

1 INTRODUÇÃO

O transtorno esquizofrênico é uma doença que resulta em comportamento psicótico, pensamento concreto e dificuldades no processamento de informações e relacionamentos interpessoais (STUART; LARAIA, 2001).

O indivíduo portador de esquizofrenia apresenta como sintomas característicos, o prejuízo de associações de ideias, alucinações, afeto embotado, riso inapropriado, abolição, alogia, deterioração global do funcionamento e pensamento ilógico (GIACON; GALERA, 2006).

A esquizofrenia, não somente no contexto brasileiro, mas mundialmente, tem atingido um número considerável da população, estatisticamente 1% aproximados (KPLAN; SADOCK; GREEB, 1997). Sendo assim, os tratamentos referentes à patologia devem da mesma forma evoluir. De modo algum pode aumentar a incidência de uma doença sem que haja tratamentos adequados a suas necessidades. E essa evolução tornou-se ainda mais emergente pelo quadro que historicamente é possível identificar; como a grande desumanidade que o esquizofrênico esteve exposto ao longo dos anos, quando ainda recebia a denominação de “louco”.

As pessoas com doenças mentais eram vistas como pecadoras, lunáticas e consideradas insanas. Geralmente elas eram isoladas em porões, recebiam tratamentos desumanos como sangrias, camisa de força e eram acorrentados em bolas de ferro (LOBO; MATTIOLLI; SANTOS, 2008).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) no Brasil contribuíram pelos avanços do tratamento de transtornos psiquiátricos. Levando a conscientizar a sociedade sobre uma nova visão das pessoas com problemas mentais, pela abordagem terapêutica de respeito ao sujeito em suas diferenças e singularidades, através da escuta e acolhimento de seu sofrimento por meio de projetos terapêuticos e preservação dos vínculos sociais e familiares.

Toda essa movimentação nas questões relacionadas ao atendimento psiquiátrico trouxe à tona discussões ligadas à família e à humanização do atendimento psiquiátrico, diretamente relacionada sobre a orientação da enfermagem. Dessa forma, evidenciou-se a necessidade de investigar o processo evolutivo do atendimento psiquiátrico (que sem dúvida inclui as ações de

enfermagem), mais especificamente o atendimento à esquizofrenia paranoide. Esse recorte foi feito tendo em vista a amplitude do tema – os diferentes tipos que essa patologia pode assumir – o fato de ser o tipo de esquizofrenia mais comum, de mais fácil tratamento e de sintomas mais homogêneos.

A questão norteadora desse estudo menciona que existem dificuldades que os familiares encontram em obter um reconhecimento dos sinais, sintomas e um acompanhamento e orientações no decorrer do tratamento.

Tudo indica que os tratamentos atuais se encontram em um estágio avançado, mas ainda resiste à carência de orientações tanto ao paciente quanto à família, estabelece-se a importância da investigação do tema, não só para a compreensão do assunto por parte do pesquisador, como também para o esclarecimento dos envolvidos com a patologia, sabendo-se que são muitos os estudos na área, embora dispersos.

O presente estudo está organizado em três capítulos sendo o primeiro, uma revisão histórica da doença mental e os tipos de tratamento da época. O segundo foi mencionado um recorte histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira, os principais serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico e a importância da família ao tratamento da esquizofrenia. O terceiro foi abordado o conceito evolutivo de esquizofrenia, sintomas, tratamento e assistência de enfermagem ao paciente com esquizofrenia paranoide.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Apresentar a assistência de enfermagem no tratamento do transtorno da esquizofrenia paranoide.

2.2 Objetivos específicos

- Realizar um levantamento histórico da esquizofrenia paranoide.
- Descrever a importância da família, e a sua participação sendo indispensável na estabilização, controle dos sintomas e adesão do paciente ao tratamento.
- Relatar as intervenções de enfermagem que podem contribuir no tratamento da esquizofrenia, e que visem melhorar a qualidade de vida do paciente e seus familiares.

3 METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado a partir de pesquisa bibliográfica, com base em estudos qualitativos. Foram utilizadas as mais diversas fontes que tratem sobre o tema. Entre elas, podem ser identificadas revistas especializadas em psiquiatria, monografias, dissertações e teses produzidas sobre o tema, principalmente sobre esquizofrenia paranoide e assistência de enfermagem ao paciente com problemas mentais e respectivos familiares, livros especializados e bancos de dados referentes ao mesmo tema. Tais fontes foram conseguidas por meio de bibliotecas, acervo pessoal do pesquisador e internet, no período de fevereiro a setembro deste ano. Foi priorizado todo o material produzido na última década (de 2000 a 2010). Foram utilizados como palavras-chave os termos: esquizofrenia, assistência de enfermagem ao paciente esquizofrênico e importância da orientação aos familiares.

Todo o material coletado ficou sob análise para comparação entre autores e abordagens. Tudo isso deu resultado ao texto monográfico.

4 HISTÓRICO DA EVOLUÇÃO DO CONCEITO E DO TRATAMENTO DA DOENÇA MENTAL

Segundo Townsend (2002) dentre as principais psicoses estudadas até os dias atuais, inclui-se a esquizofrenia, considerada um distúrbio mental. Estudos realizados da história do cuidado psiquiátrico da saúde mental revelam algumas abordagens assustadoras e desumanas do homem para com o homem. No início da Era Cristã, os loucos (assim como os consideravam) eram tidos como possesores do diabo. Outros acreditavam que sua alma tinha sido removida, e que a cura só aconteceria quando a alma voltasse. A cura para esse mal era fundamentada no exorcismo para libertar o corpo dessas forças estranhas.

Essas crenças antigas evoluíram com o novo conceito que adquiriram sobre a doença mental. Holmes (2006) descreve que Hipócrates 400 a.C., considerado como pai da medicina, discordava que a doença mental era um castigo dos deuses, relacionou a insanidade e a doença mental como um desequilíbrio da interação de quatro líquidos corporais: sangue, bile negra, bile amarela e fleumão, designando-os como humores. Cada um deles era associado a um temperamento específico, o tratamento era realizado administrando drogas catárticas potentes que provocavam vômitos e diarreias.

Hipócrates instituiu uma classificação para tais perturbações que incluía a mania, a melancolia, a histeria e a psicose pós-parto entre outras. O filósofo Empédocles cuidou das emoções, afirmando que o amor e o ódio apresentavam grande relevância na determinação do comportamento. No século II d.C., Galeno no país de Roma realizou estudos sobre a anatomia e fisiologia do cérebro e concluiu que esse era a sede da alma. Criando então a teoria da alma racional, e as dividiu em externa (os cinco sentidos) e interna (imaginação, percepção e capacidade de julgamento) (ROCHA, 2006).

De acordo com Townsend (2006) durante a idade média (500 a 1.500 d.C.) a associação da doença mental com a feitiçaria e o sobrenatural ainda prevalecia na comunidade européia, pessoas com doenças mentais mais graves eram colocadas ao mar em barcos à vela com pouca orientação, para ir buscar sua racionalidade perdida. Esse tipo de procedimento deu origem a expressão “nau dos insensatos”

que recolhia loucos, prostitutas e vagabundos das cidades européias. A Figura a seguir representa essa passagem.

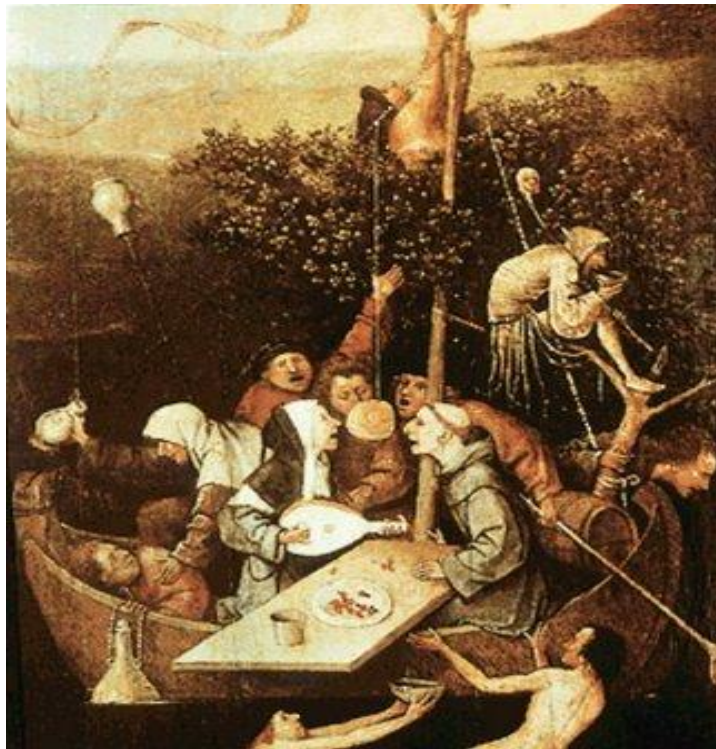


Figura 1-: A nau dos insensatos

Fonte: AMARANTE, 2006, p. 33

Desde a idade média a prática do confinamento foi uma constante na cultura ocidental, a exclusão parecia ser uma forma de ação política, para lidar com os perturbadores da ordem, a sociedade visava apenas à segurança pública (FOUCAULT, 1972).

