiva, a farmacoterapia antipsicótica deve fazer parte de uma abordagem terapêutica ampla e abrangente visando à reabilitação psicossocial do paciente. Enquanto a medicação neuroléptica pode reduzir os sintomas positivos e prevenir recaídas psicóticas, o apoio psicoterapêutico e o treinamento de estratégias de enfrentamento e manejo de situações de vida ajudam o paciente (USP,2006).

A introdução de antipsicóticos efetivos na década de 1960, houve afastamento do foco nas intervenções psicológicas para a esquizofrenia.

Gradualmente houve insatisfação com a confiança exagerada nos tratamentos farmacológicos para a esquizofrenia, e uma proporção elevada de indivíduos com esquizofrenia continuava a experimentar sintomas psicóticos positivos apesar de

tomar antipsicóticos. De maneira semelhante, verificou-se que a utilidade dessa medicação para remediar os prejuízos cognitivos e sociais associados à doença era limitada.

Além disso, em uma série de estudos que atualmente são considerados clássicos, demonstraram que a natureza do ambiente familiar para o qual o paciente esquizofrênico retorna após a alta hospitalar é fortemente preditiva de recaídas psicóticas no decorrer dos nove meses seguintes. Assim, na década de 1980, surgiram ensaios controlados de intervenções psicológicas projetadas para promover a aquisição de habilidades sociais e reduzir recaídas, melhorando a atmosfera familiar. Seus resultados positivos foram bem-recebidos e promoveram um interesse maior nas terapias psicológicas para essa população .

Segundo Shirakawa,(2000) a psicoterapia deve ter por finalidade melhorar os sintomas, prevenir as recaídas e evitar a hospitalização. Entretanto, nos momentos de crise, deve ajudar a encarar uma internação necessária como medida protetora.pode ser individual ou de grupo.

A psicoterapia individual deve priorizar o apoio, por se tratar de paciente de esquizofrenia de pessoa com dificuldades específicas que necessitam de suporte que o capacite a obter melhora em sua qualidade de vida. Não se recomendam psicoterapias baseadas em interpretações, com várias sessões por semana e por longos anos. Na psicoterapia de grupo, o terapeuta deve ser ativo e monitorar o ambiente do grupo. Deve buscar temas, estimular e organizar a conversação, oferecer suporte e proteção, favorecendo a coesão grupal (SHIRAKAWA;2000).

5 METODOLOGIA

5.1 TIPOS DE PESQUISA

A metodologia aplicada e a natureza da pesquisa é de cunho qualitativo, com um estudo de caso, cujo foco será além do embasamento teórico do estudo, um aprofundamento do problema investigado pela pesquisadora. Revisão de Literatura ou Revisão Bibliográfica é utilizada para engrandecer o trabalho, pois reúne a opinião de vários autores acerca de um mesmo assunto e/ou tema a ser abordado, provocando o confronto de várias ideias para assim alcançar o objetivo proposto pelo trabalho (GIL, 2010).

A coleta de dados foi realizada com o uso de instrumentos como a aplicação de entrevista com o pacientes e seu cuidador, além da aplicação de questionários estruturados e semi- estruturados, com o objetivo de averiguar a relação da família do

paciente com as especificidades da doença, e espaço da pesquisa, o próprio ambiente domiciliar.

O estudo de caso é uma modalidade de pesquisa amplamente utilizada nas ciências biométricas e sociais. consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento (Gil, 2010, p.37).

Através desses instrumentos foram coletadas todas as informações pertinentes para desenvolver esse estudo, incluindo o histórico médico dos pacientes para confrontar com seu dia-a-dia que foi obtida pela pesquisadora através da observação de sua rotina, mas sempre comparando com as características específicas da patologia. Observando as intervenções de enfermagem conforme as necessidades e limitações da paciente.

Segundo Minayo (2001)

a pesquisa qualitativa pode ser definida a ciência que aborda a parte social do estudo de uma forma mais particular de caráter observacional trabalhando com qualidade, onde o mesmo não poder quantificado, tendo como ferramenta acontecimentos, o cotidiano, religiões , adentrando mais profundamente nas relações, expressando através de palavras aquilo que não pode ser contado existindo o contato direto entre o pesquisador e o objeto do estudo.

Assim, uma abordagem sociocultural dos sujeitos envolvidos na pesquisa permite uma análise mais profunda da questão, e o estudo como um todo torna-se mais rico e completo, pois permite um maior embasamento do objeto levantado pelo pesquisador.

5.2 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A pesquisa foi guiada por procedimentos éticos, e contou com a autorização de um familiar e/ou responsável, em que os sujeitos que foram avaliados durante o estudo, onde foi feita uma análise mais aprofundada do objeto de estudo.

A pesquisa esclareceu ainda que a coleta de dados e aplicação de entrevistas e questionários não representou incômodo para os sujeitos que participaram do estudo. Nesse sentido, foi feita a identificação os benefícios da instituição ao qual a pesquisa e a pesquisadora estão vinculadas, sendo que a mesma ocorrerá sem fins lucrativos, tanto para a pesquisadora como os participantes do processo.

