

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ – FACENE/RN

DAYARA PESSOA DE ARAÚJO

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA AOS
PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO
MUNICÍPIO DE MOSSORÓ-RN**

MOSSORÓ

2014

DAYARA PESSOA DE ARAÚJO

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA AOS
PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO
MUNICÍPIO DE MOSSORÓ-RN**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, como exigência parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof. Esp. Ana Cristina Arrais

MOSSORÓ

2014

DAYARA PESSOA DE ARAÚJO

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA AOS
PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO
MUNICÍPIO DE MOSSORÓ-RN**

Monografia apresentada pela aluna Dayara Pessoa de Araújo, do Curso de Graduação em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: _____ de _____ 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Esp. Ana Cristina Arrais (FACENE/RN)
(ORIENTADORA)

Prof^ª Esp. Joseline Pereira Lima (FACENE/RN)
(MEMBRO)

Prof^ª Ms. Lucidio Clebeson de Oliveira (FACENE/RN)
(MEMBRO)

A minha família pelo incentivo, a confiança, a paciência e o amor.

Dedico!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por nunca me ter desamparado, por me ajudar nas horas de angústia e aflição, ensinou-me a ser paciente e a entender que as coisas só acontecem no tempo certo e da forma que Ele determina, por ter sido meu melhor amigo e minha fortaleza e por ser meu refúgio. Agradeço também por ter colocado pessoas maravilhosas no meu caminho durante essa trajetória. Que em nenhum momento hesitaram em me ajudar nas horas de dificuldades. Muito obrigada meu Senhor! Por tudo que fez e faz por mim, sou e sempre serei eternamente grata. Te amo!

A minha tia Maria Albaniza Pessoa, pois se não fosse pela sua ajuda talvez eu não tivesse conseguido iniciar esse sonho. Nunca esquecerei à senhora, o seu sorriso, dos seus conselhos, das nossas conversas, sempre te amarei e sempre serei grata pelo que fez por mim.

A minha avó Maria do Socorro Pessoa, a minha mãe Danúbia Pessoa Fernandes e ao meu tio José Luiz Neto, que se não fosse por eles com certeza não estaria concluindo esse meu sonho, pois foram eles que me deram a mão na hora que mais precisei, na hora do desespero, quando pensei que meu sonho de ser alguém na vida tinha se acabado no momento em que perdemos minha tia. Amo muito todos vocês, são anjos preciosos que Deus pôs na minha vida para que eu pudesse cuidar e que cuidarei com todo prazer e amor do mundo!

A minha amiga e irmã Flávia Sonária em me ajudar, sempre que precisei, pelos risos nos momentos de tristeza, por me ter defendido quando tentaram me diminuir. Amiga te amo muito e saiba que sempre terá seu canto reservado no meu coração, que sempre que precisar, estarei aqui para te ajudar da forma que eu puder. Agradeço muito a Deus por ter te colocado no meu caminho.

A minha amiga e irmã Eguimara Fernandes por nunca ter se negado a me ajudar nos momentos de angústia e aflição, por sempre ter me dado à mão quando precisei. Agradeço por ser essa pessoa amiga, irmã, generosa, carinhosa, bem humorada e paciente que você é, porque só uma pessoa muito paciente como você para conseguir me aturar, ligando para você direto e tirando sua paciência. Te amo muito! E sou muito grata a Deus por me enviar esse anjo para me ajudar, para me ensinar a ter paciência com as coisas da vida. Ainda me lembro de você me dizendo que eu era capaz quando eu mesma não acreditava que seria. Obrigada por tudo!

Agradecer a Ana Maria Pinheiro que conviveu comigo por 3 anos, por me fazer rir com suas palhaçadas, por tentar me assustar quando me acordava com seu coelho de pelúcia com óculos de sol, por ter aturado meus estresses, enfim, por tudo que vivemos juntas perante esse tempo. Obrigada por tudo.

Agradecer a minha amiga e irmã Rhudnara Thaynã, e as colegas Rayanne Araújo e Edina Moraes que ajudaram com a minha pesquisa e com a conclusão do meu trabalho, se não fosse por vocês, talvez eu não tivesse conseguido entregar meu trabalho pronto a tempo. Agradeço de coração, saiba que se um dia precisarem de mim, podem procurar que ajudarei com todo prazer.

A minha amiga linda, que vou sentir muita falta, Vanessa Camila, obrigado por sempre me receber com esse sorriso lindo, todas as vezes que fui à sua procura atrás de uma ajuda e por nunca ter se recusado a me ajudar, mesmo estando muito atarefada, por sempre

me receber tão bem. Obrigado por nunca me dizer um não. Vou sentir muitas saudades de você!

A banca examinadora, que é composta por Joseline Pereira Lima, Lucidio Clebeson de Oliveira e Ana Cristina Arrais. Agradeço por terem aceitado o meu convite para participar da banca que avaliará meu trabalho, por terem colaborado dando suas opiniões para enriquecê-lo mais ainda e, agradecer especialmente a Ana Cristina por ter aceitado orientar-me e por não desistir de mim, mesmo eu dando muito trabalho!

"A vida não oferece promessas nem garantia... Apenas possibilidades e oportunidades."

“Que os nossos esforços desafiem as impossibilidades. Lembrai-vos que as grandes proezas da história foram conquistas daquilo que parecia impossível.”

(Charles Chaplin).

RESUMO

A esquizofrenia é uma psicose crônica idiopática composta por um conjunto de diferentes doenças com sintomas que se assemelham e se sobrepõem. A esquizofrenia pode surgir de vários fatores, tais como: genética, ambiental e sentimental, sendo que o fator genético e o ambiental são os que mais fornecem risco para o desenvolvimento da doença. O presente estudo objetiva analisar a assistência de enfermagem prestada aos portadores de esquizofrenia dentro da clínica médica. O mesmo tem como objetivos específicos: conhecer a operacionalização da consulta de Enfermagem aos portadores de esquizofrenia, conhecer o relacionamento entre o profissional de enfermagem/portadores de esquizofrenia/família, verificar, na opinião do profissional de enfermagem, a dificuldade para a sistematização no atendimento aos portadores de esquizofrenia. Este trabalho consiste em uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa, de caráter exploratório, descritivo. A população estudada foram os enfermeiros que atuam no Hospital Regional Tarcísio Maia (HRTM). A amostra foi composta por cinco enfermeiros da instituição. Os dados foram coletados após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da FACENE. Foram obedecidas as resoluções 466/2012 que dispõe sobre a visão do indivíduo, das coletividades e referências da bioética como: não maleficência, autonomia, justiça, beneficência e equidade, dentre outros. Visam também assegurar os direitos e deveres que cabem aos participantes da pesquisa, assim como da comunidade científica e ao Estado. A resolução 311/2007, também dispõe sobre a reformulação do Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem, permitindo que os profissionais realizem pesquisas com seres humanos desde que a mesma respeite os princípios éticos que a resolução estabelece. O instrumento utilizado foi um roteiro de entrevista. As entrevistas foram aplicadas mediante autorização dos participantes através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, gravadas em aparelho celular, em seguida as respostas foram transcritas na íntegra, para se proceder à tabulação e análise dos dados através do discurso do sujeito coletivo. Os dados da pesquisa mostram que os enfermeiros desconhecem a forma adequada de realizar o cuidado com paciente portador de esquizofrenia que esteja em uma internação clínica. A consulta de enfermagem é realizada de forma igualitária não visando à particularidade dos pacientes. Verificou-se que existe interrelação entre profissionais e familiares. Com relação à sistematização da assistência, foi observado que é um ponto que merece ser revisto, trabalhando de acordo com a necessidade e com compromisso dos profissionais de saúde para que essa sistematização aconteça de forma adequada tornando assim o serviço mais organizado e de qualidade. Espera-se que esse estudo possa despertar o interesse dos profissionais de saúde em aprender a maneira correta de se realizar o atendimento de enfermagem direcionado a esse público. Que ele possa levar informações de grande relevância para que ocorra a mudança na forma do atendimento atual, passando a ser um atendimento que vise às particularidades de cada indivíduo e assim o tornando mais eficaz e humanizado.

Palavras-chave: Enfermagem. Paciente. Esquizofrenia.

ABSTRACT

Schizophrenia is a chronic idiopathic psychosis composed of a number of different diseases with symptoms resembling and overlap. Schizophrenia may arise from several factors, such as genetic, environmental and sentimental. The genetic and environmental factors are those that provide the most risk for developing the disease. This study aims to analyze the nursing care provided to patients with schizophrenia in a medical clinic. It has the following objectives: understand the operation of the nursing consultation to patients with schizophrenia, knowing the relationship between professional nursing/schizophrenia and patients/family, check in the opinion of the nursing professional to systematize the difficulty in attending patients schizophrenia. This work consists of a field study with a qualitative approach, exploratory and descriptive. The population studied were nurses working at the Regional Hospital Tarcisio Maia (HRTM), in Mossoró/RN. The sample was composed of five nurses of that institution. The Data were collected after approval of the project by the FACENE Research Ethics Committee (CEP). Non-maleficence, autonomy, justice, beneficence, equity, among and others, are also aimed at ensuring the rights and duties appertaining to the research participants. Resolutions 466/2012 which provides for the view of the individual, of groups and references of bioethics as were met: non-maleficence, autonomy, justice, beneficence and equity, among others, are also aimed at ensuring the rights and duties appertaining to the research participants as well as the scientific community and the state. The 311/2007 resolution also provides for the reformulation of the Code of Ethics for Professional Nursing, allowing professionals to conduct research with human beings since the same ethical principles are that the resolution states. The instrument used was a structured interview. The interviews were administered by authorization of participants through the term of consent, recorded on recorder, then the answers were transcribed, to conduct the tabulation and analysis of data through the collective subject discourse. The survey data show that nurses are unaware of the proper way to perform carefully the patient with schizophrenia who are in a hospital clinic. The nursing consultation is held equally not aiming to particularity of patients. It was found that there is inter-relationship between work and family. Regarding care system, it was observed that it is a point that deserves to be revised, working according to the need and commitment of health professionals to make this happen systematization properly thus making the most organized and quality service. It is hoped that this study will generate interest among health professionals in learning the correct way of performing nursing care directed at this audience. He can take information of great relevance for change to occur in the form of the current service, becoming a call aimed to the particularities of each individual and so tonando more effective and humane.