Para Holmes (2006) por volta do século XVII, que foi surgindo o reconhecimento que as pessoas perturbadas precisavam de atendimento, não de exorcismo ou condenação. Em 1547, em Londres o hospital Saint Mary of Bethlehem, desempenhou a função de cuidar de pessoas que apresentavam perturbações. Essas Instituições (asilos) eram mais como prisões, do que como hospitais. Os doentes muitas vezes eram acorrentados a paredes ou a grandes bolas de ferro. Não faziam nada para o interno além de confiná-lo sob horrível condição. O louco não era considerado como doente, e sim um perturbador da ordem da sociedade, como os vagabundos e mendigos etc...

No século XVIII, na Europa surge uma reestruturação do espaço social. Não mais era permitido o aprisionamento de nenhum cidadão, com exceção os “loucos”, já não dizia que eles eram pecadores e sim doentes, que necessitavam de

tratamento. Com a intenção de curá-los, eles foram internados em instituições destinadas especialmente para eles: surge os manicômios (MINAS GERAIS, 2006).

De acordo com Foucault (1972) nesse mesmo período, os asilos deixam de ser o local onde o louco apenas espera a morte, e se transforma num lugar de observação, de controle e normas dirigidas aos loucos, sendo espaço de tratamento e cura para a alienação. Os loucos tornam-se um objeto de trabalho da medicina, o internamento passou a ser uma medida de caráter médico, o tratamento consistia na vigilância e nas correções dos delírios, competia ao médico controlar moralmente estes indivíduos.

Nesses hospitais ou manicômios, acreditavam que a doença do alienado o teria feito perder a distinção entre o bem e o mal; para ele receber a cura, ele deveria reaprendê-la. Enfim, toda vez que ele realizasse algo de errado, deveria ser corrigido e punido, com finalidade de reconhecer seu erro; caso ele se arrependesse e não voltasse a cometer o erro novamente, era considerado como curado, era realizado o chamado “tratamento moral”. Observa-se contradições nesse período, embora se reconhece que o louco não é mais culpado de sua doença, ele recebe um tratamento que o faça tornar-se capaz de sentir-se culpado, mesmo que a punição havia sido substituída pelo tratamento, a punição passa a fazer parte do tratamento do doente mental (MINAS GERAIS, 2006).

Diante desse tipo de assistência percebemos como o doente mental foi tratado com tanta crueldade, não podemos ignorar o fato que o ser humano atribuiu sobre o significado da palavra “cuidar”. Para melhor demonstrar os maus tratos recorreremos a Foucault:

Vi-os nus, cobertos de trapos, tendo apenas um pouco de palha para abrigarem-se da fria umidade do chão sobre o qual se estendiam. Vi-os mal alimentados, sem ar para respirar, sem água para matar a sede e sem as coisas mais necessárias á vida. Vi-os entregues a verdadeiros carcereiros, abandonados a sua brutal vigilância. Vi-os em locais estreitos, sujos, infectos, sem ar, sem luz, fechados em antros onde se hesitaria em fechar os animais ferozes, e que o luxo dos governos mantém com grandes despesas nas capitais (ESQUIROL, 1818, s.p. apud FOUCAULT, 1972, p. 49).

O marco da concretização da psiquiatria deu-se com Pinel, em 1792, que utilizou a noção de que o louco deveria ser submetido a um tratamento. No final do século XVIII, em decorrência de reformas políticas e sociais ocorridas na Europa e França, Philipe Pinel com idéias inovadoras aderiu aos ideais da Resolução Francesa

(movimento de luta pelos direitos de cidadania), passando a ocupar-se dos loucos (ROCHA, 2006).

Philippe Pinel médico francês preconizava o tratamento humanitário para os alienados. Ficou conhecido como o que libertou das correntes os loucos em Paris. No tratamento de seus pacientes, usava terapias que incluíam a aproximação amigável e o contato com o paciente (BRASIL, 2006). A figura visualizada relata essa passagem.



Figura 2- Pinel desacorrentando os loucos
Fonte: HOLMES, 1997, p. 28

Conforme Rocha (2006) Pinel foi fundamental na mudança do estatuto do louco, segundo ele a alienação não aniquilava o indivíduo inteiramente, sempre restava ao louco uma parte de razão; enfim a loucura seria uma doença, que poderia ser tratada e curada. Nessa trajetória a identificação de doenças mentais obtém grandes avanços. Na Alemanha Emil Kraepelin (1856-1926), a partir de informações disponíveis na época, criou um sistema de classificação com descrições das doenças, seus sintomas e prognóstico, sendo esse a base do sistema classificatório que permanece até hoje nas classificações oficiais, sendo a Classificação Internacional de Doenças (CID) e Classificação dos Transtornos Mentais pela Associação Psiquiátrica Americana (DSM).

Pinel, com certeza com o seu espírito humanitário, e sua dedicação aos estudos do alienado evidenciou novos rumos à psiquiatria, levando o entendimento da importância de conhecer o indivíduo, sua patologia e causas.

No Brasil, por volta de 1830, ainda não havia tratamento diferenciado para a doença mental. Os pobres, mendigos e loucos que perturbassem a ordem deveriam ser excluídos. Alguns ficavam trancados nos porões da Santa Casa de Misericórdia ou andavam sem destino pelas ruas. No início do século XIX, os hospitais não eram considerados uma instituição médica, mas uma entidade religiosa, destinada a tratar os doentes pobres. Os loucos não recebiam tratamento médico específico, vivendo em condições precárias. Nesse mesmo século, a medicina coloniza os hospitais a partir de transformações médicas, políticas e econômicas (BRASIL, 2006).

De acordo com Rocha (2006) foram surgindo denúncias e solicitações de médicos, que iam contra a situação em que se encontravam os loucos na Santa Casa de Misericórdia. Eles alegavam que a terapêutica oferecida pela instituição de caridade, indicava menos um tratamento do tipo clínico do que “a salvação da alma” das pessoas que dessas instituições necessitassem, o provedor da Santa Casa decidiu realizar medidas para a criação de um hospício.

Conforme o autor supracitado no ano de 1841, o Imperador D. Pedro II determinou a construção do hospício, que recebeu o seu nome, inaugurado em 1852. Dentro de umas das formas de tratamento utilizada era o isolamento, e meios repressivos como camisa de força e privação de alimentos. A violência do hospício concentrava-se no enfermeiro, encarregado de conter o paciente ou adotar medida autoritária, com finalidade de manter a ordem.

Em 1880 depois da proclamação da república, muita coisa mudou no hospício, ele foi desmembrado da Santa Casa de Misericórdia e passa a ser denominado Hospício Nacional de Alienados. A direção do hospício passa a ser dirigida pela classe médica. O psiquiatra Teixeira Brandão e reconhecido como o primeiro alienista brasileiro, foi diretor do hospício Pedro II, considerado um dos responsáveis pelo desmembramento do hospício da Santa Casa. Teixeira Brandão fundou em 1904, a escola Alfredo Pinto, a primeira a formar enfermeiros no Brasil. Em 1902 Brandão elabora a primeira lei de assistência ao alienado (LOPES, 1965 apud TEIXEIRA; SILVA, 2008, p. 81).

Outra personalidade da história da psiquiatria brasileira encontra-se Juliano Moreira, em 1903 ao tornar-se se diretor do Hospício Nacional dos Alienados. Ele se preocupava com a humanização e o desenvolvimento do conhecimento científico na área da psiquiatria. Nesse período o hospital foi modernizado, foram abolidas as medidas de contenção como: coletes e camisas-de-força (BRASIL, 2006).

Conforme Rocha (2006) Juliano Moreira defendia que para realizar um bom trabalho era preciso entender o alienado como doente; devido a isso, considerava essencial selecionar bem os enfermeiros. Na escolha de seus funcionários, dava preferência para os que apresentavam mais “disposições naturais” para esse tipo de profissão.

Nota-se que os alienistas historicamente procuravam trazer outra forma de tratar a loucura. O louco passa a ter um atendimento mais humano, embora tenha permanecido por longas datas em estado de confinamento e exclusão social.

O Doente mental esteve exposto a varias formas de terapia com o intuito de obter a sua cura. Durante mais de 50 anos, um dos tratamentos realizados na psiquiatria era o de usar uma camisa de lona resistente, com mangas compridas e fechadas. Este recurso impedia os movimentos violentos do paciente e mobilizava-o até a remissão do seu surto. Esta forma de tratamento com o doente mental foi abolida com a chegada dos neurolépticos (BRASIL, 2006).

De acordo com Louzã e Elquis (2007) vários métodos somáticos foram propostos ainda na primeira metade do século XX. Em 1917, Wagner Von Jauregg (1857-1940) desenvolveu a malarioterapia que consiste em provocar febre artificial por meio de inoculação do vírus da malária (*plasmodium*) no doente. Eles acreditavam que se o enfermo contraísse a malária estaria curado.

Para Borenstein (2007) no ano de 1934 Lazlo Von Meduna criou o método choque cardiazólico, que consistia em uma convulsão induzida pelo medicamento metrazol conhecido como cardiazol. Era uma medicação considerada de risco, devido os efeitos colaterais. Segundo a autora em sua pesquisa realizada no Hospital Colônia de Santana sobre os tratamentos antigos, ela transcreve o depoimento de um médico Dr. Osmar Nelson sobre o choque Cardiazólico:

O Cardiazol desencadeava uma crise violentíssima, que chegava até acontecer fratura de maxilar. O paciente tinha que ser contido. O cardiazol era um remédio para o coração, mas quando injetado em grande quantidade maior, produzia uma convulsão. Pelos efeitos negativos foi abandonado. Quando cheguei na colônia, não existia o cardiazol, já não era mais utilizado (BORENSTEIN, 2007, p. 66).

