

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

JOÃO DE SOUZA NEGREIROS FILHO

**ELABORAÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA PARA PROFISSIONAIS SOBRE A
IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO CUIDADO AO PACIENTE COM ESQUIZOFRENIA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

JOÃO DE SOUZA NEGREIROS FILHO

**ELABORAÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA PARA PROFISSIONAIS SOBRE A
IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO CUIDADO DO PACIENTE COM ESQUIZOFRENIA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem –Atenção Psicosocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa Orientadora: Jouhanna do Carmo Menegaz

FLORIANOPÓLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **ELABORAÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA PARA PROFISSIONAIS SOBRE A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO CUIDADO AO PACIENTE COM ESQUIZOFRENIA** autoria do aluno **JOÃO DE SOUZA NEGREIROS FILHO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

Profa. Msc. Joughanna do Carmo Menegaz
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANOPÓLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Ao meu pai falecido. Obrigado pela confiança depositada.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais (Carmelita e João), à minha família (Adriana, Geovani e Sofia) que me acompanham nos caminhos fáceis e difíceis, ajudando um ao outro. Sem eles não haveria sentido nesta jornada. Agradeço a Deus pela oportunidade de estar enfrentando estes desafios.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	4
3 MÉTODO.....	6
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	8
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	12
REFERÊNCIAS.....	13

RESUMO

A esquizofrenia acarreta sérios problemas de relacionamento social e seu portador é o sujeito que sai do hospital psiquiátrico devido à desinstitucionalização é reintegrado à família, sociedade e serviços substitutivos tornando-se um cidadão com direitos e deveres e ao mesmo tempo é um desconhecido em suas particularidades de convívio com o outro. Neste sentido, o objetivo deste trabalho é elaborar uma cartilha educativa para profissionais sobre a importância da família no cuidado ao paciente com esquizofrenia atendido no CAPS I de São Joaquim de Bicas-MG. Tratou-se de uma tecnologia de concepção que consiste em desenhos/projetos para o cuidado de enfermagem, bem como uma forma de delimitar a atuação do enfermeiro em relação a outros profissionais. Para início do trabalho realizou-se uma busca na literatura junto às bases de dados LILACS, BDNF e SciELO para identificação de como a esquizofrenia, particularmente a relação do profissional com a família, tem sido abordada na literatura. Deste movimento foram identificados 22 artigos, sendo 16 de interesse para este trabalho. Com isso, emergiram três temas: dificuldades enfrentadas por profissionais, usuários e familiares, a doença como fator de união e outros recursos terapêuticos. Receberam atenção a importância da intersetorialidade entre gestores e a maior troca de conhecimento entre profissionais do CAPS. Conclui-se que a compreensão por parte dos profissionais de saúde e enfermagem de que as dificuldades de familiares requerem olhar humanizado, que a intersetorialidade é peça fundamental na assistência e que cuidador e usuário possuem demandas de assistência visto as características desgastante decorridas da esquizofrenia.

Descritores: Atenção Primária a Saúde; Transtornos Mentais; Esquizofrenia; Família.

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira iniciada no fim da década de 70 estabeleceu a desinstitucionalização de portadores de distúrbios mentais reintegrando-os no seio familiar e à sociedade. O processo de desospitalização levou principalmente à família, o convívio com aquele que possui o estigma da loucura surgindo dificuldades que dificultariam este convívio que, conforme a estrutura pensada pelas políticas de saúde mental, este relacionamento seria mais organizado (BEHENCK *et al.*, 2011; RIBEIRO *et al.*, 2009).

Dentre os distúrbios mentais graves a esquizofrenia acarreta sérios problemas de relacionamento social ao portador desta doença. O doente é o sujeito que sai do manicômio, é reintegrado à família e a sociedade passando a ser visto como um cidadão com direitos e deveres. Neste momento tanto família, sociedade e serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico (CAPS, hospitais-dia, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, ambulatórios, centros de convivência, oficinas de geração de renda, serviços residenciais terapêuticos, entre outros), desconhecem este sujeito em suas particularidades de convívio com o outro. Os problemas surgem e principalmente os familiares serão aqueles a enfrenta-los tornando-se muitas vezes usuários da rede substituta tão grande é sua dificuldade (BEHENCK *et al.*, 2011; RIBEIRO *et al.*, 2009).

