



SECRETARIA DO ESTADO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO- UNEMAT
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE CÁCERES
FACULDADE DE CIÊNCIA DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM



BÁRBARA FORGIARINI BASTOS ANICETO

**O PACIENTE ESQUIZOFRÊNICO E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: UM
ESTUDO DE CASO NO CAPS ADULTO DE CÁCERES, MT.**

Cáceres, 2013



SECRETARIA DO ESTADO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO- UNEMAT
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE CÁCERES
FACULDADE DE CIÊNCIA DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM



BÁRBARA FORGIARINI BASTOS ANICETO

**O PACIENTE ESQUIZOFRÊNICO E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: UM
ESTUDO DE CASO NO CAPS ADULTO DE CÁCERES, MT.**

Projeto de Pesquisa apresentado a Universidade do Estado de Mato Grosso, executado em exigência à disciplina de TCC I, do curso de Bacharelado em Enfermagem, sob a supervisão da prof^a Fátima Aparecida da Silva Iocca

Orientadora: Enf^a. Ms. Raquel Borges Silva

Coorientadora: Nelzabete Silvino da Silva Lima

Cáceres, 2013.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	Erro! Indicador não definido.
2. OBJETIVOS	Erro! Indicador não definido.
2.1 Objetivo geral.....	Erro! Indicador não definido.
2.2 Objetivos específicos	Erro! Indicador não definido.
3. PROBLEMA	Erro! Indicador não definido.
4. HIPÓTESE	Erro! Indicador não definido.
5. JUSTIFICATIVA	6
6. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	7
6.1 A doença: Esquizofrenia	7
6.2 A assistência ao portador de Esquizofrenia a partir da Reforma Psiquiátrica no Brasil	9
6.3 Assistência de enfermagem ao portador de Esquizofrenia.....	13
7. METODOLOGIA.....	Erro! Indicador não definido.
7.1 Tipo de estudo	Erro! Indicador não definido.
7.2 Coleta de dados.....	Erro! Indicador não definido.
7.3 Análise dos dados.....	15
7.4 Aspectos Éticos.....	16
8. CRONOGRAMA.....	16
9. RESULTADOS ESPERADOS.....	17
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Erro! Indicador não definido.
11. APÊNDICES.....	19
12. ANEXOS.....	20

1. INTRODUÇÃO

A Reforma psiquiátrica no Brasil acarretou modificações extraordinárias na forma de cuidar de pacientes com transtornos mentais, tendo como princípios a reestruturação da assistência psiquiátrica e a mudança do modelo centralizado do hospital psiquiátrico para um modelo onde envolvem os direitos humanos dos pacientes psiquiátricos (HIRDES, 2009).

Assim, os leitos psiquiátricos de atenção absoluta nos hospitais gerais, passaram a ser utilizados apenas para os casos agudos, e a assistência passou para um enfoque multiprofissional, onde o tratamento é norteado no sentido de alcançar rápido abrandamento da sintomatologia e reinserção social (BRASIL, 2010).

A Esquizofrenia, por ser um transtorno cerebral grave, demorado e debilitante, é uma patologia na qual desperta muito interesse na área de saúde mental (SILVA, 2006). Esta doença gera um grande impacto não apenas no portador da doença, mas em toda sociedade e principalmente a família.

Percebem-se grandes dificuldades e limites para se estabelecer um diagnóstico de agravos à saúde mental, por isso, uma identificação, diferenciação e categorização desses agravos carecem da assimilação dos sinais e sintomas, distinção de outras variáveis e avaliação da realidade e da subjetividade do paciente (OLIVEIRA, 2006).

É necessário que a enfermagem juntamente com a equipe multidisciplinar comunique-se, visando novas formas de abordagem, para conduzir o paciente com Esquizofrenia a um atendimento que lhe ofereça convívio social, evitando assim o isolamento (CASTRO, 2008).

Assim sendo, se faz necessário estabelecer articulações da equipe de enfermagem com outros serviços de saúde, setores e comunidade para exercer uma conduta de assistência para o indivíduo e seus familiares, visando sua compreensão e (re)inserção social.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Compreender o paciente esquizofrênico relacionando seu comportamento com a assistência de enfermagem.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o paciente esquizofrênico frente à doença;
- Descrever a assistência de enfermagem prestada ao paciente esquizofrênico no município de Cáceres-MT.