No ano de 1933, o psiquiatra alemão Manfred Sakel introduziu a terapia do coma insulínico. Era usada principalmente em pacientes com esquizofrenia e produzia choque insulínico levando ao coma hipoglicêmico ou convulsão. Sakel

alegava ser eficaz no alívio dos sintomas. O seu uso no tratamento de doenças mentais foi suspenso (TOWNSEND, 2006).

A invenção do século XX foi a descoberta da “psicocirurgia”, conhecida como lobotomia que consistia em destruir regiões do cérebro para aliviar distúrbios psiquiátricos. Esse tipo de cirurgia foi disseminado pelo neurocirurgião português Egas Moniz (1874-1955). Na década de 30 a psiquiatria se mostrou com dificuldades de tratar distúrbios mentais graves, dando ênfase na psicocirurgia. Cannon Bard, argumentava que o córtex cerebral e os lobos frontais em particular, exerciam controle sobre o tronco encefálico, responsáveis pela emoção. O procedimento da lobotomia consistia na inserção de um instrumento pontiagudo através da órbita, com finalidade de cortar fibras na base do lobo frontal (LENT, 2006).

De acordo com Holmes (1997) a lobotomia transorbital deixava os pacientes mais calmos e docéis, passíveis de serem controlados. No entanto a psicocirurgia apresentava efeitos colaterais como: perda do controle emocional, perdas das habilidades cognitivas. Seu uso foi diminuído agudamente na década de 50 com a chegada de drogas mais eficazes.

No ano de 1938, Ugo Cercetti passou a adotar a eletroconvulsoterapia (ECT). Caracteriza-se pela passagem de uma corrente alternada, através do crânio, o que resulta em convulsões levando a uma perda de consciência, espasmo muscular generalizado provocando uma convulsão. Cessado a terapia o paciente entra em sono de alguns minutos, não se lembra do que ocorreu, apresenta tranqüilidade e vagarosamente sai do quadro psiquiátrico agudo (BRAGA; PETRIDES, 2007).

De acordo com Dip (2006, p. 23) com o passar dos anos, o eletrochoque passou de recurso terapêutico a castigo em manicômios superlotados como no Juquery. Relata ainda que Amarante é um dos psiquiatras que condenam a prática, “[...] para qualquer coisa que você for vender, há cliente. Basta fazer uma boa propaganda, um médico de uma universidade de renome, com o poder da ciência, te falando que isso vai te curar, você faz!”

Conforme a mesma autora, várias Organizações não governamentais (ONGs) estão contra essa prática. Um exemplo é a coalizão, situada nos Estados Unidos, formada por psiquiatras, psicólogos e ex-pacientes psiquiátricos. Eles lutam para o fim do uso do eletrochoque. John Breeding psicólogo do movimento, descreve os danos a longo prazo e afirma que o eletrochoque causa danos de memória e elimina

neurônios. As pessoas apresentam dificuldades de receber novas informações e a se adaptar a novos empregos.

A ECT passou por varias alterações e refinamentos que melhoraram a eficácia no tratamento de transtornos mentais graves que não respondem a psicoterapia ou farmacoterapia. É eficaz em uma variedade de situações, como esquizofrenia, bipolares, transtornos afetivos e psicose puerperal (BRAGA; PETRIDES, 2007).

A terapia por eletrochoque foi usada muitas vezes como meio de punir o indivíduo portador de sofrimento mental e não como tratamento terapêutico, mas e levado em contra os benefícios que ela pode trazer ao tratamento da doença mental. É um assunto polêmico, que requer reflexões e estudos sobre os benefícios e os efeitos adversos que podem surgir.

De acordo com Louzã e Elquis (2007) na segunda metade do século XX a psicofarmacologia foi introduzida no controle dos principais transtornos mentais. Em 1952, os psiquiatras Delay e Deniker empregaram a clorpromazina em pacientes esquizofrênicos que se apresentavam agitados, observando sua ação antipsicótica e sedativa. Janssem, sintetizou o Haloperidol em 1958. Muitos medicamentos com ação neuroléptica surgem para o tratamento de quadros psicóticos, como a esquizofrenia.

Várias formas de terapias foram surgindo, no século XX Freud (1856-1939), apresenta a teoria do inconsciente, uma nova visão acerca do homem. Ele mostra uma nova maneira de se achar os estados alterados da consciência. Demonstra que o importante não era somente descrever as doenças, mas entender os doentes. A partir desse mesmo século, a psicanálise, mudou a psiquiatria sobre os conceitos de doença mental, passando a ter causas psíquicas, tornando-se uma patologia do psiquismo. O paciente passou a ser sujeito, com uma problemática individual a ser ouvido, desde então surge a psicoterapia (MACHADO et al., 2005).

Na busca de melhores formas de tratar os transtornos mentais, os métodos foram se desenvolvendo ao longo da historia. O tratamento da esquizofrenia teve vários avanços, que englobam uma equipe multidisciplinar, onde a enfermagem exerce um importante papel na assistência do doente mental, tais métodos terapêuticos serão descritos a seguir.

5 RECORTE HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

A criação do hospital psiquiátrico Pedro II em 1852 no Rio de Janeiro é considerado o marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira. Nos anos seguintes várias instituições foram aparecendo em São Paulo, Pernambuco, Bahia e Minas Gerais. No fim da década de 50 os hospitais psiquiátricos se encontravam superlotados em condições físicas precárias e assistência era baseada em maus tratamentos grosseiros com os pacientes internos (MINAS GERAIS, 2006).

Para Rocha (2006) no final dos anos de 1970, período em que o Brasil era dominado pela ditadura em que o setor privado contava com grande quantidade de números de leitos psiquiátricos financiados pela previdência, a doença mental passou a ser uma mina de lucro.

Conforme Amarante (2006) nesse período o setor de saúde viveu o mais radical processo de privatização do mundo. A psiquiatria tornou-se a mais procurada e favorita pelas empresas privadas. Os internos não contavam com seus direitos, além da insuficiente exigência de qualidade no setor evoluindo para o aumento de construção de casas de internação. Período que ficou conhecido como “A Indústria da Loucura”, o que levou o número de leitos saltar de 03 mil para quase 56 mil.

De acordo com o mesmo autor as verbas destinadas ao setor público começaram a cair, Leonel Miranda, Ministro da Saúde responsável por essa política nessa época tornou-se dono do maior manicômio privado, a Casa de Saúde Dr. Eiras. Financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) situado no Rio de Janeiro, contava com 2 mil leitos. A instituição hoje funciona sob intervenção Federal, com cerca de 600 leitos (2006).

Observa-se que os manicômios ou casas de internação nesse período foram usados para fins lucrativos, excluindo o doente mental de sua cidadania e principalmente privando os seus direitos como ser humano.

Vários países iniciaram discursos de argumentação sobre o modelo iatrogênico do hospital psiquiátrico que excluía, confinava por anos e levava o doente à perda de sua identidade e dignidade tornando-o crônico na internação em sistema asilar. A reforma psiquiátrica brasileira baseia-se e registra-se em um

contexto internacional que rompe com os métodos utilizados no manicômio e busca redirecionar um modelo que objetivava novas alternativas de tratamento ao paciente. A reforma psiquiátrica tem em vista a reconstrução dos direitos civis e da cidadania do indivíduo com transtornos mentais. “Autonomia” é uma palavra chave nesse contexto, não no significado de auto-suficiência, mas a capacidade do indivíduo de gerar normas a sua vida (ROCHA, 2006).

Para Amarante (2006) a reforma psiquiátrica à medida que aborda as doenças, trata os sujeitos como concretas pessoas reais. Assim, lida com questões de cidadania, inclusão social e solidariedade. É um processo que incluem não somente profissionais da saúde, mas também outras classes sociais.

Diante desse contexto, vários fatos marcantes tiveram importância para mudar o modelo de atendimento do paciente com transtorno mental. Para a melhor compreensão da trajetória da reforma psiquiátrica serão descritos os principais fatos e transformações ocorridas.

De acordo com Amarante (2006) no ano de 1978 quando ele prestou serviços como plantonista do centro psiquiátrico Pedro II ele e mais dois colegas resolveram denunciar violações aos direitos humanos dos internos. Foi uma denúncia escrita que teve apoio de funcionários, portanto a resposta foi imediata e violenta. Além dos três mais 263 profissionais que ousaram confirmar as denúncias foram exonerados do cargo. Surgiu então o Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM).

O MTSM começou a se organizar, época em que eram apontados os graves problemas do sistema de assistência psiquiátrica do país sugerindo formas de trabalho que pudessem mudar o modelo atual daquele tempo. Esse movimento teve como objetivo, garantir um espaço de luta, defender a humanização dos hospitais, denunciarem a política privatizante, lutar pelos direitos humanos, bem como a dignidade e a cidadania do portador de transtorno mental (LOUGON, 2006).

Conforme Dip (2006) no ano de 1978 o Brasil recebeu a visita de Franco Basaglia, psiquiatra italiano que fundou o movimento da psiquiatria democrática e liderou as mais importantes experiências de superação do modelo asilar nas cidades italianas de Gorizia e Trieste. Para ele a loucura é condição humana, o manicômio não é um local em que exista a humanização. O sujeito acometido da loucura apresentava outras necessidades das quais a psiquiatria enquanto única especialidade, não daria conta. Basaglia visitou o Hospital Colônia de Barbacena, Minas Gerais, considerado um dos mais cruéis manicômios brasileiros. Ele concluiu

que nossos manicômios eram verdadeiros campos de concentração, o que reforçou as denúncias de maus tratos.