Keywords: Nursing. Patient. Schizophrenia.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Como devem ser os cuidados que o enfermeiro deve realizar com os pacientes portadores de esquizofrenia que estão em uma internação clínica.....	19
Quadro 02: Com relação à consulta de enfermagem, como ela é realizada com o paciente esquizofrênico na clínica médica.....	20
Quadro 03: Qual a relação que vocês, profissionais de enfermagem, têm com o paciente portador de esquizofrenia e os familiares do mesmo	22
Quadro 04: Para você o atendimento a esses pacientes pode ser considerado um atendimento sistemático	23

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO	11
1.2 JUSTIFICATIVA	12
1.3 HIPÓTESE	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
3.1 BREVE RELATO HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL	15
3.2 ESQUIZOFRENIA.....	19
3.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ESQUIZOFRÊNICO	23
4 METODOLOGIA.....	27
4.1 TIPO DE PESQUISA	27
4.2 LOCAL DA PESQUISA	27
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	28
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	28
4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	28
4.6 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS	29
4.7 DESFECHO PRIMÁRIO	29
4.8 DESFECHO SECUNDÁRIO.....	29
4.9 ASPECTOS ÉTICOS	30
4.10 FINANCIAMENTO	30
5 ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	31
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS	41
GLOSSÁRIO	45
APÊNDICES	46
ANEXO.....	50

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO

O termo esquizofrenia surgiu no início do século passado por Eugen Bleuler, um psiquiatra suíço, o qual considerava esse diagnóstico clínico como uma das doenças mentais mais severas. Emil Kraepelin nomeou a esquizofrenia de Demência Precoce. Eles baseavam-se em três características principais para diagnosticar a doença: a sintomatologia (déficits da atenção e compreensão, alucinações, principalmente auditivas, o pensamento sonoro, a vivência de influência), o embotamento da afetividade e as mudanças do comportamento. Neste aspecto, os profissionais da saúde ofertam um tratamento limitado na contenção e nos mínimos cuidados de higiene e sobrevivência desses pacientes (CASTRO; FUREGATO, 2008).

Através da Reforma psiquiátrica no Brasil ocorreram grandes mudanças na forma de cuidado com os pacientes portadores de transtornos mentais, tendo como princípios a reestruturação da assistência psiquiátrica, a revisão do papel hegemônico e centralizador dos hospitais psiquiátricos e a reafirmação dos direitos civis, que abrangem os direitos humanos dos usuários (LIMA; GARCIA; TOLEDO, 2013).

A reforma psiquiátrica no Brasil foi um movimento de caráter político, social e econômico influenciado pelas ideias de grupos dominantes. Tinha como uma das vertentes principais a destruição dos manicômios e dos paradigmas que o sustentava. A substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por outras práticas terapêuticas e a cidadania do doente mental veio sendo objeto de discussão não só entre os profissionais de saúde, mas também em toda a sociedade. O modelo de assistência psiquiátrica, ainda predominante naquela época no Brasil, com base na legislação de 1934, propõe, fundamentalmente, a hospitalização e o asilamento do doente mental, visando atender, sobretudo, a segurança da ordem e da moral pública (GONÇALVES; SENA, 2001).

Com a virada do século, a Reforma Psiquiátrica no Brasil se consolidou como o marco fundamental da política de assistência à saúde mental oficial. Mais do que isso, a influência do seu ideário vem-se ampliando no campo social, no universo jurídico e nas universidades que formam os profissionais de saúde. Apesar das dificuldades enfrentadas pelo sistema de saúde pública no Brasil, é fato que o cenário psiquiátrico brasileiro vem mudando a olhos vistos. Os mais de mil Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) espalhados pelo país vêm modificando a estrutura da assistência à saúde mental (BEZERRA, 2007).

Para garantir a assistência eficaz a esses pacientes a enfermagem ocupa, com destaque, o papel de terapeuta e quando assume este papel, busca solidificar os princípios da reforma psiquiátrica e as novas formas de cuidar dos pacientes com transtornos mentais, que tem influência em diversas formas de olhar o processo saúde-doença. Atualmente, a assistência de enfermagem prestada a esses pacientes, acontece através da rede de saúde mental, que valoriza os serviços e faz com que o funcionamento aconteça de forma articulada para que possa valorizar a autonomia e promover a cidadania do doente, e com isso reduzir o índice de reiterações psiquiátricas (LIMA; GARCIA; TOLEDO, 2013).

Diante das discussões levantadas anteriormente, surge o seguinte questionamento: Os enfermeiros que atuam na Clínica Médica têm conhecimento de como devem ser prestados os cuidados aos pacientes portadores de esquizofrenia?

1.2 JUSTIFICATIVA

A motivação para a realização desta pesquisa partiu do interesse em conhecer como é a atuação dos enfermeiros diante dos pacientes portadores de esquizofrenia que estejam hospitalizados na clínica médica de hospitais gerais de médio porte, uma vez que durante os estágios acadêmicos que foram realizados, não foi percebida claramente tal função.

Esta doença é uma patologia delicada e que precisa de uma atenção especial. Ao mesmo tempo, precisa de um atendimento adequado e que, também é observado que é uma enfermidade mal vista perante a sociedade em geral, por isso pode vir a implicar na reversão do quadro clínico desses pacientes, permitindo assim que os mesmos passem mais tempo hospitalizados do que o desejado.

Tendo em vista a importância do cuidado que deve ser prestado a esses pacientes, surge então a procura em saber como deveria ser prestado essa assistência e a necessidade de se implementar uma assistência de qualidade nas internações clínicas.

Espera-se que este trabalho seja de relevância para a academia, na medida em que o conhecimento adquirido venha a transcorrer de maneira satisfatória, despertando de tal forma o interesse em se trabalhar esses cuidados em hospitais de médio e pequeno porte e em procurar sugestões que possam ajudar nesse atendimento.

1.3 HIPÓTESE

Os enfermeiros que atuam na Clínica Médica dos hospitais onde será realizada a pesquisa não têm conhecimento de como deve ser prestada a assistência ao paciente esquizofrênico que se encontra em internação clínica.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a Assistência de Enfermagem prestada aos portadores de esquizofrenia em um Hospital Público do Município de Mossoró-RN.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a operacionalização da Consulta de Enfermagem aos portadores de esquizofrenia;
- Conhecer o relacionamento entre o profissional de enfermagem/portadores de esquizofrenia/família;
- Verificar na opinião do profissional de enfermagem a dificuldade para a sistematização no atendimento aos portadores de esquizofrenia.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 BREVE RELATO HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL

Na Antiga Grécia, a loucura tinha seu próprio espaço, podendo ser expressa suas especificidades, as falas e comportamentos apresentados no momento dos surtos eram vistos como apresentações divinas. Ligar a loucura à manifestação divina significa não só a acessão do discurso, mas também respeito e dogmatismo sobre aquilo que era manifestado pelos esquizofrênicos. A religião exercia forte poder, a manifestação divina não pode ser excluída da convivência social. Ela era escutada, observada e interpretada pelos sacerdotes para que os homens compreendessem as vontades dos deuses (RIBEIRO, 2007).

Nas cidades no tempo da Idade Média, a preocupação era o compromisso com a manutenção do comércio. Questões de cunho coletivo como saneamento, higiene, saúde pública e responsabilização com excluídos ou com as minorias, eram levadas ao esquecimento. A prioridade era afastar os problemas que prejudicassem as relações comerciais e os lucros, tais como, pequenos frutos, sonegação de impostos, conservação e transporte das mercadorias, entre outros (GOFF, 1998).

Sendo assim, no final da Idade Média e no início da modernidade as cidades européias não destinavam orçamentos para os loucos. Estes, que não eram encarcerados em prisões comuns, eram expulsos das cidades. Essa expulsão gerava uma perambulação de loucos entre as cidades, estes acontecem através de embarcações que faziam seu transporte. Nessa época não existia uma preocupação em saber para onde os loucos seriam enviados. Muitas vezes eram deixados nas proximidades de outras cidades de onde eram novamente expulsos. A condição de exclusão social dos loucos evidencia-se, uma vez que lhes era negada a possibilidade de convivência familiar ou social e a fixação de laços afetivos. A exclusão que se manifesta nessa lógica não conta ainda com as correntes e os muros que surgiram com o advento dos hospícios (FOUCAULT, 1972).

A presença marcante da Igreja Católica, como principal detentora de poder durante toda a Idade Média, sobrepondo-se inclusive à autoridade estatal quando esta já estava consolidada, não poderia deixar de exercer papel importante no que diz respeito à compreensão e ao tratamento da loucura. Nesse sentido, em meados do século XV, por meio da inquisição, a Igreja passou a perseguir indivíduos que julgavam ameaçadores de seu poder, dentre esses, podemos destacar judeus, protestantes, bruxas e loucos (PAIVA, 2003).

A Igreja perseguia qualquer pessoa ou grupo que não concordasse com poder da igreja medieval. No caso do louco, este era perseguido sem que houvesse nenhuma importância com suas condições pessoais ou psíquicas. Assim, o louco era visto como perigoso pelas duas maiores representações de poder; a Igreja Católica e a burguesia ascendente. A intensificação do processo de urbanização e o aparecimento de um número cada vez maior de cidades tornaram as relações comerciais bem mais complexas. O comércio e os comerciantes enfrentavam sérios problemas pela diversidade de moedas, impostos e regras existentes e imperantes em cada cidade. Isso decorria, como já foi ressaltado, da falta de um comando único e estatal, uma vez que cada senhor feudal criava suas próprias regras nas cidades que se localizavam em suas terras (GOFF, 1998).

A solução encontrada pela burguesia foi de se beneficiar através da nobreza. Os reis tinham o poder aferido por sua nobreza, mas tinham poucos recursos financeiros para exercer comando sobre seus territórios. Os comerciantes prendiam o capital, não tinham o poder de governar. Essa relação de forças atrela-se à origem do Estado Moderno e do Absolutismo, à intensificação do processo de urbanização da Europa, à superação do modo de produção feudal pelo capitalismo comercial e à diminuição do poder da igreja (VICENTINO, 2002).

Com essas mudanças surgiu o Renascimento Cultural que se caracteriza por um movimento intelectual e social que gerou uma grande ruptura epistemológica com as estruturas que sustentavam a sociedade nos séculos XVI e XVII, ou seja, o poder da Igreja Católica, constituindo o teocentrismo perdeu espaço para a emergência do poder absoluto dos reis e do antropocentrismo. No Renascimento, a figura do louco passa a ser visto como entidade de saber enigmático que retrata toda a animalidade humana, ou seja, aquela que liberta os desejos, vontades e prazeres mais íntimos dos indivíduos aprisionados pelo moralismo social. Dessa forma, o louco resgata aquilo que é próprio da condição humana. Prevalece a negação de questões metafísicas, a ênfase às questões humanas e a crítica à moral cristã no que se refere à conceituação da loucura. Isso é reflexo da ascensão do antropocentrismo e da negação da autoridade divina e da Igreja sobre o homem (FOUCAULT, 1972).

