

**UNIVERSIDADE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE – UNIARP
CURSO DE PSICOLOGIA**

FERNANDA SABRINA PASIN DOS SANTOS

**INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS DISPENSADAS A PACIENTES COM
DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA NO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL - SAÚDE MENTAL (CAPS-II) DE CAÇADOR/SC**

**CAÇADOR
2015**

FERNANDA SABRINA PASIN DOS SANTOS

**INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS DISPENSADAS A PACIENTES COM
DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA NO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL - SAÚDE MENTAL (CAPS-II) DE CAÇADOR/SC**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como exigência para a obtenção do título de Psicólogo, do Curso de Psicologia, ministrado pela Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP, sob orientação do (a) professor (a) Edilaine Casaletti.

**CAÇADOR
2015**

**INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS DISPENSADAS A PACIENTES COM
DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA NO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL - SAÚDE MENTAL (CAPS-II) DE CAÇADOR/SC**

FERNANDA SABRINA PASIN DOS SANTOS

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi submetido ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

Bacharel em Psicologia

E aprovado na sua versão final em 30/10/2015, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe e Coordenação do Curso de Psicologia.

Ana Cláudia Lawless
Coordenadora do Curso de Psicologia

BANCA EXAMINADORA:

Edilaine Casaletti
(Presidente)

Dayane Borille

Patrícia Favarin

Dedico este trabalho à minha avó Tereza, tia Paaraí e tio João Carlos, que me auxiliaram em toda a minha graduação, pelo incentivo e apoio incondicional. O meu marido André, que com muito amor me deu força e suporte nos momentos difíceis. E a toda a minha família, que acreditaram e investiram em mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado o privilégio da vida, e por ter me dado força e saúde para realizar mais esse sonho. À minha família pelo amor, incentivo e colaboração. Ao meu marido, que sempre esteve ao meu lado me auxiliando em tudo. À minha orientadora Edilaine, que com muito carinho me deu suporte para minha formação profissional. A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

“O principal objetivo da terapia psicológica, não é transportar o paciente para um impossível estado de felicidade, mas sim ajudá-lo a adquirir firmeza e paciência diante do sofrimento. A vida acontece num equilíbrio entre a alegria e a dor”.

(Carl Jung)

RESUMO

Este trabalho trata sobre quais são as intervenções terapêuticas dispensadas aos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II (Saúde Mental) de Caçador/SC, contextualizando o histórico da loucura no Brasil e no mundo, a manifestação do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, bem como o tratamento da esquizofrenia por meio de intervenções terapêuticas em Centro de Atenção Psicossocial, e identificar quais são as ações terapêuticas dispensadas a pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. Os métodos utilizados foram embasados em uma pesquisa qualitativa, com aplicação de um questionário estruturado com o intuito de responder ao problema de pesquisa. Foram entregues questionários a todos os profissionais envolvidos no programa, totalizando 10 (dez), sendo que 6 (seis) foram devolvidos, pois quatro profissionais, estavam em período de férias. Os usuários do CAPS II de Caçador/SC são pessoas com diagnóstico de transtornos mentais graves e as principais ações terapêuticas dispensadas aos usuários com diagnóstico de esquizofrenia referem-se à acolhida e a construção de vida dos mesmos, por meio de intervenções medicamentosas, psicoterápicas, assistenciais, ocupacionais, físicas e artísticas.

Palavras chave: esquizofrenia, usuário, intervenções, terapêuticas.

ABSTRACT

This work deals with what therapeutic interventions dispensed to patients with schizophrenia diagnosis in the Psychosocial Care Center - CAPS II (Mental Health) Hunter / SC, contextualizing the history of madness in Brazil and the world, the manifestation of schizophrenia spectrum and other psychotic disorders as well as treating schizophrenia through therapeutic interventions Psychosocial Care Center and identify what are the therapeutic actions dispensed to patients diagnosed with schizophrenia. The methods used were based on a qualitative research, with application of a structured questionnaire in order to address the problem of research. Questionnaires were given to all professionals involved in the program, totaling ten (10), and six (6) were returned because four professionals were on vacation. Users Hunter / SC CAPS II are people diagnosed with severe mental disorders and the main therapeutic actions exempt users with schizophrenia refer to the acceptance and the construction of life thereof, through medication, psychotherapeutic interventions, assistance, occupational, physical and artistic.

Key words: schizophrenia, user, interventions, therapies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Profissional.....	58
Gráfico 2 – Sexo.....	59
Gráfico 3 – Idade.....	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quais os pacientes atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial de Caçador/SC?

Tabela 2 – Como é realizado o diagnóstico no CAPS II de Caçador/SC?

Tabela 3 – Quão assíduos são os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia no CAPS II de Caçador/SC?

Tabela 4 – É realizada orientação acerca do diagnóstico de esquizofrenia para pacientes e/ou familiares no CAPS II de Caçador/SC? Se sim, de que forma?

Tabela 5 – Quais as principais comorbidades associadas à esquizofrenia em pacientes diagnosticados no CAPS II de Caçador/SC?

Tabela 6 – De que forma é realizado o tratamento da esquizofrenia na intervenção psicossocial no CAPS II de Caçador/SC?

Tabela 7 – Como a intervenção psicossocial trabalha na reinserção física, psíquica e social dos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia no CAPS II de Caçador/SC?

Tabela 8 – Quais são as ações terapêuticas dispensadas à pacientes com diagnóstico de esquizofrenia no CAPS II de Caçador/SC?

Tabela 9 – Na sua opinião, as intervenções terapêuticas dispensadas as pacientes com esquizofrenia no CAPS II de Caçador/SC proporcionam quais benefícios ao paciente e família?

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial (Saúde Mental)

CERSAMS – Centro de Referência em Saúde Mental

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIARP – Universidade Alto Vale do Rio do Peixe

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 DESENVOLVIMENTO	16
2.1 REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1.1 Contextualização Histórica da Loucura	16
2.1.2 Evolução Conceitual da Esquizofrenia	31
2.1.3 Tratamento Interdisciplinar da Esquizofrenia	44
2.2 METODOLOGIA.....	56
2.2.1 Tipo de Pesquisa.....	56
2.2.2 Local da Pesquisa	56
2.2.3 População da Pesquisa.....	57
2.2.4 Critérios de Seleção da Amostra.....	57
2.2.5 Amostra.....	57
2.2.6 Instrumentos.....	57
2.2.7 Análise e Discussão dos Dados	58
2.3 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE DOS DADOS E RESULTADOS.....	58
3 CONCLUSÃO	73
REFERÊNCIAS	75
APÊNDICES	83
ANEXOS	87

1 INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é uma patologia que torna o indivíduo incapacitado para realização de diversas atividades, como por exemplo, estudar e trabalhar. O doente torna-se dependente de um cuidador, onde este acompanhará suas atividades e também a administração de medicamentos, pois a capacidade do paciente de organização e o autocuidado são prejudicados (VILLARES; REDKO; MARI, 2015).

Conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV-TR (2002), (DSM IV-TR), os sintomas característicos de esquizofrenia envolvem diversas disfunções ocupacionais, emocionais e cognitivas, que agridem a capacidade perceptiva, de comunicação, de comportamentos, da atenção, entre outros sintomas.

Já de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5 (DSM 5), a doença é acometida por dois ou mais itens como, por exemplo, discurso e comportamento extremamente desorganizados ou catatônicos, delírios, alucinações e sintomas negativos (DSM-5, 2014).

As revisões dos estudos de prevalência de esquizofrenia originam uma estimativa aproximada de 0,5% porém, estudos realizados nos últimos anos sugerem uma prevalência aproximada de esquizofrenia na ordem de 1%. Os estudos epidemiológicos realizados no Brasil originam estimativas de incidência e prevalência compatíveis com as observadas em outros países, sendo que o começo da doença é mais precoce no homem do que na mulher (MARI; LEITÃO, 2015, p. 16).

A esquizofrenia é um quadro psiquiátrico de evolução crônica, onde o início do transtorno pode variar entre 15 e 20 anos para homens, e de 20 e 25 anos para mulheres. A causa do transtorno ainda é desconhecida pela ciência, pois se acredita que existem fatos hereditários genéticos que podem contribuir para a evolução da doença, mas somente esse fator não pode ser determinante (HANSEN et al., 2015).

A versão atualizada em 2014, do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) passou por diversas mudanças, mas o critério diagnóstico da esquizofrenia ainda requer a presença de ao menos dois dos cinco sintomas para ser completado, porém, requer que no mínimo um dos sintomas seja positivo. Os subtipos da esquizofrenia já não existem mais, como antes eram denominados: paranoide, desorganizado, catatônico, indiferenciado e residual. Essa diferença ocorreu devido ao fato de que essa divisão não interfere no rumo da

doença e nem tampouco em respostas ao tratamento medicamentoso (ARAÚJO; NETO, 2015).

O tratamento do paciente com o diagnóstico de esquizofrenia requer o trabalho de uma equipe multidisciplinar, pois somente o tratamento psiquiátrico não consegue abordar alguns aspectos como a abordagem psicossocial, por exemplo, que busca a reorganização da vida do paciente. Existem diversas formas de intervenções que podem ser trabalhadas além das outras formas já citadas, tais como a orientação familiar, a psicoterapia individual ou em grupo, a terapia ocupacional, e entre outras modalidades (SHIRAKAWA, 2015).

A patologia pode se apresentar especialmente em indivíduos que vivem em condições físicas, psicológicas, sociais ou financeiras vulneráveis, tornando o aspecto familiar e social o desencadeante do quadro, ou a evolução deste. Como ainda não se sabe exatamente a causa da esquizofrenia, não se pode determinar que a família do paciente fosse a principal causadora do transtorno, portanto, o trabalho de intervenção psicossocial age diretamente nas relações entre a família, o paciente e os profissionais, para um melhor tratamento e melhores resultados (SCAZUFCA, 2015).

Através desse trabalho, buscou-se responder a problemática de quais são as intervenções terapêuticas dispensadas a pacientes com diagnóstico de esquizofrenia no Centro de Atenção Psicossocial de Saúde Mental (CAPS II) de Caçador.

A realização desse trabalho teve como propósito de pesquisar quais as intervenções terapêuticas dispensadas aos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. O intuito foi de desafiar as pessoas para encarar o fato da doença, fazendo com que a equipe multidisciplinar e a família façam-se presentes no tratamento do paciente, através de intervenções terapêuticas.

O conhecimento da esquizofrenia tem grande importância para o diagnóstico e tratamento adequado, a sociedade leiga ainda tem muito preconceito e até mesmo desconhecimento da gravidade da doença, e da forma com que podem contribuir para a melhora deste paciente. Através do mesmo, percebeu-se que a sociedade é se carente de esclarecimentos a respeito da esquizofrenia, o censo comum ainda permeia o viés de pessoas que não possuem condições para maiores explicitações a cerca do assunto, portanto, buscou-se o auxílio e exposição de conceitos, métodos

terapêuticos e diagnósticos para clarificar e auxiliar essas pessoas na resolução de problemas sociais.

A importância deste trabalho foi expor alguns estudos já realizados sobre a esquizofrenia, demonstrando assim a necessidade de adquirir materiais bibliográficos atualizados para novas pesquisas. Além disso, essa pesquisa tornou-se relevante para a ciência tendo em vista a dificuldade em encontrar estudos científicos acerca das intervenções dispensadas aos pacientes com esquizofrenia em centros de atenção psicossocial.

Acerca da relevância acadêmica, a pesquisa foi importante para estudantes de Psicologia, bem como para psicólogos e profissionais de áreas afins, pois possibilitou orientação e conhecimento sobre um grave transtorno mental, o qual acomete muitos indivíduos, e a compreender as intervenções terapêuticas necessárias e que tem sido realizadas atualmente.

O objetivo geral desse trabalho foi identificar quais são as intervenções terapêuticas dispensadas a pacientes com diagnóstico de esquizofrenia no CAPS II de Caçador/SC.

Já nos objetivos específicos, buscou-se contextualizar o histórico da loucura no Brasil e no mundo, analisar a manifestação do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, pesquisar acerca do tratamento da esquizofrenia por meio de intervenções terapêuticas em Centro de Atenção Psicossocial, pesquisar quais as ações terapêuticas dispensadas aos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia no CAPS II de Caçador/SC, e relacionar as informações coletadas acerca das intervenções terapêuticas realizadas no CAPS II de Caçador/SC com o acervo bibliográfico levantado na pesquisa.

Foi realizada uma pesquisa quantiquantitativa, com aplicação de um questionário estruturado com intuito específico de responder ao problema de pesquisa, utilizando-se de estratégias baseadas na ética e cuidado com a individualidade do ser humano. Assim, o projeto desse estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP – Campus Caçador/SC. E teve seu parecer favorável no dia 30/10/2015 sob o número 49195415.8.0000.5593.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1.1 Contextualização Histórica da Loucura

2.1.1.1 A loucura: uma visão mundial

A história da reclusão começa no final da Idade Média, onde a sociedade era assombrada pela lepra. Com isso, foram criados os chamados leprosários, onde pessoas tomadas pela doença eram confinadas até sua cura ou até mesmo a morte. Porém, com o passar do tempo, a lepra foi desaparecendo e os locais destinados aos leprosos começaram a abrigar doentes incuráveis, pobres, desocupados, presidiários e também os loucos (FOUCAULT, 2015).

A partir dessa nova forma de vivenciar a condição humana, estabeleceu-se “o diferente”, aquele que não segue o padrão de comportamento que a sociedade define. O doente mental, o excluído do convívio dos iguais, dos ditos normais, foi então afastado dos donos da razão, dos produtivos e dos que não ameaçavam a sociedade (GONÇALVES; SENA, 2015, p. 02).

Os alienados então eram isolados do convívio social para não mais oferecer riscos e ameaças aos chamados normais da época. O asilo e a reclusão tomam espaço, objetivando sempre a segurança da ordem moral do público envolvido e atendimento dos doentes (FOUCAULT, 2015).

Num primeiro momento do século XVI, esses espaços dos leprosários foram preenchidos pelos portadores de doenças venéreas e sob influência do modo de internamento, tal como se constituiu no século XVII, esse mal foi controlado, mas se integrou ao lado da loucura num espaço de exclusão, o que leva a crer que pareça ser de forma bem aparentada (MILLANI; VALENTE, 2015, p. 04).

A alienação era tratada de forma desumanizada e animal, portanto, não traria a cura efetiva, pois o ser humano é dotado de virtudes, tais como abnegação, integridade, bravura, entre outros. Porém a loucura é descrita como sendo perversa, selvagem e desarranjada, portanto, a cura só poderia ocorrer se o internamento fosse extinto e a sociedade fosse reformada (FOUCAULT, 2015).

A internação é uma criação institucional própria do século XVII. Ela assume, desde o início, uma amplitude que não lhe permite comparação com a prisão tal como esta era praticada na Idade Média. Não podemos dizer que se esperou até o século XVII para que a loucura fosse trancada, porém foi nesse momento que se iniciou sua institucionalização, misturando os loucos a toda uma população que fugia de alguma forma às normas existentes na época (GARCIA, 2015, p. 02).

A partir de então, o conceito de alienação passa a ser considerado como sinônimo de erro, não mais advindo de forças sobrenaturais ou estranhas à razão. A alienação passa a ser vista como uma dificuldade em relacionar-se com a sociedade, o alienado então ficava fora de si e da realidade, perdendo sua capacidade de juízo (TORRE; AMARANTE, 2015).

A demência é o mais simples dos conceitos médicos da alienação — o que menos se oferece aos mitos, às valorizações morais, aos sonhos da imaginação. E, apesar de tudo, ele é, do modo mais secreto possível, o mais incoerente, na própria medida em que escapa ao perigo de todas essas ascendências; nele, natureza e desatino permanecem à superfície de sua generalidade abstrata, não conseguindo se compor nas profundezas imaginárias como aquelas em que vêm à vida as noções de mania e melancolia (FOUCAULT, 2015, p. 290).

Pinel (1801) em sua obra *Tratado* exemplifica que a alienação mental distancia o louco de sua própria loucura, como se algo o impedisse de ser dominado pelo distúrbio, pois o mesmo apresenta algumas faculdades mentais que ainda não foram afetadas, podendo ser possível o tratamento mental (FREITAS, 2015).

A palavra isolamento tem sido regularmente utilizada para expressar o caráter de exclusão do louco na instituição manicomial. Mas, é importante ressaltar que o isolamento foi (e permanece sendo) uma estratégia de conhecimento do método das ciências naturais. Isolar significa possibilitar a observação do “objeto em seu estado puro”. Por outro lado, no exercício da construção do alienismo, o isolamento tornou-se também um ato terapêutico, na medida em que favoreceria a reeducação moral do internado no mundo da instituição. Em outras palavras, o asilo, enquanto espaço ordenado em bases científicas, como propunham Pinel e Esquirol seria, portanto, o lugar ideal para o exercício do tratamento moral, da reeducação pedagógica, da vigilância e da disciplina (AMARANTE, 2015, p. 07).

Assim, os primeiros asilos da história da insanidade trazem sem sombra de dúvidas, os chamados remédios morais, onde acreditavam que trataria não somente os corpos, mas também regeneraria as almas (FOUCAULT, 2015).

O hospital psiquiátrico é a grande “Estufa” para o estudo classificatório da alienação mental e a construção de uma clínica da loucura, isto é, sua codificação em linguagem médica, e o isolamento terapêutico combinado com o Tratamento Moral levam à produção do saber psiquiátrico sobre a

loucura e influenciam profundamente o campo da psicopatologia, em sua linguagem sobre a doença mental. No entanto, Foucault mostra que um outro giro de loucura atravessa a história desta codificação da loucura na forma da doença mental (TORRE, 2015, p. 13).

Além disso, os locais onde dos doentes mentais eram internados, havia superlotação, precariedade sanitária, falta de profissionais habilitados, maus tratos entre outras condições lastimosas (VECHI, 2015).

A loucura, antes reduzida ao silêncio do não-ser, passa agora a ser classificada e organizada, segundo os moldes da botânica, como uma espécie natural. Em todo caso, deve-se observar que tanto no caso do louco percebido como o outro do pensamento e da moral, como no caso da loucura definida como doença a partir da racionalidade médica classificatória, as figuras do louco e da loucura, de um modo ou de outro, acabam sempre por encontrar seu ponto comum de referência na ordem da razão, isto é, do Mesmo (LOBO, 2015, p. 18).

Dentre os séculos XVII a XVIII, a medicina ainda não possuía uma perspectiva ou desempenho adequado, nessa época, o cuidar médico, o tratamento e a investigação fisiológica designados da melhor forma. Portanto, no que diz respeito ao internamento e a medicina, a teoria e a terapeutização, os loucos ainda eram tratados de forma inadequada (FOUCAULT, 2015).

A lepra foi substituída inicialmente pelas doenças venéreas no final do século XV. Esta teve, num primeiro momento, um cuidado médico, não sofrendo a exclusão social, mesmo ocorrendo epidemiologicamente em grande expressão. A doença venérea tornou-se constituída de preconceito e isolamento social somente no século XVII na Europa, se integrando ao lado da loucura, por herança da lepra, em um espaço moral de exclusão (GARCIA, 2015, p. 02).

Já no final do século XVIII, a loucura torna-se relacionada à conduta depravada, como por exemplo, técnicas mágicas e a natureza sexual contrária à violação de regras sociais. Nesse período as casas de internamento são exclusivamente utilizadas como método de correção desses comportamentos inadequados, através do castigo e expiação dos devassos pecadores (FOUCAULT, 2015).

Se, por um lado, a desrazão confere os atributos negativos relacionados à incapacidade de responder por si e pela necessidade de ser tutelado, além dos atributos de infantilidade e de periculosidade fundamentais a uma sociedade disciplinar, por outro lado, em uma na sociedade de controle contemporânea, de consumo e de capitalismo selvagem, a negação da condição de humanidade do louco faz-se congruente com processos de exclusão social (NUNES; TORRENTÉ, 2015, p. 4).

O local de tratamento e a institucionalização da alienação passam a ser considerado um imperativo. O louco errante é isolado extraíndo-se do caos e de seu ambiente de convívio, para um local estimado neutro de tratamento e correção (TORRE; AMARANTE, 2015).

Na redução à animalidade, a loucura encontra ao mesmo tempo sua verdade e sua cura: quando o louco se torna um animal, esta presença do animal no homem que constituía o escândalo da loucura desaparece: não que o animal se tenha calado, mas é que o homem se aboliu. Virá um momento em que dessa animalidade da loucura se deduzirá a idéia de uma psicologia mecanicista e o tema da remissão das formas da loucura às grandes estruturas da vida animal (FOUCAULT, 2015, p. 171).

Visto desta forma, o aprisionamento dos loucos ou alienados não se destinava ao tratamento médico, mas sim para acabar com a desordem social que estes causavam. Apenas no período do Classicismo, o louco passa a ser considerado como doente que necessitava de atendimento e cuidado médico, neste momento surge à psicologia clássica, que abandona a percepção de que a loucura não seria simplesmente um conflito orgânico e deixa de lado a ideia de desrazão (LOBO, 2015).