De acordo com a Sociedade Americana de Psiquiatria a esquizofrenia atinge 1% da população em ambos os sexos. O gênero masculino é aquele mais acometido pelos sintomas causando danos na interação social e resistência de adesão ao tratamento. No homem inicia-se mais precocemente por volta de 15 a 25 anos, nas mulheres tem início entre 25 e 35 anos, porém, há uma maior aceitação da doença, não afetando sobremaneira relacionamentos e tratamento (BEHENCK *et al.*, 2011; LIMA *et al.*, 2011).

De acordo com a Reforma Psiquiátrica a família é parte essencial no tratamento. A importância dos familiares principalmente mulheres e com isso enumera-se mães, irmãs, demais deste gênero são aquelas que convivem com as maiores dificuldades, a saber: a falta de compreensão e aceitação da realidade vivenciada, gerando a restrição do lazer e desgaste na saúde do cuidador, comportamento peculiar e delirante com atitudes incompreensíveis, autoagressividade e heteroagressividade, comportamento inadequado entre outros. Ribeiro *et al.*, Lima *et al.*, Pegoraro e Saldanha (2008) propõe a família como parte fundamental no tratamento

no sentido de trazer para equipe de saúde seus problemas e do familiar esquizofrênico afim de melhor prognóstico da doença e convivência.

A forma como a família ou comunidade lida com o transtorno mental são determinadas por valores e representações e a maneira de olhar o mundo num determinado momento histórico são reflexos tanto de contextos biológicos, socioeconômicos, religiosos, ideológicos, entre outros e isto influenciará na dinâmica familiar. Haverá momentos harmônicos entre doentes e familiares e isto deve ser objetivo também dos profissionais de saúde para melhor elaboração do projeto terapêutico do usuário (PIMENTA, 2008; SILVA e SANTOS, 2009).

Haverá familiares interessados em entender conceitos e características da esquizofrenia a fim de evitar novas crises e reinternações. No contexto familiar do autor deste trabalho há um relacionamento harmonioso com um usuário esquizofrênico e isso foi possível graças ao melhor entendimento e aceitação desta grave doença, a estruturação social, econômica, religiosa e ideológica das pessoas que compõem o ambiente familiar, apesar do afastamento de vizinhos devido à doença, ao entendimento do funcionamento dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico a fim de se obter o máximo de ajuda possível, saber que o paciente psiquiátrico possui direitos e deveres e que não está isento de punições caso infrinja leis. Houve adesão deste usuário somente ao tratamento farmacológico disponibilizado pelo (Sistema Único de Saúde) SUS, e com isso a aceitação da doença, outros serviços como psicoterapia e oficinas terapêuticas não foram aceitos. E isto é direito do usuário. Como é dever dos familiares esclarecer-se que mesmo o paciente medicado, pode passar por desilusões e dificuldades que poderão leva-lo a crises e esta será diluída entre profissionais e familiares.

Desta forma, há a necessidade de reestruturação do atendimento ao familiar principalmente, do usuário (Portador de Transtorno Mental) PTM, no serviço CAPS I ao qual o autor deste trabalho faz parte. Tal a ausência do familiar em reuniões de familiares que somente o doente dela fazem parte, perdendo desta forma sua finalidade. Há casos de doentes graves que não aceitam a família ao seu lado e esta por já haver passado por inúmeras frustrações, optam por ausentar-se do convívio e tratamento. Em outro contexto, os componentes familiares, mãe ou pai e filhos são esquizofrênicos o que leva a estruturar o apoio familiar de forma a não trazer preconceitos durante as reuniões.