3. PROBLEMA

Os enfermeiros compreendem a assistência de enfermagem ao portador de Esquizofrenia?

4. HIPÓTESE

Os enfermeiros compreende a assistência de enfermagem ao paciente portador de Esquizofrenia.

5. JUSTIFICATIVA

A esquizofrenia demonstra-se um desafio para todos os profissionais da saúde que trabalham com Saúde Mental. Apesar de várias abordagens sobre o assunto, ainda é um transtorno mental de difícil compreensão.

A equipe de enfermagem, juntamente com a equipe multidisciplinar, tem um papel importante na reabilitação ao paciente que sofre com transtornos mentais, como a Esquizofrenia, pois, é através desses profissionais que a assistência à saúde e acompanhamento ao portador serão realizados.

Investigar como se dá a assistência de enfermagem aos portadores e como eles convivem com a doença é necessário, para que se possam promover estratégias adequadas de atendimento, tanto para o paciente quanto aos seus familiares, podendo assim, inseri-los na sociedade de forma digna.

6. REFERENCIAL TEÓRICO

6.1 A doença: Esquizofrenia

O termo *esquizofrenia* foi criado em 1908 pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler. A palavra derivada do grego “skhiz” (dividida) e “fren” (mente) (BIRCHWOOD et al., 1989).

De acordo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas-Esquizofrenia e Transtornos Esquizoafetivos, do Ministério da Saúde, a esquizofrenia ou transtornos esquizofrênicos ou ainda síndromes psicóticas é um distúrbio mental grave, caracterizado por inadequação e embotamento do afeto sem prejuízo na capacidade intelectual e por distorções do pensamento e da percepção (BRASIL, 2012a).

As síndromes psicóticas são caracterizadas por pensamento desorganizado e comportamento claramente bizarro, como fala e risos imotivados, delírios e alucinações. “Os sintomas paranoides são muito comuns, como ideias delirantes e alucinações auditivas de conteúdo persecutório” (DALGALARRONDO, 2000).

Categoricamente, a esquizofrenia é classificada por variedade de sintomas, mas a maioria dos indivíduos desenvolve de modo lento e gradual, onde passa a conviver com uma sensação de estranhamento, de que “algo mudou”, sem definir exatamente o que possa ser.

A fase inicial da doença chama-se prodrômica, onde o cliente apresenta sinais e sintomas como isolamento e abandono nas atividades anteriormente importantes, sintomas esses que passam despercebidos pela família; “após esse início insidioso, aparece o surto propriamente dito” (ASSUMPÇÃO, 2009).

Para Barlow (2010), os profissionais da saúde mental frequentemente habitam distinguir a esquizofrenia dentre sintomas positivos e negativos.

Os sintomas positivos (Síndromes Produtivas nas Psicoses) são considerados como manifestações novas, floridas e produtivas do processo esquizofrênico, que são eles: ideias delirante, alucinações – de conteúdo paranoide – produções linguísticas novas como parafasias e neologismo, agitação psicomotora, comportamento e ideias bizarras (DALGALARRONDO, 2000).

Os sintomas negativos (Síndromes Deficitárias nas Psicoses) são considerados pela perda das funções psíquicas, que são: distanciamento afetivo,

retração social, alogia, diminuição da fluência verbal, lentificação psicomotora, avolição e autonegligência (DALGALARRONDO, 2000).

Há vários tipos de esquizofrenia, o diagnóstico diferencial é feito de acordo os sintomas predominantes.

Segundo Oliveira et al. (2006), a seguir, estão os tipos de esquizofrenia:

- **Paranóide:** Presença de delírios de perseguição e de grandeza;
- **Desorganizada:** Discurso e comportamento desorganizado, afeto embotado ou inadequado;
- **Catatônica:** Imobilidade motora (flexibilidade cética) alternada com atividade motora excessiva, negativismo em atender a uma solicitação, mutismo, movimentos estereotipados e repetição de palavras ou sons como um eco (ecolalia);
- **Indiferenciada:** Associa sintomas dos tipos anteriores;
- **Residual:** Ausência de sintomas produtivos proeminentes, comportamento desorganizado associado a sintomas negativos.