Pois o internamento não representou apenas um papel negativo de exclusão, mas também um papel positivo de organização. Suas práticas e suas regras constituíram um domínio de experiência que teve sua unidade, sua coerência e sua função. Ele aproximou, num campo unitário, personagens e valores entre os quais as culturas anteriores não tinham percebido nenhuma semelhança (FOUCAULT, 2015, p. 94).

Em conformidade com a época, o internamento então surge com o propósito de confinar os loucos para extinguir a confusão social e refrear a natureza. Porém o internamento não se destinava apenas aos loucos, mas também aos ociosos, descumpridores da lei, pobres, criminosos e outras pessoas se não se enquadravam no padrão social esperado (LOBO, 2015).

Esse é o primeiro dos grande, aros nos quais a era clássica irá fechar a loucura. Existe o hábito de dizer que o louco da Idade Média era considerado como uma personagem sagrada, porque possuído. Nada mais falso. Se era sagrado é porque, para a caridade medieval, ele participava dos obscuros poderes da miséria. Mais que qualquer outro, ele a exaltava (FOUCAULT, 2015, p. 71).

O conceito da loucura sempre foi um motivo de discussões e isso interferiu e muito dentro das práticas e espaços que eram designados a ela. Inicialmente, a

loucura aparece com o conceito de desrazão, que significava uma ameaça à sociedade, algo estranho e perigoso à mesma. Porém, pode-se notar que na Grécia Antiga, os loucos não eram considerados doentes ou que representavam algo negativo à sociedade, mas sim que eram pessoas privilegiadas (SILVEIRA; BRAGA, 2015).

Desde a disseminação dos antigos leprosários europeus na Idade Média, que posteriormente passaram a pertencer, por herança histórica, aos insanos, que a hanseníase e a "loucura" vivem na instituição do asilamento. A história destas doenças nos traz subsídios para algumas reflexões no sentido de procurar compreender o que denominamos de instituição do asilamento, e quais os reflexos que existem ainda hoje na práticas e políticas de atenção à saúde (GARCIA, 2015, p. 01).

Porém, Sócrates e Platão acreditavam que o delírio era uma forma de ter acesso a conteúdos divinos. Esse pensamento perdura até o período da Antiguidade Clássica, onde a experiência do misticismo e a percepção crítica se desintegraram (SILVEIRA; BRAGA, 2015).

[...] “A loucura é um simples desarranjo, uma simples contradição no interior da razão, que continua presente”. O louco não escapa para um além onde ele encontraria na sua regra subjetiva, o pleno acordo com ele próprio. Ele não se afasta da esfera do pensamento comum. Ele entra em “oposição e contradição” consigo próprio, “de tal sorte que seu estado é um transtorno e um infortúnio do espírito” (HEGEL apud FREITAS, 2015, p. 87-88).

Já Doublet classificou as doenças do espírito em quatro subtipos, tais como o frenesi, que nada mais é do que um delírio impetuoso e incessante seguido de hipertermia. O segundo subtipo é a mania, um delírio ininterrupto, porém não vem acompanhado de hipertermia como o anterior, mas com a aparência sombria e o cérebro com alterações significantes comparados a cérebros de pessoas normais. O terceiro subtipo é a melancolia, que da mesma forma é um delírio constante, porém é menos agressivo do que o anterior. E por fim, a imbecilidade é o quarto e último subtipo, o estado mais complicado para encontrar a cura, porém é menos agressivo do que os anteriores, a imbecilidade é o último quadro a que um paciente pode chegar (FOUCAULT, 2015).

É preciso entender o sentido conceitual tal como é definido pelos discursos da própria época: “regra metodológica que logo deve ser aplicada: quando nos textos médicos da época clássica se trata de loucura, vesânicas e até mesmo, de modo bastante explícito, de ‘doenças mentais’ ou ‘doenças do espírito’, o que se designa com isso não é um domínio de perturbações psicológicas ou de fatores espirituais que se oporiam ao domínio de

perturbações psicológicas ou de fatores espirituais que se oporiam ao domínio das patologias orgânicas... Trata-se de um jogo a que os médicos historiadores gostam de entregar-se: descobrir sob as descrições dos clássicos as verdadeiras doenças ali designadas (MACHADO, 2015, p. 74).

De acordo com o autor já reportado, os métodos terapêuticos apresentados no tratamento do frenesi eram a flebotomia por repetidas vezes e cada vez mais intensa, logo após davam ao louco bebidas frias juntamente com medicamentos anti-inflamatórios e laxantes, entre outros procedimentos. Já para a mania, o tratamento é ainda mais rigoroso, tanto na sangria quanto nos purgantes. Para a melancolia, utiliza-se das formas de tratamento já mencionadas, mas também cremes e pílulas para fazer com que o humor torne-se volúvel para a purgação. Na imbecilidade, o tratamento já é quase que impossível por conta da gravidade da doença, mas oferece-se boa alimentação, purgação e banhos frios (MACHADO, 2015).

Ainda, segundo o mesmo autor, o delírio era entendido como sendo um sonho onde a pessoa encontrava-se acordada, então o papel da medicina utilizava-se da técnica do despertar para que os loucos pudessem retomar sua atenção de maneira verdadeira e segura. Outra técnica seria a realização teatral, na qual, o delírio era diretamente confrontado com a razão para que o próprio pensamento lute com o irreal, alcançando assim a cura da loucura (MACHADO, 2015).

Desta forma, na cultura greco-romana acreditava-se que a doença mental era causada por forças sobrenaturais ou de natureza mística, no qual os doentes mentais estariam possuídos por espíritos do mal ou castigados pelos deuses. Ainda não havia tratamentos seguros para a doença, mas os médicos da época utilizavam métodos da religiosidade e da medicina (OLIVEIRA, 2015).

Se é fato que a loucura é agitação irregular dos espíritos, movimento desordenado das fibras e das idéias, é também entupimento do corpo e da alma, estagnação dos humores, imobilização das fibras em sua rigidez, fixação das idéias e da atenção num tema que, aos poucos, prevalece sobre os demais. Trata-se assim de devolver ao espírito e aos espíritos, ao corpo e à alma, a mobilidade que constitui suas vidas. No entanto, esta mobilidade deve ser medida e controlada, evitando que ela se transforme na agitação vazia das fibras que não mais obedecem às solicitações do mundo exterior (FOUCAULT, 2015, p. 353).

Conforme o autor supramencionado, somente na época de Homero, a perturbação mental foi conceituada no que diz respeito à irracionalidade, onde os pensamentos ou sentimentos eram incontroláveis pelos sujeitos. Já Platão

acreditava que a loucura era uma doença de caráter metafórico e se relacionava diretamente com as doenças corporais (FOUCAULT, 2015).

De acordo com o mesmo autor, os métodos terapêuticos dessa época eram vistos como reabilitadores dos bons costumes, dentre eles os prevalecentes eram os medicamentos clássicos, as chicotadas e o sofrimento sacrificial. Dessa forma, no ano de 1781, os loucos incuráveis eram entregues a morte, e os que ainda existiam esperança no tratamento eram expostos à flebotomia e a supuração por meio de banhos prolongados, através de todo esse ritual, tudo o que causava a insanidade era curado e dispensado (FOUCAULT, 2015).

Através dessa percepção, no século XV surge então a Nau dos Loucos com o intuito de excluir os loucos da sociedade. Os loucos embarcavam em uma longa viagem imaginária buscando a cura e a revelação do seu sofrimento, porém, o que realmente acontecia era uma viagem sem destino utilizado de forma a isolá-los para trazer segurança aos cidadãos normais (VIEIRA, 2015).

Já no período da Renascença, o interesse pelo estudo da loucura é retomado e a partir de então começam a surgir os primeiros hospitais para insanos, onde eram abrigadas as consideradas incapazes de trabalhar e de integrar-se à comunidade. A medicina psiquiátrica desta forma fazia uso de eletrochoques e lobotomia no tratamento dos doentes mentais (LIMA; PELBART, 2015).

A ascensão da loucura ao horizonte da Renascença é percebida, de início, através da ruína do simbolismo gótico: como se este mundo, onde a rede de significações espirituais era tão apertada, começasse a se embaralhar, deixando aparecer figuras cujo sentido só se deixa apreender sob as espécies do insano (FOUCAULT, 2015, p. 23).

De acordo com o referido autor, nesse período, acreditava-se que a loucura tinha sua própria razão, que tinha o controle e o poder sobre a mesma. A loucura e a razão nesse contexto se emaranhavam e se completavam de tal forma que juntas poderiam encontrar a verdadeira insignificância. (FOUCAULT, 2015).

A loucura só existe em cada homem, porque é o homem que a constitui no apego que ele demonstra por si mesmo e através das ilusões com que se alimenta. [...] Nesta adesão imaginária a si mesmo, o homem faz surgir sua loucura como uma miragem. O símbolo da loucura será doravante este espelho que, nada refletindo de real, refletiria secretamente, para aquele que nele se contempla, o sonho de sua presunção. A loucura não diz tanto respeito à verdade e ao mundo quanto ao homem e à verdade de si mesmo que ele acredita distinguir (FOUCAULT, 2015, p. 30).

As representações sociais da loucura sempre estiveram intimamente ligadas tanto à culpa moral quanto a culpa social, onde o louco era estigmatizado e isolado em instituições para se recuperar, porém acabava internado durante vários anos, ou mesmo até que chegasse a morte (OLIVEIRA et al., 2015).

Não é a permanência de uma verdade que garante o pensamento contra a loucura, assim como ela lhe permitiria desligar-se de um erro ou emergir de um sonho; é uma impossibilidade de ser louco, essencial não ao objeto do pensamento mas ao sujeito que pensa (FOUCAULT, 2015, p. 53).

Segundo o autor, no século XVII a loucura toma o espaço moral e é nos muros do Hospital Geral juntamente com os indigentes que são condenados ao ócio. A criação do internamento nesse contexto de crise econômica refere-se à vitória do parlamento, pois ao invés de excluir eles eram detidos nas chamadas casas de reparação. Após essa crise, esses presos são colocados para trabalhar, garantindo assim a prosperidade do povo, como mão-de-obra barata (FOUCAULT, 2015).

Na *História da loucura*, tratava-se, portanto, de perceber através de que práticas institucionais e aparelhos de conhecimento a loucura fora objetivada como doença, passando a fazer parte de determinado regime de verdade e falsidade, e se constituía como “objeto” para o pensamento, a ponto de se tornar “evidente” que a loucura é uma enfermidade (RAGO, 2015, p. 75).

Nesses locais de isolamento, chamados de hospitais gerais, os internatos sofriam maus tratos como tratamento para a loucura, como por exemplo, choques, acorrentamento, privação de sol e banhos gelados (SILVA; FONSECA, 2015).

É o século XVIII que vem, definitivamente, marcar a apreensão do fenômeno da loucura como objeto do saber médico, caracterizando-o como doença mental e, portanto, passível de cura (3). É o Século das Luzes, onde a razão ocupa um lugar de destaque, pois é através dela que o homem pode conquistar a liberdade e a felicidade. Ocorre valorização do pensamento científico e é em meio a esse contexto que ocorre o surgimento do hospital como espaço terapêutico (SILVEIRA; BRAGA, 2015, p. 593).

Portanto as casas de internamento primeiramente surgem na Inglaterra em regiões onde a industrialização é mais acentuada, os lucros advindos desse trabalho são distribuídos ao hospital e aos empresários que os terceirizaram (FOUCAULT, 2015).

De acordo com o autor acima referido, no decorrer do século XVIII, a relação entre médico e paciente torna-se evidente, e por meio desse processo a

comunicação, a criação e organização de novas modalidades de tratamento se desenvolvem em torno da loucura. Todo esse trabalho em conjunto permitiu que as patologias fossem realinhadas, porém cada vez mais se observava a dificuldade em comparar as patologias e suas classificações (FOUCAULT, 2015).

Deste modo, a insanidade anexa para si um novo domínio: aquele no qual a razão se sujeita aos desejos do coração e seu uso se aparenta aos desregramentos da imoralidade. Os livres discursos da loucura vão aparecer na escravidão das paixões; e é aí, nessa citação moral, que vai nascer o grande tema de uma loucura que seguiria não o livre caminho de suas fantasias, mas a linha de coação do coração. Durante muito tempo, o insano tinha ostentado as marcas do inumano: descobre-se agora um desatino bastante próximo do homem, demasiado fiel às determinações de sua natureza, um desatino que seria como que o abandono do homem a si mesmo (FOUCAULT, 2015, p. 115).

Em conformidade com o mesmo autor, após a manufatura dos usuários das casas de internamento, começou-se a observar a ruína que tudo isso trouxe a tona por conta do prejuízo que causava a sociedade de modo geral. Com isso, no século XIX a mercantilização dos indigentes começa a desaparecer praticamente em toda a Europa (FOUCAULT, 2015).

Durante o século XIX, a fundação psiquiátrica de Pinel resignou a saúde mental através do estudo do adoecimento psíquico e dos métodos terapêuticos adequados para o tratamento dos transtornos mentais, significando o que é a doença basicamente e quais as práticas em saúde que venham a calhar (SILVA; FONSECA, 2015).

Dessa maneira, a Psiquiatria reconhecida como ciência nasceu a partir da reforma propriamente dita na virada do século XIX a XX e os reformadores da revolução francesa incumbiram Pinel de humanizar os hospitais gerais de forma terapêutica, pois era nesses locais onde os loucos e marginais da sociedade ficavam isolados. Com o passar do tempo, Pinel chegou à conclusão de que essas pessoas eram consideradas intratáveis, pois estavam alienadas, privadas da liberdade através de correntes que as prendiam e eram tratados como verdadeiros animais (TENÓRIO, 2015).

Esta proposição de reforma teve como principais marcadores ver a doença como sofrimento existencial dos pacientes em suas relações com o corpo social (saúde mental), questionando as próprias práticas institucionais, os diagnósticos deferidos e os tratamentos psiquiátricos proferidos, enfatizando os recursos comunitários e a rede assistencial de apoio para promover a reinserção social, pois saúde física/mental deveria ser compreendida como

recurso (individual e social) para a vida diária e não como objeto dela (TILIO, 2015, p. 05).

De acordo com o autor referido acima, a reforma designava que o asilo e a internação não podiam se tornar um destino traçado para os doentes mentais, mas que era um recurso utilizado em últimas circunstâncias, permitindo que o doente possa permanecer na sociedade. A sociedade acredita que se algo é extremamente diferente significa que é loucura, portanto a reforma surge com o propósito de fazer com que o louco continue na sociedade e exerça sua função de sujeito (TILIO, 2015).

[...] o que era doença procederá do orgânico, e o que pertencia ao desatino, à transcendência de seu discurso, será nivelado no psicológico. E é exatamente aí que nasce a psicologia. Não como verdade da loucura, mas como indício de que a loucura é agora isolada de sua verdade que era o desatino e de que doravante ela não será mais que um fenômeno à deriva, *insignificante*, na superfície indefinida da natureza (FOUCAULT, 2015, p. 375).

Dessarte, os antes considerados despossuídos da razão, alucinados e delirantes que eram mantidos encarcerados, excluídos e violentados passaram a ser tratados como sujeitos em sua existência, não só como doentes mentais isoladamente, desmistificando o fato de ser um simples objeto da psiquiatria e passaram a ter cuidados terapêuticos e assistenciais (AMARANTE, 2015).

A reforma psiquiátrica significa uma nova forma de tratar e acolher o doente mental. Ela nega a internação compulsória e, sobretudo, o isolamento como forma de tratamento. Visa, portanto, dar ao problema da “loucura” uma determinada resposta social, por meio da reorganização de práticas e instituições de tratamento da loucura e de uma proposta de investimento desejante por parte dos agentes do cuidado (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2015, p. 157).

E foi através do período de pós-guerra, onde os movimentos reformadores da psiquiatria começaram a se identificar, e questões como o modelo médico psiquiátrico e as instituições da época começaram a ser discutidas (SILVEIRA; BRAGA, 2015).

O percurso da reforma não é linear e a compreensão por parte dos atores sociais que o compõem não é homogênea ou consensual. A expressão reforma psiquiátrica é, conceitualmente, problemática. Para muitos, ela reduz o raio de ação do movimento, limitando-o a transformações superficiais, acessórias no campo da saúde mental, em vez de estimular transformações mais profundas na ordem social (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2015, p. 157).

Durante essa revolução os hospitais deixaram de ser um local de hospedagem, e passaram a ser um local de tratamento onde a medicina se apropriou de estratégias terapêuticas. A partir da Reforma Psiquiátrica, a loucura e o ser humano como um todo foi reavaliado transformando assim o protótipo da Psiquiatria Clássica. A Itália foi considerada um local onde a Reforma Psiquiátrica obteve maior influência no que diz respeito à desinstitucionalização, e foi através deste país que o Brasil se espelhou para realizar a Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica Brasileira (CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2015).

Neste sentido, desinstitucionalização não se restringe à reestruturação técnica, de serviços, de novas e modernas terapias: torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações. Por isso, desinstitucionalização torna-se, acima de tudo, um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. Ou ainda, se o conceito de doença for submetido ao processo de desconstrução - assim como tantos outros conceitos produzidos pela psiquiatria - podemos supor que as relações entre as pessoas envolvidas serão também transformadas; assim como os serviços, os dispositivos e os espaços (AMARANTE, 2015, p. 05).

Desta forma, a desinstitucionalização psiquiátrica promoveu à diminuição de leitos ocupados em hospitais psiquiátricos e também a criação de serviços comunitários adequando-se assim a sociedade, aos pacientes e suas respectivas famílias. Porém, ainda esse percurso não foi completamente trilhado, pois ainda há problemas quanto à reinserção social e ocupacional desses pacientes, e dificilmente são desenvolvidas medidas de reaproximação familiar após o diagnóstico do transtorno (BANDEIRA; BARROSO, 2015).

Em 1970, foi lançado a Declaração de Princípios de saúde mental, na qual designava alguns princípios para a saúde mental, tais como o direito e a responsabilidade da sociedade em assistir o doente mental, os serviços de atendimento a psiquiatria integrantes da assistência da saúde mental, reintegrar e recuperar físico, psicológico e socialmente os doentes mentais, tornar o recurso de assistência psiquiátrica disponível a toda comunidade, prevenir desde o início da vida a saúde mental da população, esclarecimento e conscientização do público a respeito das doenças mentais e suas intervenções, formação e treinamento de profissionais habilitados para trabalhar nessa área, a desinstitucionalização de hospitais reintegrando o indivíduo a sociedade, desuso abusivo de leitos psiquiátricos criando serviços terapêuticos extra hospitalares e por fim, o contínuo

aperfeiçoamento no estudo de técnicas de intervenção da psiquiatria (PAULIN; TURATO, 2015).

Desta forma, a história da loucura vista no âmbito mundial, começa ao final da Idade Média onde a lepra era vista como uma ameaça a sociedade, foi então que encarceravam os doentes para não oferecer mais riscos a sociedade. E com o passar do tempo, essa reclusão passa a ser designada aos loucos e as pessoas que iam contra os princípios e regras da época.

2.1.1.2 A história da loucura no Brasil

A partir do período pós-guerra, a reforma psiquiátrica começa a tomar espaço no mundo, buscando o tratamento para doenças mentais ou para os loucos como eram nomeados. E ao decorrer do tempo, esses conceitos foram se expandindo, chegando até aos hospícios brasileiros.

A História da Loucura no Brasil surgiu através do conceito de que era preciso criar um espaço de assistência adequada aos loucos, retirando-os assim, do ambiente civilizado. Desta forma, no ano de 1852 surge o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro chamado de Hospício de Pedro II, localizado no Rio de Janeiro. Porém no ano de 1890, sua nomenclatura é alterada para Hospício Nacional de Alienados, o qual era mantido pelo governo federal (JORGE, 2015).

A reforma psiquiátrica no Brasil é um movimento histórico de caráter político, social e econômico influenciado pela ideologia de grupos dominantes. A práxis da reforma psiquiátrica faz parte do cotidiano de um bom número de profissionais de saúde mental. Tem como uma das vertentes principais a desinstitucionalização com conseqüente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam. A substituição progressiva dos manicômios por outras práticas terapêuticas e a cidadania do doente mental vêm sendo objeto de discussão não só entre os profissionais de saúde, mas também em toda a sociedade (GONÇALVES; SENA, 2015, p. 03).

A partir da criação do Hospício, o discurso manicomial começou a atingir o meio científico, com o objetivo de lançar a toda sociedade o conhecimento da doença mental, a qual foi definida como patologia de ordem somática e moral (VECHI, 2015).

Um novo modelo vem sendo edificado a partir da contribuição de vários segmentos da sociedade e implica a desconstrução literal do modelo

hegemônico. A reforma psiquiátrica vem se desenvolvendo no Brasil há várias décadas, mais precisamente a partir do final dos anos setenta. O movimento aponta as inconveniências do modelo que fundamentou os paradigmas da psiquiatria clássica e tornou o hospital psiquiátrico a única alternativa de tratamento, facilitando a cronicidade e a exclusão dos doentes mentais em todo o país (GONÇALVES; SENA, 2015, p.03).