Dada à importância do tema, o presente estudo tem como objetivo elaborar uma cartilha educativa para profissionais sobre a importância da família no cuidado ao paciente com esquizofrenia atendido no CAPS I de São Joaquim de Bicas-MG.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A prática assistencial na Saúde Mental requer que o enfermeiro seja um articulador entre as áreas que compõem a equipe de profissionais atuando de maneira a colaborar para que o trabalho não seja apenas dividido. A equipe é concebida como formada por diferentes áreas de conhecimento com o fim de formar um projeto comum de trabalho tendo como meio, a troca de conhecimentos (MINAS GERAIS, 2006).

Esta equipe atua de maneira a secretariar o portador de distúrbio mental, trabalho único e por vezes desgastante visto a complexidade da mente humana em suas mais diversas subjetividades. Diferente do atendimento hospitalar, no qual evita-se constantemente as infecções hospitalares trabalhando assim, de forma a estabilizar o quadro do paciente de modo a efetivar seu retorno para casa. Trabalha-se com a alta rotatividade de clientes das mais diversas crenças, raças e idades. Na saúde mental e mais especificamente numa cidade de 25.000 habitantes como São Joaquim de Bicas, alguns usuários vêm o CAPS I como sua residência. Novos usuários vêm e vão, porém há sempre aqueles que estão no serviço há 20 anos e suas vontades, desejos e ambições praticamente dependem de como o serviço é organizado. Em um serviço público estatutário, concursados permanecem por igual tempo. Daí o desgaste, algumas vezes a mecanização da assistência. Lidar com o estigma da loucura, “ouvindo vozes, vendo vultos, comportamentos maníacos duradouros, euforia de humor contínuos e depressões desgastantes” requer habilidades únicas. Daí a importância da equipe dividir responsabilidades de cuidar o “louco”.

E não é cuidar apenas daquele que no momento do acolhimento apresenta sinais e sintomas de esquizofrenia, é cuidar de, e sobretudo, da família. Esta não consegue ver as alucinações visuais e auditivas como algo real, e sim como “uma coisa do capeta”, não vê as tentativas de autoextermínio como vozes de comandos e sim “como ele tem a mente fraca”. Os familiares também são sujeitos com demanda de autocuidado. Santos e Sarat, (2008) sugerem que o trabalho da família abrange a educação em saúde, porém, quando esta também necessita de atenção como doente mental, o trabalho da enfermagem passa a ter o foco num “serviço humano para ajudar as pessoas na obtenção e recuperação de habilidades e os aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais da saúde são inseparáveis no indivíduo”.

A teoria de Orem conceitua a enfermagem como serviço especializado que tem o foco de trabalho nas pessoas com incapacidades de autocuidado, tanto em quantidade como em qualidade. Com isso, reafirma outras teorias de enfermagem, nas quais o enfermeiro trabalha a Educação em Saúde, ensinando seu cliente a cuidar de si. E quando a questão é fazer a família cuidar de si e de seu ente querido ambos diagnosticados com esquizofrenia? Doença que até o momento, as ciências médicas não conseguiram prever. Esta teórica afirma que o autocuidado vem antes de se adoecer e é fundamental para prevenir doenças (SANTOS E SARAT, 2008).

Faz parte do serviço a realização de visitas domiciliares a fim de melhor adequação do projeto terapêutico. Depara-se neste momento com pessoas simples, vivendo em situações precárias de higiene e autocuidado. E por vezes, como dito anteriormente, pais e filhos são portadores deste distúrbio mental. Déficit de higiene é inerente ao portador deste transtorno grave, este perde a noção de que ter higiene é ter qualidade de vida. Santos e Sarat, (2008) “definem pessoa como seres humanos que se diferenciam de outras coisas vivas por sua capacidade de refletir acerca de si mesmos e de seu ambiente, possuindo capacidade para a aprendizagem e o desenvolvimento”. Neste momento o papel do enfermeiro na Educação e Promoção da Saúde é essencial. “O cuidado ajuda o indivíduo a crescer, a se desenvolver, e também na prevenção, controle e cura de processos de enfermidades e danos” (SILVA e SANTOS, 2009).