5.3 CENÁRIO E SUJEITO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada através de visitas domiciliares aos pacientes, duas vezes na semana ou conforme a sua disponibilidade. Cada visita compreendeu um período específico para se ter noção de toda a rotina desenvolvida pela pessoa a ser pesquisada.

Os participantes foram um casal de irmãos idosos, com idade de 60 anos e 67 anos, residente na cidade de Barro Duro-PI, solteiros, analfabetos, sofrem com esquizofrenia desde a adolescência.

5.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no período de junho e julho do ano de 2018, através de uma anamnese, exame físico (peso, altura, inspeção da pele, palpação e percussão do abdômen e outras áreas com o intuito de detectar alguma anormalidade, questionários como: Mini Exame do Estado Mental (MEEM); e avaliação da atividades diárias. E para tanto, todos os métodos e procedimentos foram pré-testados pela pesquisadora antes de serem aplicados.

O questionário foi aplicado durante uma das visitas domiciliar, sendo que este tipo de expediente deverá ocorrer em horário oportuno e previamente acordado pela pesquisadora e os pacientes, com a autorização da família e/ou responsável.

Os questionários abordaram perguntas relacionadas à rotina, atividades de vida diária (AVD), aspectos socioeconômicos, antecedentes pessoais, etc.

5.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A entrevista foi realizada com autorização prévia dos pacientes, e dessa forma, todos os dados obtidos foram comparados e analisados com a literatura médica, técnica e teórica, com a intuito se atingir os objetivos e questões levantadas pela pesquisadora.

5.5.1 RISCOS E BENEFÍCIOS

Os riscos para os participantes foram mínimos, haja vista os procedimentos adotados na pesquisa, ou seja, a forma como a coleta de dados foi realizada, sendo que a entrevista e os questionários foram compostos de perguntas sobre a rotina dos pacientes, para se atingir os resultados dentro do universo pesquisado.

A pesquisa propiciou a construção de conhecimentos a respeito da patologia investigada, não só para a pesquisadora, mas para os pacientes, a família e outros. Todos os dados e informações colhidas durante a entrevista será mantida de forma sigilosa na abrangência da pesquisa, pela orientadora e a coordenadora do curso de enfermagem, assegurando o sigilo dos participantes.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 DESCRIÇÃO DOS PACIENTES

Este estudo de caso foi desenvolvido a respeito de um casal de irmãos idosos que atendem pelos nomes de E.T. da S e. A.T.da S. Com filiação de F P.da S. e J.B.T, nascidos nos dias 19/04/1951e 08 /09/1959 respectivamente, em Brejão- PI, de parto natural e/ou normal realizado na própria casa dos seus pais, uma família de 16 irmãos sendo 5(cinco) vivos.

6.2 ANAMNESE

Na anamnese realizada foi constatado que os idosos já tinha sofrido varias internações em Hospital Areolino de Abreu, Teresina –PI. Nunca fizeram uso de bebida alcoólica, não fumante; na família vários casos da patologia e já teve caso de suicídio (SIC).

Ao acompanhar toda a rotina dos idosos no período de 24 horas, foram diagnosticados alguns sintomas como:

- Esquecimento;
- Ansiedade;
- Insônia;
- Agitação;
- Desorientação no tempo e espaço;
- Polifagia;
- Repetição várias vezes da mesma frase ou palavra;
- Falta de concentração;
- Comportamentos inadequados.

Foram identificados as medicações em uso pelos pacientes para os sintomas referentes a Esquizofrenia .

Quadro 1: Medicamentos usados pelos pacientes participantes do estudo, 2018.

Medicamento	Via administração	de	Horário	Quantidade	

Neozine 25mg	Via Oral	Noite	1	
Haldol 5mg	Via oral	Noite	1	
Clonazepam 2,5mg	Via oral	Noite	1	
Gardenal 100mg	Via oral	Manhã	1	
Diazepam 10mg	Via oral	Manhã e noite	2	

6.3 EXAME FÍSICO

Ao examinar os pacientes, levando em consideração as propedêuticas do exame físico, na inspeção observou - se algumas manchas na pele em MM SI decorrentes de lesões curáveis em seu A.T.S.;

Pacientes com turgor da pele prejudicado devido às consequências da idade, mas com pele hidratada, sem lesões, normocorado; não fazem uso de próteses dentária, higienizada, audição normal e visão diminuída;

A senhora E.T.S já fez cirurgia de catarata em olho E., mas, não faz uso de qualquer dispositivo, deambulam sem auxílio ; marcha lenta, sentem-se cansados com facilidade; cabeça erguida sem presença de sujidade ou odor, olhos com coloração normais, tireoide palpável e normal, unhas dos pés e mãos normais, órgão genital normal sem nenhuma alteração, seios normais, mas levemente caídos da senhora E.T.S., sem a presença de nódulos sugestivos de alguma patologia.

Na palpação foi identificada na senhora E.T.S. acúmulo de massas e líquidos na região do abdômen proveniente de uma hérnia umbilical, porém flácido e globoso com a presença de ruídos hidroaéreos, indolor à palpação, com a presença da cicatriz umbilical normal, extremidades com temperaturas normais, sem a presença de edemas.