Já no ano de 1941 foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais – SNDM, nessa época os hospitais públicos eram predominantes e possuíam cerca de 80,7% de leitos psiquiátricos no Brasil. Esses hospitais exerciam a função de intervir na saúde mental da população através da política macro hospitalar, mantidos pelos poderes estaduais e federais (FONTE, 2015).

No percurso da reforma psiquiátrica brasileira, houve um momento em que as denúncias sobre a precariedade da assistência psiquiátrica desencadearam estudos e trouxeram a público dados e informações de órgãos públicos como, por exemplo, do Ministério da Saúde, antes não 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, 2015, p.03).

Por consequência disso, na década de 70 começaram a ocorrer reformas no atendimento de saúde mental no Brasil, e os responsáveis por tal feito foram os Trabalhadores da Saúde Mental. E uma das pessoas que mais influenciou e transformou a orientação da psiquiatria brasileira, foi Franco Basaglia (SANDER, 2015).

O próprio Código Brasileiro de Saúde, publicado em 1945, condenava as denominações ‘hospício’, ‘asilo’, ‘retiro’ ou ‘recolhimento’, reconhecendo a categoria ‘hospital’. Buscavam-se novas técnicas predominante. Os instrumentos mais avançados da psiquiatria biológica eram introduzidos em nosso país, como o choque cardiazólico, a psicocirurgia, a insulinoaterapia e a eletroconvulsoterapia, e tentavam afirmar para o psiquiatra sua função médica verdadeira (SAMPAIO apud PAULIN; TURATO, 2015, p. 244).

Desta maneira, a nova Constituição brasileira, criada em 1988, trouxe a vigor várias propostas dentro da reforma sanitária, onde apresentava a modificação do antigo modelo psiquiátrico alienado e excludente. Já no ano de 1990, através da Lei Orgânica de Saúde, constituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS) (JORGE, 2015).

Assim, a luta pela reforma sanitária foi responsável pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS) como um processo social e político que requer um ambiente democrático para a sua construção na arena sanitária, cuja

implantação tem nítido caráter de mudança cultural. Embasado a partir de uma dimensão ideológica, é alicerçado em uma concepção ampliada do cuidado em saúde do indivíduo, família e comunidade (MACHADO, 2015, p. 02).

Desde os primórdios da revolução psiquiátrica, buscou-se alcançar o cuidar sem privar da liberdade, como também diminuir os gastos através da internação em hospitais psiquiátricos. A reforma veio com o propósito de abranger e tornar acessível a toda comunidade as ações de tratamento e prevenção na saúde mental, e acabar com o preconceito ou até mesmo a rejeição de doentes mentais que ainda são considerados loucos (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2015).

No nosso país, a luta pela construção de um sistema de saúde universal, acessível e de qualidade se confunde, num primeiro momento, com a própria luta pela redemocratização do país, e assume, no presente, contornos de resistência à guinada conservadora com relação às políticas públicas da última década (MACHADO, 2015, p. 02).

Assim a assistência psiquiátrica e mental no Brasil vem sofrendo alterações, antes a assistência era especialmente hospitalar, após essas mudanças, a assistência tornou-se mais direcionada a comunidade. Atualmente, a hospitalização na área psiquiátrica é de última escolha, sendo assim utilizada em casos mais severos. A reforma psiquiátrica desencadeou não só a reinserção dos pacientes com transtornos psiquiátricos na sociedade, como também uma melhor atenção à adesão ao tratamento medicamentoso (SILVA et al., 2015).

A noção de saúde mental se constitui de forma complexa, não podendo ser contida em um modelo exclusivamente biológico e médico, posto que implica ações múltiplas que envolvem o social e o cultural (MOSTAZO; KIRSCHBAUM, 2015, p. 05).

Dessarte no ano de 1890 foram criadas a Assistência Médico-Legal aos Alienados e as colônias De São Bento e Conde de Mesquita, através do intuito de amenizar a superlotação do Hospício Nacional de Alienados. Essas colônias apresentavam uma nova forma de tratamento, na qual as atividades direcionadas aos pacientes eram o artesanato e a agropecuária (JORGE, 2015).

Foram criadas as colônias de São Bento e de Conde de Mesquita, na atual Ilha do Governador, colônia de Vargem Alegre, no estado do Rio de Janeiro, e colônia de Juqueri, em São Paulo, todas inspiradas em experiência européias, que tinham como idéia principal a formação de uma comunidade onde os 'loucos' podiam conviver fraternalmente (MARZANO; SOUZA, 2015, p. 02).

Ao final do ano 1980, ocorreu a desinstitucionalização na assistência a saúde mental no Brasil e foram criados estabelecimentos chamados de hospitais-dia, no qual a internação integral foi reformulada e a doença mental passou a ser tratada de forma diferenciada (VECHI, 2015).

Aliam-se a estas iniciativas, que estamos definindo como resultantes de pressões do Movimento de Luta Antimanicomial, outras que são resultado de modos de construção não diretamente ligados à luta antimanicomial, mas ao movimento sanitário e ao campo da psiquiatria social como: As equipes de saúde mental, vinculadas a unidades básicas de saúde, e ambulatórios; Os Hospitais-dia, que são estruturas hospitalares que ofereçam seus serviços ao longo do dia, mas que deixem ao usuário a possibilidade de retornar à sua residência evitando o distanciamento frente a seu espaço vital; As estruturas de atenção e tratamento para toxicod dependência que são serviços especializados e abertos para o tratamento de toxicomanias; Crescimento do movimento de usuários e seus familiares; Inserção do Movimento de luta antimanicomial nas administrações públicas de Esquerda (GOULART, 2015, p. 15).

Assim sendo, o movimento Antimanicomial de Paulo Delgado trouxe à tona um Projeto de Lei sancionado no ano de 2001, onde assegurava e obrigava a destruição de manicômios, assim como a troca de recursos interventivos mais humanizados, delimitando, portanto, a internação compulsória em hospitais psiquiátricos somente a casos extremos (WADI, 2015).

Aqui no Brasil, o projeto de lei Paulo Delgado, declarando sobre a ineficiência dos tratamentos psiquiátricos, propôs a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, através do impedimento da abertura de novos e ou financiamento de outros leitos além dos já existentes. Também propôs a criação de recursos assistenciais alternativos, estruturas não manicomial, como unidades psiquiátricas em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência etc (AMARANTE apud CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2015, p. 305).

Conforme as transformações no palco da saúde mental brasileira, os antes denominados loucos retomam como seres sociais e políticos através da reforma psiquiátrica (TORRE; AMARANTE, 2015).

Dessa maneira, os hospitais psiquiátricos ainda se mantêm como um recurso possível no nosso país, porém não podem mais ser classificados como a única forma de tratamento existente: um novo modelo assistencial é apresentado aos trabalhadores da saúde mental, aos seus usuários e às famílias destes (CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2015, p. 305).

O que hoje se espera após a reforma psiquiátrica não é o confinamento dos doentes mentais em hospitais ou até mesmo em suas casas, mas também a

reinserção do mesmo na sociedade, como um cidadão singular e subjetivo como qualquer outra pessoa sem essas desordens (GONÇALVES; SENA, 2015).

Através de novas leis e projetos adotados ao longo da reforma, na história da loucura no Brasil a partir dos anos 70 recebeu notáveis alterações no que diz respeito a doenças mentais. E foi por meio das alterações nos manicômios que adotou-se um atendimento mais ambulatorial para a atenção da saúde mental.

2.1.2 Evolução Conceitual da Esquizofrenia

As doenças mentais a partir da reforma psiquiátrica foram entendidas não mais como uma ameaça devendo ser retirado todo e qualquer louco das vistas da sociedade, mas começou-se então a definir-se cada transtorno mental, inclusive a esquizofrenia.

Primeiramente a esquizofrenia foi denominada como sendo uma Demência Precoce, onde Kraepelin caracterizava os distúrbios da vida afetiva e da volição ocasionando a desintegração total da personalidade. A Demência Precoce, desta forma, se dividia em duas síndromes, tais como a dificuldade em incumbências emocionais, propulsora da vontade, e a carência no grupo interno de atividades intelectuais, propulsora da vontade e das emoções (SILVEIRA, 2015, p. 02).

Pode-se considerar que o conceito atual de esquizofrenia é a união de conceitos de doenças mentais independentes de diversos pesquisadores do século XVIII, começando em 1853, com a categoria diagnóstica de *démence précoce*. [...] Foi só em 1899 que a *dementia praecox* ganhou autonomia para se contrapor à “loucura maníaco-depressiva” (*manisch-depressive-irhesein*) (NARDI; QUEVEDO; SILVA, 2015, p. 18).

Novamente Kraepelin desenvolveu os subtipos da demência precoce como a catatônica, a hebefrênica e a paranoide. E com o passar do tempo seu aluno Bleuler adicionou mais um subtipo chamado de esquizofrenia simples (OLIVEIRA, 2015).

Kraepelin enfatizou a importância do seguimento no diagnóstico, em que os sintomas negativos aumentariam a validade diagnóstica, bem como citou que os sintomas negativos aumentariam a validade diagnóstica, bem como citou que os sintomas produtivos poderiam ocorrer nas demências clássicas e em transtornos do humor. [...] Classificou a então demência precoce em três subtipos: hebefrênico, catatônico e paranoide. Emil Kraepelin é considerado o primeiro a ter descrito a esquizofrenia, sobretudo em termos de curso e evolução, ressaltando sua característica crônica e deteriorante (NARDI; QUEVEDO; SILVA, 2015, p. 18).

De acordo com o autor supracitado, esse termo foi substituído por esquizofrenia pelo aluno de Kraepelin, chamado Bleuler. Ele dizia que essa perturbação deixava o espírito despedaçado, perdendo a unidade psíquica e a personalidade dividindo-se, tornando o quadro irreversível e crônico (NARDI; QUEVEDO; SILVA, 2015).

Porém Bleuler discordou da ideia de Kraepelin, pois percebeu que o quadro esquizofrênico geralmente não iniciava em jovens, colocando o conceito de precoce por terra. Outro ponto de discordância de Bleuler com relação ao conceito de Kraepelin foi por conta de que nem sempre o quadro de deterioração gradativa ocorria (SILVEIRA, 2015).

Conforme o autor mencionado anteriormente, Bleuler chegou à conclusão de que a esquizofrenia poderia ter um curso descontínuo ou permanente, pois a doença poderia estabilizar-se ou regredir, porém não regrediria até o ponto de restabelecer o quadro. O psiquiatra criou o termo Ideo-Afetivo, no qual designava a ruptura entre o afeto e a ideia, que poderia ser resultado de um processamento orgânico tornando o Ideo-Afetivo mórbido, ou o acometimento afetivo do Ideo-Afetivo tornar-se-ia tão grande, capaz de ocasionar o rompimento das associações (SILVEIRA, 2015).

O interesse pela esquizofrenia no curso do tempo confunde-se com a própria história da psiquiatria. Retratos literários, tais como o da loucura de Oreste, na Oresteia, [...] ou os murmúrios do Pobre Tom, no Rei Lear, [...], deixam claro que as psicoses graves são reconhecidas até mesmo pelos leigos há muitos séculos (NARDI; QUEVEDO; SILVA, 2015, p. 17).

A partir do século XIX as descrições acerca dos aspectos psiquiátricos de início na juventude começaram a ser discutidos, e um dos autores principais foi Haslam. Já Hecker descreveu um quadro psiquiátrico degenerativo com a nomenclatura de hebefrenia no ano de 1871, e Kalhbaum denominou como catatonia no ano de 1874. Tudo isso resultou no que atualmente se designa como esquizofrenia, porém é resultado de diversos estudos e conceitos de Kraepelin, Bleuler e Schneider dentre os séculos XIX e XX (NETO; ELKIS, 2015).

Embora Hughlings Jackson tenha criado um modelo que orienta a teoria e pesquisa do cérebro-comportamento, foi o psiquiatra alemão Emil Kraepelin quem criou o moderno sistema classificatório, ou nosologia, para a esquizofrenia (HEALY; WING; AGRAWAL apud BECK et al., 2015, p. 18).

No final do século XIX, Kraepelin, desenvolveu a teoria das perturbações psicóticas e subdividiu em duas classes, na qual a psicose maníaca- depressiva possuía evolução crônica, e a demência precoce que designava o que hoje se chama de esquizofrenia. Ele percebeu que essa patologia desencadeava em sérios fatores clínicos, tais como estereotípias, desordens afetivas, delírios e alucinações (OLIVEIRA, 2015).

Há muitas evidências de que os psiquiatras brasileiros, na transição entre o século XIX e o século XX, se encontravam atentos e alinhados com os estudos contemporâneos de sua especialidade. A psiquiatria brasileira se apropriava, ao seu modo, das influências europeias, buscando integrar esses avanços à realidade brasileira. Este trabalho apresenta as contribuições do psiquiatra baiano Hermelino Lopes Rodrigues (1899-1971) na introdução do conceito de esquizofrenia no Brasil a partir de 1926 [...] (SILVEIRA, 2015, p. 02).

Conforme o autor acima mencionado, o precursor da psiquiatria advinda da Escola suíço-alemã (Escola de Bleuler) no Brasil foi Hermelino Lopes Rodrigues e, portanto, o primeiro brasileiro a realizar um trabalho relacionado à esquizofrenia no ano de 1926. Eugen Bleuler foi um psiquiatra responsável pela criação do conceito da esquizofrenia, e foi Lopes Rodrigues quem trouxe esse conceito ao Brasil pela primeira vez (SILVEIRA, 2015).

Seguindo com os dados do mesmo autor, através do seu trabalho, Rodrigues tentou transportar o conceito de demência precoce advinda da Escola Alemã, para o conceito de esquizofrenia advinda da Escola Suíço-Alemã (SILVEIRA, 2015).

Quando um transtorno é descoberto ou conceituado descritivamente, torna-se imprescindível a definição adequada sobre a doença e sobre sua causa. Com o passar do tempo, novas teorias acerca da causa do transtorno apareciam e se diferenciavam entre si, por exemplo, acreditavam que a esquizofrenia era advinda de mudanças significativas de mediadores sinápticos, tornando as alterações bioquímicas em evidência, causando assim este transtorno (OLIVEIRA, 2015).

Portanto, a história da loucura no Brasil foi influenciada principalmente pelas ideias de Pinel, desta forma os conceitos advindos de outras partes do mundo fizeram com que o país adotasse métodos antimanicomais e processos de desinstitucionalização. E com novos conceitos da esquizofrenia, o tratamento cada vez mais se tornou adequado para evitar novas crises.

2.1.2.1 Espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos

Através de toda a história decorrente da reforma psiquiátrica no mundo e no Brasil, os conceitos de doença mental foram aos poucos se modificando, assim como também o tratamento dos antes denominados loucos, passou a ser considerado e as intervenções adotadas passaram por um processo de humanização.

A esquizofrenia é um quadro psiquiátrico de evolução crônica, onde o início do transtorno pode variar entre 15 e 20 anos para homens, e de 20 e 25 anos para mulheres. A causa do transtorno ainda é desconhecida pela ciência, pois acreditam que existem fatos hereditários genéticos que podem contribuir para a evolução da doença, mas somente esse fator não pode ser determinante (HANSEN et al., 2015).

A patologia está diretamente interligada a questões ambientais e sociais deste indivíduo, podendo assim diminuir ou aumentar as amostras psicóticas. Desta maneira, o meio social onde o paciente está inserido é o fator decisivo para o desenvolvimento da patologia (OLIVEIRA, 2015).

O espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos inclui esquizofrenia, outros transtornos psicóticos e transtorno (da personalidade) esquizotípica. Esses transtornos são definidos por anormalidades em um ou mais dos cinco domínios a seguir: delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos (DSM-5, 2014, p. 87).

As dificuldades originárias da esquizofrenia podem ser descritas como sendo prejuízos no relacionamento interpessoal, na solução de problemas e no processamento das informações. Caracteriza-se como sendo um transtorno psicótico, e tem seu início entre a adolescência e o início da vida adulta, as funções básicas do paciente são prejudicadas significativamente, como por exemplo, trabalhar, possuir relacionamentos duradouros, estudar e estar em contato direto com a sociedade (MOLL; SAEKI, 2015).

Pode-se dizer que as principais funções cognitivas mais afetadas na esquizofrenia são a aprendizagem, memória visual, verbal e de trabalho, a atenção ou vigilância, a velocidade de processar informações e resolver problemas, cognição social e ainda as habilidades executivas (VIEIRA, 2015).

O comprometimento cognitivo associado à esquizofrenia promove déficits neuropsicológicos em atenção, memória de trabalho, aprendizagem verbal e solução de problemas. Esses déficits têm mostrado relação com o comprometimento funcional (por exemplo, comportamento social, performance no trabalho e atividades da vida diária) (Matza *et al.*, apud JUNIOR; SOUZA, 2015, p. 165).

Um dos principais sintomas da esquizofrenia é o comprometimento no funcionamento social, que pode se desenvolver como um isolamento ou ainda um desajustamento comportamental e afetivo. A recaída na esquizofrenia é um fator desencadeante justamente do prejuízo social do indivíduo (TONELLI; ALVAREZ, 2015).

Dessa forma, comprometendo a vida social, física e psíquica do paciente, onde o mesmo torna-se mais frágil frente a situações estressantes, ocasionando dessa forma maior susceptibilidade ao suicídio. O tratamento tem como objetivo, prevenir recaídas, reabilitar o paciente e amenizar o estresse familiar por conta do transtorno, porém isso tudo só é possível se o paciente aderir ao tratamento evitando assim crises e recaídas. As estratégias de intervenção são escolhidas de acordo com cada caso (SHIRAKAWA, 2015).

A doença inclui sintomas como delírios de perseguição, alucinações da audição, visão, tátil ou olfativa. As alterações podem ser tanto de nível de pensamento quanto de afetividade, a motivação e a motricidade também são afetadas (NETO, 2015).

A esquizofrenia é uma perturbação com duração mínima de 6 meses e inclui no mínimo 1 mês de sintomas da fase ativa (i. é, dois [ou mais] dos seguintes: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento amplamente desorganizado ou catatônico, sintomas negativos) (DSM-IV-TR 2002, p. 303).

Segundo o autor acima, no Critério A e C, os principais aspectos da esquizofrenia são os diferentes sinais e sintomas positivos ou negativos, presentes durante 1 mês ou menos, ocorrendo durante 6 meses mantendo os mesmos sintomas. Dessa forma, no Critério B, os sinais e sintomas são acompanhados de grande prejuízo funcional ou ocupacional. Já no Critério D e E, a perturbação não é um Transtorno Esquizoafetivo, Transtorno do Humor Com Características Psicóticas, devido a uma substância ou CMG. E por fim, no Critério F, pessoas diagnosticadas com Transtorno Autista ou qualquer outro Transtorno Global do Desenvolvimento,

somente são diagnosticados com esquizofrenia, caso apresentem quadros de alucinações e delírios por no mínimo 1 mês (DSM-IV-TR 2002).

Os sintomas positivos, de maneira abrangente, incluem delírios e ideação delirante, alucinações, distúrbios das associações, sintomas catatônicos, agitação, vivências de influência externa e desconfiança. Os sintomas negativos referem-se ao estreitamento e à redução das expressões emocionais, com diminuição da produtividade do pensamento e da fala, retraimento social e diminuição dos comportamentos direcionados a metas. Portanto, os componentes negativos poderiam ser definidos como monotonia afetiva, alogia, anedonia e avolição. Como uma terceira categoria, os sintomas desorganizados incluem desorganização do pensamento e do comportamento associada ao comprometimento da atenção (FALKAI et al., 2015, p. 03).

Já de acordo com o DSM-5, no Critério A, apresentar dois (ou mais) sinais ou sintomas em um período de no mínimo 1 mês, tais como delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico, e sintomas negativos (como por exemplo, expressão emocional diminuída ou avolia). No Critério B, a perturbação ocasiona problemas em áreas de funcionamento, tais como profissional, interpessoal e acadêmico. Já no Critério C, esses sinais perduram até 6 meses pelo menos, incluindo no mínimo 1 mês de sintomas. De acordo com o Critério D, os transtornos Esquizoafetivo, Depressivo ou Bipolar são desconsiderados pois os episódios depressivos maiores e/ou maníacos simultaneamente com sintomas da fase ativa não ocorreram, e os episódios de humor ocorreram de forma breve em comparação aos períodos ativos e residuais da doença. No Critério E, indica-se que o transtorno não pode ser associado aos efeitos fisiológicos de uma substância ou CMG. E por fim, no Critério F, o diagnóstico de esquizofrenia só é realizado em indivíduos com transtornos do Espectro Autista ou da Comunicação com início na infância se os delírios e as alucinações e demais sintomas da esquizofrenia ocorrem por pelo menos 1 mês (DSM-5, 2014).

De acordo com o autor supracitado, as principais características que definem os Transtornos Psicóticos são delírios, alucinações, desorganização do pensamento (discurso), comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos.