Alguns séculos antes de Cristo, já havia descrições sobre a esquizofrenia em textos hindus e gregos. No entanto, somente a partir do século XIX d. C. começam a surgir definições mais precisas das diferentes doenças mentais, nas primeiras tentativas de sistematizar uma descrição da doença, parcialmente em relação aos quadros denominados vagamente de “insanidade” (EVANS et al, 2003).

Em 1809, Pnalex pôs casos de “idiotia adquirida”, Esquirol, em 1838, faz referência a pacientes com “quadros de demências” que surgem na juventude. Em 1856, Morel relatou sobre um paciente jovem, brilhante, que se tornou progressivamente indiferente e retraído. A partir do quadro observado o mesmo utilizou a expressão de demência precoce pela primeira vez. No ano de 1865, Snell apresentou, na conferência “Monomania como Forma Primária de Distúrbio Mental”, uma descrição detalhada da forma paranóide da esquizofrenia (BERRIOS; PORTER, 1995 apud LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007).

Atualmente, é consenso de que a esquizofrenia é um transtorno psiquiátrico causado por diversos fatores biopsicossociais que interagem, criando situações, as quais podem ser favoráveis ou não ao aparecimento do transtorno (GIACON; GALERA, 2006).

O entendimento da sociedade em relação à loucura foi o que determinou a assistência à pessoa com transtornos mentais nos diferentes olhares e cenários da História. Logo, se faz necessário um breve histórico para o entendimento da adaptação de uma assistência que fosse de qualidade e de eficácia para essas pessoas, desde a lógica manicomial até a busca pela consolidação dos princípios apresentados pela Reforma Psiquiátrica, os quais buscam a modificação dos modelos de cuidado com essas pessoas em sofrimento psíquico (CORDEIRO et al., 2012) .

A ligação entre a loucura e o internamento ocorre na “experiência clássica” da sociedade europeia a partir do século XVII, sendo uma estrutura semi jurídica que “liberta” a sociedade daquele que perturba a ordem social. Historicamente, a clausura se dispôs àqueles que eram condenados à loucura, ou seja, pessoas que se diferenciavam dos padrões sociais de “normalidade” e/ou improdutivos socialmente. Desta forma os “loucos” eram excluídos da sociedade juntamente com os criminosos e as prostitutas. Com isso, não havia a preocupação em formular propostas clínicas que pudessem ajudar na recuperação dos doentes mentais, diferente do que ocorria nas demais especialidades médicas que estavam em processo de consolidação. (CORDEIRO et al., 2012).

Em 1970, sucederam conferências, encontros entre profissionais, na maioria das vezes abertos a comunidade, no intuito de criar novas práticas, bem como novos meios de garantir ao sujeito acometido pela doença mental uma vida mais digna, o que não era encontrada através da segregação nos manicômios (NASSERE, 2007).

Foi a partir daí que surgiu a Reforma Psiquiátrica no Brasil, essa reforma foi um movimento sociopolítico ocorrendo no âmbito da saúde pública que, do ponto de vista da gestão de políticas públicas, unifica-se em uma legislação em saúde mental que teve início no ano de 1990, com a Declaração de Caracas, aprovada por aclamação pela Conferência

Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde (BERLINCK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008).

A reforma psiquiátrica vem se desenvolvendo no Brasil há várias décadas mais somente no final dos anos setenta. No andamento da reforma psiquiátrica brasileira, houve um momento em que as denúncias sobre a precariedade da assistência psiquiátrica iniciaram estudos que trouxeram a público dados e informações de setores públicos que antes não eram valorizados, tais como número de leitos, custos e qualidade da assistência. Os dados do Centro de Informações de Saúde, do Ministério da Saúde, revelaram que em 1988, o número de leitos psiquiátricos representava 19,1% do total de leitos disponíveis em todo o país, percentual superado apenas pelos leitos de clínica médica, 21,6% (GONÇALVES; SENA, 2001).

As novas formas de assistência à saúde mental vêm sendo adotadas no Brasil desde 1987 e denominam-se: CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), SRT (Serviços Residenciais Terapêuticos) e a internação em hospitais gerais. A internação nos hospitais psiquiátricos ocorre somente em último caso, quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem ineficazes. O objetivo da implantação destes novos serviços é reduzir a internação em hospitais psiquiátricos. No entanto, somente em abril de 2001 foi aprovada a lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (NASSERE, 2007).

De acordo com dados do Ministério da Saúde, existem aproximadamente cerca de 918 CAPS em funcionamento, 120 deles voltados, somente, ao atendimento de dependentes de álcool e drogas. Os CAPS, os 475 serviços residenciais terapêuticos e os 350 ambulatórios, ao lado dos 36 Centros de Convivência e Cultura e do Programa de Volta para Casa e Inclusão Social pelo Trabalho, constitui a rede extra-hospitalar que substitui, ao atendimento prestado nos hospitais psiquiátricos, que ainda existem no país. O maior número de CAPS por 100 mil habitantes localiza-se na Região Sul – Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná, seguidos pela Região Sudeste – São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo. As regiões Sudeste e Nordeste detêm, ainda, o maior número de hospitais psiquiátricos (HIRDES, 2009).

De maneira geral, eles se caracterizam pela utilização intensiva de um conjunto amplo e complexo de tecnologias terapêuticas e práticas psicossociais dirigidos para manter o portador de transtorno mental na comunidade. O surgimento da reforma psiquiátrica veio com o intuito de substituir uma psiquiatria centralizada no hospital por uma psiquiatria amparada centralizada no hospital por uma psiquiatria amparada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitário ou territorial. (GUIMARÃES, 2012).

Apesar dos hospitais psiquiátricos fazerem uso de 88% dos recursos orçamentários do SUS que é destinado para a saúde mental, e do relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental prever que até o ano 2004 fosse eliminado todos os leitos dos hospitais psiquiátricos no país, concretizando o projeto “Por uma Sociedade sem Manicômios”, através da criação de uma rede que substituísse a saúde mental, a realidade nacional que ainda contempla o hospital psiquiátrico. Cabe destacar que os investimentos nos serviços substitutivos vêm aumentando desde 2004. A reorientação do modelo assistencial em saúde mental demanda investimentos políticos, técnicos, financeiros, éticos, assim como a articulação com outras instâncias – educação, trabalho, cultura, habitação e habilitação profissional, objetivando a cidadania, a emancipação (HIRDES, 2009).

No novo modelo de assistência que substitui o modelo manicomial, o trabalho de enfermagem pode ser caracterizado por ter como objeto de ação a recuperação da autonomia dos pacientes com transtornos psiquiátricos graves, com o objetivo de restaurar sua capacidade de dar continuidade a sua vida, tanto no ramo profissional como pessoal. Logo, o intuito da prática de enfermagem é colocar essas pessoas novamente no meio social, dos quais, grande parte foi submetida a longos períodos de internação e isolamento social e, por fim, como tecnologia para se atingir o que se almeja (reinserção social) criou-se ou reformulou-se toda uma rede de serviços comunitários, que aliados às ações terapêuticas que devem ser desenvolvidas por profissionais de saúde mental, possibilitariam reabilitar os sujeitos à vida comunitária. Entretanto, não há um modelo estabelecido para atuação de enfermagem, que depende, muitas vezes, da forma como é organizado o processo de trabalho da instituição em que atua (KIRSCHBAUM; PAULA, 2002).

3.2 ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia é difícil de ser definida ou descrita. Não existem traços patognomônicos, mas sintomas típicos que indicam uma desordem da personalidade do paciente. A doença interfere, de uma forma geral, nos pensamentos, emoções, motivações e no comportamento motor da pessoa. O quadro clínico varia, podendo começar de forma gradual ou repentina. Todavia, seu curso é freqüentemente crônico e recorrente. Ele oscila entre remissão completa e deterioração mental grave, com a maioria dos pacientes sofrendo de incapacidade em níveis distintos (GAMA, 2004).

Em Psiquiatria, tais desordens são denominadas psicoses. O termo psicose são os transtornos psiquiátricos graves, geralmente de origem desconhecida ou idiopática. Nestes

quadros são encontrados, além de alterações do comportamento, incapacidade de pensar coerentemente e de compreender a realidade. A orientação e a memorização são os únicos fatores que estão preservados, apesar do comprometimento do pensamento e das emoções (WYATT, 2001 apud SILVA, 2006).

A doença é causada por fatores biopsicossociais que se entrelaçam, criando situações, as quais podem ocasionar ou não o aparecimento do transtorno. Os fatores biológicos estão ligados à genética e/ou àqueles que estão relacionados a uma lesão ou anormalidade de estruturas cerebrais e deficiência em neurotransmissores. Já os fatores psicossociais são aqueles que estão vinculados ao indivíduo, do ponto de vista psicológico e de sua interação com o seu ambiente social, tais como: ansiedade muito intensa, estado de estresse elevado, fobia social e situações sociais e emocionais intensas. Enfim, indivíduos com predisposição podem desenvolver a doença quando estimulados por fatores biológicos, ambientais ou emocionais (GIACON; GALERA, 2006).

Foi visto que o componente genético representa de 70% a 80% da capacidade total para que o indivíduo possa desenvolver a doença. Fatores pré e perinatais ainda parecem aumentar o risco para o desenvolvimento da doença. Por ser uma enfermidade de grande complexidade e comum, a esquizofrenia é um distúrbio muito provavelmente etiologicamente heterogêneo, pois, devem existir casos da forma “genética” e da forma “ambiental” para que a mesma se desenvolva no indivíduo (VALLADA FILHO; SAMAIA, 2000 apud FERREIRA et al., 2007).

A esquizofrenia é considerada um problema de saúde pública uma vez que acomete aproximadamente 1% da população mundial. Sua incidência varia ligeiramente entre diferentes locais, de 8 casos por 100.000 habitantes por ano na Itália e 69 casos por 100.000 habitantes por ano nos Estados Unidos da América (EATON, 1991 apud LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007).