No ano de 1987, ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, marcando o início da desinstitucionalização. Ano em que no II Congresso Nacional dos MTSM ocorrido em Bauru e consagrou o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Dessa forma, iniciaram-se os caminhos para o surgimento da luta antimanicomial, época em que aos poucos foram agregando novos atores, sobretudo familiares e usuários. A Constituição de 1988 teve grande importância no processo da Reforma Sanitária Brasileira. Uma das conquistas foi à definição ampliada da saúde afirmada como direito e dever do estado, a criação do SUS, a valorização de conceitos de descentralização, municipalização, responsabilização de cuidados e controle social exercido através dos conselhos comunitários de saúde (MINAS GERAIS, 2006).

Conforme Amarante (2006) no ano de 1989 na cidade de Santos na clínica psiquiátrica particular conveniada ao extinto Instituto Nacional da Previdência Social (INAMPS), onde eram frequentes os casos de violência e mortes. A prefeitura realizou uma intervenção e iniciou um trabalho semelhante ao de franco Basaglia na Itália. Foi implantada uma rede substitutiva de serviços que incluía os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Foram criadas oficinas de trabalho, projetos culturais de inserção social como a Rádio Tam-Tam.

O deputado Paulo Delgado nesse mesmo ano apresentou o projeto de Lei nº 3.657/89, que propunha a extinção progressiva dos manicômios e a regulamentação dos direitos das pessoas com transtorno mental. No ano de 1990, os movimentos sociais conseguem aprovar em muitos Estados, leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. A partir desse momento a sociedade passou a participar das discussões sobre novas formas de cuidado, de acordo com que foi determinado pelo SUS (LOUGON, 2006).

Segundo Hirdes (2009) um acontecimento de grande importância nesse contexto, foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, ocorrida em Caracas no ano de 1990, onde foi promulgado o documento “Declaração de Caracas”. Nesse documento, os países da América Latina e também o Brasil faziam o pacto de promover a reestruturação do atendimento ao doente mental e rever criticamente o modelo centralizador do

hospital psiquiátrico. Os países envolvidos se comprometiam em defender os direitos humanos dos usuários e assegurar a sua permanência, inseridos no meio comunitário.

Outro evento que marcou a assistência da saúde mental foi à realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em Brasília no ano de 1992. Vale destacar a participação significativa do seguimento dos usuários e seus familiares, pela primeira vez na história de modo tão significativo. No seu relatório final foi afirmado que o processo saúde/doença mental deve ser compreendido e levado em consideração as diferenças individuais, as questões de religiosidade, o modo de vida e a origem e referências das pessoas. O relatório menciona ainda “Que a saúde mental se ocupe da pessoa em sua existência-sofrimento, ou seja, o sofrimento no decorrer da vida e não apenas naquelas situações caracterizada como transtorno” (ROCHA, 2006, p. 39).

No compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais que regulamentavam a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Hospitais-dia e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (MINA GERAIS, 2006).

A lei de Paulo Delgado só foi aprovada depois de 12 anos em 2001. No entanto, a aprovação é de um projeto substituto do projeto de lei original. Assim, em 6 de abril de 2001 foi sancionada a lei nº 10.216 que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, redireciona a assistência em saúde mental e dá preferência de atendimento em ambulatórios”. A lei nº 10.216 não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios, mas garante no Parágrafo Único do artigo 2º que é direito da pessoa portadora de transtorno mental, ser tratada, preferencialmente em serviços comunitários (ROCHA, 2006).

Nesse panorama, a III conferência Nacional de Saúde Mental realizada em Brasília, no ano de 2001, que teve como tema “Cuidar sim, Excluir, não”, veio consolidar a reforma psiquiátrica como política de governo, o qual teve ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e seus familiares. Ela defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras

drogas e estabelece o controle social e confere ao CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência. Enfim esta Lei proporciona novo impulso às várias medidas que vinham sendo adquiridas (MINAS GERAIS 2006).

Nesse contexto surgem várias formas de alternativas para substituir o modelo hospitalocêntrico que merecem destaque.

5.1 Principais serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico.

Conforme Albuquerque e Silva (2008) a Portaria GM nº 106/2000 do Ministério da Saúde criou as residências terapêuticas. São locais que aspiram serem casas, são destinadas a usuários crônicos por longos anos de internação. Muitos deles perderam seus vínculos sócio-familiares. Nesse caso é responsabilidade do poder público oferecer a esses pacientes uma moradia. É considerado um dispositivo de grande valor quando se trata de reinserção social. A questão principal das residências é a moradia, o morar, o viver na cidade. Tais residências não são serviços de saúde, mas lugar de morar e viver, vinculados e amparados pela rede de atenção psicossocial.

No ano de 2003 o Ministério da Saúde criou o programa “De volta para casa”, que institui auxílio pecuniário (e de apoio jurídico) para egressos de internações por um período igual ou superior a dois anos. A lei 10.216 de abril de 2001 determina que os pacientes a longos tempos hospitalizados, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de “política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida”. O programa tem o objetivo de contribuir efetivamente para o processo de inserção social, incentivar a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados. O programa visa o convívio social, assegura o bem estar e estimula o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania (BRASIL, 2005).

Para o autor supracitado, novas chances e novos sonhos são permitidos pelo auxílio-reabilitação psicossocial. O auxílio pecuniário permite que o portador de transtorno mental circule pelos espaços urbanos, constituindo novas relações e aprendizados com os seus vizinhos, com os comerciantes locais, conseqüentemente começam a participar de atividades culturais e no trabalho. Dessa forma, os

pacientes egressos de internações de longa permanência são cadastrados no Programa de Volta para Casa, do qual a principal característica é recuperar a sua cidadania.

5. 2 CAPS como principal serviço para atendimento ao paciente esquizofrênico

A oficialização da criação do CAPS foi a partir da portaria 224/92 definindo-os como unidades de saúde locais e regionais contando com uma população adscrita para oferecerem atendimento de cuidados intermediários entre o ambulatório e o hospital com equipe multiprofissional. A portaria 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 regulamenta o CAPS e outros tipos de serviços substitutivos. Essa portaria reconheceu e ampliou o financiamento e a complexidade dos CAPS capacitando-o para oferecer um atendimento diurno aos portadores de transtorno mental (BRASIL 2004).

O Ministério da Saúde criou em 1992 parâmetros para definir os serviços de hospitalização parcial, ficando os hospitais-dia responsáveis pelo atendimento das fases agudas da doença mental por um período de no máximo 45 dias e o CAPS fica responsável pelos pacientes crônicos oferecendo atendimento multiprofissional com práticas expressivas de ressocialização (LOUGON, 2006).

Para Schrank e Olschowsky (2008) o CAPS se constitui de um serviço substitutivo de assistência a saúde mental mostrando ser eficaz na substituição da internação de longos períodos, por uma assistência que não isola o paciente dos seus familiares e da sociedade. O CAPS auxilia na recuperação da saúde e na reintegração social do portador de transtorno mental.

Os CAPSs apresentam como objetivos: realizar atendimentos cotidianos, coordenar projetos terapêuticos com cuidados clínicos personalizados e com qualidade; promover a inserção social através de ações educativa e estratégias conjuntas para resolver os problemas; oferecer suporte a atenção em saúde mental na rede básica; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares que atuem no seu território, entre outros (MACHADO et al., 2005).

As ações terapêuticas desenvolvidas pelos CAPS vão além das consultas e do uso de medicamento, caracterizando-se como uma clínica ampliada, que visa provocar mudanças nas tradicionais formas de tratamento da doença mental. O CAPS oferece acolhimento diurno e por vezes noturno se necessário e oferecem diversos tipos de atividades terapêuticas como psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, artísticas, orientações e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e familiar (BRASIL, 2004).

De acordo com o autor supracitado as atividades que são desenvolvidas no CAPS podem ser em grupo ou destinadas à família, comunidade e também podem ser individual. No atendimento individual engloba a psicoterapia, orientações e prescrição de medicamentos. Na assistência em grupo são realizadas oficinas terapêuticas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, grupos terapêuticos, atividades esportivas, grupos de leituras, entre outras atividades. No atendimento familiar contemplam-se as visitas domiciliares, atendimento individualizado a familiares e programas de lazer. As atividades comunitárias são desenvolvidas em conjunto com associações de bairro ou instituições existentes na comunidade. Além destas atividades, devem ocorrer assembléias ou reuniões para que assuntos pertinentes à organização do serviço possam ser desempenhados. As reuniões têm o objetivo de discutirem e avaliarem o serviço oferecido, no intuito de aprimorar o atendimento.

Para Machado et al. (2005) entre as atividades realizadas no CAPS as oficinas terapêuticas são as mais importantes formas de tratamento. São atividades realizadas em grupo com a presença de orientadores, monitores ou estagiários. São realizados vários tipos de atividades e definidas através do interesse dos usuários. As oficinas podem ser expressivas, através da realização de pintura, uso da argila, desenho, poesia e canto e/ou oficinas geradoras de renda através da culinária, marcenaria, costuras, artesanatos. As oficinas de alfabetização são elaboradas para aqueles usuários que não tiveram acesso para poderem exercitar a leitura e a escrita.

As oficinas terapêuticas são atividades que se direciona para a vida do portador de transtorno mental, no qual favorece e promove o exercício da cidadania e a expressão de liberdade e convivência dos “diferentes” por meio da inclusão da arte (CASTRO, 2007).