Na percussão não teve a presença de nenhum achado anormal. Na ausculta cardíaca foi detectada a presença das duas bulhas normofonéticas em 2 tempos em ritmo regular; na ausculta pulmonar foi detectado o murmúrio vesicular sem ruídos adventício excluindo a possível presença de alguma patologia.

6.4 MATERIAIS UTILIZADOS

6.4.1 MINI EXAME ESTADO MENTAL (MEEM)

Foi realizado com o consentimento da paciente, o questionário do Mini Exame do Estado Mental, respeitando as suas limitações e vontades, tendo como questões norteadoras: Orientação Temporal e Espacial, Registros, lembrança ou memória de evocação, linguagem.

Segundo Melo, Barbosa (2015) esse é um instrumento utilizado para se fazer o diagnóstico ou eliminar a hipótese de uma possível demência, essa forma de avaliação permite que o profissional a desempenhe com mais rapidez, pois é simples e padronizada, mas de grande relevância, evitando assim o desgaste tanto do profissional como do paciente.

Resultados da paciente conforme cada item avaliado mostrando a pontuação máxima de cada e o resultado da paciente (Quadro 2).

Quadro 2: Resultado do teste do Mini Exame do Estado Mental, aplicado a paciente E.T. da S. participante, 2018.

Itens	Pontuação máxima	Resultados
Orientação temporal espacial	10 pontos	6 pontos
Registro	3 pontos	2 pontos
Linguagem	9 pontos	8 pontos
Atenção e cálculo	5 pontos	2 pontoS
Lembrança (memória de evocação)	3 pontos	1 ponto
Resultado	30 pontos	19 pontos

De acordo com Bruck e colaboradores (2003) observando a pontuação obtida e fazendo a comparação com seu escore temos o resultado obtido de 19 pontos pela paciente, sendo que a pontuação mínima é de 20 pontos para analfabetos, isso mostra que a paciente está tendo diminuição da memória e cognição.

Essa avaliação nos permite perceber que a paciente está com um tipo de demência, com sintomas característicos da Esquizofrenia, pois, através do resultado podemos ver que a idosa teve a pior pontuação no item que se refere à lembrança e/ou memória, atenção, registro e assim sucessivamente, ou seja, com características da esquizofrenia.

De acordo com Ministério da Saúde (2006) esse exame ou teste é utilizado para avaliar a função cognitiva, em especial, da pessoa idosa, pois é simples e rápido de ser realizado, não necessitando de muitos materiais. A sua realização não serve

para se realizar o diagnóstico, e sim como uma forma de prevenção de alguma demência, pois o mesmo avalia várias funções. O profissional tem como dever estar bem atento ao resultado para poder encaminhar o paciente, caso seja necessário, a um especialista para realizar avaliação mais detalhada. Uma observação para os que tenham resultado muito abaixo do esperado juntamente com outros tipos de avaliação conforme os escores devem ser encaminhados para o profissional específico da área.

6.4.2 AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDAS DIÁRIAS (AVD)

Outro questionário realizado foi o da Avaliação das atividades de vida diária, diferentemente dos outros, este foi pedido para que a cuidadora respondesse os questionários. A cuidadora que fez a avaliação, conforme seu conhecimento a respeito dos idosos, foi Maria da Cruz Pereira Pessoa, onde no mesmo continha questões como: Banho, vestir, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação tendo como resultado, respectivamente:

- >Não recebem assistência no banho ;
- >Não recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ;
- >Não recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ;
- >Deita-se ou levanta-se da cama ou da cadeira sem auxílio
- >Sem “acidentes”* ocasionais ;
- >Alimentação sem assistência em períodos estáveis .

De acordo com Index de AVDs proposto por Katz (2003) e comparando com o resultado dos idosos, levando em conta o grau de dependência, os idosos é independente em 3 funções e dependente em momentos de crise 3 funções do seu dia-a-dia, sendo que posteriormente, deve - se realizar nova avaliação para observar se o grau de dependência dos idosos continua o mesmo ou se teve uma piora do quadro.

Esse questionário tem o objetivo, como o próprio nome já diz, avaliar o idoso no desenvolvimento de suas atividades diárias, analisando sua autonomia, para poder verificar as reais necessidades do idoso e, até mesmo, incentivá-lo a realizar atividades mesmo que seja ainda com auxílio de um cuidador e/ou familiar.

A função motora (força, flexibilidade, capacidade aeróbica e equilíbrio) e a função cognitiva (função executiva, atenção e memória) influenciam na autonomia para desempenhar as atividades de vida diária (AVD). As AVD são comprometidas progressivamente em pacientes com doença de Alzheimer

(DA), com aumento da demanda de cuidados de familiares ou cuidadores (ZEDAN et al, 2012, p.161).