A esquizofrenia é diagnosticada no fim da adolescência ou começo da vida adulta. A incidência do aparecimento vai dos 15 aos 25 anos de idade para os homens e dos 25 aos 35 anos para as mulheres (APA, 2000).

A diferença de idades é esclarecida na literatura da seguinte forma: os homens passam estresse mais cedo que as mulheres, que apresentam taxas de hormônios contínuas. Os hormônios femininos têm efeitos semelhantes com os neurolépticos, por isso os sintomas surgem mais tardiamente, apenas quando as taxas hormonais começam a diminuir (TOSTES, 1989 *apud* GIACON, 2006).

Ainda há dúvidas sobre a etiologia da doença, não há um fator único, mas uma combinação de influências, cujos fatores são: biológicos, psicológicos e ambientais.

Os fatores biológicos são aqueles ligados à genética e/ou influências bioquímicas (Hipótese da Dopamina) e/ou influências Fisiológicas (Infecções Viróticas ou Anormalidades Anatômicas) (TOWNSEND, 2002).

Os fatores psicológicos são aqueles ligados ao psicossocial que focalizam a relação familiar (embora pesquisadores passassem a lançar dúvidas em relação a esta teoria) (TOWNSEND, 2002).

Os fatores ambientais são aqueles socioculturais, que envolve a classe social de um indivíduo, ou seja, há um maior número de pessoas nas classes socioeconômicas mais baixas apresentando sintomas de esquizofrenia do que nas classes socioeconômicas mais altas, como por exemplo, associada a viver na pobreza, ausência de cuidados pré-natais, entre outros (TOWNSEND, 2002).

Nos últimos anos sugere uma prevalência aproximada para 1 ano é de quase 1%. Estima-se que a incidência deve estar entre 1 a 7 casos novos para cada 10.000 habitantes por ano (ASSUMPÇÃO, 2009).

A esquizofrenia é um dos principais problemas de saúde pública da atualidade, demandando considerável investimento do sistema de saúde e ocasionando amplo sofrimento para o paciente e sua família (GIACON e GALERA, 2006).

A identificação das pessoas que apresentam transtorno mental, principalmente a esquizofrenia, demanda um olhar integrado da equipe de saúde, apontando ao reconhecimento de problemas possíveis de saúde mental, que deriva numa atitude de descrição, promoção de saúde e/ou reconhecimento, acolhimento e cuidado às pessoas e famílias em sofrimento (OLIVEIRA *et al*, 2006).

6.2 A assistência ao portador de Esquizofrenia a partir da Reforma Psiquiátrica no Brasil

Até a década de 1970, a assistência psiquiátrica no Brasil era prestada pelo poder público, por meio do Ministério da Saúde (MS), pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e pelas próprias Secretarias Estaduais de Saúde (SES) (BRASIL, 2005).

Suas redes eram compostas de macro-hospitais com características fortemente asilares e manicomiais: a absoluta ausência de recursos técnicos e materiais marcavam estas unidades que, apenas por seu estatuto jurídico-institucional poderiam ser denominadas de hospitais (AMARANTE, 1997).

Esta assistência tinha deficiência de recursos materiais e humanos, violência e maus tratos, aos quais só aumentava um agravamento no que dizia respeito à falta de liberdade e de direitos (tempos de internação aumentados, proibição de visitas e outros) (AMARANTE, 1997).

As instituições psiquiátricas abordavam teoria e prática em um pressuposto, onde somente via defeito, irracionalidade e periculosidade no louco/doente. A partir disso trazia em discussão a cidadania, o direito e tratamento digno ao paciente portador de sofrimento psíquico (AMARANTE, 1997).

O modo de assistência a esses pacientes precisava ser modificado, e foi através da Reforma Psiquiátrica, que tinha como objetivo assegurar os direitos dos

pacientes com transtorno mental, auxiliar nas atividades da vida diária, valorizar o sujeito, facilitar trocas sociais, reproduzir subjetividade, promover autonomia e, reinserção do sujeito na sociedade (BRASIL, 2005).

[...] conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados (AMARANTE, 1997).