O CAPS integra uma equipe multiprofissional, composto por profissionais de categorias diferentes, no qual incluem médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente social, auxiliar de enfermagem, psicólogo, terapeuta ocupacional, artesão, técnico educacional, técnico administrativo, entre outros. O trabalho da equipe é essencial para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. A equipe multiprofissional do CAPS tem seu trabalho orientado de acordo com a interdisciplinaridade, ou seja, busca descentralização do saber e do poder pela divisão das responsabilidades, conforme a peculiaridade de cada profissão que compõe a equipe (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Esse novo modelo de atendimento ao portador de transtorno mental e seus familiares, contribui para que o indivíduo readquira confiança em si e em seus familiares, visa transmitir segurança para o paciente e o mais importante é a busca pela inclusão social.

5. 3 Importância da família ao tratamento da esquizofrenia

Para Franco (2007) a relação da família com o portador de transtorno mental teve modificações conforme as normas políticas, econômicas e sociais que ocorreram na história da humanidade, sendo determinantes para as transformações ocorridas no tratamento da doença mental. O efeito mais aparente mostrado durante esses anos de institucionalização da loucura foi a destituição de qualquer saber da família sobre a loucura e seu doente. Os serviços de saúde necessitam cada vez mais da família, principalmente porque o processo da desinstitucionalização prioriza o tratamento do doente mental em ambulatório. Desde então os doentes mentais estão cada vez mais inseridos em seus núcleos familiares.

A família é de imensa importância para a formação do indivíduo, pois constitui a base, o alicerce principal para o desenvolvimento humano. Percebe-se que quando um familiar adoece, ocorrem transformações na convivência diária da família gerando ansiedade e preocupação. É um desafio para os familiares cuidarem de uma pessoa com doença mental. A família se destaca pelo seu papel de cuidadora e por ser o elo mais próximo que o doente mental apresenta com o mundo (FRANCO, 2007).

Um das atividades prestadas pelo CAPS à família e de grande importância, é o atendimento a grupo de familiares, são reuniões para discutir problemas em comum, criar vínculo de solidariedade entre as famílias, enfrentar as situações difíceis, receber orientações sobre o diagnóstico e o tipo de tratamento realizado (BRASIL, 2004).

Para Sczufca (2000) os doentes mentais que convivem em ambientes estressantes evidenciam recaídas dos sintomas psiquiátricos com mais frequência. Assim as reuniões com grupos de familiares têm em seus objetivos diminuir as tensões presentes no convívio familiar e melhorar o funcionamento social do portador de transtorno mental.

Para Louzã e Elkis (2007) no atendimento familiar é importante esclarecer para os familiares o processo da doença, ensiná-los a conviver com o paciente sem exigir dele metas inatingíveis, reduzindo possíveis situações de estresse. Incentivar os familiares para que eles possam ajudar o paciente a lidar com os sintomas e a aderir o tratamento, principalmente o medicamentoso. A meta é prevenir uma recaída após o transtorno ter sido trazido sob controle.

De acordo com Schrank e Olschowsky (2008) o CAPS tem demonstrado efetividade na substituição da internação de longos períodos, por um tratamento que preconiza que o doente não se isole de seus familiares e da comunidade. As atividades desenvolvidas envolvem os familiares no atendimento com a devida atenção necessária, ajudando na recuperação e na reintegração social do indivíduo com transtorno mental. O CAPS considera a família como base fundamental no processo de reinserção da pessoa com transtorno mental na sociedade e no próprio meio familiar.

Percebe-se que a família desenvolve um papel importante para o tratamento da doença mental, o CAPS é um dos instrumentos mais importantes que viabiliza a relação entre a família e o usuário. O portador de transtorno mental encontra no serviço um apoio, em que ele poderá adquirir conhecimentos específicos e trocar experiências e o principal criar laços afetivos com seus cuidadores.

6 RECORTE DO CONCEITO EVOLUTIVO DE ESQUIZOFRENIA E SEUS SINTOMAS

A partir do Século XIX d.c. que começaram a surgir descrições mais precisas dos diferentes tipos de transtornos mentais. Em 1809, Pinel descreveu casos de "Idiotia adquirida"; Esquirol, em 1838, evidenciou pacientes com "quadros demenciais" que ocorreriam na juventude (LOUZÃ; ELKIS, 2007).

Segundo Kaplan, Sadock e Greeb (1997) Morel (1809-1873) descreveu casos de indivíduos que padeciam de uma doença hereditária que tinham seu surgimento na adolescência, evoluindo para uma deterioração. Diante da forma prematura propôs o termo demência precoce.

No ano de 1896, Emil Kraepelin foi considerado o primeiro a descrever sobre a esquizofrenia, estabelecendo critérios para essa demência. Estipulou como base três critérios principais: sintomatológicos, etiologia e evolução. Observando os sintomas, observou os distúrbios da atenção, alucinações e embotamento afetivo. O etiológico pressupunha a existência de um fator endógeno, sendo o evolutivo pelo fato de a doença ter evolução desfavorável e pela invalidez psíquica, descrevendo assim a denominação de demência precoce (CONLY; KELLY, 2001 apud DURAO, 2004, pg. 11).

De acordo com Louzã e Elkis (2007) em 1908, Eugen Bleuler (1857-1939) sugeriu a substituição pelo termo esquizofrenia (de grego, schizo=cindido, phrén=mente). Bleuler publicou uma monografia em 1911 sobre os grupos da esquizofrenias descrevendo características da doença e classificou os sintomas em fundamentais e acessórios. Entre os fundamentais se destacaram; os distúrbios do afeto, a perturbação do pensamento e os distúrbios de ambivalência, aos quais se associa o característico autismo. E os sintomas acessórios incluem alucinações, alteração da personalidade, da linguagem e escrita, bem como os sintomas catatônicos, todos eles (os acessórios) podendo estar ausentes em certos momentos.

Kurt Schneider (1857-1967) analisou que uma vez afastada as causas orgânicas, alguns sintomas eram os mesmos da esquizofrenia, classificou-os em sintomas de primeira ordem (SPO) e segunda ordem. Entre alguns classificados

como de primeira ordem compreendem: sonorização do pensamento, audição de vozes sobre a forma de diálogo e como ter vivências de influência corporal. Os sintomas de segunda ordem, são considerados menos importantes e podem ser usados de forma exclusivas, tais como sentimento de empobrecimento emocional, alterações eufóricas e depressivas do humor (KAPLAN; SADOCK; GREEB, 1997).

Para Elkis (2000) o SPO descrito por Schneider serviu de base para a elaboração de diagnóstico de pacientes com esquizofrenia em 9 países dando origem ao Estudo Piloto Internacional da Esquizofrenia. O estudo concluiu que a esquizofrenia era um transtorno universal, com alguns sintomas comuns independentes da cultura. No entanto, alguns dos participantes desse grupo evidenciaram que os SPO apesar de terem grande poder discriminatório não poderiam ser exclusivos da esquizofrenia, visto que foi observado em 25% dos pacientes com transtorno do humor.

De acordo com o autor supracitado no ano de 1980, Crow introduziu a ideia de dimensões positivas e negativas pelo conceito de duas síndromes da esquizofrenia: a de tipo I, caracterizada por delírios e alucinações (definindo como sintomas positivos), e a do tipo II, em que ocorreria o embotamento afetivo e a pobreza de discurso (chamados de sintomas negativos). A noção desses sintomas foi de grande importância para o conceito de esquizofrenia.

A esquizofrenia é uma psicose freqüente e afeta cerca de 1% da população, atinge igualmente homens e mulheres. Esse transtorno é uma doença grave e persistente, que resulta de comportamentos psicóticos que dificultam a elaboração do pensamento concreto e o processamento de informações afetando os relacionamentos interpessoais. Os primeiros sintomas aparecem na adolescência e na fase adulta entre 15 e 54 anos de vida. Antes de surgir os sintomas esquizofrênicos típicos, podem ocorrer alguns sintomas prodrômicos não-específicos em semanas ou meses. Esses sintomas englobam a perda de interesse, o anseio e medo de estar em companhia de outras pessoas, apresentam irritação, graus leve de depressão e problemas pessoais no trabalho e no relacionamento interpessoal (LOBO; MATTIOLLI; SANTOS, 2008).

Conforme a CID-10 1992, a esquizofrenia apresenta alterações das funções mais básicas que dão á pessoa senso de individualidade, unicidade e de direção de si mesmo. A consciência clara e a capacidade intelectual estão usualmente mantidas, embora certos déficits cognitivos possam surgir no curso do tempo. O

paciente pode ver a si próprio como o pivô de tudo que acontece. As alucinações, principalmente as auditivas, são comuns e podem comentar sobre o comportamento ou o pensamento do paciente. O começo pode ser agudo ou insidioso, com um desenvolvimento gradual de idéias e condutas estranhas. A esquizofrenia é classificada em: paranoide, hebefrênica desorganizada, catatônica, indiferenciada, depressão pós-esquizofrênica, residual e simples.

Lobo, Mattioli e Santos (2008, p. 198) mencionam que fazem parte das características principais da esquizofrenia “[...] perda de associações de ideias, alucinações, afeto embotado, riso imotivado ou inapropriado, avolição, alogia, delírios proeminentes, deterioração global do pensamento e pensamento ilógico.”