Conforme o DSM-IV-TR, a esquizofrenia se subdivide em 5 tipos, tais como o Paranoide, onde há a presença de delírios ou alucinações auditivas eminentes no contexto de uma importante preservação do funcionamento cognitivo e afetivo; o Desorganizado, onde o discurso o comportamento são desorganizados e há

embotamento afetivo ou inapropriado; o Catatônico, onde há significativa perturbação psicomotora, podendo envolver imobilidade motora, atividade motora excessiva, extremo negativismo, mutismo, peculiaridades dos movimentos voluntários, ecolalia ou ecopraxia; o Indiferenciado, refere-se a presença de sintomas característicos do Critério A, porém não se enquadram os critérios para os Tipos Paranoide, Desorganizado ou Catatônico; e por fim o Residual, onde é caracterizada como no mínimo um episódio de Esquizofrenia, porém não apresenta sintomas psicóticos positivos proeminentes (DSM-IV-TR, 2002).

Em concordância com o (DSM-5, 2014), a subdivisão foi descartada, somente são especificados no curso do transtorno, onde o primeiro episódio agudo se apresenta em um período de tempo e são satisfeitos os critérios de sintomas; a segunda é o primeiro episódio de remissão parcial, e ocorre em um período de tempo no qual é mantida certa melhora e os critérios definidores são apresentados em partes; a terceira é o primeiro episódio em remissão completa, onde em um período de tempo não apresentam nenhum sintoma específico do transtorno; a quarta é em episódios múltiplos em episódio agudo, onde podem ocorrer múltiplos episódios após no mínimo de 2 episódios; a quinta é em episódios múltiplos em remissão parcial, a sexta é em episódios múltiplos em remissão completa, a sétima é em contínuo, onde os sintomas permanecem durante a maior parte do curso da doença; e por fim, a não especificado.

Segundo o DSM-IV-TR, os outros transtornos psicóticos são Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Esquizoafetivo, Transtorno Delirante, Transtorno Psicótico Breve, Transtorno Psicótico Induzido (Folie à Deux), Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral, Transtorno Psicótico Induzido por Substância, Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação (DSM-IV-TR, 2002).

Já no DSM-5, os outros transtornos psicóticos são o Transtorno (da Personalidade) Esquizotípica, Transtorno Delirante, Transtorno Psicótico Breve, Transtorno Esquizofreniforme, Esquizofrenia, Transtorno Esquizoafetivo, Transtorno Psicótico Induzido por Substância/Medicamento, Transtorno Psicótico Devido a Outra Condição Médica, Catatonia, Catatonia Associada a Outro Transtorno Mental (Especificador de Catatonia), Transtorno Catatônico Devido a Outra Condição Médica, Catatonia não especificada, Outro Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Outro Transtorno Psicótico Especificado, e Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Outro Transtorno Psicótico não Especificado (DSM-5, 2014).

As comorbidades se apresentam de forma significativa em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, onde os principais sintomas são a ansiedade, depressão, e uso ou abuso de substâncias psicoativas. Pacientes esquizofrênicos podem apresentar transtornos de ansiedade, como por exemplo, a fobia social, identificada como a principal comorbidade dessa patologia. De acordo com a literatura, 50% dos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia são dependentes de álcool e outras substâncias, podendo desencadear a esquizofrenia por conta do uso de drogas, ou adquirir o vício após o diagnóstico (NARDI; QUEVEDO; SILVA, 2015).

Os prejuízos adquiridos a partir da esquizofrenia são de grande importância para que o diagnóstico seja adequado, e as comorbidades que se apresentarem recebam atenção primordial para obter uma qualidade de vida do paciente o mais normal possível.

2.1.2.1.1 Epidemiologia e curso

A esquizofrenia como já foi dito anteriormente, é uma patologia crônica, a qual apresenta sintomas positivos e negativos. Porém, assim como os conceitos da doença mental foram alterados no decorrer da história, a esquizofrenia que antes era subdividida, passou a ser apresentada de forma geral com diferentes especificações.

A epidemiologia se caracteriza pelo estudo da ocorrência e da classificação de uma determinada doença ou condição médica geral utilizada para investigar a etiologia e o prognóstico da doença em questão. A frequência da esquizofrenia é medida através do número de doentes, o número de habitantes da área e a faixa etária da população analisada. A esquizofrenia raramente ocorre antes da puberdade ou após os 50 anos, e os pacientes que possuem antecedência de quadros psicóticos na família apresentam o início da doença mais precoce se comparado a pacientes sem quadros psicóticos na família (MARI; LEITÃO, 2015).

Os médicos que avaliam os sintomas de Esquizofrenia em situações socioeconômicas ou culturais diferentes das suas próprias devem levar em conta as diferenças culturais. Idéias que parecem delirantes em uma cultura (p.ex., magia e bruxaria) podem ser comumente aceitas em outra. Em algumas culturas, as alucinações visuais ou auditivas de conteúdo religioso podem ser um componente normal da experiência religiosa (p.ex., ver a Virgem Maria ou ouvir a voz de Deus) (DSM-IV-TR, 2002, p. 311).

De acordo com o autor referido acima, além dessas considerações, o discurso desorganizado deve ser avaliado de acordo com a variação linguística das culturas, pois afeta diretamente na forma da apresentação verbal. Outro ponto importante para a avaliação do afeto é que também varia de acordo com as culturas a forma com que os indivíduos se expressam emocional e visualmente, e de acordo com sua linguagem corporal (DSM-IV-TR, 2002).

A prevalência da esquizofrenia ao longo da vida parece ser de 0,3 a 0,7%, embora haja relato de variação por raça/etnia entre países e por origem geográfica para imigrantes e filhos de imigrantes. A proporção entre os sexos difere em amostras e populações: por exemplo, ênfase em sintomas negativos e duração maior do transtorno (associada a pior prognóstico) demonstram taxas mais elevadas de incidência nos indivíduos do sexo masculino, ao passo que definições que possibilitam a inclusão de mais sintomas de humor e apresentações breves (associadas a melhor prognóstico) demonstram riscos equivalentes para ambos os sexos (DSM-5, 2014, p. 102).

A esquizofrenia em todo o seu curso, apresenta alterações cognitivas no paciente afetado, até mesmo durante o período prodrômico. Assim sendo, as alterações e disfunções cognitivas não são ocasionadas pelo tratamento farmacológico ou hospitalizações. As principais alterações cognitivas dos pacientes acometidos de esquizofrenia são a perda da velocidade no processamento de informações básicas, dificuldade em manter a atenção direcionada a determinada situação durante um tempo significativo, perda da habilidade em guardar informações para uso imediato, problemas para gerar, armazenar e recuperar ou manipular imagens, dificuldade na resolução de problemas novos e compreender regras sociais (JUNIOR et al., 2015).

Existem algumas evidências de uma possível tendência dos clínicos a superdiagnosticar Esquizofrenia em alguns grupos étnicos. Estudos conduzidos no Reino Unido e nos Estados Unidos sugerem que a Esquizofrenia pode ser diagnosticada com maior frequência em indivíduos afro-americanos e asiáticos-americanos do que em outros grupos raciais. [...] O comportamento catatônico é relativamente incomum, conforme relatos, entre indivíduos com esquizofrenia nos Estados Unidos, porém é mais comum em países não-ocidentais. Os indivíduos com Esquizofrenia nas nações em desenvolvimento tendem a um curso mais agudo e a um melhor resultado do que os indivíduos de nações industrializadas (DSM-IV-TR, 2002, p. 311).

Geralmente a Esquizofrenia tem início entre o final da adolescência até os 30 anos de idade, sendo que o início antes da adolescência é raro, porém podem ocorrer casos dos 5 aos 6 anos. Dessa forma, indivíduos dessa faixa etária os sinais

e sintomas são parecidos com os da idade adulta, entretanto o diagnóstico pode ser difícil por conta da tenra idade. Já o autor relata que a Esquizofrenia se manifesta nos homens entre 18 e 25 anos, contudo, nas mulheres se manifesta entre 25 e 35 anos (DSM-IV-TR, 2002).

A idade média de início do primeiro episódio psicótico de Esquizofrenia situa-se na primeira metade da faixa dos 20 anos para homens e final da faixa dos 20 para as mulheres. O início pode ser abrupto ou insidioso, mas a maioria dos indivíduos apresenta algum tipo de fase prodrômica, manifestada pelo desenvolvimento lento e gradual de uma variedade de sinais e sintomas. [...] A maioria dos estudos sobre curso e resultado da Esquizofrenia sugere que o curso pode ser variável, com alguns indivíduos exibindo exacerbações e remissões, enquanto outros permanecem cronicamente enfermos (DSM-IV-TR, 2002, p. 313).

Os indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia apresentam sintomas depressivos na maioria dos casos, e se a idade de início da doença for precoce, o prognóstico é mais difícil. Entretanto, indivíduos do sexo masculino, em grande parte dos casos apresentam pior adaptação pré-mórbida, maior prejuízo acadêmico e cognitivo (DSM-5, 2014).

Os elementos preditivos do curso e da evolução permanecem, em grande parte, sem explicação, e curso e evolução podem não ser preditos de maneira confiável. O curso parece favorável em cerca de 20% das pessoas com esquizofrenia, e um número pequeno de indivíduos é referido como tendo obtido recuperação completa. [...] Muitos permanecem cronicamente doentes, com exacerbações e remissões de sintomas da fase ativa, ao passo que outros têm um curso com deterioração progressiva. Os sintomas psicóticos tendem a diminuir ao longo da vida, talvez em associação ao declínio normal na atividade dopaminérgica relacionada ao envelhecimento (DSM-5, 2014, p. 102).

Desta maneira, a esquizofrenia com início extemporâneo, isto é, após os 40 anos, é comumente encontrado em mulheres já casadas. O curso é predominado por sintomas psicóticos sem prejuízo do afeto e funcionamento social, porém ainda há dúvidas se a condição da esquizofrenia com início tardio é a mesma de início antes da meia-idade (DSM-5, 2014).

Por meio dos estudos realizados sobre a esquizofrenia, pode-se notar que ela se apresenta no início da vida adulta e tem como característica vários prejuízos e declínios na vida acadêmica, social, entre outros. Há pacientes que demoram mais para apresentar novas crises, onde a medicação é assertiva, porém há pacientes que possuem crises consecutivas e não apresentam melhora com as medicações apresentadas.

2.1.2.1.2 Fatores etiológicos da esquizofrenia

A esquizofrenia se apresenta de diferentes maneiras pois depende de onde o doente está inserido, assim como também a sua cultura pode influenciar sua etiologia e curso.

A causa da esquizofrenia é um estudo que percorre um longo caminho, onde os cientistas buscam há um século entender e estabelecer uma explicação correta com relação ao transtorno. O conceito esquizofrenia se refere a transtornos neuropsiquiátricos que prejudicam de maneira significativa o paciente, e atualmente o sexo masculino é considerado o acometido mais precocemente (MESSAS et al., 2015).

“A esquizofrenia é um transtorno com múltiplas causas, como o câncer. O indivíduo pode ter uma predisposição genética, porém, uma série de outros fatores terão de intervir para a eclosão da patologia” (RAMOS; HÜBNER, 2015, p. 01).

Não há, aparentemente, uma única lesão cerebral responsável pela causa da esquizofrenia. Interneurônios inibitórios são particularmente afetados, principalmente na diminuição em seu número; diminuição na expressão de enzimas que sintetizam o neurotransmissor inibitório ácido aminobutírico (GABA); diminuição na expressão de neuropeptídeos, como a colecistoquinina e a somatostatina; e o decréscimo da migração de neurônios da matéria branca para o córtex cerebral. Há também uma perda generalizada de dendritos e axônios da região cortical, refletindo uma falha de conexões sinápticas entre neurônios piramidais e neurônios inibitórios. Achados como esses podem ser explicados por uma falha no neurodesenvolvimento e podem sugerir que a esquizofrenia está relacionada com distúrbios em qualquer fase da maturação cerebral, desde a migração neuronal anômala até excessos na apoptose (RAMOS; HÜBNER, 2015, p. 02).

Desta forma, como a patologia ainda não possui uma causa definida, o fator hereditário assume grande importância no desenvolvimento do quadro psiquiátrico, mas não há estudos que demonstrem como a doença é transmitida geneticamente. Os fatores ambientais também são considerados importantes para o desenvolvimento da esquizofrenia (NETO, 2015).

Quanto à patofisiologia bioquímica da esquizofrenia, a mais aceita é a dopamina, que sugere como causa do distúrbio a hiperatividade do sistema da dopamina, porém, há falhas nesta teoria. Primeiramente, não há total alívio dos sintomas com o bloqueio dopaminérgico; segundo, mesmo com a diminuição dos sintomas positivos com o decréscimo da neurotransmissão dopaminérgica, níveis de metabólitos e receptores dopaminérgicos

continuam inalterados antes e depois do tratamento; terceiro, o papel da dopamina no cérebro é mais complexo que apenas agir como simples desencadeador de sintomas psicóticos (RAMOS; HÜBNER, 2015, p. 02).

A patologia não depende da etnia, nível socioeconômico ou cultural, e ocorre em cerca de 1% da população mundial. Ao manifestar-se pela primeira vez, geralmente entre 20 a 30 anos, de forma brusca ou lenta, essa última pode ter o diagnóstico mais demorado por conta da família ou do paciente demorar em perceber a doença (TEIXEIRA, 2015).

Desta maneira, a esquizofrenia se apresenta em diferentes culturas, e a quantidade de pessoas com esse diagnóstico é significativo. A causa ainda é um fator em estudo, pois não chegou-se a uma resposta, apenas há considerações e suposições a cerca da doença.

2.1.2.1.3 Avaliação diagnóstica da esquizofrenia

A esquizofrenia ao ser diagnosticada passa por um longo processo de adequação do paciente e dos familiares nessa nova etapa que terão que enfrentar. Com o passar do tempo percebeu-se que o diagnóstico não se dá por exames clínicos, como por exemplo, através de ressonância magnética, mas sim com o feeling do profissional que irá atender o paciente e colher as informações necessárias para entender como é sua situação de vida atual e porque chegou até a consulta clínica.

O diagnóstico da esquizofrenia envolve uma série de sinais e sintomas relacionados ao funcionamento acadêmico, social ou ocupacional prejudicados. Portanto, os sinais de humor devem ser levados em consideração, pois na maioria dos casos, o afeto é inadequado, como por exemplo, rir sem estímulo apropriado, depressão, raiva ou ansiedade (DSM-5, 2014).

Geralmente é realizado através de um especialista que analisa as manifestações da doença no paciente, porém não existe exames laboratoriais que possam ser utilizados para diagnóstico da esquizofrenia (NETO, 2015).

Para a análise do comportamento, a formulação de um diagnóstico passa pela compreensão dos comportamentos que são tidos como inadequados e isso requer a análise das contingências que os instalaram e que os mantêm. Nesse sentido o uso de classificações categoriais é limitante pois a topografia de um comportamento não é suficiente para a compreensão da sua função para um determinado indivíduo. A análise funcional do

comportamento é imprescindível para o planejamento da intervenção clínica (ARAÚJO; NETO, 2015, p. 68).

Os critérios diagnósticos para esquizofrenia devem conter algumas características como, por exemplo, pelo menos 1 sintoma do Critério A (delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento amplamente desorganizado ou catatônico e sintomas negativos), quando os delírios se apresentam de maneira bizarra ou quando as alucinações vem acompanhadas de vozes que estejam relacionadas com o comportamento ou o pensamento do paciente (DSM-IV-TR, 2002).

De acordo com o autor supramencionado, dentre os critérios de diagnóstico, também devem conter disfunção social/ocupacional, durar por no mínimo 6 meses, incluindo 1 mês de sintoma, exclusão de Transtorno Esquizoafetivo e Transtorno do Humor, exclusão de substância/condição medica geral e relação com um Transtorno Global do Desenvolvimento (DSM-IV-TR, 2002).

Sintomas de humor e episódios completos de humor são comuns na esquizofrenia e podem ocorrer concomitantemente com a sintomatologia da fase ativa. Porém, como diferença do transtorno do humor psicótico, um diagnóstico de esquizofrenia exige a presença de delírios ou alucinações na ausência de episódios de humor. Além disso, episódios de humor, tomados em sua totalidade, devem estar presentes por somente uma parte mínima da duração total do período ativo e residual da doença (DSM-5, 2014, p. 101).

Conforme o autor aludido, outra característica relevante, é que o paciente com esquizofrenia possui baixo insight ou consciência da doença, não reconhece os sintomas e por isso a adesão ao tratamento medicamentoso é dificultada, ocasionando vários episódios de recaída. Todavia exames laboratoriais, psicométricos ou radiológicos ainda não conseguem detectar o transtorno, mas atualmente há estudos relacionados à neuropatologia, neuroimagem e neurofisiologia que podem facilitar o processo diagnóstico (DSM-5, 2014).

Ao se diagnosticar a esquizofrenia, há cuidados que devem ser levados em consideração para o melhor tratamento a ser adotado, assim como explicar ao paciente e familiares como a vida de todos mudará com os sintomas que estarão presentes mesmo que haja tratamento medicamentoso.

2.1.3 Tratamento Interdisciplinar da Esquizofrenia

A partir do diagnóstico da esquizofrenia, o profissional deve analisar cada caso, para saber quais são os medicamentos adequados e perceber se há comorbidades que necessitem de atenção. Através desse processo, quando o paciente passa pela medicina para encontrar um medicamento adequado, busca-se a intervenção multidisciplinar para atender outras demandas de cada paciente.

A interdisciplinaridade refere-se ao ensaio do homem em compreender a relação entre o mundo orgânico e o mundo social, a relação entre o indivíduo e a sociedade e a relação entre os indivíduos de maneira geral. Portanto, é o conceito de convívio entre os conhecimentos sensíveis e racionais promovendo sentido a vida (PEREIRA, 2015).

Há que se afirmar interdisciplinaridade como um conceito historicamente e socialmente produzido, apresentando no campo epistemológico, no mundo do trabalho, e na educação, movimento de continuidade e ruptura em relação às questões que busca elucidar, e que simultaneamente a constituem. [...] O caráter de ruptura no que a interdisciplinaridade é chamada a responder, ou seja, a fragmentação do saber, instituída pela ciência moderna sob a égide do capital, do mundo do trabalho e da cultura, e transmitida pela prática educativa (PEREIRA, 2015, p. 01).

O tratamento da esquizofrenia envolve intervenções de diversas áreas como a psicoterapia, a terapia medicamentosa e a socioterapia, que enfatiza a reabilitação psicossocial do indivíduo tornando o envolvimento de familiares, pacientes e profissionais ligados à saúde muito importante. O tratamento atualmente se concretiza fora do ambiente hospitalar, mas há casos isolados que ainda necessitam de internação hospitalar durante os surtos (HANSEN et al., 2015).

“Outro aspecto importante na construção do projeto terapêutico é o seu alicerce nas tecnologias leves em saúde (acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia), que favorecem a adesão do usuário/família ao tratamento” (PINTO et al., 2015, p. 08).

Assim como a esquizofrenia não pode ser tratada apenas com psicoterapia ou métodos alternativos, nem somente por medicamentos e atenção médica, há a necessidade de que as diferentes áreas da saúde e áreas sociais entrem em contato entre si, para que possam oferecer melhores condições de vida ao paciente.

2.1.3.1 Tratamento médico

Através da interdisciplinaridade, a esquizofrenia pode ser encarada de maneira completa envolvendo várias características sociais e pessoais de diagnosticados com esquizofrenia. Os medicamentos dessa forma auxiliam no controle da doença, diminuindo os riscos de novas recaídas ou crises que possam ocorrer.

O acompanhamento psiquiátrico do paciente com diagnóstico de esquizofrenia tem como principal objetivo a prevenção de recaída, pois esta traz consigo maior prejuízo funcional e psíquico do paciente. Além desse objetivo, o tratamento psiquiátrico tem por meta principal a prevenção de tentativas suicidas, recuperação do paciente e minimizar o esgotamento físico e emocional dos familiares (SHIRAKAWA, 2015).

Portanto, o tratamento farmacológico atualmente tem se demonstrado extremamente efetivo no processo terapêutico da esquizofrenia, no entanto não há indícios que os medicamentos promoverão a cura, mas as drogas antipsicóticas tem sido as primeiras a serem indicadas no tratamento em todos os estágios da doença. Portanto, os medicamentos antipsicóticos diminuem significativamente o período de hospitalização durante as crises e o tratamento pode permanecer nos lares após esse período (GAMA et al., 2015).

Contudo, a manutenção do tratamento da esquizofrenia engloba não somente o controle na fase aguda da doença, mas também retardar recaídas e novos internamentos hospitalares. Porém, o uso de antipsicóticos pode fazer com que a resposta medicamentosa seja ineficaz ou traga riscos de toxicidade (GAMA et al., 2015).