No ano de 1989, o deputado Paulo Delgado (PT/MG), dá entrada no Congresso Nacional um Projeto de Lei, onde sugere regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país (BRASIL, 2005). Mas, somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a lei de Paulo Delgado é sancionada no país.

Assim, a Lei Federal 10.216 de 6 de Abril de 2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, privilegiando o tratamento em serviços de base comunitária (BRASIL, 2001).

A Reforma Psiquiátrica foi um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, das instituições de saúde e das relações interpessoais marcados por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica se concretiza como política oficial do governo federal, trazendo como momento atual dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao padrão centrado na internação hospitalar, por um lado, e a inspeção e diminuição progressiva e planejada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro (BRASIL, 2005; AMARANTE, 1997).

O novo modelo de assistência é o psicossocial que tem como característica a ênfase na promoção da saúde e na reinserção social do paciente (AMARANTE, 2011).

No modelo psicossocial a ênfase é na promoção da saúde e na reinserção social do paciente. O trabalho deve ser orientado de acordo com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), da Lei 10.216/2001, e da Política Nacional de Humanização, numa visão holística, humanizada sobre o portador de Esquizofrenia. Para tanto, todos os membros da equipe multiprofissional devem trabalhar de forma interdisciplinar, para abranger toda a complexidade e singularidade do tratamento (JORGE *et al*, 2006).

Através desse novo modelo de assistência, ocorreu integração de novos serviços de saúde ao portador de transtorno mental, são eles: CAPS, NAPS, Residências Terapêuticas, Hospital Dia e Atenção Básica a Saúde.

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiu em São Paulo como modelo sanitário-preventista, com o intuito de substituir a assistência equivocada pelos hospitais psiquiátricos, preocupando-se com o paciente de forma singular, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2005; AMARANTE, 1997).

Segundo o Ministério da Saúde, com a Portaria 336/2002 o CAPS precisa ter uma equipe mínima composta por um médico (formação em saúde mental), um enfermeiro, três profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e por fim quatro profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

Em seguida foi criado o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) com funcionamento ininterrupto (24 horas/dia-365 dias/ano), uma estrutura mais complexa onde o atendimento é do tipo emergencial que visa não apenas uma demanda clínica, mas uma demanda social (BRASIL, 2005; AMARANTE, 1997).

Para Amarante (1997),

[...] o CAPS seria um serviço sanitário *sensu strictu*, com uma proposta terapêutica calcada no modelo médico psicológico de análise, enquanto que os NAPS seriam serviços não apenas médicos, no sentido rigoroso do termo, mas assumidamente sociais e culturais.

As Residências Terapêuticas são casas que vem supri a necessidade de moradia para pacientes com transtornos mentais grave, egressos de hospitais psiquiátricos ou não, seu objetivo é auxiliar os portadores de transtorno mental em seu processo de reintegração a comunidade (BRASIL, 2005).

Os Hospitais Dia desenvolvem suas atividades em até 5 dias da semana (de 2º feira à 6º feira) com carga horário de 8 horas por dia a cada paciente, oferecendo através de uma equipe multidisciplinar um atendimento entre a internação e o ambulatório, que tem como objetivo a atenção de cuidados intensivos, substituindo a internação integral (BRASIL, 1992).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado na década de noventa com o intuito de defender os direitos, deveres e compromisso com a saúde. Tem como

princípio a integralidade, igualdade, equidade e universalidade, sendo assim a Atenção Básica de Saúde tem como estratégia o cuidado integral aos pacientes, buscando resultados importantes para saúde coletiva (BRASIL, 2005).

Outro instrumento para subsidiar o modelo de Atenção Psicossocial é o Programa “De Volta para Casa”, que oferece um auxílio financeiro para as pessoas que ficaram internadas longamente em hospitais psiquiátricos e, perderam o contato com seus familiares, seus documentos e suas moradias. Este programa contribuiu para a desinstitucionalização e inclusão social desses pacientes psiquiátricos (BRASIL, 2005).

O tratamento da esquizofrenia é difícil e abrange diferentes modalidades de abordagem, que podem ser divididas em biológicas e psicossociais, sendo distintas dependendo da fase em que o paciente se encontra (ASSUMPÇÃO JUNIOR, 2009).