De acordo com Cunha e seus colaboradores (2015) existem ainda outros tipos de questionários que avaliam com mais profundidade o idoso como a Avaliação Instrumental de Vida Diárias (AIVDs) e a Avaliação Avançada de Vida Diárias (AAVDs), nelas vão ser avaliadas funções que requer mais concentração do idoso, memória, percepção, questão essa em que o idoso com alguma demência, e dependendo do estágio em que se encontra, não vai conseguir desempenhar até mesmo com a ajuda de alguém.

6.4.3 - ENTREVISTA

Outro método que foi utilizado para avaliar os idosos foi a entrevista com um questionário semi-estruturado elaborado pela acadêmica onde essa entrevista foi gravada e transcrita pela acadêmica conforme as respostas da mesma para cada pergunta. Transcrito também os fatos que não foram colocados no questionário, mas que a mesma compartilhou com a acadêmica ao ser questionada.

Questionário perguntas e respostas

1) Qual o nome dos seus pais?

R-Filomena e José de Lima

2) Quantos irmãos você tem? Quais os nomes?

R-7 irmãos. Albino, Angelina, Socorro e luizinha ,Tacila, Zezé,cruzinha

3) Quantos ainda estão vivos? Cite os nomes.

R- 5 irmãos , luizinha, Angelina, Albino,Socorro

4) Qual o nome da cidade que nasceu?

Povoado Brejão

5) Você estudou?

R- sim

6) Lembra onde estudou?

R- na casa da dona Olinda

7) Você casou?

R- não

8) Qual nome do seu esposo?

R- não

9) Você tem filhos ?

R-Tive 1(Morreu)

10)Qual a sua idade?

R-65 anos

11)Qual o ano, dia, mês que você completa ano?

R- mês de Abril

12)Quantos filhos a senhora tem?

R-tive 1

13) Quais os nomes das pessoas que moram com a senhora?

R- 5 pessoas .Jardel, janaira, Jackson, Maria da Cruz, Joao ,Albino

14)Qual a sua religião? Qual dia costuma ir a missa?

R- São Francisco . Faz tem que fui 4 de Outubro

15) A senhora vai com quem? Qual nome da pessoa?

R- com a Socorro

16) Qual Igreja a senhora costuma ir? Qual nome do padre?

R- são Francisco. Não

17) A senhora possui alguma doença?

R-Não

18) Qual a profissão dos seus filhos?

R-Não

19) A senhora sabe o que é Esquizofrenia?

R-Não

20) A senhora pratica algum tipo de atividade física? Qual tipo de atividade que a senhora faz?

R- não

21) A senhora faz atividades do lar? Quantas vezes na semana?

R- lava as louças

22) A senhora visita seus parentes quantas vezes ? A senhora sabe os dias?

R-sim, Angelina ,não

23) A senhora faz uso de medicamentos? Quantas vezes no dia? quais os nomes dos medicamentos?

R-sim, 2, a noite ,neozine, o outro não sei

24)A senhora já tomou café da manhã hoje?

R-não

25)O que foi seu café da manhã?

R-não

26) A senhora já lanchou?

R-sim, bananada

27) Que horas a senhora costuma lanchar?

R-tarde

28) E o seu café da manhã a senhora costuma tomar que horas?

R-na hora que acordo meio dia

29) Já banhou?

R-sim dois banhos

30) Qual nome do seu irmão que mora com a senhora?

R- Albino

31)Qual o nome da cidade que você mora?

R-Barro Duro

32) A senhora tem alguma cuidadora que fica com a senhora?

R- sim

33)Como é o nome?

R-Maria da Cruz

34)Nome do esposo da sua cuidadora e qual a profissão dele?

R- João Pessoa

35)Quais os nomes dos filhos da sua cuidadora?

R- Jardel,Jackson,janaira,jayra

Vale ressaltar que a entrevista foi transcrita conforme as respostas da idosa E.T. da S. sem nenhuma alteração, no entanto, outras perguntas mais intimas foram feitas a cuidadora que é responsável pela administração da casa, bem como, com o cuidado da mesma., com isso chegou-se a conclusão que alguns fatos não ocorreram do jeito que a idosa falou e algumas estavam erradas, mostrando assim, que a idosa está com um déficit cognitivo e de memória.

São vários os cuidados com a pessoa idosa com esquizofrenia , devido às limitações que são advindas da própria idade e culminando com as que são desenvolvidas pela esquizofrenia. Para se realizar o cuidado a esses pacientes devemos observar e conhecer todas as suas limitações, necessidades em todos os sentidos, para posteriormente ser traçado um plano de cuidado eficaz, a fim de diminuir todos os danos causados por essa patologia. Para chegar a um cuidado de qualidade, a enfermeira tem que se certificar que todos saibam o que significa em

patologia, quais os impactos que causam no idoso e na família, criando-se uma relação de segurança entre enfermeiro-paciente-família para que todos possam trabalhar com o mesmo intuito visando sempre o bem-estar da pessoa idosa que se encontra frágil.

A importância do conjunto mínimo (ou essencial) de dados de enfermagem na avaliação da saúde do idoso demenciado leva a facilidade de planejar e gerenciar o cuidado de enfermagem, favorecendo a avaliação das mudanças no estado dos idosos e cuidadores e proporcionando planos de cuidados adequadamente (GRATÃO et al, 2014, pág. 880).