Observa-se a incapacidade dos familiares e portador de esquizofrenia de autocuidado, tem-se assim “a demanda terapêutica de autocuidado, identificação dos requisitos e do déficit de autocuidado e desenvolvimento de propostas de ensino para mudança de comportamento” (SANTOS E SARAT, 2008).

3 MÉTODO

Este trabalho trata-se de uma tecnologia de concepção que consiste em desenhos/projetos para o cuidado de enfermagem, bem como uma forma de delimitar a atuação do enfermeiro em relação a outros profissionais. Tecnologia de concepção consiste em desenhos/projetos para o cuidado de enfermagem, bem como uma forma de delimitar a atuação do enfermeiro em relação a outros profissionais (UFSC, 2013).

Foi realizado levando em consideração a estruturação de atendimento ao familiar na rotina de serviço do CAPS I de São Joaquim de Bicas-MG cidade da região metropolitana de Belo Horizonte-MG. O objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos atendendo a urgências psiquiátricas de portadores de distúrbios mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais. (BRASIL, 2004)

O CAPS visa: prestar atendimento em regime de atenção diária, com funcionamento de segunda a sexta de 08:00 às 17:00h, gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado, promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. O CAPS também tem a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território, dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área, coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território, manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental. (BRASIL, 2004)

Os sujeitos alvos deste trabalho serão os profissionais de saúde, no intuito de que reconheçam a importância do envolvimento dos familiares de doentes mentais graves, a saber,

pacientes esquizofrênicos. Para início do trabalho, foi realizada uma revisão da literatura. Gil define revisão de literatura como processo (2008) “desenvolvido com base em material já elaborado, construído principalmente de livros e artigos científicos”. A partir daí foi estruturado um plano de ação para que seja elaborada uma cartilha educativa direcionada a profissionais sobre a importância da família de portadores de esquizofrenia.

Assim, a forma de busca do material foi por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), cujas bases de dados foram a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados de Enfermagem (BDENF) e a Biblioteca Científica Eletrônica Virtual (SciELO), utilizando como limitação temporal o período de 2008 a 2014 com classificação A1 até B2 conforme o *Sistema Integrado Capes*. Os descritores selecionados nas bases de dados juntamente com enfermagem foram: Atenção Primária a Saúde; Transtornos Mentais; Esquizofrenia; Família. Além de artigos científicos, buscaram-se outras fontes para subsidiar este estudo, a saber: livros, relatórios do Ministério da Saúde, dissertações de mestrado, cujos documentos foram obtidos no mesmo sítio eletrônico dos demais artigos.

O intuito era destacar material atualizado sobre o tema no Brasil. Mediante este fato, foram estabelecidos critérios de inclusão como publicações em língua portuguesa, artigo com resumo e posteriores a 2008 e critérios de exclusão, artigos em língua estrangeira e anteriores a 2008, encontrou-se um total de 22 artigos correlacionados aos descritores e após uma leitura exaustiva foram selecionados 16 artigos dos quais se retirou conteúdos pertinentes para a elaboração deste trabalho. Dentre estes conteúdos, realizamos três agrupamentos de temas acerca dos quais será elaborada a cartilha que serão apresentados na seção de resultados e análise.

Houve a preocupação de não citar particularidades referentes à dinâmica de trabalho do CAPS I ao qual o autor do plano de ação faz parte como profissional como também, citar nomes de demais técnicos. Por se tratar de revisão bibliográfica, não foi necessário submeter o produto da pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa.