No Brasil, a esquizofrenia é responsável pela ocupação de 30% dos leitos de instituições hospitalares e psiquiátricas (cerca de 100 mil leitos/dia), representando 15% de todas as primeiras consultas em ambulatório de psiquiatria no país. A prevalência total fica aproximadamente 1% da população brasileira, seguindo tendências mundiais. As manifestações da esquizofrenia são notadas em indivíduos em todas as sociedades e áreas do mundo. Embora dados comparáveis sejam difíceis de obter, a incidência e prevalência durante a vida são basicamente as mesmas em qualquer parte do mundo (SILVA et al., 2006).

Assim como no exterior a prevalência da esquizofrenia é mais alta entre populações urbanas e de menor poder socioeconômico. A maior prevalência é geralmente atribuída ao

fenômeno da decadência social, na qual pessoas afligidas ou vulneráveis tendem a perder seus empregos e posições sociais, mudando-se para os bolsões de pobreza e áreas decadentes das cidades. (SILVA et al., 2006)

Um estudo de morbidade, realizado nas cidades de Brasília, São Paulo e Porto Alegre, apresentou uma prevalência-vida de transtornos psicóticos de 0,3, 0,9 e 24%, respectivamente, para uma população acima de 15 anos de idade. Andrade e colaboradores (2002) encontraram na cidade de São Paulo uma prevalência-vida de 1,9% de psicoses não afetivas, sendo 1,7% no sexo masculino e 2,0% no sexo feminino. Com isso foi observado que o início da doença acomete mais pessoas do sexo feminino do que do sexo masculino. Hafner e colaboradores (1998), usando os registros de casos de Mannheim (Alemanha) e Aarhus (Dinamarca), observaram que tanto a idade de primeiro contato psiquiátrico, como a idade da primeira hospitalização, ocorre cerca de cinco anos mais cedo em indivíduos do sexo masculino (LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007).

Este transtorno mental é de sentido crônico em cerca de 80% dos casos, apresentando prejuízo funcional com uma taxa de 60% dos casos e caracterizados por um grupo de sintomas apresentados por pessoas portadoras desta doença. Esses sintomas incluem delírios, alucinações, desorganização do pensamento, embotamento e impropriedade dos fatores, perda da motivação e prejuízo de julgamento, atenção e concentração. Tal diagnóstico se encontra entre as 30 maiores causas de incapacidade, com maior mortalidade em comparação com a população em geral, e com uma alta taxa de suicídio (4 a 15% de seus portadores comentem suicídio) (ABREU et al., 2013).

De todos os transtornos mentais responsáveis pelo sofrimento na sociedade, a esquizofrenia é o que mais causa as hospitalizações de maior demora e caos na vida familiar, um custo mais elevado para indivíduos e governos e mais medos que qualquer outro. Por ser uma ameaça tão grande à vida e à felicidade e porque suas causas são um enigma ainda não resolvido, ela tem sido mais estudada que qualquer outro distúrbio mental (TOWNSEND, 2002).

As manifestações clínicas da esquizofrenia aparecem frequentemente durante a fase da adolescência ou no início da idade adulta. Apesar de que, em alguns casos, esses sinais e sintomas surgirem de forma súbita, o quadro mais frequente se inicia de maneira astuciosa. Sintomas antecipatórios poucos específicos, incluindo perda de energia, iniciativa e interesses, humor depressivo, isolamento, comportamento inadequado, negligência com a aparência pessoal e higiene, podem surgir e permanecer por algumas semanas ou até meses antes do aparecimento de sintomas mais característicos da doença. Os aspectos mais característicos da

esquizofrenia são alucinações e delírios, transtornos de pensamento e fala, perturbação das emoções e do afeto, déficits cognitivos e avolição (SILVA, 2006).

As alucinações e delírios são os sinais que se observam com mais frequência em algum momento durante o curso da esquizofrenia. As alucinações visuais ocorrem em 15%, as auditivas em 50% e as táteis em 5% de todos os sujeitos, e os delírios em mais de 90% deles (PULL, 2005 apud SILVA, 2006).

O diagnóstico da esquizofrenia é dado através da anamnese psiquiátrica e no exame da estrutura mental. Os sintomas característicos são classificados em duas categorias: positivos e negativos. Os positivos incluem os delírios e as alucinações; os negativos, o embotamento do afeto, a anedonia e a apatia (SCHIFFER, 2005 apud FERREIRA et al., 2007).

Em meados do século XX iniciou uma profunda transformação no setor da Medicina que trata das doenças mentais. Essas transformações ficaram conhecidas como a Revolução Farmacológica da Psiquiatria, pois serviu para a introdução dos medicamentos psicoterapêuticos, capazes de melhorar consideravelmente o estado de muitos pacientes portadores de alterações acentuadas de diversas funções psicológicas e perda do juízo da realidade (WYATT, 2001 apud SILVA, 2006).

A farmacoterapia tem provado ser o ponto principal no tratamento da esquizofrenia. Embora não curativas, as drogas antipsicóticas, foram visadas como terapia primária para todos os estágios da doença. Os mesmos reduzem o tempo de hospitalização e possibilitam o manejo continuado eficaz em seus lares (GAMA et. al., 2004).

O tratamento atual baseia-se principalmente no uso de antipsicóticos, que se divide em duas categorias: típicos e atípicos. Os antipsicóticos típicos, como o haloperidol (haldol), clorpromazina e a tioridazina, possuem como principal atividade o bloqueio de receptores dopaminérgicos D2 no sistema nervoso central e são essencialmente efetivos no tratamento dos sintomas positivos da esquizofrenia, sendo questionável sua ação sobre sintomas negativos (SILVA, 2006). Enquanto que clozapina, risperidona, olanzapina são antipsicóticos atípicos que apresenta também eficácia no tratamento dos sintomas negativos (MENEGATTI et al, 2004).

As drogas antipsicóticas típicas podem ser classificadas de alta, média e baixa potência. Quando usadas em doses de medicamentos de mesma potência, todas as classes antipsicóticas parecem ter a mesma eficácia. A escolha da droga é feita, então, de acordo com os tipos de efeitos adversos que serão menos prejudiciais a um determinado paciente (GAMA et. al., 2004).

Durante um ataque agudo de esquizofrenia, o objetivo do tratamento é controlar os sintomas psicóticos positivos. Para a maioria dos pacientes que respondem rapidamente aos antipsicóticos, os sinais de melhora são observados no período de duas semanas, com o aumento ocorrendo em três ou quatro semanas, dependendo da dose. Melhora adicional é vista dentro de alguns meses. É do conhecimento geral que os efeitos terapêuticos dos antipsicóticos são mais pronunciados nos sintomas agudos, positivos, do que nos sintomas crônicos, negativos, da esquizofrenia (GAMA et. al., 2004).

Os pacientes portadores da esquizofrenia podem apresentar várias complicações que estão relacionadas tanto com os sinais e sintomas da doença, como com o uso excessivo de medicamentos, que pode vir a ocasionar a internação dos mesmos em clínicas hospitalares. A clozapina assim como a maioria dos outros antipsicóticos de segunda geração (atípicos), em muitos casos induz o aumento de peso e de alterações metabólicas, tais como diabetes mellitus tipo II e perfil lipídico aterogênico, embora ambos, típicos e atípicos, estejam associados a essas complicações clínicas. Foi observado que o aumento de peso corporal ocorre em mais de 50% dos pacientes esquizofrênicos que fazem o uso de antipsicóticos em geral. Nos dias de hoje, o excesso de peso e a obesidade, é um evento comum nesses pacientes, tendo sido demonstrado que os mesmos apresentam um índice de massa corporal (IMC) significativamente maior do que os pacientes psiquiátricos sem o diagnóstico de esquizofrenia e do que a população em geral (AZEVEDO et al., 2006).

O tratamento torna-se mais eficaz quando o enfermeiro com sua experiência, habilidade técnica e cognitiva, percebe a importância de elaborar uma assistência sistematizada, individualizada e, principalmente, articulada com as necessidades do paciente e da família. Essa assistência deve ser feita de modo singular lembrando que esses pacientes são seres humanos que apresenta alterações emocionais e comportamentais. Assim o enfermeiro poderá ajudar o esquizofrênico nas dificuldades que enfrentaram no dia a dia, aceitando assim suas limitações. A prática em enfermagem psiquiátrica se baseia em ações que visam a melhorar a condição da qualidade de vida do paciente e de sua família. Contribui no controle do surto da doença, tornando-a estabilizada, ajuda na integração social após o aparecimento da doença, coopera na adesão ao tratamento e na adaptação do novo modo de vida (GIACON; GALERA, 2005 apud FARIA; CHICARELLI, 2009).

3.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ESQUIZOFRÊNICO

A enfermagem é um campo de saberes que vem ao longo do tempo construindo seu conhecimento e produzindo historicamente sua prática. É considerado um trabalho e prática social, o que não descarta o cientificismo da profissão, pois tem um corpo de conhecimentos específicos e legitimados socialmente. Entender a enfermagem como uma prática social significa compreendê-la como uma profissão dinâmica, sujeita a transformações permanentes e continuamente incorporando reflexões sobre novos temas, problemas e ações, tendo como princípio ético a manutenção e restauração da dignidade humana (LIMA; GARCIA; TOLEDO, 2013).

Quando o enfermeiro planeja a assistência, ele garante a sua responsabilidade junto ao cliente assistido, uma vez que o planejamento “permite diagnosticar as necessidades do cliente, ajuda na prescrição adequada dos cuidados, orienta a supervisão do desempenho do pessoal, a avaliação dos resultados e da qualidade da assistência porque norteia as ações” (ANDRADE; VIEIRA, 2005).

A prática em enfermagem psiquiátrica está fundamentada no relacionamento interpessoal enfermeiro, paciente e familiar, através do qual observa os aspectos biopsicossociais do ser humano. Esta se baseia em ações que visam a melhorar a condição da qualidade de vida do paciente e de sua família, a contribuir no controle do surto da doença, torná-la estabilizada, a ajudar na integração social após o aparecimento da doença, e a cooperar na adesão ao tratamento e à adaptação de sua nova condição (GIACON; GALERA, 2006).

A enfermagem, por manter uma proximidade e ter envolvimento com os pacientes esquizofrênicos, tenta compreendê-los. Estes profissionais da saúde assumem que o comportamento que esses esquizofrênicos apresentam tem um significado e, portanto, pode ser compreendido, uma vez que as necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais são expressas através das palavras, dos gestos e das atitudes, logo consideram que entender os pensamentos, mesmo que absurdos e atitudes, mesmo quando inadequadas traz como benefício à organização da assistência prestada a estes pacientes, por fazerem sentido para o mesmo. Portanto a busca pelo sentido torna-se uma atitude terapêutica (LIMA; GARCIA; TOLEDO, 2013).