O tratamento biológico são as drogas antipsicóticas ou neurolépticas, normalmente drogas de outras classes farmacológicas são usadas em combinação para atuarem de forma adjuvante no tratamento (ASSUMPÇÃO JUNIOR, 2009).

As terapias **psicossociais** são inúmeras levando a ajudar o paciente com esquizofrenia, envolvendo abordagens como técnicas psicoterápicas individuais e de grupo, atendimento familiar e treinamento de habilidades sociais, vocacionais e psicoeducação (DAMÁSIO, MELO e ESTEVES, 2008).

A assistência psicossocial deve ter por base os preceitos da reabilitação psicossocial, que de acordo Jorge *et al*, (2006)

A reabilitação é uma concepção que deve estar presente, não somente no dia-a-dia de todo profissional de saúde comprometido com sua profissão e solidário com portador de sofrimento psíquico, mas também nas ações que caracterizam o nosso sistema sócio-político e pelos diversos segmentos da sociedade, uma vez que, nesse processo, somos todos os agentes sociais.

A reabilitação psicossocial necessita considerar três pontas da vida de qualquer indivíduo: trabalho, casa e lazer. Nesta expectativa, cabe a equipe de saúde mental envolver o paciente em sua integralidade, a reabilitação incide em um conjunto de táticas capazes de desempenhar a singularidade, a subjetividade e o respeito à pessoa com sofrimento psíquico, ajustando melhor qualidade de vida (SARACENO, 1999).

As terapias individuais e em grupo auxiliam o paciente a manter contato social e relações expressivas com outros indivíduos (PFAMMATTER *et al.*, 2006 *apud* VIDEBECK, 2012).

A terapia psicossocial vem para auxiliar esse paciente com transtorno mental – tendo como partida sua história de vida – a inserir-se na comunidade em que convive (KANTORSKI *et al.*, 2007).

Entretanto, é imprescindível se estruturar saberes e práticas de atenção em saúde mental com uma abundância de possibilidades reabilitadoras, de modo que a oferta potencial seja para que cada um, dentro de sua especificidade, possa ampliar buscando a valorização da positividade do sujeito (KANTORSKI *et al.*, 2007).

6.3 Assistência de enfermagem ao portador de Esquizofrenia

A assistência de enfermagem em saúde mental antes da Reforma Psiquiátrica era realizada de forma descompassada, onde o cuidado ao paciente era subsidiar as internações médicas (DAMÁSIO, MELO e ESTEVES, 2008).

Após a Reforma Psiquiátrica surge um novo conceito de assistência com propostas diferenciadas.

Para Damásio, Melo e Esteves, (2008)

[...] a função do enfermeiro não admite mais a noção de “cura”, mas de reabilitação, reinserção social e, portanto, o instrumento para esse fim não condiz aos meios conservadores como físicos, químicos coercitivos, mas outros que proporcionem a escuta e a valorização do sujeito-cidadão que sofre mentalmente.

O enfermeiro, inserido na equipe interdisciplinar e multiprofissional, passa utilizar o relacionamento terapêutico, para exercer um papel reconhecido como “agente terapêutico” por sua capacidade de influir nas relações interpessoais, de modificar o ambiente e de orientar as interações em grupo (DAMÁSIO, MELO e ESTEVES, 2008).

Os enfermeiros desempenham um papel essencial na assistência ao portador de esquizofrenia, seja qual for a fase da doença. Na prática, os enfermeiros tem dificuldade na realização ao cuidado devido à ansiedade frente aos sintomas provocados pela esquizofrenia, dificultando a comunicação interpessoal e a concretização da relação de ajuda (CASTRO *et al.*, 2008).

O cuidado torna-se mais apropriado quando o enfermeiro com seu conhecimento, agilidade técnica e cognitiva, entende a importância de organizar

uma assistência sistematizada, individualizada e, principalmente, articulada com as necessidades do paciente e da família (FARIA e CHICARELLI, 2009).

Para tanto ele desenvolve a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que é um processo de Enfermagem que deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem (BRASIL, 2009).