O médico psiquiatra é o responsável por analisar cada caso e prescrever o melhor método de intervenção para a esquizofrenia, como por exemplo, os medicamentos benzodiazepínicos, estabilizadores do humor e anticonvulsivantes, antidepressivos, terapia eletroconvulsiva, estimulação magnética transcraniana repetitiva, e outros (FALKAI et al., 2015).

O tratamento aos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia tem como objetivo o controle e a reintegração do indivíduo, que pode ser tanto no âmbito medicamentoso de antipsicóticos ou neurolépticos quanto no psicossocial. Os medicamentos são utilizados na fase aguda minimizando os sintomas, assim como

também durante as crises com o propósito de prevenir novas recaídas (NETO, 2015).

Desta maneira, há diferentes classes de antipsicóticos, tais como de alta, média e baixa potência, e são escolhidas pelo médico de acordo com os efeitos colaterais adversos que poderão causar, analisando o custo benefício do medicamento mais adequado (GAMA et al., 2015).

Num primeiro episódio psicótico, o tratamento farmacológico deve ser introduzido com cautela pelo maior risco de desenvolvimento de sintomas extrapiramidais (SEP). Recomenda-se a introdução da medicação antipsicótica em baixas doses, seguida de ajuste gradual, sempre com cuidadosa explicação ao paciente. Como primeira escolha, devem ser utilizados preferencialmente os antipsicóticos de segunda geração (ASGs). Alternativamente, recomenda-se o uso de antipsicóticos de primeira geração (APGs) no limite inferior da faixa terapêutica. Essa recomendação é baseada principalmente na melhor tolerabilidade e no risco reduzido de discinesia tardia dos antipsicóticos atípicos (FALKAI et al., 2015, p. 02).

Durante o curso da esquizofrenia podem ocorrer quadros de sintomas positivos, e assim, a escolha de um antipsicótico eficaz é o mais indicado. Muitas vezes, os médicos indicam o medicamento haloperidol para controlar o surto, ou acrescentam no tratamento medicamentoso o lorazepam ou clonazepam. Já quando os sintomas negativos são mais aparentes, os antipsicóticos mais novos são atribuídos ao tratamento, como por exemplo, a risperidona, amisulprida, olanzapina, e outros (SHIRAKAWA, 2015).

Os antipsicóticos têm sido a base do tratamento da esquizofrenia nos últimos cinquenta anos. Em termos de estrutura química, os antipsicóticos, freqüentemente conhecidos como neurolépticos, são um grupo heterogêneo de drogas psicoativas (como fenotiazina, tioxantina, butirofenona, difenilbutilpiperidina, benzamida, benzisoxazol e dibenzepina) geralmente utilizado na fase aguda do tratamento, na terapia de manutenção e na prevenção da recidiva da esquizofrenia em longo prazo (FALKAI et al., 2015, p. 10).

Outro fator importante no tratamento médico da esquizofrenia é o momento correto para explicar ao paciente sobre sua patologia, e fica a critério do psiquiatra, onde o mesmo pode avaliar quando o paciente estiver mais preparado e houver uma boa relação terapêutica. Esse processo envolve a aceitação e a compreensão da doença, facilitando dessa forma a melhor adesão ao tratamento psiquiátrico, onde o paciente contribuirá para a estabilização do quadro (SHIRAKAWA, 2015).

Conforme o autor supracitado, os pacientes que não aderem ao tratamento possuem mais chances de ter recaídas, por isso que o vínculo entre médico-paciente deve ser conquistado, para alcançar um tratamento efetivo. Os indivíduos ou familiares geralmente buscam atendimento médico na época da crise, e se apresentam muitas vezes desorientados, desequilibrados ou catatônicos, por isso a importância dos familiares estarem juntos para esclarecer melhor a situação enfrentada e para dar apoio ao paciente (SHIRAKAWA, 2015).

Geralmente os pacientes com esquizofrenia precisam fazer o uso de medicamentos ininterruptamente, e fazem acompanhamentos periódicos com médicos especializados, assim como com psicólogos, terapeutas ocupacionais e outros profissionais que o auxiliarão na aceitação e melhor convivência com a doença e os sintomas (NETO, 2015).

No que se refere ao tratamento médico na esquizofrenia, deve-se levar em conta a falta de adesão aos medicamentos, ao estar em uma fase mais tranquila da doença os pacientes podem entender que já estão curados e por si só interromper o tratamento, trazendo mais complicações.

2.1.3.2 Tratamento psicológico

Ao se tratar de intervenções dispensadas a pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, além da atenção médica, o tratamento psicológico mostra-se significativamente importante para o sucesso do tratamento e a prevenção de novas crises.

A psicoterapia no tratamento da esquizofrenia durante o período anterior a década de 70, baseava-se exclusivamente nas teorias psicodinâmicas, ou em teorias que se baseavam na crença de que a esquizofrenia era uma doença com sua causa na patogenicidade do comportamento ou na comunicação entre o doente e sua família (SILVA, 2015).

Porém, de acordo com o autor supramencionado, somente a partir da década de 80, as intervenções psicológicas no âmbito da esquizofrenia começam a surgir, visando um melhor aproveitamento das habilidades sociais dos pacientes e diminuição das recaídas (SILVA, 2015).

A intervenção psicológica tem por objetivo mostrar ao paciente com esquizofrenia a como lidar com o estresse e os fatores estressantes, aprimorar sua

qualidade de vida e habilidades, e a diminuir os sintomas da doença. O foco principal é analisar os fatores biológicos e sociais em detrimento da doença, e mostrar ao paciente esquizofrênico como manejar as consequências da doença, como por exemplo, as dificuldades que enfrentarão durante as recaídas, no autocuidado e ao enfrentar os impasses decorrentes (FALKAI et al., 2015).

Portanto, o tratamento psicológico em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia se dá juntamente com o tratamento medicamentoso, no qual o primeiro auxilia o paciente a enfrentar as mudanças que a doença traz consigo, como por exemplo, o estresse; e já o segundo, tem como objetivo reduzir os sintomas positivos prevenindo as recaídas (SILVA, 2015).

Conforme o autor supracitado, a terapia cognitiva surge em meados da década de 50, buscando estudar e compreender a esquizofrenia, no que diz respeito aos sintomas positivos que não sucumbiam ao tratamento psicofarmacológico. Beck foi um profissional que adotou esse método, e empregou algumas técnicas cognitivas no tratamento de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia paranoide (SILVA, 2015).

Por meio do tratamento psicológico mais enfatizado por Beck, trouxe significativas considerações a cerca da esquizofrenia, e técnicas foram adotadas para melhor se adaptar e intervir em casos que já estejam passando por um tratamento medicamentoso.

2.1.3.3 Tratamento da enfermagem

O tratamento psicológico fazendo-se presente nos casos de esquizofrenia podem facilitar o entendimento da patologia, os sintomas e prejuízos que irão ter que enfrentar no decorrer da vida, assim como também perceber a importância do tratamento medicamentoso e da enfermagem.

O tratamento da enfermagem em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia é designado como controle do uso de medicamentos psicóticos, e seus efeitos colaterais. Esses profissionais possuem escalas de avaliação dos efeitos colaterais dos fármacos que auxiliam no processo de adesão ao tratamento e também no controle desses efeitos indesejados, como por exemplo, a escala de EPS de Simpson e Angus (FREDERICO et al., 2015).

A avaliação das necessidades específicas e as ações de enfermagem são aplicadas de acordo com a individualidade de cada família. Assim, têm-se uma reorganização dos sintomas dos pacientes e uma prevenção para futuros episódios, melhorando a qualidade de vida do grupo familiar, seu papel frente à sociedade e entre seus próprios membros, evitando a deterioração definitiva que leva à incapacidade mental (GIACON; GALERA, 2015, p. 05).

De acordo com o autor mencionado anteriormente, a visão da enfermagem no tratamento da esquizofrenia é baseada nas investigações e ações promovidas para alcançar uma melhor qualidade de vida do paciente doente e de sua família, controlando o surto da esquizofrenia e estabilizando-a. Outras ações importantes do profissional da enfermagem, são a ajuda da reintegração do paciente em suas atividades costumeiras após a manifestação da doença, esclarecimento da importância da adesão ao tratamento medicamentoso, etc (GIACON; GALERA, 2015).

Outra importante ação da enfermagem é a estimulação dos pacientes de primeiro surto esquizofrênico a usar recursos disponíveis na sociedade como trabalhos voluntários, atividades em grupos, exercícios físicos, lazer, entre outros (GIACON; GALERA, 2015 p. 05).

Logo, os enfermeiros devem administrar as medicações dadas a pacientes esquizofrênicos, assim como também fazer encaminhamentos a outros profissionais quando necessário. Mas também deve direcionar seu trabalho a família do doente mental, criando grupos de apoio e esclarecimentos quanto à esquizofrenia, o qual permite que as vivências, conhecimentos e as experiências possam ser compartilhados (CORDEIRO et al., 2015).

A parte do tratamento da enfermagem, assim como das outras áreas, possui sua importância no que diz respeito a esquizofrenia, pois a mesma torna-se responsável para mostrar ao paciente qual medicamento este fará uso, assim como também os efeitos colaterais.

2.1.3.3 Tratamento psicossocial

A enfermagem exerce grande papel no conhecimento da família do doente com esquizofrenia, pois a mesma torna-se responsável pela medicação, as alterações que terá que efetuar nas doses ou até mesmo na troca de medicamentos. Juntamente as intervenções psicossociais promovem a reinserção em atividades

que antes eram rotineiras, portanto o tratamento psicossocial auxilia na compreensão e reabilitação do paciente com diagnóstico de esquizofrenia.

As intervenções psicossociais promovem o acolhimento do doente mental e de sua família, como forma de auxiliar o processo de descoberta de novas possibilidades a partir do diagnóstico de esquizofrenia. Onde tem como principal objetivo a redução da sobrecarga e dos comportamentos psicóticos do paciente, e auxilia-lo na compreensão do impacto que a esquizofrenia causa (FILHO et al., 2015).

A intervenção psicossocial consiste no tratamento do paciente, baseado no envolvimento deste com atividades sociais e ocupacionais. Ela está sendo utilizada para diminuir o estigma da doença mental perante a sociedade e ao próprio usuário que, muitas vezes, sente-se inibido ao procurar ajuda, acarretando em uma deterioração que poderia ser evitada (GIACON; GALERA, 2015, p. 04).

Portanto, são designadas no tratamento da esquizofrenia juntamente com o tratamento farmacológico, onde se demonstram efetivas durante a fase controlada da patologia. Dessa maneira, a escolha da melhor intervenção psicossocial é determinada de acordo com as condições e carências de cada paciente (FALKAI et al., 2015).

O interesse em tratamentos psicossociais tem duas razões: primeiro, do reconhecimento de que agentes farmacológicos têm um impacto limitado na recuperação do funcionamento social; e segundo, que a redução do período de internação levou pacientes em remissão parcial a serem tratados na comunidade e seus familiares tornaram-se as principais pessoas envolvidas no cuidado destes pacientes (DURÃO; SOUZA; MIASSO, 2015, p. 05).

As abordagens psicossociais têm como finalidade explicar as informações relacionadas à esquizofrenia e seu respectivo tratamento, auxiliar na compreensão das mudanças que ocorrerão com a doença, auxiliar no processo de adesão ao tratamento farmacológico, promover a redução de riscos como, por exemplo, o suicídio, entre outras (NETO, 2015).

A intervenção psicossocial vem se desenvolvendo como um campo de estudo próprio, sendo o conceito de reabilitação psicossocial uma de suas bases. Por ser muito nova e abrangente, observa-se que existem muitas práticas distintas que utilizam o termo, por isso é importante adotar uma definição de reabilitação psicossocial que fundamente nossa prática (GIACON; GALERA, 2015, p. 04).

Por meio do tratamento psicossocial, o paciente é levado a reorganizar suas rotinas e seu modo de vida, para que a qualidade de vida do mesmo possa ser agradável mesmo com o diagnóstico de esquizofrenia. Esse recurso é utilizado como ponto primordial, pois garante significativa diminuição nos internamentos durante as fases críticas da doença (SHIRAKAWA, 2015).

Ao receber a notícia do diagnóstico de esquizofrenia, o paciente deverá reavaliar sua vida como um todo, e se readaptar na situação em que se encontra. Portanto a atenção psicossocial pode oferecer técnicas para essa adaptação do paciente, mas também como os familiares podem colaborar no tratamento do ente em questão.

2.1.3.3.1 Centro de atenção psicossocial (CAPS)

A intervenção psicossocial na interdisciplinaridade na esquizofrenia e na convivência com a doença torna-se fundamentais para que haja aceitação e reabilitação do paciente na sociedade. Desta forma o CAPS II é o local adotado para que as diferentes intervenções possam convergir e interagir no tratamento de doentes com esquizofrenia.

No Brasil, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi inaugurado no ano de 1986, na cidade de São Paulo. O CAPS foi criado com o intuito de atender pessoas com diagnóstico de transtornos mentais, neuroses graves, psicoses e outros quadros, sendo que o mesmo é caracterizado através de um cuidado intensivo, personalizado e comunitário. Um dos seus objetivos é o atendimento a população promovendo a reinserção social dos usuários, bem como a inclusão ao mercado de trabalho quando possível, o acompanhamento clínico, exercícios de lazer e fortalecimento de vínculos familiares e sociais. É um método de atendimento da saúde mental que foi criado para substituir o modelo de internamento hospitalar (BRASIL, 2015).

Os CAPS, assumindo um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, farão o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar (BRASIL, 2015, p. 12).

O CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) é uma unidade de atendimento da saúde mental que proporciona aos usuários um cuidado intensivo através de uma equipe multidisciplinar. Por meio de alternativas terapêuticas, o modelo hospitalar é substituído para a assistência direta intervindo junto a equipes de saúde, familiares e agentes comunitários (NASI; SCHNEIDER, 2015).

O Centro de Atenção Psicossocial é proposto como um espaço de criatividade, de construção de vida, que ao invés de excluir, medicalizar e disciplinar, acolhe, cuida e estabelece pontes com a sociedade. As atividades a serem desenvolvidas nesses dispositivos estão listadas na referida Portaria, referindo-se à "equipe": atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros), em oficinas terapêuticas, à família, visitas e atendimentos domiciliares e atividades comunitárias enfocando a integração social do usuário na família e na comunidade (ROCHA, 2015, p. 02).

Os projetos assistenciais criados após a reforma psiquiátrica foram o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAMS) que são centros de assistência e referência à saúde mental, de acolhimento e tratamento dos doentes durante as crises. Os Centros de Convivência são espaços que foram desenvolvidos com o propósito de reabilitar e reinserir os usuários do programa a vida social, onde o método utilizado é a produção cultural e artística. Outro programa criado foi o de Moradias Terapêuticas, que são casas ou apartamentos destinados a pessoas que passaram por longos períodos internados em hospitais psiquiátricos, e se encontram sem vínculos familiares e sociais. O programa De Volta para Casa é uma forma de auxiliar a reabilitação psicossocial de doentes mentais através de um benefício de cerca de R\$ 240,00, onde os beneficiados são os indivíduos que foram abandonados ou que estiveram internados por mais de 2 anos (GOULART, 2015).

O CAPS possui recursos terapêuticos grupais e individuais para os usuários, familiares e comunidade. Dentre essas atividades, o atendimento individual revela uma prática terapêutica que possibilita uma atenção à família com a escuta e o acolhimento do sofrimento, o que oportuniza a promoção da saúde, assim como, se constitui de uma estratégia para a equipe buscar a parceria da família, mostrando que o cuidado do usuário se faz com um trabalho conjunto entre equipe e família. O atendimento individual possibilita as pessoas envolvidas um contato mais direto e preciso, propiciando uma conversa resolutiva das dificuldades encontradas pelos profissionais, ou familiares e usuários (SCHANK; OLSCHOWSKY, 2015, p. 06).

Os CAPS constituem-se de serviços da forma ambulatorial de atenção a nível diário, através da prática de dispositivos como, por exemplo, da fala e da escuta onde os usuários poderiam compartilhar experiências. As práticas terapêuticas utilizadas são reuniões com os usuários, atividades expressivas em grupos, tratamento medicamentoso e também o psicoterápico (LUZIO; L'ABBATE, 2015).

CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes (BRASIL, 2015, p. 06).

De acordo com a Portaria/ GM Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, as modalidades de CAPS existentes são o CAPS I, o CAPS II e o CAPS III. O CAPS I é instalado em municípios onde a população deve ser entre 20.000 a 70.000 habitantes, onde são realizados atendimentos individuais, em grupos, em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimentos comunitários e familiares, onde o objetivo principal dessas atividades é a reinserção do paciente na comunidade, na família e na sociedade. Os horários de atendimento são padronizados, onde é dividido em dois turnos, nos cinco dias úteis semanais (BRASIL, 2015).

Com base no modo psicossocial, o CAPS preconiza, como uma das suas metas, a desinstitucionalização, amparada por um processo prático de desconstrução do modelo tradicional da atenção psiquiátrica, propondo um conjunto de dispositivos que possibilitam a construção e a invenção de novas perspectivas de vida e subjetividade, com base não apenas em diagnósticos e prognósticos da doença mental, mas sim, na complexidade que envolve o indivíduo na sua dimensão psíquica e nas suas relações com o meio em que vive. Assim, este serviço busca a reinclusão das pessoas com sofrimento psíquico na família, na comunidade e na vida produtiva, através da recuperação da auto-estima e reestruturação de vínculos (SCHANK; OLSCHOWSKY, 2015, p. 04).

No CAPS II, o atendimento é realizado em municípios onde a população é de 70.000 a 200.000 habitantes, e as funções delegadas aos pacientes são exatamente as mesmas do CAPS I. O horário de funcionamento desta modalidade é de dois turnos, durante os cinco dias úteis semanais, porém pode estender-se a um terceiro turno dependendo da demanda (BRASIL, 2015).

CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes (BRASIL, 2015, p. 06).

No ano de 2002, no Brasil existiam cerca de 424 CAPS espalhados pelo país, já no 2006 o número havia subido para 1001 unidades. Portanto, o profissional de psicologia exerce um importante papel no que diz respeito à reforma psiquiátrica e a expansão de sistemas de atendimento na saúde mental (SALES; DIMENSTEIN, 2015).

O atendimento psicossocial do CAPS III é realizado em municípios onde a população é acima de 200.000 habitantes, da mesma maneira que o CAPS I e CAPS II atende seus pacientes, porém o diferencial é que existe o acolhimento dos mesmos durante a noite, feriados e finais de semana. Esse acolhimento é destinado para eventuais repousos ou observações do paciente, e são disponibilizados no máximo cinco leitos para essa finalidade. A duração do acolhimento é de sete dias consecutivos ou dez dias intercalados dentro do período de trinta dias. Outra característica diferenciada, é que o serviço ambulatorial é contínuo, onde seu funcionamento ocorre durante 24 horas diariamente, inclusive em feriados e finais de semana (BRASIL, 2015).

CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes (BRASIL, 2015, p. 06).

Os CAPS são serviços acessíveis a toda comunidade, e possui várias modalidades de técnicas terapêuticas utilizadas no tratamento de doentes mentais, tais como o espaço designado a expressão verbal, artística, musical e corporal, podendo desta forma o usuário aprender algumas atividades diferenciadas para utilizar como uma ferramenta de trabalho e fonte de renda, como por exemplo, o artesanato (CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2015).

A singularidade dos sujeitos com transtornos mentais deve ser considerada, pois a forma da clínica estendida a toda sociedade estabelece o contato com esta e com o sofrimento psíquico dos usuários do (NASI; SCHNEIDER, 2015).

A Associação Franco Basaglia foi criada por meio da participação de profissionais da área da saúde, de usuários, familiares e outras pessoas que se interessassem, juntamente com o CAPS procurando sempre abranger o contexto da

clientela e a autonomia dos participantes. Essa instituição surgiu com o objetivo de melhorar a vida social dos usuários com transtornos mentais, e também difundir novos valores e conceitos a respeito da saúde mental e da loucura (LUZIO; L'ABBATE, 2015).

A prática interdisciplinar deve permitir que a equipe possa discutir as situações do usuário, propor soluções em conjunto, visando `inovação, avaliando as necessidades e intervindo para satisfazê-las. Para tanto, se faz necessário que a equipe estabeleça uma relação dialógica nas situações do cotidiano do serviço (SCHNEIDER et al., 2015, p. 06).

Além dos atendimentos já mencionados, existem mais dois modelos, o CAPS i II e o CAPS ad II. O CAPS i II é o serviço destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais, e é inserido em municípios de população de 200.000 habitantes. O atendimento ambulatorial é diário, e além das características já mencionadas anteriormente, são realizadas ações intersetoriais em áreas de assistência social, de educação e de justiça. O funcionamento é realizado em dois turnos, durante os cinco dias úteis semanais, podendo ser estendido para mais um turno (BRASIL, 2015).

CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes. CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes (BRASIL, 2015, p. 07).