Conforme Giacón e Galera (2006) a causa da esquizofrenia ainda não foi estabelecida com certeza e existe uma etiologia multifatorial. Fatores biológicos, psicológicos e ambientais podem contribuir para o desenvolvimento do transtorno. Os fatores psicológicos estão relacionados com a interação do paciente no seu ambiente social, como ansiedade muito elevada, fobia social e estresse muito intenso.

Os fatores biológicos são aqueles ligados a genética, estudos mostram que familiares de indivíduos com esquizofrenia tem maior probabilidade de apresentarem a doença. A frequência de esquizofrenia em gêmeos monozigóticos é quatro vezes maior do que aquela em gêmeos dizigóticos, é aproximadamente 50 vezes àquela da população geral (KPLAN; SADOCK; GREEB, 1997).

Pesquisas desenvolvidas evidenciam que ocorrem alterações no cérebro e podem ser visualizados por tomografia computadorizada, pois já foram encontradas anormalidades nas estruturas cerebrais, dilatação ventricular, alargamento dos sulcos e atrofia cerebelar. Estudos sobre alterações bioquímicas identificou alterações dos neurotransmissores, principalmente da dopamina e serotonina, sendo esses responsáveis pela manifestação da doença. Os antipsicóticos usados para o tratamento da esquizofrenia atuam reequilibrando os sistemas de neurotransmissores, agindo na dopamina e serotonina (LOUZÃ; SHIRAKAWA; BARROS, 1999).

A esquizofrenia representa ainda um grande enigma para os neurocientistas, pois suas causas não foram ainda determinadas com segurança. Dentre os vários sintomas, talvez os mais importantes são os ligados a falta de razão. O paciente apresenta um pensamento desordenado, é incapaz de elaborar raciocínios lógicos

que tenham conexão com a realidade, geralmente é uma pessoa indecisa e ambivalente (LENT, 2004).

6. 1 Esquizofrenia paranoide

De acordo com Hales e Yudofsky (2006) Kraepelin foi o primeiro a descobrir um subtipo paranoide de esquizofrenia, no qual os pacientes tinham delírios bizarros, fragmentados e apresentavam deterioração da personalidade.

De acordo com a CID-10 a esquizofrenia paranoide é classificada em F20.0 mais comum se manifesta por delírios relativamente estáveis, com frequência paranoides, acompanhada por alucinações, perturbação da percepção, afeto e volição. Os sintomas catatônicos não são proeminentes.

Os delírios mais comuns são de perseguição, nos quais o indivíduo pensa que “outros” o estão espiando ou planejando prejudicá-lo. Delírios são crenças, ideias ou pensamentos falsos que não correspondem com a realidade. Alguns portadores acham que os vizinhos colocaram câmeras escondidas para observá-los ou que o telefone foi grampeado para que possam ouvir suas conversas (LOUZÃ; SHIRKAWA; BARROS, 1999).

Conforme a CID-10 em relação às alucinações mais comuns são olfativas ou gustativas, de sensações sexuais ou outras corporais e alucinações visuais podem se manifestar, porém raramente são predominantes. O afeto está usualmente menos embotado do que em outras formas da esquizofrenia. Os sintomas negativos como embotamento afetivo e comprometimento da volição, estão frequentemente presentes, mas não dominam o quadro.

Pacientes com alucinações se manifestam dizendo que estão ouvindo vozes de pessoas quando não há ninguém por perto, as vozes podem ser de uma ou várias pessoas, conhecidas ou desconhecidas. As vozes lhe dão ordem ou falam daquilo que está fazendo (LOUZÃ; SHIRAWA; BARROS, 1999).

Os indivíduos com esquizofrenia paranoide apresentam idade mais avançada de início, melhores funcionamento pré-mórbido e resultado, além de terem maior probabilidade de se casar e de exibir melhor funcionamento ocupacional do que os pacientes com outros tipos de esquizofrenia (HALES; YUDOFKY, 2006).

O indivíduo com esse transtorno se apresenta com frequência tenso, desconfiado e retraído, podendo mostrar-se querelante, hostil e agressivo. É observado uma regressão menor das faculdades emocionais, resposta emocional e comportamento que aquela demonstrada em outros tipos desse transtorno (TOWNSEND, 2002).

6. 2 Tratamento realizado para a esquizofrenia

Conforme Giancon e Galera (2006) a esquizofrenia é uma doença crônica, o tratamento deverá ser seguido durante um longo período. Ele pode ser dividido em tratamento medicamentoso e abordagens psicossociais que incluem terapia ocupacional, acompanhamento terapêutico, intervenções familiares entre outras, e devem ser integrados entre si.

Os antipsicóticos, chamados de neurolépticos são apresentados em dois tipos de drogas que incluem os antipsicóticos típicos ou convencionais e os atípicos. Os típicos ou convencionais atuam na diminuição dos sintomas positivos como delírios, alucinações, pensamento desorganizado, mas pouco efeito em sintomas negativos. A clorpromazina, haloperidol, Trilafon são mais utilizados, provocam efeitos colaterais neurológicos que se caracterizam por tremores, rigidez muscular, dificuldade para andar, inquietação nas pernas ou contrações musculares parecidas com as câimbras, são os chamados sintomas parkinsonianos, extrapiramidais ou “impregnação” (LOUZÃ; SHIRAWA; BARROS, 1999).

Os antipsicóticos atípicos ou recentes inibem receptores de dopamina e serotonina, atuam melhorando os sintomas positivos e ajudam no tratamento de sintomas negativos, além do mais desenvolvem poucos efeitos colaterais extrapiramidais. Os mais utilizados são: Clozapina, Quetiapina e Risperidona em que os efeitos colaterais mais comuns são aumento do peso, sedação e tonturas. O uso da clozapina não é indicado no primeiro surto da esquizofrenia, seu uso requer acompanhamento de exames laboratoriais frequentes por causar alterações nos glóbulos brancos, conhecido como agranulocitose (GIACON; GALERA, 2006).

Para Louzã, Shirakawa e Barros (1999) a eletroconvulsoterapia pode ser necessária na esquizofrenia em situações especiais. É realizada sob anestesia,

antes da aplicação, o médico solicita exames clínicos para saber se o paciente está em condições físicas para recebê-la sendo um tratamento seguro quando feito com técnicas corretas. A indicação da ECT hoje é restrita, somente é indicada para tratar quadros em que o paciente não responde à medicação, comumente usado para a esquizofrenia catatônica e para os transtornos depressivos.

A abordagem multiprofissional no tratamento da esquizofrenia busca como finalidade melhorar os sintomas, prevenir recaídas e evitar a hospitalização em sanatórios e nos momentos da crise psicótica ajudam a enfrentar uma internação necessária. Os principais objetivos incluem em diminuir o isolamento, recuperar e promover a auto estima, restaurar a capacidade de cuidar de si e administrar sua vida, aumentar suas defesas frente a situações de grande estresse, desenvolver fontes alternativas para resolver seus problemas, entre outros fatores (SCAZUFCA, 2000).

A terapia ocupacional para Scazufca (2000) é focalizada em atividades, na qual essas não devem ser encaradas como funções meramente recreativas. Seu objetivo é recuperar a capacidade de retornar a fazer algo e se organizar proporcionando à pessoa a constatação de que ela tem capacidade em realizar uma tarefa. Busca compreender as necessidades dos indivíduos que por problemas específicos apresentam-se comprometidos em seus aspectos de vida diária e prática, prejudicando seu cotidiano e sua inserção social.

No Brasil temos uma importante figura, Nise da Silveira (1905-1999), médica psiquiatra que preferia tratar os pacientes com a terapia ocupacional do que com métodos da época (coma insulínico, eletrochoque e tratamentos cirúrgicos), que considerava-os agressivos. Segundo ela, pacientes que não conseguiam verbalizar suas vivências, poderiam verbalizá-la por meio de pinturas e modelagens. Nise desenvolveu muitas pesquisas, em uma delas observou-se a relação afetiva entre paciente esquizofrênico e animais e mostrou como eles melhoravam seu estado psíquico e adquiriam estabilidade afetiva (ROCHA, 2006).

Para Townsend (2002) as intervenções familiares consiste tipicamente em um breve programa de orientação à família sobre a esquizofrenia, visando reduzir as manifestações francas de conflito e alterar os padrões de comunicação e resolução de problemas da família. Espera-se que com as informações proporcionadas, os familiares passem a identificar e compreender que alguns comportamentos do parente doente devem-se à enfermidade.

6. 3 Assistência de enfermagem ao paciente com esquizofrenia paranoide

A assistência ao doente mental requer um esforço maior, uma compreensão especial da enfermagem e um relacionamento terapêutico com os pacientes. Não se pode mudar atitudes aleatoriamente, mas ainda há pessoas que considera a doença mental como um fenômeno apavorante e desesperador. Os sintomas dos pacientes esquizofrênicos em dias atuais são mais tolerados e menos contidos, como no antigo regime de custódia. O cuidado de enfermagem depende da compreensão do comportamento do paciente e do modo de reagir a tal comportamento à luz dessa compreensão. As enfermeiras devem aprender à encarar o paciente como seu semelhante, sendo para ele tanto uma pessoa quanto uma enfermeira (LOBO; MATTIOLLI; SANTOS, 2008).

De acordo com Castro e Furegato (2008) a relação de ajuda com o paciente psiquiátrico depende de grande disponibilidade afetiva, bem como compreensão ampla de sua condição de ser no mundo, perdas e desilusões. Para estabelecer a relação de ajuda é necessário que a enfermeira tenha como base uma postura ou um modo de ação que seja coerente com o seu modo de ser e de encarar a vida, se não for possível será difícil entrosar-se com a equipe e ajudar efetivamente os pacientes. O objetivo fundamental é despertar o interesse do esquizofrênico pela vida, de forma digna e de participação no seu meio familiar e social, apesar da enfermidade.