É necessário enfatizar que a correta utilização da SAE no processo de enfermagem impulsiona não só a um cuidado humanizado, mas é também voltado a resultados, e estes, de baixo custo. Ainda segundo a mesma autora, impele as enfermeiras a realizarem uma autoanálise de suas ações e a refletirem em melhorias a serem implantadas para um cuidado pleno e efetivo (ALVARO-LEFEVRE, 2005).

O Processo de Enfermagem é o método sistemático e organizado, voltado ao cuidado do cliente em suas necessidades individuais. Consiste de cinco passos, inter-relacionados e dinâmicos são eles: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução (ALVARO-LEFEVRE, 2005).

O profissional de enfermagem deve ter em mente que o paciente com esta patologia é um ser humano singular no qual apresenta alterações comportamentais e emocionais, assim tendo que estabelecer propósito adequado e determinado na assistência às necessidades terapêuticas tendo a participação do portador e seu familiar (CASTRO *et al*, 2008).

No relacionamento enfermeiro/paciente a comunicação com o paciente, sua capacidade de ouvir e interagir contribuiu para a promoção do vínculo, do acolhimento e adesão do paciente ao tratamento psicossocial. Os enfermeiros devem buscar acolher e apoiar as famílias na superação das dificuldades enfrentadas, mostrando-lhes a importância do seu papel na facilitação da inserção social de seu membro adoecido (JORGE *et al*, 2006).

Apesar da doença, o profissional deve acreditar na remissão dos sintomas e na capacidade de inserção desse paciente a sociedade. O enfermeiro e sua equipe devem estabelecer ações para atender as necessidades do paciente com esquizofrenia (CASTRO *et al*, 2008).

7. METODOLOGIA

7.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo estudo de caso, no qual será realizado com portador de esquizofrenia no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Adulto de Cáceres-MT.

A pesquisa qualitativa se preocupa nas ciências sociais, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2004).

A pesquisa qualitativa preocupa-se com os aspectos da realidade que não podem ser quantificados através de fórmulas ou dados estatísticos (MINAYO, 2006).

Estudo de caso consiste em um estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento. Seus resultados, de modo geral, são apresentados em aberto, ou seja, na condição de hipóteses, não de conclusões (GIL, 2002).

7.2 Coleta de dados

Os dados serão coletados através de entrevista com o paciente e análise do seu prontuário.

A entrevista será realizada no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) no município de Cáceres-MT, utilizando um roteiro semi estruturado, contendo perguntas para identificar a compreensão do paciente frente à doença.

Na análise do prontuário será identificada a assistência de enfermagem prestada ao entrevistado. As informações presentes no prontuário serão importantes para identificar como se deu a assistência do enfermeiro, inserido na equipe multidisciplinar, ao esquizofrênico, seus familiares e a inserção do mesmo a comunidade.

7.3 Análise dos dados

Os dados serão analisados de acordo com a Análise de Conteúdo (MINAYO,...).

De acordo com [Minayo \(...\)](#) a análise de conteúdo é descrita em três etapas:

- a) Pré-análise: fase de organização e sistematização das ideias, em que ocorre a escolha dos documentos a serem analisados e a elaboração de indicadores que orientarão a interpretação final, cotejando o material coletado com as hipóteses levantadas.
- b) Exploração do material: é a codificação dos dados brutos para se alcançar o núcleo de compreensão do texto, estabelecendo a categorização dos dados.
- c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os dados brutos são cotejados com as categorias construídas procurando tornar significativas as informações obtidas.

Após esse tratamento, os dados serão apresentados e discutidos com a abordagem qualitativa, apresentando os dados obtidos com as entrevistas e selecionando uma fala representativa de um ator social para exemplificar.

7.4 Aspectos Éticos

Inicialmente será realizado um levantamento de informações para conhecimentos teóricos, encaminhamento do projeto para aprovação no Comitê de Ética da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT), respeitando os princípios e diretrizes da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa em Saúde que envolve seres humanos.

Ao término da pesquisa serão disponibilizados os resultados obtidos para a cidade, e para todos aqueles nos quais possam interessar.