Para que a assistência seja completa, a enfermeira deve incentivar não só o cuidador, mas toda a família do idoso a participar do cuidado, tendo como objetivo, saber se o prognóstico está sendo favorável, ou se há a necessidade de se rever e conseqüentemente traçar um novo plano de cuidado, por isso a importância que todos se envolvam e pratiquem os cuidados, até mesmo por que cada vez mais os sintomas vão se acentuando, ou seja, ficando cada vez pior e há também a possibilidade do aparecimento de novos.

Quando nos referimos a um processo chamado Saúde-doença, não podemos nos focar apenas no papel da enfermagem, pois até que chegue aos profissionais da área da enfermagem, o idoso passa pelas mãos de outros profissionais, então é o conjunto de toda essa equipe que faz com que o cuidado ao idoso com a doença de esquizofrenia seja de grande qualidade, atendendo a todas as suas necessidades em todas as áreas.

Entende - se que para se fechar o diagnóstico de qualquer patologia sendo ela na sua forma aguda ou crônica existe uma série de acontecimentos que envolve os profissionais de todas as áreas da saúde, sendo eles médicos, enfermeiros, técnicos, psicólogos, nutricionistas, dentistas, fisioterapeutas, dependendo da gravidade e do tipo da patologia, ou seja, que exija cuidados mais específicos entram o terapeuta ocupacional, educador físico e psiquiatra. Todos os profissionais desempenham papel fundamental no diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação dos pacientes sendo em ambiente hospitalar ou domiciliar.

Segundo Brasil (2006) é importante que todos na equipe trabalhem em conjunto para que se tenha um atendimento ou assistência de qualidade, por isso é necessário que todos saibam das suas atribuições perante o atendimento à população idosa. Dentre as atribuições gerais para todos os profissionais estão:

- Programar e planejar ações educativas dentro da área de abrangência destinada para cada equipe de acordo com as normas dispostas pelo caderno de atenção básica;
- Conhecer e identificar o idoso que está necessitando de maior atenção devido a sua fragilidade;
- Conhecer a população ao qual vai prestar atendimento;
- Prestar um cuidado humanizado ao idoso criando assim um vínculo entre o profissional e o idoso, para que se tenha sucesso no atendimento do mesmo;
- Sempre manter atento às necessidades do idoso, mantendo vínculo com os demais setores da área da saúde para ter um cuidado contínuo;
- Manter atualizado os dados do idoso na caderneta conforme o manual;
- Incentivar o idoso a participar de eventos benéficos para a promoção da saúde;
- Planejar métodos educativos para a promoção da saúde dos idosos.

O papel dos profissionais da saúde no cuidado domiciliar junto ao cuidador é imprescindível, pois estes devem ir além da execução dos procedimentos, incluindo aspectos físicos, mentais, espirituais e sociais do idoso. É importante ressaltar que o cuidador também necessita ser cuidado para dar continuidade ao processo do cuidar (AGUIAR et al, 2014, p.3474).

Os cuidados de enfermagem vão além das necessidades da patologia atual, pois engloba todo o ser do paciente assistindo o idoso, não só focando na sua doença, mas na sua totalidade. No idoso com a doença de esquizofrenia não é focado apenas na patologia, e sim, os sintomas e outras doenças que podem vir com o passar do tempo por que sabemos que uma vez a doença instalada não há reversão, apenas tratamento para amenizar os sintomas provindos da mesma.

Essa assistência holística realizada pela enfermagem só é possível quando todo processo de enfermagem é colocado em prática, pois é através dele que identificamos todas as reais necessidades do idoso, de acordo com todas as informações por ele e/ou cuidador repassada para o profissional onde o mesmo vai aplicar seus conhecimentos técnicos e científicos.

Segundo Nunes (2012) consideramos que a enfermagem é responsável pela prestação de cuidados a essa população, o responsável pela equipe que é o enfermeiro deve avaliar a capacidade funcional do idoso com o intuito de identificar as suas verdadeiras necessidades, com o objetivo de que o cuidado prestado esteja de acordo com as reais necessidades e dificuldades do idoso. Esta avaliação se faz

necessária para que a prestação de serviço não exceda o limite podendo vir causar dependência por parte do idoso, mas que também não possa ser mínima trazendo prejuízo para o mesmo.

A enfermagem é uma atividade e uma ciência relacionada ao cuidado do ser humano, individual ou coletivo, porém, de modo integral e holístico atuando sempre na promoção, proteção, recuperação, e na reabilitação do indivíduo, respeitando os preceitos éticos e legais. Essa profissão hoje tem uma autonomia própria editada pelo Conselho Internacional de Enfermagem, designada por Classificação Internacional para a prática de Enfermagem, guiando enfermeiros na formação de diagnósticos de enfermagem, planejamento das intervenções e avaliações dos resultados aos cuidados prestados. Ainda está com padronização do manual em diagnóstico de enfermagem North American Nursing Diagnosis association (NANDA), listados com suas características definidoras e seus fatores relacionados (JUNIOR, 2012).