A enfermagem precisa ser dotada de conhecimentos básicos de desenvolvimento da personalidade humana, capazes de fazer o profissional perceber as respostas do comportamento desajustado de pacientes psiquiátricos. É essencial o conhecimento sobre a patologia para o planejamento de um cuidado de enfermagem eficaz. Nas ações a serem desenvolvidas, a enfermagem dispõe de assistência sistematizada. A primeira etapa desse processo engloba uma coleta de dados, seguida de um diagnóstico de enfermagem, juntamente com um plano de cuidados. A avaliação pelo enfermeiro de pacientes esquizofrênicos ou com problemas mentais pode ser um processo complicado. Pacientes num episódio agudo pouco contribuem na descrição de sua história, sendo necessário recorrer a membros da família ou a antigos registros quando disponíveis. Faz-se necessário

que o enfermeiro se torne familiarizado com os comportamentos comuns do distúrbio para torná-lo apto à avaliar o paciente esquizofrênico (TOWNSEND, 2002).

A enfermagem que atua na saúde mental fundamenta-se no relacionamento interpessoal entre enfermeiro-paciente valorizando aspectos biopsicossociais. Pelo aspecto biológico, devem ser observados os efeitos colaterais das medicações, além de se acompanhar a saúde integral do paciente e de seus familiares. Em relação ao aspecto psicossocial, deve-se envolver em diversas atividades, como as visitas domiciliares, reunião de grupos, oficinas terapêuticas, entre outras. Promover a interação do paciente e familiares em atividades e recursos da comunidade são ações desenvolvidas que colaboram para a adesão do paciente ao tratamento (GIACON; GALERA, 2006).

A assistência de enfermagem ao paciente esquizofrênico deverá atender às necessidades humanas básicas, facilitar a comunicação e a participação social do paciente e familiares. São intervenções que visam melhorar a qualidade de vida do paciente e sua família, ajudando-os no controle da doença e na melhoria da qualidade de vida (SCAZUFCA, 2000).

Para Lobo, Mattioli e Vieira (2008) o paciente deve sentir-se seguro no ambiente de tratamento e com pessoas que o assistem. O enfermeiro ao propiciar essa segurança, aumenta o vínculo de confiança, melhora a qualidade assistencial e adquire melhor resultado.

De acordo com Lippincott e Wilkins (2006) a enfermagem na assistência ao portador de esquizofrenia paranoide deve conquistar a confiança, ser franca e confiável. Não ameaçar e nem fazer promessa que não poderão ser cumpridas. Não tocar no paciente sem antes explicar o que será feito.

Como foi relatado anteriormente os principais sintomas da esquizofrenia paranoide são delírios, alucinações, perturbações do afeto e volição. De acordo com Moller e Murphy (2001) alguns pacientes aprendem a conviver com os delírios, outros negam a presença desses. A enfermagem deve desenvolver uma confiança com o paciente, sendo primordial que o enfermeiro aborde o paciente com calma, empatia e contato visual não-ameaçador. Uma vez estabelecida a confiança, o uso de frases claras e simples tornam-se imprescindíveis na comunicação com pessoas que apresentam delírios.

As necessidades nutricionais do paciente psiquiátrico devem ser atendidas, caso ele relate que seu alimento está envenenado, deixe que ele faça seu próprio

alimento quando possível ou ofereça alimentos em recipientes fechados que ele possa abrir sozinho (LIPPINCOTT; WILKINS, 2006).

As intervenções de enfermagem quanto às alucinações envolvem a compreensão das características da alucinação. O objetivo é ajudá-los a aumentar a consciência quanto a esses sintomas, para que eles possam separar entre o mundo da psicose e o vivenciado pelos outros. O enfermeiro deve escutar e observar. As alucinações podem ser consideradas como problemas que necessitam de uma resolução que é compreendido quando o indivíduo é capaz de falar sobre elas. O enfermeiro deve deixar o paciente à vontade para se manifestar. Ignorar as alucinações pode aumentar a confusão do cérebro. O enfermeiro deve manter contato visual, falar de forma simples e chamar o paciente pelo nome (MOLLER; MURPHY, 2001).

Conforme Lippincott e Wilkins (2006) quando o paciente apresentar alucinações auditivas, é preciso verificar se elas são imperativas que coloque em risco a ele ou outras pessoas. É necessário esclarecer para o paciente que você não escuta as vozes, mas é compreensível que elas são reais para ele. É cabível evitar discutir sobre as alucinações sendo aconselhável mudar de assunto. Quando o paciente expressar ideias de suicídio ou dizer que está ouvindo vozes que ordenam para se ferir, é atribuição dos profissionais instituir precauções quanto ao suicídio.

A enfermagem deve avaliar diariamente sinais vitais, peso, diurese e evacuações. Conhecer os medicamentos que estão sendo administrados e seus efeitos colaterais e ajudar o paciente nas atividades que ele não consegue realizar. É essencial observar a higienização corporal porque a esquizofrenia gera muitos problemas no desempenho das atividades rotineiras do paciente, o que pode levá-lo à uma diminuição no ânimo e na vontade de preocupar com sua aparência. São cuidados que incluem: banho, higiene oral, depilação das axilas e pernas, uso de roupas limpas e corte de unhas. O paciente deve ser orientado e estimulado para participar de atividades físicas, devido aos medicamentos que provocam lentidão psicomotora e comprometimento da motricidade (LOBO; MATTIOLLI; SANTOS, 2008).

Nas intervenções familiares, a enfermagem deve promover a informação à família sobre a doença, discutir com os familiares conceitos sobre a esquizofrenia, esclarecer dúvidas sobre o diagnóstico, prognóstico e quais os principais sintomas e como ocorre o comportamento de pessoas com esquizofrenia, bem como a

importância do tratamento farmacológico e quanto a duração do tratamento (SCAZUFCA, 2000).

A família deve acompanhar, avaliar e supervisionar o tratamento de seus membros doentes. Na maioria das vezes, a família evidencia as dificuldades do paciente e o encaminha para um profissional. Quando uma pessoa adoece em uma família todos os membros são afetados, a ausência de informações aos familiares e aos portadores de doença mental tem como consequência tratamento ineficaz e internações desnecessárias (HALES; YUDOFISKY, 2006).

As ações de enfermagem na visita domiciliar engloba monitorar a aderência do paciente em relação ao regime da medicação. A enfermagem deve ser capaz de perceber as alterações de comportamento que indicam que o paciente está se descompensando clinicamente, de modo que seja possível desenvolver uma intervenção precoce. Pacientes com medicações orais carecem de um monitoramento cuidadoso quanto à aderência do medicamento e de assistência em relação aos efeitos colaterais desconfortáveis ocasionados pelas drogas (TOWNSEND, 2002).

Potter e Perry (2005) relatam a importância da visita domiciliar sendo de grande relevância, pois a enfermagem guia à família para solucionar os problemas, ouve cuidadosamente as preocupações dos membros da família, sendo necessário uma comunicação respeitável. A enfermagem deve sempre determinar a melhor hora de transmitir informações sobre os cuidados de saúde e orientações de autocuidado e suas orientações requer uma visão holística não apenas focalizada no paciente, mas também na família.

Outro aspecto do cuidado psiquiátrico domiciliar é o de dar apoio e assistência aos responsáveis pelo cuidado primário. É exaustivo cuidar de um ente querido durante muito tempo, faz-se necessário informar aos serviços de apoio disponíveis na comunidade onde eles possam recorrer quando necessário. É necessário orientar o paciente à participação em grupos de apoio, constituídos de membros com situações de vidas similares (TOWNSEND, 2002).

A família deve receber orientações sobre como reconhecer sinais de uma recaída, pois geralmente os pacientes se apresentam com insônia, nervosismo e menor capacidade de concentração (WILLIAMS; WILKINS, 2005).

A assistência de enfermagem nesse contexto deve ser criativa, flexível, com finalidade de gerar resultados positivos que possa favorecer ao portador de doença

mental e seus familiares um tratamento adequado.

6. 4 Assistência de enfermagem no tratamento por eletroconvulsoterapia

Antes que o paciente seja encaminhado para a realização do procedimento, é necessário comprovar a prescrição médica no prontuário e o consentimento da família através da assinatura na folha de consentimento. Verificar sinais vitais 1 hora antes da terapia e registrá-los, esse tipo de procedimento provoca o relaxamento dos esfíncteres, é necessário pedir que o paciente esvazie a bexiga e evacue antes. Para oferecer mais conforto e evitar lesões corporais, orientar para que sejam removidos prótese, óculos ou lentes de contato e o paciente deve ser vestido com roupas largas (MINAS GERAIS, 2001).

De acordo com Townsend (2002) aproximadamente 30 minutos antes do tratamento administrar a medicação pré-tratamento prescrita pelo médico. A prescrição habitual é sulfato de atropina ou glicopirrolato, aplicado por via intramuscular, são medicações prescritas para diminuir as secreções e combater os efeitos da estimulação vagal induzida pela ECT.

Conforme o mesmo autor durante o procedimento após a aplicação ocorrem convulsões crônicas, que podem ser seguidas de salivação, lacrimejamento e sudorese. Portanto, é necessário lateralizar a cabeça do paciente, manter as vias aéreas permeáveis fornecendo oxigênio e aspirando secreções. Após o procedimento a enfermagem deve monitorar o pulso, respiração e pressão arterial a cada 15 minutos na primeira hora e posicionar o paciente de lado para evitar aspiração.