4 RESULTADO E ANÁLISE

Os textos selecionados para elaboração deste trabalho pertencem além da enfermagem, a áreas como a Psicologia e Educação, Saúde Coletiva, Psiquiatria, Relatórios do SUS sobre Saúde Mental no Brasil e Relatório da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e de Educação Física. Especificamente de enfermagem foram 05 artigos e falavam sobre tratamento e reinternação do paciente esquizofrênico, a relação do cuidador e da sociedade com o doente com esquizofrenia, aplicação da Teoria do Autocuidado de Orem no cuidado, ensino e pesquisa em Enfermagem, o perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico do doente mental e prevalência de transtornos mentais na população adulta brasileira. Nas subseções abaixo, destacaremos três agrupamentos de tema que serão de interesse para o desenvolvimento da cartilha.

Dificuldades enfrentadas por profissionais, usuários e familiares

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental ocorrida em 2010 na cidade de Brasília-DF, trouxe como um dos temas centrais a incorporação definitiva do componente da intersetorialidade como parte imprescindível da Política Nacional de Saúde Mental. O desafio da parceria e articulação com outras políticas públicas é tema atual e importante para que as propostas de avanço na área da Saúde Mental tornem-se efetivas e reconhecidas. Juntamente com a interdisciplinaridade, a integralidade, a participação da sociedade civil e o controle social, a intersetorialidade procura articular políticas e programas de interesse para a saúde. (BRASIL, 2011)

A saída do portador de distúrbio mental dos hospitais psiquiátricos é algo relativamente novo, e a sociedade não foi preparada para lidar com a pessoa estigmatizada como “louco”. Daí a importância de se integrar e se articular de modo permanente as “políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, esporte, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras”, priorizando assim, uma assistência em Saúde Mental de qualidade. (BRASIL, 2011)

Algumas dificuldades enfrentadas no serviço de serviço mental do município de São Joaquim Bicas passam muitas vezes por falta de articulação e flexibilização das políticas públicas a fim de atender o usuário e, conforme os avanços em saúde mental da atualidade, faz-se necessário que gestores tenham a capacidade de estruturarem-se intersetorialmente a fim de assegurar apoio político e recursos humanos em todas as linhas de atuação governamental para o devido cumprimento de metas de trabalho nos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2011)

Da mesma forma que profissionais enfrentam dificuldades, usuários e seus familiares também defrontam-se com resistências de profissionais no momento de atendimento devido a comportamentos inadequados dos doentes. Faz parte da assistência em saúde mental o enfrentamento direto das dificuldades. A saber: negação de atendimento médico psiquiátrico e conseqüentemente falta de medicação devido a agressões de usuários, o comportamento agressivo é por vezes difícil de controlar visto a “falação nos meus ouvidos”, mesmo com medicação antipsicótica de última geração alguns doentes não param de ter alucinações auditivas e de que maneira proporcionar-lhes maior auxílio? Um usuário que procura um serviço de saúde espera ser acolhido de forma humanizada independente de sua demanda; falta de esclarecimentos sobre o significado de esquizofrenia e o que esta grave doença acarretará a familiares e doentes e isto dito numa linguagem simples que possa ser entendida, tornando possível um melhor relacionamento familiar; ausência de médico psiquiatra nos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, havendo assim somente renovação de receitas; ausência de entendimento das particularidades do esquizofrênico lhe negando atendimento médico devido a não aceitação na participação em oficinas terapêuticas, faz-se necessário respeitar e valorizar “a dimensão subjetiva das experiências e tentar olhar os comportamentos de maneira a (re)significa-los” levando em consideração que, virar as costas ao doente é não “respeitar sua história de vida”, sendo assim, Behenck *et al.*, (2011); Lopes *et al.*, (2012) sugerem “dialogar para auxiliá-lo na lida com o seu processo de adoecimento”.