7 CONCLUSÃO

Pretendeu-se neste estudo uma análise aprofundada dos cuidados de enfermagem relacionados a pacientes esquizofrênicos e do papel da família no acompanhamento desses pacientes e nas contribuições para um tratamento mais humanizado e com resultados mais satisfatório.

Nesta direção fez-se um panorama dos estudos e dos eventos históricos relacionados à assistência psiquiátrica como um todo, desde as mais diversas reformas e a evolução tanto nas formas de tratamento como de acompanhamento de pacientes que sofrem desta patologia.

Buscou-se ainda descrever os elementos predisponentes em relação à doença, as mais diversas formas e tipologias e também as formas de tratamento da doença, incluindo nesse processo, os cuidados com enfermagem e o acompanhamento da família neste cenário.

Por outro lado, em se tratando de transtornos ou distúrbios mentais, a esquizofrenia suscita uma série de questionamentos devido à natureza da doença, as muitas formas de abordagem e as dificuldades de diagnóstico e tratamento, embora o avanço na medicina psiquiátrica venha contribuindo para mudar esse quadro.

Neste cenário, é fundamental um esforço e trabalho de colaboração entre os profissionais de saúde e a família dos pacientes, na qual a figura do cuidador é o elo para um tratamento mais eficaz da doença, além de uma eventual mudança na qualidade de vida dos pacientes.

8-REFERENCIAS

AKIL, M., & WEINBERGER, D. (2000). **Neuropathology and the neurodevelopmental model**. In P. J Harrison & G. W. Roberts (Eds.), *The neuropathology of schizophrenia. Progress and interpretation* (pp. 189-212). New York: Oxford University Press.

AMARANTE, P. **Algumas Reflexões sobre Ética, Cidadania e Desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica**. In: **Saúde em Debate**. 45: 43-46, dez. 1994.

AMARANTE, P. (coord.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ASSIS, JORGE CÂNDIDO. *Entre a razão e a ilusão – desmistificando a loucura*. Ed. Segmento Formas, São Paulo 2006;

AGUIAR, V, S et al. O enfermeiro como facilitador do cuidar do idoso dependente no domicílio: Revisão Integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, 8(10):p 3473-82 outubro, 2014.

American Psychiatric Association.(2003). *American psychiatric glossary* (8th ed.) Washington, DC: American psychiatric publishing, American psychiatric association. (2000).

AMARANTE, P. Algumas reflexões sobre : Ética , cidadania e desinstitucionalização na reforma psiquiátrica.in: *Saúde em debate*.45:43-46,dez.1994.

AMARANTE, P. *Loucos pela vida- a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

BLACK, D. W., ANDREASEN, W. C. (2011). *Introductory of textbook psychiatry*. (5th ed.). Washington, DC: American psychiatric publishing

BORSATO D. M.; ZANETTI C. C.; BORDINI F.; KALEGARI M.; ZANIN S. M. W.; MIGUEL M. D. O Papel do Farmacêutico na Orientação da Obesidade. *Curitiba*, v.9, nº1, Jan. - Jun./2008, pág. 33-37.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos atenção Básica, n.19, serie. A, Normas e Manuais Técnicos, Brasília-DF, 2006.

CASTRO, S. A, FUREGATO, A. R. F. Conhecimento e atividades da enfermagem no cuidado do esquizofrênico. *Rev. Eletr. Enf.* n. 10, v. 4, p. 957-65, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a08.htm>.

CAETANO, H. **O pesadelo do manicômio**/2016. Disponível em: <http://www.justificando.cartacapital.com.br>. Acesso em: 03.03.18.

CCCS/SAÚDE, C. C. **Memória da loucura**. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br>>->acesso:27.02.18,14:00.

CLAÚDIA ,R.B.S. **Esquizofrenia :Uma revisão** .Psicologia USP,V.17,n.4,2006.pp.263-285.em:<http://WWW.scielo.br> Acesso:19.04.18,13:00.

CUNHA, F,C,M, da: **Declínio funcional em idosos com comprometimento cognitivo leve**. Rev Med, Minas Gerais, 2015, 25(3):423-431.

DURAO, Ana Maria Sertori; SOUZA, Maria Conceição Bernardo de Mello e; MIASSO, Adriana Inocenti. Grupo de acompanhamento de portadores de Esquizofrenia em uso de Clozapina e de seus familiares: percepção dos participantes. **Rev. bras. enferm., Brasília**, v. 58, n. 5, Oct. 2005 ..<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000500005>

DUARTE, Y, A, de O. **O index de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos**. **RevEscEnferm USP** v,41, n.2, p. 317-25, 2007.

Esquizofrenia: tipos, sintomas e tratamento. Disponível em:<[Https://saúde.CCm.](https://saúde.CCm.)>.Acesso em:09.Abr.2018,12:30.

FOUCALT, Michel. **História da Loucura**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.
MORAIS, Mayara Castro. O sofrimento psíquico dos familiares de um portador de esquizofrenia : uma revisão bibliográfica. João Pessoa: [s.n.], 2015.