8. CRONOGRAMA

PERIODOS ATIVIDADES	2013 8º Semestre	2014 9º Semestre	2014 10º Semestre
Levantamento bibliográfico	X	X	
Leitura teórica	X	X	X
Correções		X	
Entrega do primeiro Esboço		X	
Entrega do TCC		X	
Definição de banca		X	

Apresentação		X	
Produção e apresentações científicas		X	X

9. RESULTADOS ESPERADOS

A Esquizofrenia é um transtorno ainda de difícil compreensão, pois os enfermeiros apresentam certas dificuldades frente este transtorno mental, devido a complexidade da doença e seus sintomas dificultam o diagnóstico preciso, trazendo assim, certo prejuízo ao tratamento.

Assim, com este projeto espera-se identificar a compreensão do paciente esquizofrênico frente à doença, referente à vida do paciente antes da doença, quando iniciou o tratamento, por quem ela é assistida no CAPS e se a enfermagem presta a devida assistência, afim de proporcionar um melhor entendimento da doença, sinais e sintomas, tratamento e recaídas, e, identificar como se deu a assistência do enfermeiro, inserido na equipe multidisciplinar, ao esquizofrênico, seus familiares e a inserção do mesmo a comunidade.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. São Paulo: Artmed. 5ª ed, 2005.

AMARANTE, P. (Org). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Panorama ENSP, 1995.

AMARANTE, P. D. C. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 3ª ed, 2011.

AMARANTE, P. Loucura, Cultura e Subjetividade: Conceitos e Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: FLEURY, S (organizadora). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

APA (American Psychiatric Association). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association, (2000).

ASSUMPÇÃO, T. M. Esquizofrenia. In: ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B. **Psicopatologia: Aspectos Clínicos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

BARLOW, D. H.; DURAND, V. M. **Psicopatologia: Uma abordagem integrada**. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

BRASIL. Presidência da Republica Casa Civil. **Lei 10.216**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº336**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução COFEN nº 358. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2007-2010.** Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas:** Esquizofrenia e Transtornos Esquizaofetivos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CASTRO, S. A, FUREGATO, A. R. F. Conhecimento e atividades da enfermagem no cuidado do esquizofrênico. **Rev. Eletr. Enf.** n. 10, v. 4, p. 957-65, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a08.htm>. Acesso em: 04/12/2013.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Cien Saude Colet*, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100036&script=sci_arttext. Acesso em: 06/12/2013.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais.** Porto Alegre: Artmed, 2000. p.271

FARIA, E. F. CHICARELLI, A. M. Assistência de enfermagem ao paciente portador de esquizofrenia: o desafio do cuidado em saúde mental. **Rev. Tecer.** Belo Horizonte. v. 3. n. 2, p 1-11, 2009.

GIACON, B. C. C.; GALERA, S. A. F. Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP.** n. 40, v. 2, p. 286-91, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas. v. 4, 2002.

JORGE, M. S. B. RANDEMARK, N. F. R. QUEIROZ, M. V. O. RUIZ, E. M. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Rev Bras Enfer**, n. 59. v. 6, p. 1-6, 2006.

KANTORSKI, L. P.; MIELKE, F. B.; TEIXEIRA JUNIOR, S. O trabalho do enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial. **Rev Trabalho, Educação e Saúde**. n. 1. v. 6, 2008.

OLIVEIRA, A. G. B.; VIEIRA, M. A. M.; ANDRADE, S. M. R. **Saúde Mental na Saúde da Família**: subsídios para o trabalho assistencial. São Paulo: Olho d'Água, 2006.

SARACENO, B. A. **Reabilitação como cidadania**. Rio de Janeiro: TeCorá, 1999.

SILVA, R. C. B. Schizophrenia: a review. **Psicologia USP**, n. 17, v. 4, p. 263-285, 2006.

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

ANEXOS

ESTUDO DE CASO – ESQUIZOFRENIA – CAPS ADULTO**Questionário Semi-Estruturado:**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

IDADE: DATA DE NASCIMENTO: SEXO:

ESTADO CIVIL: ESCOLARIDADE:

RENDA FAMILIAR: PROFISSÃO:

RESIDENTE:

NATURALIDADE:

MEDICAMENTO EM USO:

Perguntas:

1. Como era a sua vida antes da doença?
2. Quando começou o tratamento da doença?
3. No CAPS, você é assistida por quais profissionais da equipe de Saúde?
4. Referente ao Enfermeiro, você tem ou teve alguma assistência?