No CAPS existem oficinas destinadas ao tratamento terapêutico dos usuários, no qual é dirigido por um técnico capacitado para determinadas atividades. Na concepção dos profissionais do CAPS, o bem estar dos usuários remete a remissão dos sintomas, para isto são estimulados a verbalizar como estão se sentindo e compartilhar outras informações pertinentes a sua doença quando sentirem-se a vontade (CEDRAZ; DIMNENSTEIN, 2015).

CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes (BRASIL, 2015, p. 07).

O CAPS ad II é o serviço de atenção psicossocial é proposto a pacientes com transtornos decorridos de uso e dependência de substâncias psicoativas, e é instalado em municípios com população superior a 70.000 habitantes. Os serviços oferecidos são os mesmos das outras modalidades, com atendimento direcionado a dois turnos durante os cinco dias úteis semanais, podendo abranger um terceiro turno. São destinados de dois a quatro leitos para pacientes onde há necessidade de desintoxicação e repouso (BRASIL, 2015).

Como já foi visto, o CAPS II é o local onde os profissionais de diferentes áreas trabalham juntos para que os pacientes com doenças mentais possam ser atendidos, e avaliados conforme cada particularidade das áreas da saúde e psicossocial, para que o melhor método ou intervenção seja adotado no tratamento dos mesmos.

2.2 METODOLOGIA

2.2.1 Tipo de Pesquisa

Este estudo objetivou o levantamento de dados bibliográficos, e a pesquisa de elementos para a investigação de materiais impressos ou editados eletronicamente, com base em pesquisas por meio de artigos, revistas, livros e demais informativos científicos. A coleta de dados qualitativa foi realizada no local onde os dados foram originados (NEVES, 2015).

2.2.2 Local da Pesquisa

Esta pesquisa foi realizada na cidade de Caçador, localizada no meio-oeste do Estado de Santa Catarina, região do Alto Vale do Rio do Peixe. Mais especificamente nas dependências do Centro de Atenção Psicossocial – Saúde Mental.

2.2.3 População da Pesquisa

Inicialmente, a população da pesquisa delimitou-se a 10 (dez) profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial – Saúde Mental os quais realizam atividades terapêuticas, aos pacientes diagnosticados com Esquizofrenia, na cidade de Caçador/SC.

2.2.4 Critérios de Seleção da Amostra

Inclusão: profissionais que realizam intervenções terapêuticas no CAPS II da cidade de Caçador/SC e aceitarem participar da pesquisa.

Exclusão: profissionais que se recusarem a colaborar com a pesquisa ou mesmo não desempenham função terapêutica na referida instituição.

2.2.5 Amostra

A amostra dependeu da quantidade de profissionais que desempenham a função supracitada. Foram entregues 10 (dez) questionários, sendo 6 (seis) respondidos e 4 (quatro) devolvidos em branco, pois os profissionais estavam em período de férias.

2.2.6 Instrumentos

Inicialmente estabeleceu-se contato com a Secretaria Municipal de Saúde e coordenação municipal de saúde mental, para solicitar aprovação do estudo. Após aprovado, iniciou-se o contato com a coordenação do CAPSII e apresentado o projeto, juntamente com seus objetivos. Assim, foi formalizado um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), conforme anexo I. Logo após foi realizado contato com os profissionais que se enquadravam no perfil descrito no critério de seleção da amostra, solicitando aos que se disponibilizaram como voluntários o preenchimento de um questionário (Apêndice I), o qual foi aplicado nas próprias dependências do CAPS II, a respeito das intervenções terapêuticas dispensadas a pacientes com diagnóstico de esquizofrenia.

2.2.7 Análise e Discussão dos Dados

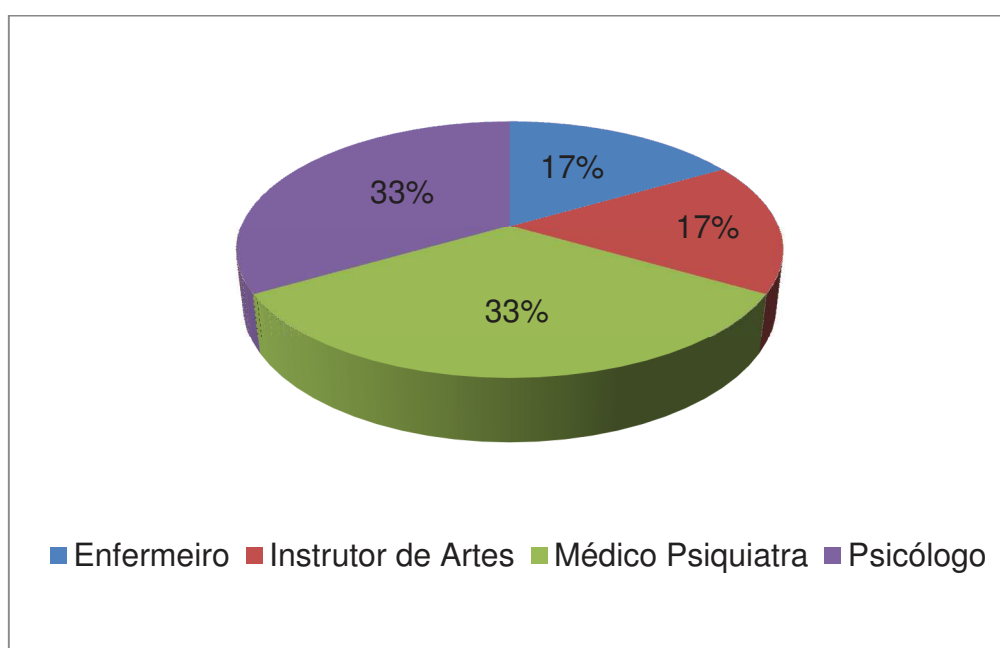
Após a realização da coleta de informações, foram analisados todos os dados e confrontados com o referencial teórico do trabalho. Assim, foi possível analisar quais as intervenções propostas pela bibliografia, levando em consideração o que a prática diária necessita e apresenta como possibilidades interventivas. Essa análise foi realizada identificando cada aspecto do questionário, discutindo teoricamente os dados.

2.3 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE DOS DADOS E RESULTADOS

Os dados coletados através desta pesquisa serão detalhados em forma de gráficos e tabelas com objetivo de organizar os resultados obtidos. Na primeira sessão encontram-se os gráficos indicativos do questionário aplicado aos profissionais do CAPS II da cidade de Caçador/SC. Já na segunda sessão encontram-se a apresentação e análise dos resultados da pesquisa.

2.3.1 Resultados da Pesquisa

Gráfico 1 – Profissional

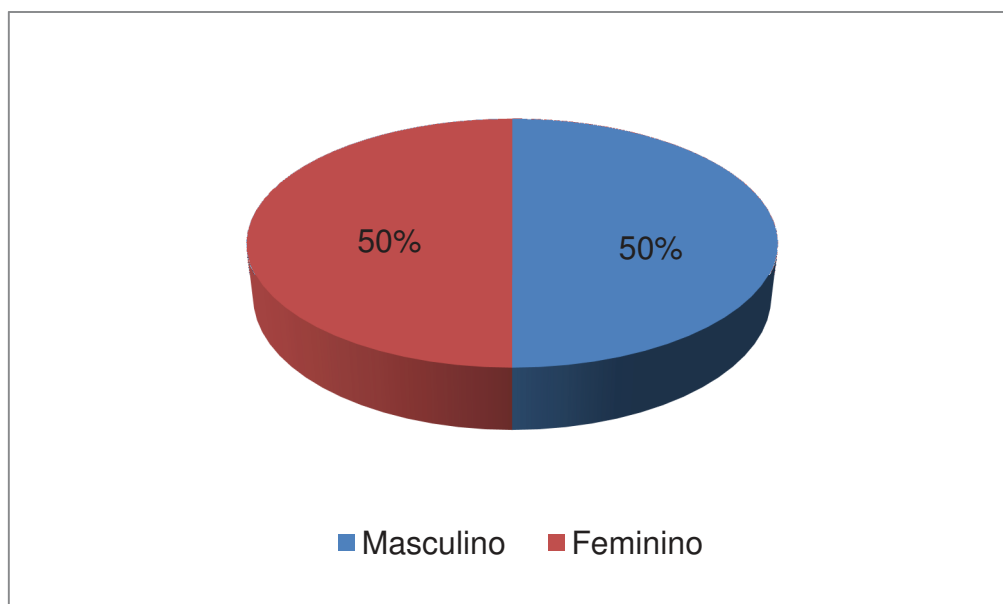


Fonte: SANTOS, 2015.

Percebe-se através do gráfico 1, que as profissões de Médico Psiquiatra e Psicólogo são de maior percentual relacionado a outros profissionais do CAPS II de Caçador/SC, sendo de (33%) cada. As outras profissões encontradas são de Enfermagem e Instrutor de Artes, as quais apresentaram (17%).

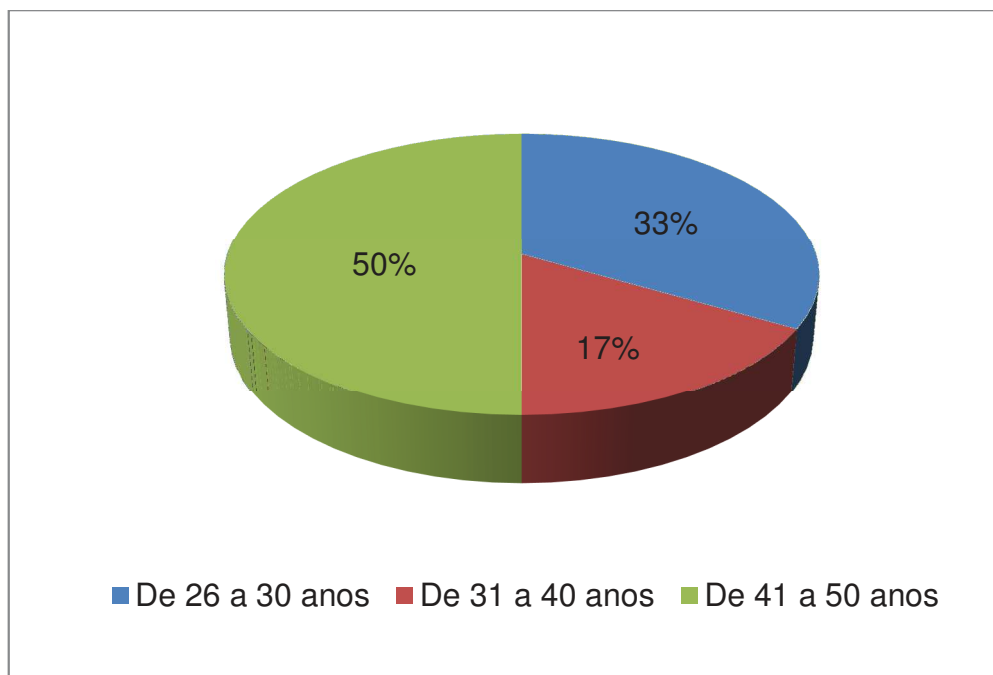
Os outros 4 questionários não puderam ser realizados por conta de alguns funcionários estarem em período de férias, ocasionando assim somente 6 questionários respondidos para a análise.

Gráfico 2 – Sexo



Fonte: SANTOS, 2015.

Através do gráfico 2, pode-se observar que (50%) dos entrevistados são do sexo masculino, e (50%) do sexo feminino. Essa porcentagem não influenciará nas respostas, pois a mesma é designada a diferentes profissionais que atuam no CAPS II de Caçador/SC.

Gráfico 3 – Idade

Fonte: SANTOS, 2015.

Já o gráfico 3, apresenta a faixa etária dos entrevistados, sendo que (33%) estão entre os 26 a 30 anos; (17%) entre os 31 a 40 anos; e (50%) entre 41 a 50 anos de idade.

Percebe-se então que a maioria dos profissionais do CAPS II de Caçador/SC possuem idades entre 41 a 50 anos, porém, esse número não terá importância significativa no resultado da pesquisa.

Tabela 1 – Quais os pacientes atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial de Caçador/SC?

Sujeito 1: “Os pacientes portadores de doenças mentais graves. Também são atendidos para fins de observação e futuro diagnóstico. Todos antes de serem de fato atendidos passam por acolhimento”.

Sujeito 2: “No CAPS II são atendidos pacientes com transtornos mentais graves, exceto dependência química”.

Sujeito 3: “Pacientes com transtornos moderados a graves”.

Sujeito 4: “Pessoas com transtorno mental com sintomas psicóticos considerados graves”.

Sujeito 5: “Doentes mentais graves, esquizofrenia, transtorno bipolar e deficiências mentais”.

Sujeito 6: “No CAPS II são atendidos pacientes com doença mental grave”.

Fonte: SANTOS, 2015.

A tabela acima trouxe como objetivo especificar quais são os pacientes atendidos pelo CAPS II de Caçador/SC, e as respostas em sua maioria foram de pacientes com diagnóstico de transtornos mentais graves.

No Brasil, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi inaugurado no ano de 1986, na cidade de São Paulo. O CAPS foi criado com o intuito de atender pessoas com diagnóstico de transtornos mentais, neuroses graves, psicoses e outros quadros, sendo que o mesmo é caracterizado através de um cuidado intensivo, personalizado e comunitário. Um dos seus objetivos é o atendimento a população promovendo a reinserção social dos usuários, bem como a inclusão ao mercado de trabalho quando possível, o acompanhamento clínico, exercícios de lazer e fortalecimento de vínculos familiares e sociais. É um método de atendimento da saúde mental que foi criado para substituir o modelo de internamento hospitalar (BRASIL, 2015).

CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local [...] (BRASIL, 2015, p. 06).

Conforme dados da pesquisa, comparados ao referencial teórico desse trabalho, o CAPS II de Caçador/SC atende usuários que possuem transtornos

mentais graves e persistentes, os quais podem apresentar comorbidades relacionadas ao uso, abuso ou dependência de substâncias químicas.

De acordo com os dados obtidos na tabela 1, e com os autores mencionados acima, o atendimento é de forma intensiva e objetiva a observação para futuro diagnóstico de seus usuários.

Tabela 2 – Como é realizado o diagnóstico no CAPS II de Caçador/SC?

Sujeito 1: “O diagnóstico é feito essencialmente por médico psiquiatra, que considera as observações e informações colhidas pelos demais técnicos em grupos e atendimentos individuais, bem como no acolhimento”.

Sujeito 2: “É interdisciplinar. É realizada uma avaliação inicial (triagem) por um profissional de nível superior e, depois encaminhado ao psiquiatra e à discussão em equipe do caso”.

Sujeito 3: “Especificamente pelo médico, respeitando a informação aos demais profissionais observadas em oficinas terapêuticas e no momento da acolhida inicial”.

Sujeito 4: “O diagnóstico é realizado mediante a observação da equipe por um período de no mínimo 6 meses de frequência do usuário”.

Sujeito 5: “Avaliação médica psiquiátrica e psicológica”.

Sujeito 6: “É realizado pelo médico psiquiatra”.

Fonte: SANTOS, 2015.

A tabela de número 2 apresenta como o diagnóstico da esquizofrenia é realizado no CAPS II de Caçador/SC, e as principais respostas foram referentes à avaliação médico psiquiátrica como sendo a principal para o diagnóstico, e então seguida de atendimentos interdisciplinares.

O tratamento do paciente com o diagnóstico de esquizofrenia requer o trabalho de uma equipe multidisciplinar, pois somente o tratamento psiquiátrico não consegue abordar alguns aspectos como a abordagem psicossocial, por exemplo, que busca a reorganização da vida do paciente. Existem diversas formas de intervenções que podem ser trabalhadas além das outras formas já citadas, tais como a orientação familiar, a psicoterapia individual ou em grupo, a terapia ocupacional, e entre outras modalidades (SHIRAKAWA, 2015).

A prática interdisciplinar deve permitir que a equipe possa discutir as situações do usuário, propor soluções em conjunto, visando inovação, avaliando as necessidades e intervindo para satisfazê-las. Para tanto, se faz necessário que a equipe estabeleça uma relação dialógica nas situações do cotidiano do serviço (SCHNEIDER et al., 2015, p. 06).

De acordo com os resultados da tabela 2 comparados com os autores supramencionados, o diagnóstico da esquizofrenia se dá através da equipe multidisciplinar que atua no CAPS II da cidade de Caçador/SC. Pelo que se pode observar, o usuário do CAPS passa primeiramente por uma triagem realizada por um profissional de nível superior, e logo após o paciente é atendido pelo médico psiquiatra o qual analisará a triagem, e depois com os demais profissionais da equipe, discutirão o caso para estabelecer um diagnóstico e tratamento mais precisos.

Além dos estudos de caso com equipe de profissionais do CAPS, são organizadas algumas técnicas para obter um diagnóstico mais fidedigno, analisando o paciente em seu contexto psicológico, mental e social.

Tabela 3 – Quão assíduos são os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia no CAPS II de Caçador/SC?

Sujeito 1: “Em sua maioria são usuários assíduos do serviço. Entretanto há exceções de usuários com este diagnóstico que faltam e/ou tem dificuldade na adesão ao tratamento”.

Sujeito 2: “São assíduos, porém irá depender do comprometimento dos responsáveis pelo paciente. Algumas famílias não aderem ao plano terapêutico”.

Sujeito 3: “Tem assiduidade conforme projeto terapêutico”.

Sujeito 4: “Hoje são os que frequentam e participam com melhor assiduidade”.

Sujeito 5: “Difícil precisar, mas a maioria de boa assiduidade”.

Sujeito 6: “São os mais assíduos, desde que haja comprometimento dos familiares”.

Fonte: SANTOS, 2015.

Na tabela 3 foram discutidas a assiduidade dos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia no CAPS II de Caçador/SC, e as respostas mais evidentes são de que a maioria dos pacientes são assíduos ao plano terapêutico, porém a família exerce grande influência para tal.

“Outro aspecto importante na construção do projeto terapêutico é o seu alicerce nas tecnologias leves em saúde (acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia), que favorecem a adesão do usuário/família ao tratamento” (PINTO et al., 2015, p. 08).

Uma característica relevante, é que o paciente com esquizofrenia possui baixo insight ou consciência da doença, não reconhece os sintomas e por isso a adesão ao tratamento medicamentoso é dificultada, ocasionando vários episódios de recaída [...] (DSM-5, 2014).

Observando o resultado da tabela 1 comparado aos autores mencionados acima, como a esquizofrenia é um transtorno grave, e traz consigo prejuízos significativos no processamento das informações e em outras áreas, a adesão ao tratamento torna-se dificultoso por conta disso. Portanto, a assiduidade dos usuários no CAPS II de Caçador/SC não é de todo alcançada, pois a família muitas vezes não adere ao plano terapêutico desenvolvido pela equipe de profissionais ou não são totalmente comprometidos com o usuário e seu tratamento. Porém em sua maioria, os usuários do CAPS II são assíduos comparados a outros usuários com diagnósticos diferentes de transtornos mentais.

Tabela 4 – É realizada orientação acerca do diagnóstico de esquizofrenia para pacientes e/ou familiares no CAPS II de Caçador/SC? Se sim, de que forma?

Sujeito 1: “Geralmente as orientações ocorrem de maneira individualizada. Eu particularmente costumo solicitar e/ou convidar outro profissional técnico ou de nível superior para realização das orientações”.

Sujeito 2: “Sim. Por meio de atendimentos individuais, visitas domiciliares, grupos de família e campanhas. Sempre que se estabelece o diagnóstico à família ou responsáveis são orientados quanto ao diagnóstico e tratamento”.

Sujeito 3: “Sim. De forma individual”.

Sujeito 4: “Sim, é realizado através de conversas, atendimento individual, em grupos e reuniões de família bimestrais”.

Sujeito 5: “Sim, os profissionais conversam e orientam as famílias sobre o diagnóstico”.

Sujeito 6: “Sim, estas orientações são feitas por todos os profissionais de acordo com os olhares de cada profissão”.

A orientação a cerca do diagnóstico da esquizofrenia é realizado conforme os dados obtidos na tabela 4, onde o diagnóstico é feito pela própria equipe interdisciplinar ao paciente e seus familiares, orientando de forma a fazer-se entender sobre a doença, tratamento, etc.

O tratamento do paciente com o diagnóstico de esquizofrenia requer o trabalho de uma equipe multidisciplinar, pois somente o tratamento psiquiátrico não consegue abordar alguns aspectos como a abordagem psicossocial, por exemplo, que busca a reorganização da vida do paciente. Existem diversas formas de intervenções que podem ser trabalhadas além das outras formas já citadas, tais como a orientação familiar, a psicoterapia individual ou em grupo, a terapia ocupacional, e entre outras modalidades (SHIRAKAWA, 2015).

O Centro de Atenção Psicossocial é proposto como um espaço de criatividade, de construção de vida, que ao invés de excluir, medicalizar e disciplinar, acolhe, cuida e estabelece pontes com a sociedade. As atividades a serem desenvolvidas nesses dispositivos estão listadas na referida Portaria, referindo-se à "equipe": atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros), em oficinas terapêuticas, à família, visitas e atendimentos domiciliares e atividades comunitárias enfocando a integração social do usuário na família e na comunidade (ROCHA, 2015, p. 02).