FILHO,H.P.v;SAMAIA,H. Esquizofrenia : **aspectos genéticos e estudos de fatores de riscos.SP.Rev.BRAS.Psiquiatria**.vol.22,s.1,mai,2000.

GUEDES,et al. A mudança nas práticas em saúde mentale a desinstitucionalização :**uma revisão integrativa.Rev.eletr.enf[internet]**.2010,12, n.3,p.547-53. Acesso :28.02.18.

GRATÃO, A, C, M et al. Proposta de assistência de enfermagem ao idoso demenciado. **Revista Enfermagem UFPE on line**, Recife, v.8, n.4, p.879-88, abril, 2014.

HIRDES,Alice.A reforma psiquiátrica no Brasil: uma revisão. **Ciênc.saúden coletiva**,Rio de Janeiro,v.14,n.1,feb.,2009.pp.297-305.

Histórias macabras sobre manicômios. Disponível em: <<http://www.Projetomedicina.com.br>>. acesso em :27 fev.2018, 12:00.

JUNIOR, A,M. Enfermagem- atuação junto aos idosos disponível em: <www.medicinageriatrica.com.br/2012/03/11/enfermagem-atuacao-junto-aos-idosos/> acessado em 16/11/18 às 18:00.

Lei 10.216/2001 (Lei ordinária) 06/04/2001. Disponível em: <http://legislação.planalto.gov.br>-acesso em: 27 fev.2018,12:00.

LEHMAN,A.F.,Lieberman.J.A.,Dixon,L.,B.,MCGLASHAN,T.H.,MILLER,A.L.,PERKINS, D.O.,et al.(2006).

MITROVINI, A, T, D, dos S. **Os desafios das Escolas Públicas Paranaense na perspectiva do professor PDE: produções didáticas pedagógicas**, Jacarezinho, v.2, versão on-line, 2013.

MUESER, K.T., Drake, R.E., & Noordsy, D.L. **Treatment for co-occurring substance abuse and mental health disorders**. In P. Miller (Ed.), *Interventions for Addiction* (pp.317-323), Vol. 3. New York: Elsevier.

MELO, D, M de et al. **Uso do Mini Exame Estado Mental em pesquisa com idosos no Brasil: Uma Revisão Sistemática**. Juiz de For Minas Gerais Brasil, 2015.

MASLOW, A. (1970). *Motiation and personalily* (2nd ed) new.yor: Harper e row.

MINZEMBERG, M.J., YOON, J.H, CARTEN C.S. (2008). Schizopheria. in: R.E.Hales, S.C.yodofsky, -G.O.Gabbard. (eds.), *text book of psychiatry* (5 th ed, pp.407-456). Dc: American Psychiatric publishing.

NASSIF, L. Especial CAPS: evolução desde a reforma psiquiátrica.

NUNES, PÁG N., BUENO, J. R., & NARDI, A. E. **Psiquiatria e Saúde Mental: Conceitos Clínicos e Terapêuticos Fundamentais**. São Paulo: Atheneu. 2000, 279.

NUNES, M, I et al **Enfermagem em geriatria e gerontologia**: Rio de janeiro, Guanabara Koogan, 2012.

PEREIRA, Ivana Carla Garcia. **Do ajustamento à invenção da cidadania: serviço social, saúde mental e intervenção na família no Brasil**. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2. ed. São Paulo: Cortez, p. 217-262, 2002. RAMADAM, Zacarias Borges Ali. ASSUMPÇÃO, Francisco B. Jr. **Psiquiatria: da magia à evidência?** São Paulo: Manole. 2005.p. 530.

PEIXOTO, J, B, de, S et al. **Assistência de Enfermagem ao idoso portador da doença de Alzheimer**, Anais CIEH, v.2, n.1, 2015.

PESSOTTI, I. **o século dos manicômios** .1.ed. São Paulo :Ed.34,1996.cap.1,P-10.

PEREIRA, j.Frayze. **Doença mental ou desvio social primeiros passos** .2017.cap.2,p.7-15.

SOUZA CAMPOS, Gastão Wagner de. **O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 14, n. 4, Oct. 1998 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000400029&lng=en&nrm=iso>.

STUART, Gail W.; LARAIA, Michele T. **Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática**. 6. ed. Porto Alegre: Artemed. 2001. p. 958.

SHIRAKAWA, I.; **Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia**. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s1/a19v22s1.pdf>> Acesso em 09 abr. 2018.
SCHULZ, S.Charles. Manual MSD>disponível em: <http://www.mdsmanual.com>.
acesso:14.03.18,13:52.

SILVA, R.C.B. Esquizofrenia : Uma revisão. psicol.USP., São Paulo, V.17,n.4, nov.2006.

TWOSEND, M,C. **Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos**. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogar, 2014. cap.29, p.470-507.

TWOSEND, M,C. **Saúde mental/ Doença mental: Histórico e conceitos teóricos**. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogar, 2014. cap. 2, p.12-27.

TWOSEND, M,C. Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. 7. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogar, 2014. cap.26, p.470-507.

www.who.int/mental-health/policy/livro de recursos revisão final.pdf.>acesso em:27.02.18/15:25.