Toda doença crônica traz um pouco de dificuldade para a vida do paciente e dificulta também a relação do paciente com a família. É importante que o portador tenha consciência sobre a sua doença, para que o mesmo tenha os meios para combatê-la. Por outro lado, se a família não for igualmente conscientizada, os conflitos serão inevitáveis. Estudos internacionais mostram que as recaídas são mais frequentes quando o ambiente familiar é

estressante. Assim, as intervenções definidas como programas de tratamento psicopedagógico das famílias têm a finalidade de diminuir as tensões presentes no ambiente familiar e de melhorar o funcionamento social do portador (SHIRAKAWA, 2000).

Para que a intervenção seja correta, é preciso se ter o tratamento farmacológico, psicossocial e a inclusão da família nesse tratamento com o paciente portador da doença mental. Deve-se fazer um diagnóstico diferenciado de cada paciente, respeitando sua individualidade (GIACON; GALERA, 2006).

O enfermeiro, enquanto facilitador do cuidado, ao relacionar-se, utiliza habilidades clínicas de maneira terapêutica para perceber significados, através de gestos, olhares e toque, numa visão completa do ser. Nesse papel, ele pode possibilitar a criação de um espaço onde a equipe de enfermagem tem possibilidade de colocar seus problemas e angústias já que a relação do cuidar é uma troca de sentimentos, um compartilhar, uma transação subjetiva em que são respeitados conceitos, pensamentos, valores e culturas, em suas diferenças (SANTOS, 2009).

Os enfermeiros, juntamente com o restante da equipe, desempenham um papel importante no cuidado das pessoas portadoras da doença esquizofrenia, em todas as fases do tratamento e da recuperação das pessoas afetadas. É possível observar que enfermeiros psiquiátricos têm freqüentes dificuldades de colocar em pratica os cuidados que deve ser prestado aos esquizofrênicos, devido às suas características. As manifestações tais como: alucinações, delírios, autoagressão e agitação psicomotora provocam ansiedade nos enfermeiros, dificultando o estabelecimento da comunicação interpessoal e a concretização da relação de ajuda. Como profissionais envolvidos com o cuidado ao esquizofrênico e com o ensino de enfermagem psiquiátrica temos várias questões que precisam ser melhores compreendidas incluindo-se a relação enfermeiro - paciente na perspectiva daqueles que cuidam diariamente (CASTRO; FUREGATO, 2008).

A clínica de enfermagem psiquiátrica lida com as pessoas em tratamento, sujeitos com nomes, com histórias de vida, com um jeito muito próprio de encarar a si mesmos e de relacionar-se com outras pessoas, sendo necessário abordá-los de forma que favoreça a retomada de seu lugar como sujeito falante, reflexivo, produtivo, responsável, capacitado para retornar a vida social (LIMA; GARCIA; TOLEDO, 2013).

A relação entre enfermeiro e paciente requer que o enfermeiro atenda às necessidades do paciente. O National Council of State Boards of Nursing, que aplica o exame nacional para enfermeiros práticos (NCLEX – RN), criou quatro categorias com base nas necessidades dos pacientes como estrutura para o planejamento do teste, que são: segurança, ambiente de

cuidado efetivo, promoção e manutenção da saúde, integridade psicossocial e integridade fisiológica. Essas categorias são aplicadas em todas as áreas da enfermagem prática, mesmo em um curto prazo da vida do paciente ou na concretização da transferência dos cuidados com a saúde. Para alcançar essas necessidades do paciente, os enfermeiros assumem quatro papéis básicos: cuidador, educador, colaborador e delegador (TIMBY, 2007).

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. As pesquisas descritivas são aquelas que têm como finalidade descrever as características de uma determinada população ou fenômeno ou então estabelecer relações entre variáveis obtidas através de técnicas que são utilizadas para coletar os dados que se deseja para implementar em um determinado trabalho. Estas pesquisas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente são realizadas pelos pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática (FIGUEIREDO, 2004).

A pesquisa exploratória tem como objetivo desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, formulando assim problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Estas são as pesquisas que se mostram menos rigorosas no planejamento. São pesquisas que envolvem levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso. As pesquisas exploratórias são desenvolvidas para proporcionar uma visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este tipo de pesquisa é realizado, especialmente, quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis (GIL, 2007).

A pesquisa qualitativa por sua vez, responde a questões muito particulares. É o tipo de pesquisa que trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Ou seja, esse tipo de pesquisa visa valorizar a realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes, e por isso se torna o objeto da pesquisa qualitativa e que dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos (MINAYO; 2007).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Hospital Regional Tarcísio Maia (HRTM), uma entidade pública situada na Rua Projetada S/N, Bairro Aeroporto I, na cidade de Mossoró - RN. Esta instituição foi escolhida porque se trata de um hospital regional geral de médio porte, que recebe pacientes encaminhados de várias cidades e é referência para o encaminhamento de

pacientes portadores de transtornos psiquiátricos que estejam apresentando alguma intercorrência ou patologia que necessite de uma internação clínica.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

“População é o conjunto definido de elementos que possuem determinadas características. Comumente fala-se de população como referência ao total de habitantes de determinado lugar” (GIL, 2009, p 90).

Amostra é o subconjunto do universo ou da população, por meio do qual se estabelecem as características desse universo ou população (GIL, 2009).

A população foi composta pelos enfermeiros que atuam na clínica médica do Hospital Regional Tarcísio Maia, onde a amostra se constituiu de cinco enfermeiros, que se enquadraram nos seguintes critérios de inclusão: os que aceitaram de maneira voluntária a sua participação na pesquisa assinando o TCLE e a obrigatoriedade de o profissional estar em atuação no vigente setor. Todavia, não puderam participar da pesquisa aqueles que estiveram de férias e/ou licença dos serviços ou recusaram-se a assinar o TCLE, mesmo após receberem os devidos esclarecimentos.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados foi através de um roteiro de entrevista semiestruturado. A entrevista é dada através de uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada primeiramente pelo entrevistador. Tem como objetivo construir informações relacionadas a um objeto de pesquisa, e é abordada pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes, com vistas a este objetivo (MINAYO, 2007).

4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através de uma entrevista semiestruturada onde foram abordados os seguintes temas: o cuidado prestado ao portador de esquizofrenia internado na clínica médica, a realização da consulta de enfermagem, a relação entre o profissional de enfermagem, o paciente e seu familiar e a sistematização da assistência de enfermagem. As entrevistas foram gravadas em aparelho celular e posteriormente transcritas na íntegra. A partir daí, os dados foram tabulados e em seguida analisados.

A coleta de foi realizada nos meses de Março e Abril do ano de 2014. O entrevistado foi abordado no próprio local de serviço, na sala da enfermagem, onde foram explicados os objetivos e a justificativa da pesquisa. Foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual lhe garante o sigilo das informações.

4.6 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados através do Discurso do Sujeito Coletivo. Segundo Lefèvre e Lefèvre (2005), o Discurso do Sujeito Coletivo permite entender e reconstruir a natureza dos discursos e argumentação do pensamento sem modificá-lo, considerando o significado do conteúdo do depoimento dos participantes. Esta estratégia metodológica visa tornar mais clara uma dada representação social e o conjunto das representações que conformam um dado imaginário. Dessa forma, é possível visualizar o pensamento humano sob a forma de um discurso, após ter sido analisado e interpretado pelo pesquisador.

A técnica consiste, basicamente, em analisar o material verbal coletado em pesquisas que têm depoimentos como sua matéria prima, extraindo-se de cada um destes depoimentos às ideias centrais ou ancoragens e as suas correspondentes expressões-chave; com as ideias centrais/ancoragens e expressões-chave semelhantes compõe-se um ou vários discursos-síntese que são os Discursos do Sujeito Coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

4.7 DESFECHO PRIMÁRIO

Como desfecho primário dessa pesquisa, esperou-se conhecer com o resultado encontrado nessa pesquisa a partir da caracterização social e da atuação do enfermeiro da clínica médica frente ao paciente esquizofrênico em uma internação clínica e com isso, compreender melhor como se dá essa assistência e ainda, se tal assistência está sendo oferecida da maneira correta. Os dados coletados poderão informar se os enfermeiros da clínica médica estão preparados ou não para lidar com esses pacientes.

4.8 DESFECHO SECUNDÁRIO

Como desfecho secundário espera-se encaminhar os resultados da pesquisa para publicação na Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança da Facene/Famene, com os devidos créditos aos pesquisadores associados integrante do projeto, como também, os

resultados do estudo serão divulgados, e colocar o nome de onde os dados foram coletados, instituições onde os dados foram obtidos, como preconiza a Resolução 466/2012 MS/CNS e a Norma Operacional Nº 001/2013 MS/CNS.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada obedecendo à resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a mesma ressalta sobre a visão do indivíduo e das coletividades, referências da bioética como: não maleficência, autonomia, justiça, beneficência e equidade, dentre outros, visam também assegurar os direitos e deveres que cabem aos participantes da pesquisa, assim como da comunidade científica e ao estado (BRASIL, 2012).

Foi baseado também na resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). A mesma aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem permitindo que os profissionais realizem pesquisa com seres humanos desde que a mesma esteja respeitando as formas éticas que a resolução estabelece.

O trabalho teve como riscos mínimos o incômodo ao responder as questões formuladas dificuldades em respondê-las, constrangimentos e como benefícios, os aprimoramentos dos conhecimentos e a possível mudança nos atendimentos e cuidados a esses pacientes, o que supera os possíveis riscos.

O estudo construído foi enviado e submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE/FAMENE, onde seguiu os trâmites legais, orientações e normas para que assim fosse realizada a coleta dos dados.

4.10 FINANCIAMENTO

Todas as despesas do projeto de pesquisa foram de total responsabilidade da pesquisadora associada. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN) disponibilizou orientadora, banca examinadora assim como acervo bibliográfico.

5 ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A seguir serão apresentados os resultados da pesquisa relacionada à assistência de enfermagem prestada aos portadores de esquizofrenia em um hospital público do município de Mossoró - RN, através do Discurso do Sujeito Coletivo e apresentado em forma de quadros. Foi garantido o sigilo quanto à identidade dos participantes e foram dados nomes fictícios como: Enfermeiro 1, enfermeiro 2, enfermeiro 3, enfermeiro 4 e enfermeiro 5.

QUADRO 1. Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à pergunta: Como devem ser os cuidados que o enfermeiro deve realizar com os pacientes portadores de esquizofrenia que estão em uma internação clínica?