Confrontando os dados da tabela 4 com os autores acima mencionados, pode-se perceber que a orientação acerca do diagnóstico de esquizofrenia no CAPS II de Caçador/SC é realizada por toda a equipe de profissionais, sendo que cada profissional orienta sobre o diagnóstico e tratamento de acordo com sua área de atuação.

Sabe-se também que há muitos meios para orientar os usuários e seus familiares, incluindo os atendimentos individuais, visitas domiciliares, grupos de famílias e campanhas relacionadas ao tema.

Tabela 5 – Quais as principais comorbidades associadas à esquizofrenia em pacientes diagnosticados no CAPS II de Caçador/SC?

Sujeito 1: “Quadros relacionado à alteração de humor e uso de substâncias (principalmente tabaco, mas há uso de maconha e crack também)”.

Sujeito 2: “Comorbidades psiquiátricas: uso, abuso ou dependência de substâncias. Comorbidades orgânicas: diabetes, problemas gastrointestinais, etc”.

Sujeito 3: “Uso de substâncias psicoativas e alterações no humor, incluindo depressão”.

Sujeito 4: “Perda do senso de direção, tempo e lugar. Delírios, alucinações, perda de funções da fala, comportamento social e ocupacional desorganizado”.

Sujeito 5: “Álcool e drogas”.

Sujeito 6: “Dependência química devido à vulnerabilidade”.

Fonte: SANTOS, 2015.

Por meio da tabela 5, pode-se perceber que as principais comorbidades encontradas nos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia no CAPS II de Caçador/SC, são o uso ou abuso de substâncias psicoativas, assim como também problemas de ordem orgânica como, por exemplo, problemas gastrointestinais.

As comorbidades se apresentam de forma significativa em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, onde os principais sintomas são a ansiedade, depressão, e uso ou abuso de substâncias psicoativas. Pacientes esquizofrênicos podem apresentar transtornos de ansiedade, como por exemplo, a fobia social, identificada como a principal comorbidade dessa patologia. De acordo com a literatura, 50% dos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia são dependentes de álcool e outras substâncias, podendo desencadear a esquizofrenia por conta do uso de drogas, ou adquirir o vício após o diagnóstico (NARDI; QUEVEDO; SILVA, 2015).

Ao analisar os dados obtidos na tabela 5 comparado aos autores acima referidos, as principais comorbidades encontradas em usuários do CAPS II de Caçador/SC com diagnóstico de esquizofrenia são transtornos de ansiedade, depressão, problemas relacionados a substâncias químicas bem como a dependência, uso ou abuso das mesmas, a fobia social, assim como também problemas de ordem orgânica como, por exemplo, diabetes e problemas gastrointestinais.

Tabela 6 – De que forma é realizado o tratamento da esquizofrenia na intervenção psicossocial no CAPS II de Caçador/SC?

Sujeito 1: “Buscando ações que intervenham no emocional, físico e nas relações dos usuários, consigo mesmos, com os colegas do CAPS e principalmente com a família”.

Sujeito 2: “A equipe é interdisciplinar e cada profissional desempenha atividades individuais e grupais. Como aconselhamento, principalmente familiar, psicoterapia breve, oficinas e grupos operativos”.

Sujeito 3: “Grupos de atividades de psicoterapia individual, estimulação cognitiva, social e familiar”.

Sujeito 4: “Uso de medicamentos e terapia ocupacional”.

Sujeito 5: “Grupos, atendimento individual e atividades de psicoterapia”.

Sujeito 6: “Medicamentoso, psicológico e através de oficinas, que tem por objetivo a socialização do paciente”.

Fonte: SANTOS, 2015.

De acordo com a tabela 6, o tratamento da esquizofrenia na intervenção psicossocial no CAPS II de Caçador/SC é realizado de forma interdisciplinar, com técnicas de intervenção individual e/ou grupal como, por exemplo, aconselhamentos, oficinas e, outras.

O tratamento da esquizofrenia envolve intervenções de diversas áreas como a psicoterapia, a terapia medicamentosa e a socioterapia, que enfatiza a reabilitação psicossocial do indivíduo tornando o envolvimento de familiares, pacientes e profissionais ligados à saúde muito importante (HANSEN et al., 2015).

As intervenções psicossociais promovem o acolhimento do doente mental e de sua família, como forma de auxiliar o processo de descoberta de novas possibilidades a partir do diagnóstico de esquizofrenia. Onde tem como principal objetivo a redução da sobrecarga e dos comportamentos psicóticos do paciente, e auxilia-lo na compreensão do impacto que a esquizofrenia causa (FILHO et al., 2015).

A intervenção psicossocial consiste no tratamento do paciente, baseado no envolvimento deste com atividades sociais e ocupacionais. Ela está sendo utilizada para diminuir o estigma da doença mental perante a sociedade e ao próprio usuário que, muitas vezes, sente-se inibido ao procurar ajuda,

acarretando em uma deterioração que poderia ser evitada (GIACON; GALERA, 2015, p. 04).

Confrontando as respostas encontradas na tabela 7 juntamente aos autores referidos anteriormente, o tratamento da esquizofrenia dentro da intervenção psicossocial no CAPS II de Caçador/SC envolve toda a equipe profissional da instituição, e cada profissional desempenha seu papel para alcançar a melhora dos pacientes com esse diagnóstico também na área psicossocial.

As principais atividades dessa área de intervenção são as atividades sociais e ocupacionais, onde por meio de oficinas, acolhimento, psicoterapia, terapia medicamentosa, oferecem aos usuários e suas famílias diferentes pontos de vista do transtorno, bem como a forma de lidar com o mesmo diariamente.

Tabela 7 – Como a intervenção psicossocial trabalha na reinserção física, psíquica e social dos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia no CAPS II de Caçador/SC?

Sujeito 1: “Por si só a reabilitação psicossocial age nestas áreas – física, emocional e social. Trabalhamos com ações de integração entre nossos usuários, de outros CAPS e da sociedade”.

Sujeito 2: “Com oficinas específicas, campanhas de conscientização, grupos de interação social, atividades em comunidade, gincanas, e encaminhamento ao mercado de trabalho quando possível”.

Sujeito 3: “Física, emocional e social”.

Sujeito 4: “Através de uma equipe multidisciplinar, como educador físico, enfermagem, serviço social e oficinas de artes. Cada qual em sua função dedicando momentos individuais com os pacientes”.

Sujeito 5: “Estimulação cognitivo, socialização e atividade com a família”.

Sujeito 6: “Através de oficinas desde que o paciente esteja estabilizado”.

Fonte: SANTOS, 2015.

Conforme a tabela acima, a intervenção psicossocial trabalha na reinserção física, psíquica e social dos pacientes através da equipe multidisciplinar, por meio de oficinas e atendimentos onde cada profissional aplica seus respectivos conhecimentos e habilidades.

A intervenção psicossocial consiste no tratamento do paciente, baseado no envolvimento deste com atividades sociais e ocupacionais. Ela está sendo utilizada para diminuir o estigma da doença mental perante a sociedade e ao próprio usuário que, muitas vezes, sente-se inibido ao procurar ajuda, acarretando em uma deterioração que poderia ser evitada (GIACON; GALERA, 2015, p. 04).

A patologia pode se apresentar especialmente em indivíduos que vivem em condições físicas, psicológicas, sociais ou financeiras vulneráveis, tornando o aspecto familiar e social o desencadeante do quadro, ou a evolução deste. Como ainda não se sabe exatamente a causa da esquizofrenia, não se pode determinar que a família do paciente fosse a principal causadora do transtorno, portanto, o trabalho de intervenção psicossocial age diretamente nas relações entre a família, o paciente e os profissionais, para um melhor tratamento e melhores resultados (SCAZUFCA, 2015).

Por meio da análise das respostas encontradas na tabela 7, comparadas aos autores mencionados anteriormente, a intervenção psicossocial trabalha na reinserção física, psíquica e social dos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia de forma a agir diretamente no núcleo do usuário em suas relações com familiares, com os profissionais da instituição e sociedade em geral, objetivando sempre a melhoria no tratamento e nos seus respectivos resultados.

A intervenção psicossocial então trabalha para que os usuários com diagnóstico de esquizofrenia não se sintam inibidos ao procurar ajuda, ou até mesmo desprezados pela sociedade por conta do transtorno. Além disso, intervém diretamente junto a família do usuário, para que a mesma possa ajudar o usuário a aderir ao tratamento.

As atividades utilizadas para a melhoria dos usuários dentro da intervenção psicossocial são as oficinas específicas, atividades com a comunidade, palestras sobre a conscientização do transtorno, gincanas, encaminhamentos ao mercado de trabalho se possível, estimulação neurocognitiva e social dos mesmos, etc.

Tabela 8 – Quais são as ações terapêuticas dispensadas à pacientes com diagnóstico de esquizofrenia no CAPS II de Caçador/SC?

Sujeito 1: “As ações terapêuticas estão relacionadas à arteterapia, psicologia, terapia ocupacional e enfermagem. Com exceção da enfermagem que prioritariamente faz ações individuais, os demais buscam essencialmente a terapêutica em grupo conforma preconiza o Ministério da Saúde. No entanto, existem sim, com regularidade atendimentos individuais nas outras áreas”.

Sujeito 2: “Grupos de psicoterapia, arteterapia, educação física, terapia ocupacional, orientações de enfermagem e higiene. Grupos e oficinas de música e socialização”.

Sujeito 3: “Na enfermagem as ações são individuais, terapia ocupacional, psicologia, arteterapia, buscam em grupos ações que minimizem os problemas”.

Sujeito 4: “Acompanhamento de saúde pela enfermagem, na prescrição de medicamentos. Visitas domiciliares pela assistência social. Exercícios físicos, acompanhados pelo educador físico, pintura, dança com oficinas lúdicas de artes e terapia cognitiva e avaliação do terapeuta ocupacional”.

Sujeito 5: “Terapia em grupo, individual e atividades laborativas”.

Sujeito 6: “Atividades de grupo”.

Fonte: SANTOS, 2015.

Através da tabela 8, pode-se observar que as principais ações terapêuticas dispensadas a pacientes com diagnóstico de esquizofrenia são os acompanhamentos de cada profissional e seus métodos, incluindo os cuidados médicos e da enfermagem, bem como de psicólogos, terapeutas ocupacionais, por meio de oficinas, arteterapia, etc.

O Centro de Atenção Psicossocial é proposto como um espaço de criatividade, de construção de vida, que ao invés de excluir, medicalizar e disciplinar, acolhe, cuida e estabelece pontes com a sociedade. As atividades a serem desenvolvidas nesses dispositivos estão listadas na referida Portaria, referindo-se à "equipe": atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros), em oficinas terapêuticas, à família, visitas e atendimentos domiciliares e atividades comunitárias enfocando a integração social do usuário na família e na comunidade (ROCHA, 2015, p. 02).

O tratamento da esquizofrenia envolve intervenções de diversas áreas como a psicoterapia, a terapia medicamentosa e a socioterapia, que enfatiza a reabilitação

psicossocial do indivíduo tornando o envolvimento de familiares, pacientes e profissionais ligados à saúde muito importante. O tratamento atualmente se concretiza fora do ambiente hospitalar, mas há casos isolados que ainda necessitam de internação hospitalar durante os surtos (HANSEN et al., 2015).

“Outro aspecto importante na construção do projeto terapêutico é o seu alicerce nas tecnologias leves em saúde (acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia), que favorecem a adesão do usuário/família ao tratamento” (PINTO et al., 2015, p. 08).

Então, pode-se perceber que as ações terapêuticas dispensadas aos usuários do CAPS II de Caçador/SC com diagnóstico de esquizofrenia, são ações que visam a criatividade e a construção da vida de seus usuários, acolhendo-os e formando pontes com a sociedade. Trabalhando tanto com atendimentos individuais, com intervenções medicamentosas, psicoterápicas e de orientações, quanto em atendimentos grupais, em psicoterapia, grupos operativos, visitas e atendimentos domiciliares, etc.

Tabela 9 – Na sua opinião, as intervenções terapêuticas dispensadas as pacientes com esquizofrenia no CAPS II de Caçador/SC proporcionam quais benefícios ao paciente e família?

Sujeito 1: “Essencialmente a estabilização da doença e o aprendizado em lidar com ela. Melhoria nas relações e a estimulação cognitiva”.

Sujeito 2: “Organização do pensamento, aproximação e interação social, desenvolvimento da afetividade, compreensão dos familiares sobre o diagnóstico e sofrimento do paciente, acalmar e orientar os familiares sobre como lidar com as dificuldades do dia a dia”.

Sujeito 3: “Na estabilização da doença (como lidar com os sintomas, melhorando assim a convivência familiar”.

Sujeito 4: “A curto prazo na maioria dos casos, um descanso para ambos. A médio e a longo prazo, se diagnosticando no início, a possibilidade de uma vida social considerada normal”.

Sujeito 5: “Inserção social e familiar, e estimulação neurocognitiva”.

Sujeito 6: “Melhorar o convívio e a compreensão da doença”.

Fonte: SANTOS, 2015.

Por meio desta tabela, pode-se perceber que os principais benefícios encontrados nos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia no CAPS II de Caçador/SC e seus familiares são, o aprendizado com relação a doença, tratamento, adequação no conhecimento sobre as dificuldades do dia a dia, e reinserção social e a estimulação neurocognitiva.

[...] Assim, têm-se uma reorganização dos sintomas dos pacientes e uma prevenção para futuros episódios, melhorando a qualidade de vida do grupo familiar, seu papel frente à sociedade e entre seus próprios membros, evitando a deterioração definitiva que leva à incapacidade mental (GIACON; GALERA, 2015, p. 05).

As intervenções psicossociais promovem o acolhimento do doente mental e de sua família, como forma de auxiliar o processo de descoberta de novas possibilidades a partir do diagnóstico de esquizofrenia. Onde tem como principal objetivo a redução da sobrecarga e dos comportamentos psicóticos do paciente, e auxilia-lo na compreensão do impacto que a esquizofrenia causa (FILHO et al., 2015).

Ao comparar os resultados da tabela 9 com os autores mencionados acima, as intervenções terapêuticas proporcionam significativos benefícios, tanto na estabilização do transtorno e adesão ao tratamento, quanto a ajudar os usuários na organização de suas rotinas, desenvolvimento da afetividade e a criação de laços sociais.

A importância dessas intervenções faz com que a família compreenda o transtorno e aprenda a lidar com o ente em suas debilidades, bem como a entender sobre os sintomas da doença, ajudando o usuário a interagir com outros usuários e a sociedade em geral.

3 CONCLUSÃO

Através deste trabalho de conclusão de curso, pode-se concluir que os usuários atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial – Saúde Mental (CAPS II) da cidade de Caçador/SC são pessoas com diagnóstico de transtornos mentais graves e persistentes, podendo apresentar o uso, abuso e/ou dependência de substâncias químicas por conta de seu sofrimento psíquico e social.

O trabalho dessa instituição se dá em forma de atendimento ambulatorial, que objetiva a reinserção dos usuários no mercado de trabalho quando possível, e na sociedade em geral. Utiliza-se de exercícios de estimulação neurocognitiva e social, bem como atividades individuais ou em grupos.

Pode-se concluir também que o diagnóstico de esquizofrenia é realizado através da equipe multidisciplinar da instituição, a qual discutirá as situações observadas em cada usuário, para então traçar as soluções para o caso clínico, a fim de satisfazer as necessidades dos atendidos.

Conforme dados obtidos nessa pesquisa, os usuários com diagnóstico de esquizofrenia no CAPS II de Caçador/SC demonstram-se, em sua maioria, assíduos quanto ao plano terapêutico designado pela equipe multidisciplinar. Os casos de não assiduidade relacionam-se ao fato da família não ter aderido adequadamente o tratamento, porém, comparados a outros transtornos, os usuários com esquizofrenia são os que mais se demonstram assíduos.

Conclui-se então, que a orientação a cerca do diagnóstico da esquizofrenia também é realizado pela equipe multidisciplinar com usuários e familiares. Sendo que cada profissional designará a forma com que irá desenvolver a orientação, abrangendo seus conhecimentos para alcançar a melhor compreensão dos usuários e respectivos familiares.

Por meio dessa pesquisa, analisou-se que as comorbidades mais encontradas em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia no CAPS II de Caçador/SC, são problemas orgânicos como, por exemplo, problemas gastrointestinais e transtornos de ansiedade, bem como do uso, abuso e/ou dependência de substâncias psicoativas.

Além disso, pode-se concluir que o tratamento da esquizofrenia na intervenção psicossocial se dá de forma interdisciplinar, através de técnicas de intervenção individual ou em grupos, aconselhamentos, oficinas e visitas

domiciliares. Assim como também terapias psicológicas, medicamentosas e socioterapia promovendo a diminuição da sobrecarga dos familiares e amenizando os comportamentos psicóticos do usuário.

O envolvimento do usuário em atividades sociais e ocupacionais promove então, a reinserção física, psíquica e social dos mesmos através da equipe interdisciplinar. Portanto, a intervenção psicossocial atua com o objetivo de aprimorar as relações dos usuários da instituição com os profissionais, colegas, e seus familiares.

Dessa forma, as atividades utilizadas para a melhoria dos usuários dentro da intervenção psicossocial são as oficinas específicas, atividades com a comunidade dentro e fora do CAPS, palestras sobre a conscientização do transtorno, gincanas, etc.

Considerando os dados obtidos, as principais ações terapêuticas dispensadas a pacientes com diagnóstico de esquizofrenia são os acompanhamentos de cada profissional e seus respectivos métodos de trabalho, incluindo os cuidados médicos e da enfermagem, bem como de psicólogos, terapeutas ocupacionais, por meio de oficinas, arteterapia, etc.

Então, pode-se perceber que as ações terapêuticas dispensadas aos usuários do CAPS II de Caçador/SC com diagnóstico de esquizofrenia, são ações que visam à criatividade e a construção da vida de seus usuários, acolhendo-os. Trabalhando tanto com atendimentos individuais, com intervenções medicamentosas, psicoterápicas e de orientações, quanto em atendimentos grupais, em psicoterapia, grupos operativos, visitas, atendimentos domiciliares, etc.

As ações terapêuticas dispensadas a usuários com esquizofrenia no CAPS II de Caçador/SC, estão relacionadas às intervenções de diferentes profissionais, como o médico psiquiatra, o psicólogo, o assistente social, o terapeuta ocupacional, o educador físico, o enfermeiro e o instrutor de artes.

Onde as principais intervenções se dão através da psicoterapia, da arteterapia, terapia ocupacional, educação física, orientações da enfermagem a cerca dos medicamentos e higiene pessoal, grupos e oficinas de música e socialização, visitas domiciliares, entre outras.

A importância dessas intervenções faz com que a família compreenda o transtorno e aprenda a lidar com o ente em suas debilidades, bem como a entender sobre os sintomas da doença, ajudando o usuário a interagir com a sociedade.

REFERÊNCIAS

ALVERGA, Alex; DIMENSTEIN, Magda. **Turismo e consumo das cidades:** apontamentos sobre o biopoder. Online. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v9n1/12.pdf>>. Acesso em: 2015.

AMARANTE, Paulo. **A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica**. Online. Disponível em: <http://www.francymedia.byethost5.com/portal-francymedia/francymedia_psicologia/biblioteca/especifico/textos/psicossocial/a-clc3adnica-e-a-reforma-psiquic3a1trica.pdf>. Acesso em: 2015.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV-TR: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

_____. **DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARAÚJO, Álvaro; NETO, Francisco. **A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5**. Online. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v16n1/v16n1a07.pdf>>. Acesso em: 2015.

BANDEIRA, Marina; BARROSO, Sabrina. **Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos**. Online. Disponível em: <http://www.psiquiatriageral.com.br/manual/sobrecarga_familias.htm>. Acesso em 2015.

BECK, Aaron et al.,. **Terapia cognitiva da esquizofrenia**. Online. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=lq_ejZefq-4C&oi=fnd&pg=PA9&dq=Embora+Hugblings+Jackson+tenha+criado+um+modelo+q+ue+orienta+a+teoria+e+pesquisa+do+c%C3%A9rebro-comportamento,+foi+o+psiquiatra+alem%C3%A3o+Emil+&ots=owFIGTVqDr&sig=iqPjyLxC3kBS_OelhLM5mVhuVtl#v=onepage&q=Embora%20Hugblings%20Jackson%20tenha%20criado%20um%20modelo%20que%20orienta%20a%20teoria%20e%20pesquisa%20do%20c%C3%A9rebro-comportamento%2C%20foi%20o%20psiquiatra%20alem%C3%A3o%20Emil&f=false>. Acesso em: 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **SAÚDE MENTAL NO SUS: OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**. Online. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCQQFjABahUKEwjDnfKOvJXJAhWHFZAKHUeOC30&url=http%3A%2F%2Fwww.ccs.saude.gov.br%2Fsaude_mental%2Fpdf%2Fsm_sus.pdf&usg=AFQjCNF5lhVgNU0iCxsioVuR0A9Tpe402g&bvm=bv.107467506,d.Y2l>. Acesso em: 2015.