O isolamento social a que são submetidos familiares e PTM dificulta sobremaneira o trabalho do cuidador visto o ser humano estar e viver em sociedade. Vizinhos e até outros familiares afastam-se devido ao transtorno mental. Apesar da proposta de progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos a sociedade mantém os “muros da exclusão” ainda de pé. Ribeiro *et al.*,(2009); Silva e Santos, (2009) pontuam que é possível por meio do diálogo com familiares

durante reuniões que é a proposta deste trabalho, esclarecer que o transtorno mental envolve além do aspecto físico, a dimensão social, emocional, cultural, e devido a sua complexidade, é difícil para a sociedade e também familiar o convívio com o esquizofrênico.

Sujeitos que atravessam a fase de saúde-doença têm dificuldades em aceitar o diagnóstico de esquizofrenia, seus familiares algumas vezes, auxiliam na estabilização da primeira crise, contudo aceitar a doença, ir ao atendimento psiquiátrico, defrontar-se com outros sujeitos em crise de agitação psicomotora e agressividade, gera resistência ao tratamento psicofarmacológico, não adesão à psicoterapia, não aceitação de si mesmo além de prejudicar a reintegração social. Apesar das inúmeras modalidades farmacêuticas disponíveis no mercado para tratamento e estabilização da doença, antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos e estabilizadores de humor observa-se pouca adesão do PTM. Silva e Santos, (2009); Cardoso e Galera (2009) mencionam que diante dos primeiros sintomas, familiares procuram ajuda religiosa, misticismo, organizações comunitárias e na medicina alternativa. Em pesquisa constatou-se que 40% dos pacientes tratados com neurolépticos pararam de tomar a medicação no primeiro ano de tratamento e 75% no segundo ano, indicando que usuários preferem conviver com os sintomas da doença (distorção do pensamento, percepção e afeto, dificuldade de aceitação social) a conviver com os custos do tratamento (efeitos adversos/complexidade do esquema terapêutico, adesão por longos períodos e diminuição da libido). Alguns fatores influenciam a baixa adesão ao tratamento, condições sócio-demográficas, a natureza da doença, ao relacionamento paciente-profissional de saúde, entre outros.

A doença como fator de união

Não apenas de dificuldades e decepções vivem usuários e familiares de esquizofrênicos. Por vezes a doença traz união entre entes queridos, proporcionando “mudanças de valores de bens materiais para o cultivo do viver bem consigo mesmo, a mudança de religião, maior preocupação com o viver o presente em detrimento com o viver o futuro e maior valorização da família e dos amigos”. Essas famílias são essências na participação em reuniões de familiares a fim de dividir suas dificuldades e partilhar suas conquistas. Há a necessidade de interação com aqueles que não vêm mais esperanças de melhora em suas vidas devido à doença (SILVA e SANTOS, 2009).

Outros recursos terapêuticos

Partindo do pressuposto que “o comportamento saudável de cada indivíduo depende muito da saúde mental da pessoa e que a promoção da prática de atividades físicas (AF) nas populações tem ocupado lugar de destaque na agenda mundial de saúde pública”, considerou-se a atividade física (AF) como uma possibilidade viável de intervenção e na melhora da qualidade de vida e prognóstico de indivíduos com transtornos mentais. Adamoli e Azevedo (2009) sugerem que a prevenção de diversas doenças e manutenção da saúde, incluindo a mental, devem-se aos benefícios que a AF exerce. Estudos sobre os benefícios da AF procuraram auxiliar os PTM a fim de dar-lhe sentido em suas vidas. Comprovou-se a alta prevalência do tabagismo entre os pacientes esquizofrênicos, além de, possuírem uma dieta pobre e com isso, apresentarem sobrepeso ou obesidade. Outros estudos evidenciaram que portadores de distúrbios mentais graves morrem dez a quinze anos mais cedo que a população geral. Embora a presença de suicídio e à morte acidental esteja presente nesta população, a doença isquêmica do coração é causa comum de mortalidade entre os esquizofrênicos. (ADAMOLI e AZEVEDO, 2009).