Ideia Central I	Expressões chaves
Tratamento igualitário	<p>“Ele é um paciente como qualquer outro (...) então tem que ser tratado como qualquer outro paciente (...)”.</p> <p style="text-align: right;">(Enf. 1).</p> <p>“(...) a gente dá assistência igualmente como se tivesse dando a outro paciente”.</p> <p style="text-align: right;">(Enf. 3).</p>
DSC: Ele é um paciente como qualquer outro, então tem que ser tratado como qualquer outro paciente. A gente dá assistência igualmente como se tivesse dando a outro paciente.	
Ideia Central II	Expressões chaves
	<p>“(...) vai depender também da fase da doença que ele está, se está controlado ou se não está, né, vai depender de muitas coisas”.</p> <p style="text-align: right;">(Enf. 1).</p> <p>“(...) Aquilo que a gente ver, como é que ele tá, qual o</p>

Cuidado depende de muitos fatores	<p>comportamento dele naquele momento e a necessidade dele naquele momento.</p> <p style="text-align: right;">(Enf. 4).</p> <p>“(...) cuidado voltado para a continuidade do tratamento, saber ouvir o usuário e sua família, dando atenção especial a mudanças no seu comportamento (...)”.</p> <p style="text-align: right;">(Enf. 5).</p>
<p>DSC: Vai depender também da fase da doença que ele está, se está controlado ou se não está, né? Vai depender de muitas coisas. É aquilo que a gente ver, como é que ele tá, qual o comportamento dele naquele momento e a necessidade dele naquele momento, o cuidado voltado para a continuidade do tratamento, saber ouvir o usuário e sua família, dando atenção especial a mudanças no seu comportamento.</p>	

Fonte: Pesquisa de campo (2014).

Foi possível observar no discurso dos entrevistados que a assistência prestada ao usuário portador de esquizofrenia não respeita a singularidade do indivíduo fazendo-se de forma generalizada. Tendo em vista que, para que esse atendimento seja eficaz e de qualidade, é de grande importância que, também, seja um atendimento individualizado visando às necessidades do indivíduo de acordo com suas particularidades.

Durante a entrevista foi visto também a falta de conhecimento em relação a como deveria ser prestado essa assistência, quando um dos entrevistados descreveu que desconhecia a forma de atendimento já que nunca tinha se deparado com tal situação; em outro momento outro entrevistado relatou que o hospital não tinha como trabalhar esse tipo de paciente de maneira integral como seria no hospital psiquiátrico, dando a entender que em cada instituição existem formas diferenciadas de prestar o atendimento.

O atendimento aos pacientes portadores da esquizofrenia deve ser prestado da mesma forma que em qualquer unidade de saúde, tendo em vista que, dependendo do grau da sua doença mental eles possuem a capacidade de entender o que se passa ao seu redor colaborando de forma positiva para que sua recuperação se dê, de forma ágil e eficaz.

A assistência de enfermagem com os pacientes portadores de esquizofrenia é, e sempre foi, um grande desafio, questões culturais e da formação acadêmica fizeram desta área um lugar pouco procurado pelo enfermeiro que, habitualmente, volta sua formação para outras especialidades, ocorre que com o surgimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira,

felizmente os portadores de sofrimento mental grave, como os esquizofrênicos ganharam os espaços das unidades básicas de saúde, das maternidades, hospitais, laboratórios, clínicas de todas as especialidades e, portanto, necessitam de cuidados de enfermagem com qualidade igual aquela oferecida aos pacientes em geral (FARIA; CHICARELLI, 2009).

O paciente deve ser acompanhado por uma equipe multiprofissional composta por médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, enfermeira com especialização em psiquiatria e assistente social, sendo disponibilizado também tratamento farmacológico e psicossocial assim como o apoio dos familiares, o diagnóstico deve ser diferenciado para cada paciente respeitando sua singularidade e atendendo suas necessidades (GIACON; GALERA, 2006).

O cuidado torna-se mais correto quando o enfermeiro com sua experiência, habilidade técnica e cognitiva, compreende a importância de elaborar uma assistência sistematizada, individualizada e, principalmente, articulada com as necessidades do paciente e da família. A assistência de enfermagem deve ser feita de modo individual lembrando que o paciente portador de esquizofrenia é um ser humano que apresenta alterações emocionais e comportamentais. (FARIA; CHICARELLI, 2009).

QUADRO 2. Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à pergunta: Com relação à consulta de enfermagem, como ela é realizada com o paciente esquizofrênico na clínica médica?

Ideia Central I	Expressões chaves
Deve ser realizada como com qualquer outro paciente	<p>“(…) fazer a consulta como faria com qualquer outro paciente de qualquer outra patologia né? Tem que primeiro levar em consideração que ele é um paciente como qualquer outro.” (Enf.1).</p> <p>O paciente esquizofrênico geralmente ele é consciente e orientado, ele pode responder as perguntas que forem perguntadas dentro do histórico (…)” (Enf. 3).</p> <p>“é feita no momento da admissão deste paciente, onde realizamos a anamnese e exame físico (…)” (Enf. 5).</p>

	<p>“(...) tem que seria feito a anamnese, a história pessoal pregressa, a história HDA né, da doença atual (...)”.</p> <p style="text-align: right;">(Enf. 4).</p>
<p>DSC: Fazer a consulta como faria com qualquer outro paciente de qualquer outra patologia né? Tem que primeiro levar em consideração que ele é um paciente como qualquer outro. O paciente esquizofrênico geralmente ele é consciente e orientado, ele pode responder as perguntas que forem perguntadas dentro do histórico, é feita no momento da admissão deste paciente, onde realizamos a anamnese e exame físico, tem que seria feito a anamnese, a história pessoal pregressa, a história HDA né, da doença atual.</p>	

Fonte: Pesquisa de campo (2014).

Os dados do quadro 2 revela como é a realização da consulta de enfermagem, com os pacientes portadores de esquizofrenia que estão em uma internação clínica. De acordo com as falas dos enfermeiros entrevistados foi visto que a consulta com o paciente portador de esquizofrenia é perpetuada da mesma forma que é realizado com qualquer outro paciente que não seja portador da doença.

Um dos enfermeiros entrevistados colocou que por ser um paciente esquizofrênico, dependendo do grau da sua patologia, isso não impedia que o mesmo respondesse as perguntas que são abordadas durante a coleta dos dados que compõem o histórico clínico do cliente, dando a entender que o paciente, entende o que está acontecendo ao seu redor e com ele naquele momento. A consulta é realizada através da anamnese e a realização do exame físico, assim como é realizado com os outros pacientes que não apresenta nenhum tipo de doença mental.

Em um momento da entrevista, um dos enfermeiros entrevistados colocou que acreditava que não existia no hospital, no setor de clínica médica, um modelo ou um protocolo de consulta de enfermagem para pacientes com tal patologia. Foi possível observar que o mesmo desconhece como deveria ser realizada a consulta de enfermagem com esses pacientes, porque apesar da doença mental eles podem apresentar patologias clínicas que os levam à internação hospitalar, sendo a patologia clínica o foco principal, a consulta realizada deve ser dada da mesma forma que é realizada como qualquer outro paciente. Sendo assim a consulta se resume na anamnese e no exame físico.

Antes de iniciar a determinação dos cuidados que serão realizados com aquele paciente pelo enfermeiro, primeiro é necessário que se aponte as necessidades e os problemas do cliente. Para isso necessita-se de habilidades que facilitaram o levantamento de dados. Essas habilidades são aqueles atos que envolvem a coleta de dados: entrevista, observação e exame do paciente e, em certos casos, da família do paciente – termo amplamente utilizado em referência às pessoas com os quais o paciente reside ou está intimamente relacionado. Embora o paciente e seus familiares constituam os recursos primários para informações, o enfermeiro ainda faz uso do registro médico do paciente e da conversa com outros profissionais da saúde para obter outros fatos (TIMBY, 2007).

Segundo Domingues et al (2010), a entrevista ou anamnese como é conhecida pelos profissionais da saúde, é um instrumento de investigação para coletar informações e ao mesmo tempo é uma forma de estabelecer um relacionamento entre paciente e profissional. São dois estranhos frente a frente, trocando impressões, comunicando-se de alguma forma, verbal ou não verbal.

O objetivo da entrevista que é realizado pelo enfermeiro é de estabelecer contato, ou seja, desenvolver um relacionamento caracterizado pela confiança mútua, além de levantar dados importantes que irão nortear a assistência. Para os enfermeiros, é esse tipo de investigação que propicia a compreensão de como é a pessoa, de como esta encara o processo saúde-doença, de quais são suas perspectivas em relação ao cuidado e de como pode participar do plano de cuidados que será estabelecido pelo enfermeiro (DOMINGUES et al, 2010).

No que diz respeito ao exame físico, pode se dizer que é o levantamento das condições gerais do paciente, tanto, físicas como psicológicas, no sentido de buscar informações significativas para a enfermagem, capazes de facilitar a assistência que será prestada ao paciente. Em conjunto com a anamnese, compõe a coleta de dados, parte fundamental para a sistematização da assistência de enfermagem. A execução do exame físico em geral representa o primeiro momento de contato físico com o paciente (BARDUCHI et al., 2010).

QUADRO 3: Ideia Central, expressões-chave e Discurso do Sujeito Coletivo referente à pergunta: Qual a relação que vocês profissionais de enfermagem tem com o paciente portador de esquizofrenia e os familiares do mesmo?

Ideia Central I	Expressões chaves
Manter a comunicação	<p>“(…) que tenha aquela questão da conversa com a família, de todo esclarecimento pra ele sobre a situação do paciente e levando em consideração também a esquizofrenia, esclarecer como ela deve tratar o paciente, como é que deve ser o tratamento dele (…)”.</p> <p style="text-align: right;">(Enf. 1).</p> <p>“(…) tentamos estabelecer uma comunicação com a família do mesmo na tentativa de melhorar esta assistência”.</p> <p style="text-align: right;">(Enf. 5).</p> <p>“Então eu acredito que seja a questão de incluir mesmo, de orientar a família com relação a isso (…)”.</p> <p style="text-align: right;">(Enf. 4).</p>
<p>DSC: Que tenha aquela questão da conversa com a família, de todo esclarecimento pra ele sobre a situação do paciente e levando em consideração também a esquizofrenia, esclarecer como ela deve tratar o paciente, como é que deve ser o tratamento dele, tentamos estabelecer uma comunicação com a família do mesmo na tentativa de melhorar esta assistência. Então eu acredito que seja a questão de incluir mesmo, de orientar a família com relação a isso.</p>	

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

De acordo com os enfermeiros entrevistados, existe uma boa comunicação entre os profissionais e os familiares, melhorando assim o atendimento prestado a esses usuários. Tendo em vista que a comunicação é importante para criar uma inter-relação entre os membros citados e que também facilita a elaboração do plano de cuidado que o enfermeiro irá realizar, ofertando melhorias para seu estado clínico. Porém para que o progresso do serviço aconteça essa relação tem que existir não só com os familiares, mas também com o usuário.