_____. Portaria/GM nº 336 - de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf>. Acesso em 10 out 2015.

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011(*). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnxwc2lxcHJvZm1vaXNlc3xneDo2YzE2NTA1YjkzMzBhZmNh>>. Acesso em 10 out 2015.

CEDRAZ, Ariadne; DIMENSTEIN, Magda. **Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não?**. Online. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v5n2/06.pdf>>. Acesso em: 2015.

CORDEIRO, Franciele et al.,. **Cuidados de enfermagem à pessoa com esquizofrenia: revisão integrativa**. Online. Disponível em: <<http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3123/3139>>. Acesso em: 2015.

DURÃO, Ana; SOUZA, Maria; MIASSO, Adriana. **Grupo de acompanhamento de portadores de esquizofrenia em uso de clozapina e de seus familiares: percepção dos participantes**. Online. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n5/a05v58n5.pdf>>. Acesso em: 2015.

FALKAI, Peter et al.,. **Diretrizes da federação mundial das sociedades de psiquiatria biológica para o tratamento biológico da esquizofrenia. Parte 1: tratamento agudo**. Online. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/s1/7.html>>. Acesso em: 2015.

FILHO, Manoel et al.,. **Avaliação da sobrecarga em familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos adultos**. Online. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n3/v15n3a22>>. Acesso em: 2015.

FONTE, Eliane. **DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA À REFORMA PSQUIÁTRICA: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no brasil**. Online. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revsocio/index.php/revista/article/view/60/48>>. Acesso em: 2015.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. Online. Disponível em: <<http://ir.nmu.org.ua/bitstream/handle/123456789/121928/b2ec0974beecb776453d6c3c9262fd17.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 2015.

FREITAS, Fernando. **A história da psiquiatria não contada por Foucault**. Online. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v11n1/04.pdf>>. Acesso em: 2015.

FREDERICO, Wanessa et al.,. **Efeitos extrapiramidais como consequência de tratamento com neurolépticos**. Online. Disponível em: <http://www.researchgate.net/profile/Shirley_Taniguchi/publication/237705317_Extra_pyramidal_side_effects_as_a_consequence_of_treatment_with_neuroleptics_Efeitos_extrapiramidais_como_conseqncia_de_tratamento_com_neurolpticos/links/54fda8d10cf20700c5ec09d1.pdf>. Acesso em: 2015.

GAMA, Clarissa et al.,. **Relato do uso de clozapina em 56 pacientes atendidos pelo Programa de Atenção à Esquizofrenia Refratária da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul**. Online. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v26n1/20473.pdf>>. Acesso em: 2015.

GARCIA, José. **Entre a “loucura” e a hanseníase: interfaces históricas das práticas e políticas instituídas**. Online. Disponível em: <<http://www.ilsl.br/revista/imageBank/680-2343-1-PB.pdf>>. Acesso em: 2015.

GIACON, Bianca; GALERA, Sueli. **Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem**. Online. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/18>>. Acesso em: 2015.

GONÇALVES, Alda; SENA, Roseni. **A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família**. Online. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11514.pdf>>. Acesso em: 2015.

GOULART, Maria. **A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica**. Online. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapi/A_Construcao_da_Mudanca_nas_Instituicoes_Sociais..._MSB_Goulart.pdf>. Acesso em: 2015.

_____. **COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: CONCEITO E PRÁTICA DE UMA EXPERIÊNCIA DOS ANOS SSESSENTA**. Online. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/index.php/psicologiaufc/article/view/1476/1374>>. Acesso em: 2015.

HANSEN, Nayara et al.,. **A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia: uma revisão integrativa da literatura**. Online. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a25.pdf>. Acesso em: 2015.

JORGE, Marco. **ENGENHO DENTRO DE CASA: SOBRE A CONSTRUÇÃO DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO DIÁRIA EM SAÚDE MENTAL**. Online. Disponível em: <<http://portaltheses.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1997/jorgemas/capa.pdf>>. Acesso em: 2015.

JUNIOR, Antonio; SOUZA, Mauricio. **Avaliação do comprometimento funcional na esquizofrenia**. Online. Disponível em: <<http://hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s2/164.html>>. Acesso em: 2015.

JUNIOR, Breno et al.,. **Alterações cognitivas na esquizofrenia**: atualização. Online. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v32n2/v32n2a06>>. Acesso em: 2015.

LIMA, Elizabeth; PELBART, Peter. **Arte, clínica e loucura**: um território em mutação. Online. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n3/02.pdf>>. Acesso em: 2015.

LOBO, Rafael. **HISTÓRIA DA LOUCURA DE MICHEL FOUCAULT COMO UMA “HISTÓRIA DO OUTRO”**. Online. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/veritas/article/view/4458/3367>>. Acesso em: 2015.

LUZIO, Cristina; L’ABBATE, Solange. **A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes**: ressonâncias da reforma psiquiátrica. Online. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n1/a16v14n1.pdf>>. Acesso em: 2015.

MACHADO, Roberto. **Foucault, a ciência e o saber**. Online. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=oAlwsSz9ELkC&oi=fnd&pg=PT10&dq=Trata-se+de+um+jogo+a+que+os+m%C3%A9dicos+historiadores+gostam+de+entregar-se:+descobrir+sob+as+descri%C3%A7%C3%B5es+dos+cl%C3%A1ssicos+as+verdadeiras+doen%C3%A7as+ali+designadas+%28MACHADO&ots=g00bYbd2zq&sig=d12ojv8dN5xwzAhDocfD53STOI#v=onepage&q=%C3%89%20preciso%20entender%20o%20sentido%20conceitual%20tal%20como%20%C3%A9%20definido&f=false>>. Acesso em: 2015.

MARI, Jair; LEITÃO, Raquel. **A epidemiologia da esquizofrenia**. Online. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s1/a06v22s1.pdf>>. Acesso em: 2015.

MARZANO, Maria; SOUSA, Célia. **UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE QUEM VIVENCIA A REFORMA PSQUIÁTRICA NO BRASIL**. Online. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n5/a23v56n5.pdf>>. Acesso em: 2015.

MESSAS, Guilherme et al.,. **Ausência de efeito de gênero em esquizofrenia familiar**: um estudo brasileiro. Online. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v58n2B/2252.pdf>>. Acesso em: 2015.

MILLANI, Helena; VALENTE, Maria. **O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental**. Online. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v4n2/v4n2a09.pdf>>. Acesso em: 2015.

MINAYO, Maria; SANCHES, Odécio. **Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?**. Online. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>>. Acesso em: 2015.

MOLL, Marciana; SAEKI, Toyoko. **A VIDA SOCIAL DE PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA, USUÁRIAS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**. Online. Disponível em: <www.revistas.usp.br/rlae/article/download/4076/4917>. Acesso em: 2015.

MOSTAZO, Rubiane; KIRSCHBAUM, Débora. **USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UM ESTUDO DE SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ACERCA DE TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO**. Online. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n6/v11n6a13.pdf>>. Acesso em: 2015.

NARDI, Antonio; QUEVEDO João; SILVA Antônio. **Esquizofrenia: teoria e clínica**. Online. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=RTYBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Pode-se+considerar+que+o+conceito+atual+de+esquizofrenia+%C3%A9+a+uni%C3%A3o+de+conceitos+de+doen%C3%A7as+mentais+independentes+de+diversos+pesquisadores+&ots=wZ65SKtGpA&sig=pG-cZACzNhBjPZgvY7eD7ZTztSQ#v=onepage&q=Pode-se%20considerar%20que%20o%20conceito%20atual%20de%20esquizofrenia%20%C3%A9%20a%20uni%C3%A3o%20de%20conceitos%20de%20doen%C3%A7as%20mentais%20independentes%20de%20diversos%20pesquisadores&f=false>>. Acesso em: 2015.

NASI, Cíntia; SCHNEIDER, Jacó. **O centro de atenção psicossocial no cotidiano dos seus usuários**. Online. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40817/44200>>. Acesso em: 2015.

NETO, José. **Surrealismo e esquizofrenia: Arte e loucura no Recife dos anos de 1930**. Online. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistatempohistorico/index.php/revista/article/viewFile/34/27>>. Acesso em: 2015.

NETO, Mario; ELKIS, Hélio. **Psiquiatria básica**. Online. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=RaNGhzGWjIQC&oi=fnd&pg=PA9&dq=ELKIS+-+CATATONIA+1874&ots=wiXlvHp9LD&sig=R727g4PUQU9pA1O0G4lvGCdjpAo#v=onepage&q=1874&f=false>>. Acesso em: 2015.

NEVES, José. **Pesquisa Qualitativa – Características, usos e possibilidades**. Online. Disponível em: <http://www.dcoms.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/pesquisa_qualitativa_caracteristicas_usos_e_possibilidades.pdf>. Acesso em: 2015.

NUNES, Mônica; TORRENTÉ, Maurice. **Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe.** Online. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43s1/752.pdf>>. Acesso em: 2015.

OLIVEIRA, Francisca; FORTUNATO, Maria. **Reabilitação psicossocial na perspectiva da reforma psiquiátrica.** Online. Disponível em: <http://www.cchla.ufrn.br/vivencia/sumarios/32/PDF%20para%20INTERNET_32/CAP%2010_FRANCISCA%20BEZERRA_E_MARIA%20LUCINETE.pdf>. Acesso em: 2015.

OLIVEIRA, Marcelo. **O Símbolo e o Ex-Voto em Canindé.** Online. Disponível em: <http://www.pucsp.br/rever/rv3_2003/p_oliveira.pdf>. Acesso em: 2015.

PAULIN, Luiz; TURATO, Egberto. **Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970.** Online. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v11n2/01.pdf>>. Acesso em: 2015.

PEREIRA, Isabel. **Interdisciplinaridade.** Online. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/int.html>>. Acesso em: 2015.

PINTO, Diego et al.,. **PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NA PRODUÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA.** Online. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-07072011000300010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 2015

RAGO, Margareth. **O efeito-Foucault na historiografia brasileira.** Online. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/ts/article/view/85207/88045>>. Acesso em: 2015.

RAMOS, Marcos; HÜBNER, Carlos. **Esquizofrenia.** Online. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/290/pdf>>. Acesso em: 2015.

ROCHA, Ruth. **O enfermeiro na equipe interdisciplinar do centro de atenção psicossocial e as possibilidades de cuidar.** Online. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a05.pdf>>. Acesso em: 2015.

SALES, André; DIMENSTEIN, Magda. **Psicólogos no Processo de Reforma Psiquiátrica: Práticas em Desconstrução?.** Online. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n2/v14n2a07.pdf>>. Acesso em: 2015.

SANDER, Jardel. **A CAIXA DE FERRAMENTAS DE MICHEL FOUCAULT, A REFORMA PSQUIÁTRICA E OS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS.** Online. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n2/19.pdf>>. Acesso em: 2015.

SCAZUFCA, Marcia. **Abordagem familiar em esquizofrenia**. Online. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s1/a17v22s1.pdf>>. Acesso em: 2015.

SCHNEIDER, Jacó et al.,. **CONCEPÇÕES DE UMA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL SOBRE INTERDISCIPLINARIDADE**. Online. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/23637>>. Acesso em: 2015.

SCHRANK, Guisela; OLSCHOWSKY, Agnes. **O Centro de Atenção Psicossocial e as Estratégias para Inserção da Família**. Online. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/17.pdf>>. Acesso em: 2015.

SHIRAKAWA, Itiro. **Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia**. Online. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s1/a19v22s1.pdf>>. Acesso em: 2015.

SILVA, Ana et al.,. **FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS NA PERSPECTIVA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**. Online. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a08.pdf>>. Acesso em: 2015.

SILVA, Ana; FONSECA, Rosa. **OS NEXOS ENTRE CONCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA MENTAL E AS TECNOLOGIAS DE CUIDADOS**. Online. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n6/v11n6a15.pdf>>. Acesso em: 2015.

SILVEIRA, Lia; BRAGA, Violante. **ACERCA DO CONCEITO DE LOUCURA E SEUS REFLEXOS NA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE MENTAL**. Online. Disponível em: <www.revistas.usp.br/rlae/article/download/2123/2212>. Acesso em: 2015.

SILVEIRA, Renato. **Psicanálise e psiquiatria nos inícios do século XX: a apropriação do conceito de esquizofrenia no trabalho de Hermelino Lopes Rodrigues**. Online. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v12n3/v12n3a13.pdf>>. Acesso em: 2015.

TEIXEIRA, Marina. **Qualidade de vida de familiares cuidadores do doente esquizofrênico**. Online. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a08.pdf>>. Acesso em: 2015.

TENÓRIO, Fernando. **A modernidade e a pós-modernidade servidas em dois jantares**. Online. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cebape/v7n3/a06v7n3.pdf>>. Acesso em: 2015.

TILIO, Rafael. **A querela dos direitos**": loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. Online. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v17n37/a04v17n37.pdf>>. Acesso em: 2015.

TONELLI, Helio; ALVAREZ, Cristiano. **Cognição social na esquizofrenia: um enfoque em habilidades teoria da mente**. Online. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n3s0/v31n3a05s1.pdf>>. Acesso em: 2015.

TORRE, Eduardo; AMARANTE, Paulo. **Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental**. Online. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v6n1/7026.pdf>>. Acesso em: 2015.

TORRE, Eduardo. **MICHEL FOUCAULT E A “HISTÓRIA DA LOUCURA”**: 50 ANOS TRANSFORMANDO A HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA. Online. Disponível em: <<http://stat.entrever.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1502/1725>>. Acesso em: 2015.

VECHI, Luís. **Introgenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil**. Online. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n3/a11v09n3.pdf>>. Acesso em: 2015.

VIEIRA, Priscila. **Reflexões sobre A História da Loucura de Michel Foucault**. Online. Disponível em: <<http://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/aulas/article/view/1934/1395>>. Acesso em: 2015.

VILLARES, Cecília; REDKO, Cristina; MARI, Jair. **Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia**. Online. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbp/v21n1/v21n1a08.pdf>>. Acesso em: 2015.

WADI, Yonissa. **UMA HISTÓRIA DA LOUCURA NO TEMPO PRESENTE**: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no Estado do Paraná. Online. Disponível em: <<http://periodicos.udesc.br/index.php/tempo/article/view/710/601>>. Acesso em: 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE I**QUESTIONÁRIO**

Título da Pesquisa: Intervenções Terapêuticas Dispensadas A Pacientes Com Diagnóstico De Esquizofrenia No Centro De Atenção Psicossocial - Saúde Mental (Caps-II) De Caçador/SC.

Pesquisador Responsável: Edilaine Casaletti

Instituição Proponente: Fundação Universidade Alto Vale Do Rio Do Peixe – Funiarp

Acadêmica: Fernanda Sabrina Pasin Dos Santos

Informações importantes: As perguntas abaixo dizem respeito à pesquisa sobre “Intervenções Terapêuticas Dispensadas A Pacientes Com Diagnóstico De Esquizofrenia No Centro De Atenção Psicossocial - Saúde Mental (Caps-II) De Caçador/SC”, realizada pela acadêmica Fernanda Sabrina Pasin Dos Santos, sob orientação da professora especialista Edilaine Casaletti da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe/Caçador/SC. Todas as informações são sigilosas e não haverá identificação dos participantes. Assim, agradecemos sua colaboração desde já. Muito obrigada!

Idade do colaborador da pesquisa: _____

Gênero/Sexo: _____

- 1- Quais os pacientes atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial de Caçador/SC?

- 2- Como é realizado o diagnóstico no CAPS II de Caçador/SC?

- 3- Quão assíduos são os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia no CAPS II de Caçador/SC?

- 4- É realizada orientação acerca do diagnóstico de esquizofrenia para pacientes e/ou familiares no CAPS II de Caçador/SC? Se sim, de que forma?

- 5- Quais as principais comorbidades associadas à esquizofrenia em pacientes diagnosticados no CAPS II de Caçador/SC?

- 6- De que forma é realizado o tratamento da esquizofrenia na intervenção psicossocial no CAPS II de Caçador/SC?

- 7- Como a intervenção psicossocial trabalha na reinserção física, psíquica e social dos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia no CAPS de Caçador/SC?

- 8- Quais são as ações terapêuticas dispensadas à pacientes com diagnóstico de esquizofrenia no CAPS II de Caçador/SC?

- 9- Na sua opinião, as intervenções terapêuticas dispensadas aos pacientes com esquizofrenia no CAPS II de Caçador/SC proporcionam quais benefícios ao paciente e família?

10- Essas intervenções são atividades preconizadas pelo ministério da saúde ou são ações decididas por cada membro da equipe?

ANEXOS

ANEXO I – Documentos Aprovação de Projeto - Comitê de Ética

ANEXO II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. Identificação do Projeto de Pesquisa	
Título do Projeto: INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS DISPENSADAS A PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - SAÚDE MENTAL (CAPS-II) DE CAÇADOR/SC.	
Área do Conhecimento: Ciências da Saúde	
Curso: Psicologia	
Número de sujeitos no centro: 10	Número total de sujeitos: 10
Patrocinador da pesquisa: UNIARP – Universidade Alto Vale do Rio do Peixe	
Instituição onde será realizado: UNIARP – Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – Campus Caçador	
Nome dos pesquisadores e colaboradores: Edilaine Casaletti e Fernanda Sabrina Pasin	

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima identificado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

2. Identificação do Sujeito da Pesquisa	
Nome:	Data de nascimento:
Endereço:	
Telefone:	E-mail:

3. Identificação do Pesquisador Responsável	
Nome: Edilaine Casaletti	
Profissão: Psicóloga e Professora	N. do Registro no Conselho: CRP 12/06620
Endereço: Rua Laguna, 385, Bairro Bom Jesus, Caçador, SC	
Telefone: 49 – 99506202	E-mail: edilaine@uniarp.edu.br

1. O(s) **objetivo(s)** desta pesquisa é (são):

- OBJETIVO GERAL:

Pesquisar quais são as intervenções terapêuticas dispensadas a pacientes com diagnóstico de esquizofrenia no CAPS II de Caçador/SC.

- Objetivos Específicos:

- Contextualizar o histórico da loucura no Brasil e no mundo;
- Analisar a manifestação do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos;
- Pesquisar acerca do tratamento da esquizofrenia por meio de intervenções terapêuticas em Centro de Atenção Psicossocial;
- Pesquisar quais as ações terapêuticas dispensadas aos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia no CAPS II de Caçador/SC;
- Relacionar as informações coletadas acerca das intervenções terapêuticas realizadas no CAPS II de Caçador/SC com o acervo bibliográfico levantado na pesquisa.

2. O **procedimento** para coleta de dados:

Inicialmente será estabelecido contato com a Secretaria Municipal de Saúde e coordenação municipal de saúde mental, logo após será iniciado contato com a coordenação do CAPSII e apresentado o projeto. Será realizado contato com os profissionais que se enquadram no perfil descrito no critério de seleção da amostra, solicitando aos que se disponibilizarem como voluntários o preenchimento de um questionário, o qual será aplicado nas próprias dependências do CAPS II.

3. O(s) **benefício(s)** esperado(s) é (são): A realização desse trabalho tem o propósito de pesquisar quais as intervenções terapêuticas dispensadas aos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. O intuito é desafiar as pessoas para encarar o fato da doença, fazendo com que a equipe multidisciplinar e a família façam-se presentes no tratamento do paciente, através de intervenções terapêuticas.
4. O(s) **desconforto(s)** e **risco(s)** esperado(s) é (são): não há riscos ou desconfortos.
5. Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a participação nesta pesquisa no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação.
6. A participação no estudo não acarretará custos para você. Não será disponibilizado nenhuma compensação financeira adicional. No caso de você sofrer algum dano decorrente dessa pesquisa, o pesquisador ficará como responsável.
7. A desistência não causará nenhum prejuízo à saúde e ao meu bem estar físico. Não virá interferir no atendimento, na assistência, no tratamento médico, etc.

8. Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.
9. Poderei consultar o **pesquisador responsável** (acima identificado) ou o **CEP-UNIARP**, com endereço na Rua: Victor Baptista Adami, 800 - Centro, telefone (049) 3561-6200, sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo.
10. Tenho a garantia de tomar conhecimento, pessoalmente, do(s) resultado(s) parcial (is) e final (is) desta pesquisa.

Declaro que obtive todas as informações necessárias e esclarecimento quanto às dúvidas por mim apresentadas e, por estar de acordo, assino o presente documento em duas vias de igual teor (conteúdo) e forma, ficando uma em minha posse.

Caçador (SC), _____ de _____ de _____.

Pesquisador Responsável pelo Projeto

Sujeito da pesquisa

Testemunha:

Nome:

IMPORTANTE: IMPRIMIR O TERMO EM DUAS VEZES, uma via fica em posse do responsável e a outra com o pesquisador responsável. O representante deverá RUBRICAR todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE, apondo sua assinatura na última página do referido termo. O pesquisador responsável deverá proceder da mesma forma, rubricar todas as folhas do TCLE, apondo sua assinatura na última página do referido termo.