A promoção de um estilo de vida saudável por meio da atividade física é um objetivo importante da saúde pública atual. O processo saúde/doença mental expressa as condições e estilo de vida de uma sociedade, representando de que maneira os indivíduos enfrentam desafios, agressões, conflitos e mudanças a partir de uma “dupla e contraditória natureza: biológica e psicológica” (ADAMOLI e AZEVEDO, 2009).

A partir desse pensamento é possível concluir que há a necessidade de olhar o portador de distúrbio mental como um sujeito que após a desospitalização, passou a agir no meio ao qual pertence e devido a características da esquizofrenia, necessita de cuidados para que suas necessidades básicas de saúde sejam atendidas.

Outro estudo avaliou a eficácia de um programa de intervenção cognitiva e social num paciente esquizofrênico que é uma forma de tratamento psicológico que realiza um treino das funções cognitivas e tem como objetivo melhorar o funcionamento dessas funções mentais. Com isso, pretendeu-se potencializar a autonomia das interações sociais dos doentes. Foram avaliados aprendizagem e memória, atenção e concentração, velocidade de processamento e funções executivas, ou seja, o dia a dia proporciona diferentes desafios e situações que exigem

habilidades de várias funções cerebrais. Por exemplo: descobrir o melhor caminho para se chegar a um determinado local, desenvolver uma nova função no emprego, analisar um problema, realizar uma conta matemática. Estas funções incluem raciocínio, lógica, estratégias e tomada de decisões, além de manter ações permanentes de controle mental. Os resultados do estudo evidenciaram melhorias nas relações sociais, diminuição da avolição e aumento da iniciativa, condutas mais adequadas, “ganho de competências sociais”, com diminuição de comportamentos impulsivos, melhoria da capacidade verbal e não verbal, capacidade de manter diálogos duradouros. As funções cognitivas de velocidade de processamento, atenção e concentração e nas funções cognitivas também mostraram melhorias com exceção da aprendizagem e memória. (SOUZA *et al.*, 2011)

Nota-se que o usuário esquizofrênico é passível de melhorias de algumas características da doença como afeto embotado e retraimento social, além de bons resultados na área cognitiva e estes ganhos, auxiliam sobremaneira sua reinserção social.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem possui ferramenta importante em sua formação, a capacidade de educação e promoção da saúde a partir da identificação de necessidades básicas dos sujeitos. Sendo um articulador na equipe de técnicos no CAPS, é possível auxiliá-los no engajamento daqueles com demandas de baixo conhecimento e pouca habilidade para cuidar de si mesmo.

O cuidador do portador de esquizofrenia inserido no tratamento convive não somente com este sujeito, vive a doença nas suas particularidades e características, conduz a vida do doente sendo assim, é passível de um olhar humanizado por parte de profissionais que prestam assistência, sociedade e setores governamentais ao qual o tratamento está vinculado.

Com as ferramentas disponibilizadas para a prestação do cuidado em Saúde Mental no âmbito do SUS, há a possibilidade de inserção do familiar como parte integrante e fundamental no tratamento, sendo necessário para isso, alertar e esclarecer órgãos públicos que equipe é diferente de grupo e que, por meio da intersetorialidade é possível a reinserção social do doente de forma a não causar desgastes devido à falta de parcerias.

A construção deste trabalho enriqueceu a prática visto aos bons artigos, documentos e relatórios disponíveis nas Bibliotecas Virtuais pertinentes ao assunto da pesquisa. A interpretação que se dá a eles e que levarão profissionais a ter maior responsabilidade e profissionalismo na lida com o doente e familiar, não permitindo que questões políticas atrapalhem a adequada assistência.

As dificuldades relatadas por familiares antes e durante a doença, são questões próprias do ser humano em sociedade, quantos não passam por traumas e decepções no decorrer da vida. A diferença peculiar aos cuidadores e doentes é perceber o quanto é desgastante emocionalmente a apresentação da doença, daí a importância da equipe de Saúde Mental, composta por profissionais que foram treinados em áreas específicas a fim proporcionarem a adequada participação do cuidador no tratamento e a reinserção do usuário na sociedade.