A enfermagem deve permanecer com o paciente até que ele esteja plenamente acordado, o estado de confusão permanece por várias horas, e isso pode assustá-lo. Orientá-lo quanto ao tempo e local, descrever o que ocorreu e tranquilizar o paciente, se ele apresentar distúrbios de memória, explicar que é temporário. Registrar queixas de cefaléia, amnésia e confusão mental. Registrar no prontuário do paciente todos os procedimentos realizados (MINAS GERAIS, 2001).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização do estudo pode-se perceber com clareza que o transtorno mental não é uma punição dos deuses nem fruto da imaginação da pessoa. É uma doença real que traz muita angústia para o indivíduo e sua família.

Durante muito tempo o portador de transtorno mental não recebeu um tratamento digno, observou-se que no manicômio o tratamento foi de segregação e expurgo social.

O movimento da luta antimanicomial busca a desconstrução da lógica manicomial como sinônimo de exclusão e agressão institucional, bem como a criação de um novo lugar social para a loucura, dando ao portador de transtorno mental a possibilidade do exercício de sua cidadania e a convivência familiar.

Pode-se observar que a reforma psiquiátrica tem provocado modificações na política de saúde mental do país, procurando novas formas e novos métodos de tratamento, que reagem contra a cultura manicomial.

Dessa forma, conclui-se que um indivíduo portador de transtorno mental, tem direito a liberdade, à integralidade física e moral e a restabelecer melhor qualidade de vida. Cabe aos profissionais de saúde assumir a tarefa de atender e garantir a qualidade desse processo através do acolhimento, do vínculo e da escuta terapêutica.

A esquizofrenia é considerada uma doença mental grave que ao ser realizado tratamento adequado, como o psicoterápico, o medicamentoso e o multiprofissional a pessoa pode ter uma vida melhor, com mais qualidade.

A prática de enfermagem neste contexto deve ser guiado para uma assistência mais humana, possibilitando ao indivíduo portador de doença mental um suporte social que vai além do tratamento, visando sua reabilitação psicossocial.

É essencial que o enfermeiro trabalhe em parceria, com equipe multidisciplinar com a finalidade de diminuir o preconceito por parte dos profissionais de saúde, das famílias e da população. A assistência de enfermagem deve desempenhar ações com respeito e afeto ao portador de transtorno mental, que apresenta uma história de vida marcada por isolamento, preconceito e maus tratos, onde sua subjetividade seja respeitada de forma singular.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P.; SILVA, J. F. As Residências Terapêuticas em Saúde Mental. In: SILVA, J. F. **1968 e a Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Contra Capa. 2008. Cap. 6, p. 49-58.

AMARANTE, P. Rumo ao Fim dos Manicômios. **Revista Viver Mente e cérebro**. São Paulo, v. 14, n. 164, p. 30-35, set. 2006.

BORENSTEIN, M. S. Terapias Utilizadas no Hospital Colônia Santana: berço da psiquiatria catarinense (1941-1960). **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 60, n. 6, p. 665-699. nov./dez. 2007. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/reben/v60n6/08.pdf >. Acesso em: 22 mar. 2010.

BRAGA, R. J.; PETRIDES, G. Terapias Somáticas para Transtornos Psiquiátricos Resistentes ao Tratamento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 29, n. 2, p. 77-84. mar. 2007. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/rbp/v29s2/a07v29s2.pdf >. Acesso em: 20 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Memória da Loucura**. 2. ed. Brasília, DF, 2006.

_____. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatório15anoscaracas.pdf >. Acesso em: 12 jun. 2010.

_____. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. 1. ed. Brasília, DF, 2004.

_____. **Saúde Mental**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2002. (Serie F. Comunicação e Educação em Saúde).

CASTRO, S. A.; FUREGATO, A. R. F. Conhecimento e Atividade da Enfermagem no Cuidado do Esquizofrênico. **Rev. Eletr. Enf.** São Paulo, v. 10, n. 4, p. 957-965, 2008. Disponível em: < www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/pdf/v10n4a08.pdf >. Acesso em: 20 mar. 2010.

CASTRO, T. M. **Atuação do Enfermeiro em Centro de Atenção Psicossocial**. 2007. 114 f. Dissertação de Mestrado (Mestre em Enfermagem Psiquiátrica)- Escola

de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

DIP, A. Cidade dos Esquecidos. **Revista Caros Amigos**. São Paulo, v. 10, n. 109, p. 20-23, abr. 2006.

DURÃO, A. M. S. **Grupo de Acompanhamento de Pacientes e Familiares de Esquizofrenia Medicados com Clozapina**: o impacto sobre o cotidiano de suas vidas. 2004. 134 F. dissertação de Mestrado (Mestre em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

ELKIS, H. A. Evolução do conceito de Esquizofrenia neste século. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 23-26, jan./mar. 2000.

FOUCAULT, M. A Grande Internação. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. In: _____. **Historia da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978. Cap. 1, p. 45-78.

FRANCO, R. F. A Família no Contexto da Reforma Psiquiátrica: A Experiência de Familiares nos Cuidados e na Convivência com Parentes Portadores de Transtornos Mentais. **Revista de Psicologia**. Belo Horizonte, v. 16. n. 25, p. 13-29, jul./dez. 2007.

GIACON, B. C. C.; GALERA, S. A. F. Primeiro Episódio da Esquizofrenia e assistência de enfermagem. **Revista Escola Enfermagem USP**. São Paulo, v. 40, n. 2, p. 286-291, jun. 2006.

HALES, R. E.; YUDOFKY, S. C. Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos. In: _____. **Tratado de Psiquiatria Clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. Cap. 9, p. 370-416.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. São Vicente, v. 14, n. 1, p. 297-305, set. 2009.

HOLMES, S. D. História e Definições. In: _____. **Psicologia dos transtornos Mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1997. Cap. 1, p. 26-34.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREEB, J. Esquizofrenia. Tradução de Deise Batista. In: _____. **Compêndio de Psiquiatria**: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 1997. Cap. 13, p. 424-428.

LENT, R. Mentas Emocionais, Mentas Racionais. In: _____. **Cem Bilhões de Neurônios**: conceitos fundamentais de neurociência. São Paulo: Atheneu, 2004. cap. 20, p. 653-678.

LIPPINCOTT, W.; LIPPINCOTT. Transtornos esquizofrênicos. Tradução de Fernando Diniz Mundim. In: _____. **Enfermagem Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, Cap. 4, p. 129-156. (Série Incrivelmente Fácil).

LOBO, G. O.; MATTIOLLI, T. C.; SANTOS, S. A. Esquizofrenia: Perspectiva Histórica e Assistência de Enfermagem. **Revista Cuidarte Enfermagem**. São Paulo V. 2, n. 2, p. 192-203, jul./dez. 2008. Disponível em: < www.fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/ed03enfpsite.pdf#page=79 >. Acesso em: 4 mar. 2010.

LOUGON, M. Desinstitucionalização Psiquiátrica. In: _____. **Psiquiatria Institucional**: do hospício à reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fio Cruz. 2006. Cap. 3, p. 177-183.

LOUZÂ, N. L. M.; ELKIS, H. Historia da Psiquiatria. In: _____. **Psiquiatria Básica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. Cap. 1, p. 22-31.

LOUZÂ, N. L. M.; SHIRAKAWA. I.; BARROS. L. **Esquizofrenia**: Dois Enfoques Complementares. São Paulo: Lemos, 1999.

MACHADO, I. H. et al. **Saúde Mental**: O cuidar no centro de atenção psicossocial. 2005. 38 f. Monografia (graduação em enfermagem) - Centro Universitário do Triângulo, Uberlândia, 2005.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental**: saúde em casa. 1. ed. Belo Horizonte, 2006.

MOLLER, M. D.; MURPHY. M.F. Respostas Neurobiológicas, Esquizofrenia e Transtornos Psicóticos. In: STURART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem Psiquiátrica**: princípios e prática. 6. ed. Porto Alegre: Artmed. 2001. Cap. 21, p. 438-469.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução e Prefácio de Dorgival Caetano. São Paulo: Artmed, 1992. p. 85-90.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Exame Físico e Histórico Saúde. Tradução de Mauricio Maluta Vieira. In: _____. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. Cap. 32, p. 715-720.

ROCHA, R. M. Da Psiquiatria à Saúde Mental. In: _____. **Enfermagem em Saúde Mental**. 2. ed. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2006. cap. 1, p. 7-31.

SCAZUFCA, M. Abordagem familiar em esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 50-52, maio. 2000.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista Escola Enfermagem USP**. São Paulo, v. 42, n. 1, p. 127-134, mar. 2008. Disponível em < www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/17.pdf >. Acesso em: 11 fev. 2010.

STUART, W. G.; LARAIA, M. T. Respostas Neurobiológicas, Esquizofrenia e Transtornos Psicóticos. In: _____. **Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 439-468.

TEIXEIRA, M. O. L.; SILVA, J. F. A Psiquiatria e a Universidade do Brasil: nascimento, ciência e identidade nacional. In: SILVA, J. F. **1968 e a Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Contra Capa. 2008. p. 67-86.

TOWNSEND, M. C. Saúde Mental e Doença Mental. Tradução de Fernando Diniz Mundim e Isabel Cristina Cruz. In: _____. **Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogon, 2002. Cap. 2, p. 22-31.