A comunicação é um ato essencial para o existir humano. Mesmo antes do nascimento da criança já é possível perceber transmitindo e recebimento de mensagens do mundo. Vários

autores chegam a afirmar que o existir no mundo só é possível quando nos comunicamos. Mas comunicar-se verdadeiramente implica uma série de aspectos complexos que se não estiverem claros para as pessoas que estão se comunicando pode gerar desentendimentos, podendo até levar ao fracasso a relação entre eles (BITTES JÚNIOR; MATHEUS, 2007).

A escuta atenta e o diálogo travado, vão garantir que o paciente sinta mais confiança e liberdade de se expressar. Isso valoriza o indivíduo, suas necessidades, ameniza suas fraquezas e eleva sua potencialidade. Nesse sentido, todo e qualquer atendimento deve ser focalizado na comunicação e no relacionamento interpessoal, uma vez que são importantes instrumentos para viabilizarem o resgate da experiência e do significado da doença para o paciente (BORGES et al., 2012).

A forma de comunicar-se pode ser dada de várias maneiras, a verbal que é quando conseguimos transmitir uma mensagem falada, linguagem essa que é a mais utilizada entre os profissionais de saúde, e a comunicação de forma não verbal traduz aquilo que Watson chama de “linguagem transparente do corpo”. Geralmente não temos consciência de nossa comunicação não verbal, com isso torna-se mais difícil a compreensão dos enfermeiros em relação às expressões corporais que o usuário transmite na hora do cuidar, e isso dificulta a comunicação entre o profissional e paciente. (BITTES JÚNIOR; MATHEUS, 2007).

A comunicação é um meio de criar um vínculo com o paciente facilitando na sua colaboração para o tratamento que será realizado com o mesmo. Através dessa relação poderá ser colhida informações importantes que ajudarão o enfermeiro na hora de elaborar um plano de cuidado, agilizando assim a recuperação do usuário e fazendo com que o mesmo fique por menos tempo em uma internação clínica (BORGES et al., 2012).

Segundo Inaba, Silva e Telles (2005), a comunicação permite que pacientes e familiares sintam satisfação e segurança nos cuidados que serão realizados com o usuário. A comunicação que deve ser utilizada entre os enfermeiros, familiar e paciente é a mais comum possível. É aquela em que as informações sobre o estado do paciente acontecem nos horários da visita e são transmitidas de uma maneira simples, clara e objetiva, sem o uso de termos difíceis, para a compreensão até de pessoas com menos escolaridade.

QUADRO 4. Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à pergunta: Para você o atendimento a esses pacientes pode ser considerado um atendimento sistemático?

Ideia Central I	Expressões chaves
<p>Sistematizar para organizar o trabalho</p>	<p>“(…) tem que ser sistematizada até para organizar o trabalho, facilitar a assistência, melhorar a qualidade da assistência (…)”.</p> <p style="text-align: right;">(Enf. 1).</p> <p>“(…) deve ser sistemático a todo e qualquer paciente, no entanto ele não deve ser prioritário (…) Você tem que sistematizar porque é uma forma de organizar (…) não colocar isso em cima da necessidade do paciente (…)”.</p> <p style="text-align: right;">(Enf. 4).</p>
<p>DSC: Tem que ser sistematizada até para organizar o trabalho, facilitar a assistência, melhorar a qualidade da assistência; deve ser sistemático a todo e qualquer paciente, no entanto ele não deve ser prioritário. Você tem que sistematizar porque é uma forma de organizar, mas não colocar isso em cima da necessidade do paciente.</p>	
Ideia Central II	Expressões chaves
<p>Sistematização inexistente</p>	<p>“Eu acredito que não seja um atendimento sistemático pelo fato da esquizofrenia ser, apresentar sintomas diferentes, assim, alias; se apresentar de forma diferente nos diversos tipos de pacientes (…)”.</p> <p style="text-align: right;">(Enf. 2).</p> <p>“(…) por ser uma unidade de referência em urgência e emergência, não tem como realizar um atendimento sistemático ao usuário portador de esquizofrenia como seria numa instituição psiquiátrica (…)”.</p> <p style="text-align: right;">(Enf. 5).</p>
<p>DSC: Eu acredito que não seja um atendimento sistemático pelo fato da esquizofrenia ser, apresentar sintomas diferentes, assim, alias; se apresentar de forma diferente nos diversos tipos de pacientes. E por ser uma unidade de referência em urgência e emergência, não tem como realizar um atendimento sistemático ao usuário portador de esquizofrenia como seria</p>	

numa instituição psiquiátrica.

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

De acordo com os enfermeiros entrevistados pode ser observado que os mesmos relatam a importância da sistematização no atendimento, para que haja uma organização do serviço e conseqüentemente uma melhoria na qualidade da assistência de enfermagem. Para que essa sistematização e organização aconteçam necessárias à utilização da SAE, que é uma seqüência de ações desenvolvida pelo enfermeiro sendo dividida em: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução. Também foi posto que mesmo que o atendimento seja sistematizado ele não deve ser prioritário, pois deve ser observada a necessidade do paciente para que seja um atendimento eficaz.

Em outra ocasião da entrevista dois dos enfermeiros entrevistados relataram que não acreditam que o atendimento possa ser sistemático tendo em vista que é uma unidade de referência em urgência e emergência e que por isso não tem como realizar um atendimento sistemático aos usuários portadores de esquizofrenia, visando que os mesmos apresentam surtos de forma diferenciada.

A partir do processo de enfermagem é possível prestar cuidados ao paciente de forma sistemática, dinâmica e humanizada, fazendo com que se tenham resultados mais eficazes diminuindo o custo do tratamento, ajuda ao enfermeiro no processo da elaboração do plano de cuidados, fazendo com que esse plano seja avaliando constantemente a fim de rever os pontos que precisam de melhorias. O instrumento primordial para que aconteça essa organização é a SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) que se divide em cinco etapas: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. É de grande importância que ocorra a inter-relação no momento da realização das etapas, pois a coleta inadequada desses dados pode levar a uma interpretação errada do problema existente e conseqüentemente em uma elaboração errada do plano de cuidado (AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009).

O Conselho Federal de Enfermagem alega que a SAE deve ocorrer em todas as instituições de saúde no Brasil, seja ele público ou privado, considerando sua institucionalização como prática do processo de trabalho adequado às necessidades da comunidade e como modelo da assistência a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pelo enfermeiro. O Conselho considera que a implantação da SAE visa à melhoria na qualidade da assistência de enfermagem (CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou analisar a percepção dos enfermeiros em relação à assistência prestada aos pacientes portadores de esquizofrenia que esteja em internação clínica. Perante esse tema foi possível observar que os mesmos desconhecem a forma de cuidado realizado a esses usuários, tendo em vista que não existe uma inter-relação entre enfermeiro e paciente, mas sim que existe uma comunicação somente com os familiares do mesmo. Acreditamos que os enfermeiros ainda necessitam de preparo, conhecimento científico e prático sobre os cuidados prestados ao paciente com doença mental. Vale ressaltar que em um momento da pesquisa também foi possível observar que não existe uma sistematização do atendimento que é prestado e conseqüentemente, também não existe a organização do serviço. E acaba dificultando a qualidade da assistência prestada.

Perante os objetivos propostos pela pesquisa os mesmos foram alcançados com sucesso, foi de grande aprendizado para a vida acadêmica da futura enfermeira, pois foi possível observar como é dado à assistência ao paciente portador de esquizofrenia que esteja em internação clínica e que esteja acometido por outro tipo de patologia, além do conhecimento dos profissionais de enfermagem têm sobre essa assistência diante desse caso. Dessa forma percebeu-se a carência dos profissionais diante da assistência de enfermagem prestada a esses usuários, confirmando assim a hipótese proposta.

Em relação às dificuldades encontradas para a realização desse estudo destaca-se: a dificuldade em encontrar artigos que falasse sobre o tema abordado, como também dificuldade na colaboração dos enfermeiros em participar de tal pesquisa, tornando assim mais cansativo o processo de elaboração deste trabalho.

Espera-se que esse estudo possa despertar o interesse dos profissionais de saúde em aprender a maneira correta de se realizar o atendimento de enfermagem direcionado a esse público. Que ele possa levar informações de grande relevância para que ocorra a mudança na forma do atendimento atual, passando a ser um atendimento que vise às particularidades de cada indivíduo e assim o tornando mais eficaz e humanizado.

REFERÊNCIAS

- ABREU, P.B. et al. Psicoses. In: DUNCA, B.B. et al. **Medicina ambulatorial: Conduitas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- AMANTE, L.N; ROSSETTO, A.P; SCHNEIDER, D.G. Sistematização da assistência de enfermagem e unidade de terapia intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta. **Revista Escola Enfermagem USP**. v. 1, n. 43, p. 54 – 64, 2009.
- ANDRADE, Joseilze Santos de; VIEIRA, Maria Jésia. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Rev Bras Enferm.**, v.58, n.3, p.261-265, maio/jun. 2005.
- AZEVEDO, C. L. L. et al. Sobrepeso e Obesidade em Pacientes Esquizofrênicos em Uso de Clozapina Comparado com o Uso de Outros Antipsicóticos. **Revista Psiquiatria RS**. v. 28, n. 2, p. 120-128, 2006.
- BACKES, Dirce Stein; SCHWARTZ, Eda. Implementação da sistematização da assistência de enfermagem: desafios e conquistas do ponto de vista gerencial. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 4, n. 2, p. 182-188, maio/ago. 2005.
- BEZERRA, B. J. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Revista Saúde Coletiva**, v. 2, n. 17, p. 243 – 250, 2007.
- BITTES JÚNIOR Artur; MATHEUS, Maria Clara Cassuli. Comunicação. In: CIANCIARULLO, Tamara Iwanow. **Instrumentos Básicos para o Cuidado: Um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: editora Atheneu, 2007.
- BORGES, L.R. et al. Atendimento à crise psíquica no pronto – socorro: visão de profissionais de enfermagem. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 3, n. 33, p. 27 – 33, 2012.
- CASTROI, Sueli Aparecida de; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. Conhecimento e atividades da enfermagem no cuidado do esquizofrênico. **Rev. Eletr. Enf.**, v.10, n.4, p.957-965, 2008.
- CORDEIRO, F.R et al. Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Esquizofrenia: Revisão Integrativa. **Revista de Enfermagem da UFRN**, v. 2, n. 1, p. 174-181, 2012.
- COSTA, S.A.; FUREGATO, A.R.F. Conhecimento e atividades da enfermagem no cuidado do esquizofrênico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 957-65, 2008.
- CUSTÓDIO, O. Conduta na intoxicação por psicofármacos. In: MARI, J.J. et al. **Guia de psiquiatria**. Barueri: Manole, 2005.
- DOMINGUES,T.A.M et al. Entrevista. In: BARROS, A.L.B.L et al. **Anamnese e exame físico: Avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

FARIA, E. F.; CHICARELLI, A. M. Assistência de Enfermagem ao Paciente Portador de Esquizofrenia: O Desafio do Cuidado em Saúde Mental. **Revista Tecer.**, v. 2, n. 3, p. 30-40, 2009.