A elaboração da cartilha terá uma previsão de tempo de 06 meses para ser finalizada e será parte integrante de artigo científico para publicação em sítios eletrônicos e com isso, divulgação deste conhecimento a outros profissionais de enfermagem e saúde. No serviço ao qual o autor do trabalho presta assistência será feita um encontro de maneira expositiva para ciência e discussões pertinentes ao assunto com os demais profissionais.

REFERÊNCIAS

- ADAMOLI, A.N.; AZEVEDO, M. R. Padrões de atividade física de pessoas com transtornos mentais e de comportamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.1, n.14 p.243-251, mar. 2007. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=502510&indexSearch=ID&lang=p> Acesso em: 10 jan. 2014.
- ALMEIDA, M. M. *et. al.* A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.3, n.32 p.73-79, abr.2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0101-81082010000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 10 jan.2014.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010**. Brasília. 2011.

BEHENCK, A. *et.al.* A família frente ao processo de tratamento e reinternação do portador de esquizofrenia. **Enfermagem em Foco**, v.2, n.4 p.210-214, nov.2011. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/185> Acesso em 21 jan. 2014.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. Doentes mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.1, n.43 p.161-167, mar.2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100021 Acesso em: 22 jan.2014.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LIMA, I.C.S. *et.al.* Relação do cuidador e da sociedade com a pessoa com esquizofrenia. **Cuidado é fundamental Online**, Edição Suplementar, p. 84-91, dez.2011. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=502510&indexSearch=ID&lang=p> Acesso em: 21 jan. 2014.

LOPES, T. S. *et. al.* Processo de Restabelecimento na Perspectiva de Pessoas com Diagnóstico de Transtornos do Espectro Esquizofrênico e de Psiquiatras na Rede Pública de Atenção Psicossocial. **Saúde Sociedade**, v.21, n.3 p.558-571, ago.2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902012000300004&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 21 jan.2014.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Mental. Belo Horizonte. 2006.

PEGORARO, R. F. *et.al.* Mulheres, Loucura e Cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Saúde Sociedade**, v.17, n.2 p. 82-94, maio 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902008000200009&script=sci_arttext Acesso em: 22 jan.2014.

PIMENTA, E. S. **A relação das famílias no tratamento do portador de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial: uma perspectiva institucionalista**. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. 2008.

RIBEIRO, M. B. *et.al.* S. Familiares de usuários vivenciando a transformação do modelo assistencial psiquiátrico. **Estudos de Psicologia**, v.2, n.14, p.133-140, Ago. 2009. Ago. 2009. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=540718&indexSearch=ID> Acesso em: 22 jan.2014.

SANTOS, E.G.; SIQUEIRA, M.M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.3 n.59 p. 238-246, ago. 2010. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000300011 Acesso em 23 jan.2014.

SANTOS, I. ; SARAT, C.N.F. Modalidades de Aplicação da Teoria do Autocuidado de Orem em Comunicações Científicas de Enfermagem Brasileira. *Revista Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro*, v.3 n.16 p.313-318 set. 2008. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=503202&indexSearch=ID> Acesso em: 23 jan 2014.

SILVA, G.; SANTOS, M.A. Álbum de família e esquizofrenia: convivência em retrato. **Psicologia em Estudo**, v.14, n.1, p. 83-91, mar. 2009. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=517944&indexSearch=ID> Acesso em: 23 jan. 2014.

SILVA, G.; SANTOS, M.A, Esquizofrenia: dando voz à mãe cuidadora. **Estudos de Psicologia**, v.1, n. 26, p.85-92, mar.2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2009000100009&script=sci_arttext Acesso em: 24 jan.2014.

SOUZA, H. *et. al.* Reabilitação Integrada na Esquizofrenia. **Saúde Mental**, v.13 n.5, out.2011. Disponível em: http://sigarra.up.pt/fpceup/pt/publs_pesquisa.FormView?P_ID=78309 Acesso em: 24 jan.2014.