ZACARIAS, Débora Monteiro. **Esquizofrenia – História e Tratamento**. II Curso de Especialização em Saúde Mental, álcool e outras drogas – II cesmad. Brasília-DF, 2015.

ZEDAN, M et al. Alterações motoras e funcionais em diferentes estágios da doença de Alzheimer. **Revista Psiquiatria clinica** v.39, n.5, p.161-5, 2012.

9. ANEXOS

A- QUESTIONARIO DO MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

Orientação Temporal Espacial- questão 2.a até 2.j pontuando 1 para cada resposta correta, máximo de 10 pontos.

Registros – questão 3.1 até 3.d pontuação máxima 5 pontos.

Atenção e cálculo- questão 4.1 até 4.f pontuação máxima 5 pontos.

Lembrança ou memória de evocação- 5.a até 5.d pontuação máxima 3 pontos.

Linguagem- questão 5 até questão 10, pontuação máxima 9 pontos.

Identificação do cliente

Nome: _____


Data de nascimento/idade: _____ Sexo: _____

Escolaridade: Analfabeto () 0 á 3 anos () 4 á 8 anos () mais de 8 anos ()

Avaliação em: ___/___/___ Avaliador: _____

Pontuação máxima

<p>Orientação Temporal espacial</p> <p>1. Qual é o Dia da semana?_ 1 Dia do mês?____ 1 Mês? _____ 1 Ano?____ 1 Hora aproximada?__ 1</p> <p>2 Onde estamos? Local?____ 1 Instituição (casa, rua)?____ 1 Bairro?____ 1 Cidade?____ 1 Estado?____ 1</p>	<p>Linguagem</p> <p>5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta. _____ 2</p> <p>6. Faça o paciente repetir “nem aqui, nem ali, nem lá”. _____ 1</p>
--	--

<p>Registros</p> <p>1. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. -Vaso, carro, tijolo</p> <p>_____ 3</p>	<p>7. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa”_____ 3</p> <p>8. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: FECHEOS OLHOS. _____1</p> <p>9. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido). (ignore erros de ortografia ao marcar o ponto) _____ 1</p>
<p>Atenção e cálculo</p> <p>3. Sete seriado ($100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65$). Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas. Ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente.</p> <p>_____ 5</p>	<p>10 Copie o desenho abaixo. Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero. ____ 1</p> 
<p>Lembranças (memória de evocação)</p> <p>4. Pergunte o nome das 3 palavras aprendidas na questão 2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta.</p> <p>_____3</p>	

Fonte: Brucki SMD et al, 2003.

AVALIAÇÃO do escore obtido

TOTAL DE PONTOS OBTIDOS

Pontos de corte –MEEM Brucki et al. (2003)

20 pontos para analfabetos

25 pontos para idosos com quatro a cinco anos de Estudos

26,5 pontos para idosos com cinco a oito anos de estudo

28 pontos para aqueles com 9 a 11 anos de estudo

29 pontos para aqueles com mais de 11 anos de estudo.

10- APÊNDICE B - ROTEIRO DA ENTREVISTA

- 1) Qual o nome dos seus pais?
- 2) Quantos irmãos você tem? Quais os nomes?
- 3) Quantos ainda estão vivos? Cite os nomes.
- 4) Qual o nome da cidade que nasceu?
- 5) Você estudou?
- 6) Lembra onde estudou?
- 7) Você casou?
- 8) Qual nome do seu esposo?
- 9) Você tem filhos ?
- 10)Qual a sua idade?
- 11)Qual o ano, dia, mês que você completa ano?
- 12)Quantos filhos a senhora tem?
- 13) Quais os nomes das pessoas que moram com a senhora?
- 14)Qual a sua religião? Qual dia costuma ir a missa?
- 15) A senhora vai com quem? Qual nome da pessoa?
- 16) Qual Igreja a senhora costuma ir? Qual nome do padre?
- 17) A senhora possui alguma doença?
- 18) Qual a profissão dos seus filhos?
- 19) A senhora sabe o que é Esquizofrenia?
- 20) A senhora pratica algum tipo de atividade física? Qual tipo de atividade que a senhora faz?
- 21) A senhora faz atividades do lar? Quantas vezes na semana?
- 22) A senhora visita seus parentes quantas vezes ? A senhora sabe os dias?
- 23) A senhora faz uso de medicamentos? Quantas vezes no dia? quais os nomes dos medicamentos?
- 24)A senhora já tomou café da manhã hoje?
- 25)O que foi seu café da manhã?
- 26) A senhora já lanchou?
- 27) Que horas a senhora costuma lanchar?
- 28) E o seu café da manhã a senhora costuma tomar que horas?
- 29) Já banhou?
- 30) Qual nome do seu irmão que mora com a senhora?
- 31)Qual o nome da cidade que você mora?

- 32) A senhora tem alguma cuidadora que fica com a senhora?
- 33) Como é o nome?
- 34) Nome do esposo da sua cuidadora e qual a profissão dele?
- 35) Quais os nomes dos filhos da sua cuidadora?