FERREIRA, A. A. A. et al. Tendência Temporal da Esquizofrenia: Um Estudo Realizado no Âmbito Hospitalar. **Brasil Psiquiatria.** v. 56, n. 3, p. 157-161, 2007.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Método e Metodologia na Pesquisa Científica.** 1.ed. São Caetano do Sul: Difusão, 2004.

FOUCAULT, M. **História da loucura.** 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 1972. 551p.

GAMA, C. S. Relato de Uso de Clozapina em 56 Pacientes Atendidos Pelo Programa de Atenção à Esquizofrenia Refratária da Secretaria do Estado do Rio Grande do Sul. **Revista Psiquiatria RS,** v. 26, n. 1, p. 21-28, 2004.

GIACON, B. C. C.; GALERA, S. A. F. Primeiro Episódio da Esquizofrenia e Assistência de Enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP,** v. 40, n. 2, p. 286-91, 2006.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5.ed. São Paulo: atlas, 2007.

GOFF, J. L. **A história nova.** 4. ed. São Paulo: Martins Fortes, 1998. 318p.

GONÇALVES, A.M; SENA, R.R A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-americano Enfermagem,** v. 2, n. 9, p. 48 – 55, 2001.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev Latino-am Enfermagem,** v.9, n.2, p.48-55, mar. 2001.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva,** v.14, n.1, p.297-305. 2009.

INABA, L.C; SILVA, M. J. P.; TELLES, S.C.R. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. **Revista Escola Enfermagem USP.** v. 4, n. 39, p. 423-9, 2005.

KIRSCHBAUM, Débora Isane Ratner; PAULA, Flora Karina Correa de; Contradições no discurso e na prática do trabalho de enfermagem nos serviços-dia de saúde mental. **Rev Esc Enferm USP,** v.36, n. 2, p.170-176, 2002.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M.; TEIXEIRA, J. J. **Discurso do Sujeito Coletivo:** uma abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul, 2000.

LIMA, D.V.; GARCIA, A.P.R.F.; TOLEDO, V.P. Compreendendo a Equipe de Enfermagem na Assistência ao Paciente Esquizofrênico. **Rede de Enfermagem do Nordeste.** v. 14, n. 4, p. 503-11, 2013

LOUZÃ NETO, M.R.; ELKIS, H. Esquizofrenia. In: LOUZÃ NETO, M.R.; ELKIS, H. **Psiquiatria Básica**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MINAYO, M. C. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 26 ed. Petrópolis: vozes, 2007.

MOREIRA, F. A.; GUIMARÃES. F. S. Mecanismos de Ação dos Antipsicóticos: Hipóteses Dopaminérgicos. **Medicina** . v. 40, n. 1, p. 63-71, 2007.

CASTILHO, Nadia Cecilia; RIBEIRO, Pamela Cristine; CHIRELLI, Mara Quaglio. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil: glossário. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.18, n.2, p.280 – 289, abr./jun. 2009.

NASSERE, Najla. **Da desconstrução do aparato manicomial à implementação da “política pública” de saúde mental caps** – o caso de Santa Cruz do Sul/RS. Santa Cruz do Sul, 2007.

OHI, R.I.B. et al. Exame físico geral. In: BARROS, A.L.B.L et al. **Anamnese e exame físico: Avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PAIVA, I. L. in. **Em defesa da reforma psiquiátrica**: por um amanhã que há de renascer sem pedir licença. 2003. 165 f. Dissertação (Mestrado e, Psicologia) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte [2003].

RIBEIRO, L. M. **Saúde mental e enfermagem**: em busca da integralidade na estratégia saúde da família, 2007. 116 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, [2007].

SANTOS, A.C.C.F. Referencial de Cuidar em Enfermagem Psiquiátrica: Um Processo de Reflexão de um Grupo de Enfermeiras. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v. 13, n.1, p. 51-55, 2009.

SHIRAKAWA, Itiro. Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. **Rev Bras Psiquiatr**, v.22, p.56-58, 2000.

SILVA, R.C.B. Esquizofrenia: Uma Revisão. **Psicologia USP**. v. 17, n. 4, p. 263-285, 2006.

TIMBY, Barbara K. **Conceito e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**: A relação enfermeiro-paciente. 8. Ed. São Paulo: Artmed, 2007.

TOWNSEND, M.C. **Enfermagem Psiquiátrica**: Conceitos de Cuidados. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

VICENTINO, C. **História Geral**. São Paulo; Scipione, 2002. 495p.

WILSON, W.R.; HENRY, N.K. Infecções do Trato Urinário. In: WILSON, W.R.; SANDE, M.A. **Doenças Infecciosas: Diagnóstico e Tratamento**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

GLOSSÁRIO

Anedonia: falta ou perda da capacidade de sentir prazer e/ou satisfazer-se, presente em pessoas diagnosticadas com depressão.

Apatia: condição do ser que não se comove; que demonstra indiferença; insensibilidade.

Aterogêneses: formação de lesões ateromatosas ou de ateromas nas paredes arteriais
Exemplo do uso da palavra Aterogênese: Ressaltar que as crianças obesas parecem ter um maior percentual de LDLc de padrão B, partículas menores e mais aterogênicas.

Demência: diminuição progressiva das faculdades mentais; alienação mental; loucura. Demência precoce, v. ESQUIZOFRENIA.

Embotamento: ação ou efeito de embotar.

Embotar: tornar menos sensível, enfraquecer, atenuar: a ociosidade embota o ânimo.

Idiopático: que tem o caráter de idiopatia: doença idiopática

Idiopatia: afecção que tem sua própria existência e não é consequência de outra. Predileção por algum objeto.

Idiotia: Atraso mental e/ou intelectual caracterizados pela ausência de linguagem.

Insanidade: caráter do que é insano. Dito, ação que revela falta de juízo, de bom senso.

Loucura: qualidade ou caráter do que é louco. Doença mental; doidice; demência, insanidade.

APÊNDICES

APENDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a):

Eu, Dayara Pessoa de Araújo, pesquisadora e aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Nova Esperança de Mossoró – FACENE, estou desenvolvendo uma pesquisa com o título é **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA AOS PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ-RN**. Essa pesquisa como objetivo geral Analisar a Assistência de Enfermagem prestada aos portadores de esquizofrenia em um Hospital Público do Município de Mossoró-RN, e como objetivos específicos: Conhecer a operacionalização da Consulta de Enfermagem aos portadores de esquizofrenia; Conhecer o relacionamento entre o profissional de enfermagem/portadores de esquizofrenia/família; Verificar na opinião do profissional de enfermagem a dificuldade para a sistematização no atendimento aos portadores de esquizofrenia.

Justifica-se essa pesquisa pela sua importância e benefícios no interesse em conhecer como é a atuação dos enfermeiros diante dos pacientes portadores de esquizofrenia que estejam hospitalizados na clínica médica de hospitais gerais de Mossoró. A mesma tem como objetivo desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, formulando assim problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores.

Convidamos o (a) senhor (a) participar desta pesquisa respondendo algumas perguntas sobre os cuidados de enfermagem ao paciente portador de esquizofrenia que esteja internado na clínica médica, o mesmo será gravado através de um aparelho celular.

Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Informamos ainda que o referido estudo poderá apresentar riscos mínimos tais como, incômodo ao responder as questões formuladas, dificuldades em respondê-las, constrangimentos, mas os benefícios que serão os aprimoramentos dos conhecimentos, a possível mudança nos atendimentos e cuidados a esse pacientes superarão esses riscos.

A participação do (a) senhor (a) na pesquisa é voluntária e, portanto, não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo.

A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa¹.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do (a) senhor (a) na realização desta pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi o(s) objetivo(s), a justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que o (a) pesquisador (a) me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE².

Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do (a) pesquisador (a) responsável.

Mossoró, _____ de _____ de 2014.

 Ana Cristina Arrais
 Pesquisadora Responsável

 Participante da Pesquisa

¹Endereço da pesquisador(a) responsável: Av. Presidente Dutra, 701, Alto São Manoel – Mossoró/RN. CEP: 59628-000. Fone: 3312-0143. E-mail: anaarrais@facenemossoro.com.br

²Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone : +55 (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com.br

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Como devem ser os cuidados que o enfermeiro deve realizar com os pacientes portadores de esquizofrenia que estão em uma internação clínica?
2. Com relação à consulta de enfermagem, como ela é realizada com o paciente esquizofrênico na clínica médica?
3. Qual a relação que vocês profissionais de enfermagem tem com o paciente portador de esquizofrenia e os familiares do mesmo?
4. Para você o atendimento a esses pacientes pode ser considerado um atendimento sistemático?

ANEXO

APÊNDICE B - Certidão



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN
 Fone: (83) 2106-4790 E-mail: cep@facene.com.br

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/13 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 3ª Reunião Ordinária realizada em 12 de Março 2014 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado **"ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ESQUIZOFRÊNICO NA CLÍNICA MÉDICA"**, protocolo número: 40/14, CAAE: 27084514.0.0000.5179 e Parecer do CEP:577.672, Pesquisadora responsável: **Ana Cristina Arrais** e dos Pesquisadores associados: **Joseline Pereira Lima, Dayara Pessoa Araújo e Lucidio Clebeson de Oliveira**.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/06/2014, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 02 de Abril de 2014


 Escola de Enf. Nova Esperança Ltda.
 Rosa Rita da Conceição Marques
 Coordenadora do CEP/FACENE/FAMENE

Rosa Rita da Conceição Marques
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE