
PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE AS PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA

Ana Carolina Ribeiro Martins¹

Bacharel em Enfermagem – Faculdades Integradas, São Sebastião do Paraíso – MG.

Denize Alves de Almeida²

Mestre pela EERP-USP em Enfermagem e professora da Libertas – Faculdades Integradas. São Sebastião do Paraíso - MG, Brasil.

Natássia Carmo Lopes Queiroz Ferreira³

Mestre pela EERP-USP em Enfermagem e professora da Libertas – Faculdades Integradas. São Sebastião do Paraíso - MG, Brasil.

Walsete de Almeida Godinho Rosa⁴

Doutora pela EERP-USP em Enfermagem e professora da Libertas – Faculdades Integradas. São Sebastião do Paraíso - MG, Brasil.

Nariman de Felício Bortucan Lenza⁵

Doutora pela EERP-USP em Enfermagem e professora da Libertas – Faculdades Integradas. São Sebastião do Paraíso - MG, Brasil.

Mariana Gondim Mariutti Zeferino⁶

Doutora pela EERP-USP em Enfermagem e professora da Libertas – Faculdades Integradas. São Sebastião do Paraíso - MG, Brasil.

Resumo

Introdução: A esquizofrenia é uma doença com diferentes graus de comprometimento, sendo considerada um dos mais graves transtornos psiquiátricos. Objetivo: conhecer a percepção de enfermeiros das Unidades de Saúde da Família do município de São Sebastião do Paraíso – MG sobre a atenção ao paciente esquizofrênico e verificar como é realizada a assistência pelo enfermeiro; identificar quais as dificuldades na abordagem. Métodos: Trata-se de um estudo de abordagem descritiva, qualitativa, no qual os participantes estavam de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturada e para a análise dos dados, a análise de conteúdo do tipo temática. Resultados: Da análise dos dados emergiram-se categorias. Por parte do profissional o sentimento mais prevalente relatado é o medo, a insegurança, a falta de conhecimento que interferem na atuação ligada além da educação continuada, deficiente interesse sobre o tema e preconceito levando à dificuldade na

¹ carolinaribeiro.martins@outlook.com

² denizealmeida@libertas.edu.br

³ natassiaferreira@libertas.edu.br

⁴ walisete@terra.com.br

⁵ narimanlenza@gmail.com

⁶ marianazeferino@libertas.edu.br



abordagem à este paciente e também a referência e contra referência adequada. Conclusão: Os resultados demonstram que os profissionais têm dificuldade em relatar sua percepção à cerca da assistência a este paciente, é evidenciado uma deficiência de suporte teórico e prático.

Descritores: Enfermagem; Assistência de enfermagem; Saúde mental

1. INTRODUÇÃO

A esquizofrenia tem se demonstrado como um dos problemas de saúde pública, exigindo considerável investimento do sistema de saúde, além de causar grande sofrimento para o doente e sua família. Apesar da baixa incidência e por ser uma doença de longa duração, acumula-se, ao longo dos anos, um número considerável de pessoas portadoras desse transtorno, com diferentes graus de comprometimento e de necessidades (GIACON; GALERA, 2006).

Dentre os problemas relacionados à psiquiatria atualmente a esquizofrenia é o maior transtorno desta área por se tratar de uma síndrome clínica complexa, considerada pela literatura como um dos mais graves transtornos psiquiátricos (SOUZA; COUTINHO, 2006).

Aproximadamente 1% da população brasileira apresenta chances de desenvolver tal transtorno, podendo atingir igualmente tanto em homens quanto em mulheres. No entanto, antecedendo os sintomas esquizofrênicos típicos podem-se observar alguns sintomas não específicos desta patologia em semanas ou meses, dentre esses a perda de interesse pelas atividades cotidianas, evitar companhia de outras pessoas, ligeira ansiedade, leves sintomas de depressão, hipersensibilidade, desinteresse pelo trabalho ou escola, dentre outros, causando, portanto, problemas sociais, no trabalho e no relacionamento intrapessoal (TAYLOR, 1992).

Os impactos provocados por esta doença na vida do paciente são as perdas funcionais, relacionadas às habilidades de trabalho, afetivas e de relacionamento social, tais perdas tanto objetivas, quanto as subjetivas são consideradas pelos próprios pacientes como fatores de interferência na qualidade de vida (SOUZA, COUTINHO, 2006; MENEZES, 2006; WAGNER, 2005).

A demora na procura pelo tratamento pode ter uma influência significativa no prognóstico do paciente, podendo levar a uma ruptura importante dos níveis psíquico, físico e da rede social do doente (LOUZÃ, 2000).

No século XX, no Brasil ocorreu uma mudança das políticas públicas em saúde mental que previa a desospitalização dos enfermos, bem como a desinstitucionalização psiquiátrica



ocorrendo em consequência destes fatores uma ênfase nos serviços comunitários de saúde mental. Neste momento a família do paciente passou a desempenhar um papel de destaque no que se referia às estratégias de tratamento e cuidado, mas as famílias foram inseridas no processo sem a preparação e o conhecimento necessário para desempenhar seu papel na reforma psiquiátrica (HIRTES, 2009).

Com base no paciente e na família as ações de enfermagem devem ocorrer primeiramente em serviços considerados bastante específico, como ambulatório de saúde mental para o atendimento do episódio inicial e na saúde preventiva (GALERA, 2002).

Em relação à História da Psiquiatria, a assistência aos pacientes portadores de transtornos mentais no Brasil na época da colônia era precária, sendo os cuidados a esses portadores, realizados por curandeiros, sacerdotes e católicos. A formação médica era rara, especialmente que atendesse essa população, pois a atenção era dada principalmente às pessoas com uma boa ascensão social, não havia profissionais especializados em psiquiatria e os hospitais da Irmandade da Santa Casa apenas abrigavam, sem o devido tratamento, sendo “abandonados” por familiares e “despejados” no hospital (MIRANDA-SÁ JUNIOR, 2007).

No Brasil, surge nesse momento a assistência psiquiátrica pública, já reformada segundo os valores da época, juntamente com as grandes transformações socioeconômicas e políticas ocorridas na época que marcaram o momento e se refletiram em todos os aspectos da vida nacional, incluindo a assistência psiquiátrica. O início da urbanização teve influência nessa transformação, trazendo mudanças nas cidades “mais urbanizadas” como Rio de Janeiro, Ouro Preto e Salvador, ampliando visões nos problemas de saúde e sanitários. Foi trazida a questão da dificuldade do cuidado aos portadores de transtornos mentais, com ônus difícil para comunidade como para as famílias (MIRANDA-SÁ JUNIOR, 2007; AMARANTE, 2003).

Momentos de agitação e delírios traziam agressões físicas ou contenções, muitas vezes ficando no local desde a admissão até a morte, sem intuito de melhora clínica. No caso de não haver vagas nos hospitais, eram encaminhados para prisões recebendo maus-tratos. Na década de 1830, os médicos se organizaram formando uma comissão para diagnosticar a situação dos portadores de transtornos mentais e para propor a construção de locais próprios para a internação e tratamento a esses indivíduos, sendo inaugurado como já citado anteriormente o Hospício Pedro II, como tentativa de cuidar de maneira diferenciada (AMARANTE, 2003).



Esse local realiza o projeto de isolamento tendo em vista que o isolamento da sociedade não visa a uma simples exclusão de suas fronteiras, mas à possibilidade de uma reinserção na sociedade depois de sua reabilitação através de um tratamento.

Pode-se perceber que o Processo de Reforma da Assistência Psiquiátrica vem de um trajeto histórico, com caráter político, social e econômico, do qual faz parte transformações culturais, mudança no paradigma do cuidado e vem auxiliando nas conquistas no Campo da Saúde Menta (AMARANTE, 2003).

A Reforma Psiquiátrica brasileira apresenta como meta, dessa forma, a desinstitucionalização, o que não é o mesmo que desospitalização, mas superar um modelo centrado no tratamento da doença, buscando possibilidades para que esses portadores enfrentem desafios na exclusão em que vivem (AMARANTE, 2003).

Dessa maneira, desconstruir não é o mesmo que destruir o hospital, tentar romper os paradigmas que fundamentam essas instituições, como local de abandono e que não tem função terapêutica, levando a cronificação e dificultando a “ressocialização”, a recuperação dos pacientes com distúrbios mentais (AMARANTE, 2003; NOGUEIRA, 2007).

Nesse sentido, a instituição psiquiátrica no Brasil não se constitui apenas de hospital psiquiátrico, com sua emergência psiquiátrica, internação e ambulatório. Hoje, constitui a assistência psiquiátrica: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as residências terapêuticas, os ambulatórios, os trabalhos protegidos, todos os diversos serviços e iniciativas que dão forma à rede de atenção psicossocial, fazendo uso de todos os recursos disponíveis para dessa forma atuar nos diversos transtornos mentais (AMARANTE, 2003).

Os transtornos mentais são condições de anormalidade ou comprometimento de ordem psicológica, mental ou cognitiva. Em geral, um transtorno representa um significativo impacto na vida do paciente, ocasionando sintomas relacionados aos desconfortos emocionais, distúrbios de condutas e comprometimento da memória.

A etiologia desses transtornos pode estar relacionada a fatores como genética, química cerebral, os hábitos de vida, fatores externos, ambientais e sociais podem ser considerados os principais desencadeadores dos diversos tipos de transtornos.

Esses transtornos são alterações do funcionamento da mente que prejudicam o desempenho do indivíduo no aspecto familiar, social, pessoal, no trabalho, nos estudos, no entendimento de si mesmo, na autocrítica, na tolerância aos problemas e no prazer e ter sentido na vida. Em relação ao tratamento, respondem de forma eficaz, como tantas outras

doenças de ordem física, mas o preconceito, o receio de buscar ajuda pode atrapalhar na adesão e início do tratamento (SILVA, 2006; PÁDUA et al, 2005).

A maioria desses transtornos é tratada associando psicoterapia e medicamentos, os quais são chamados de psicofármacos, sendo que em algumas situações não há necessidade do uso de medicamento, podendo ser tratado apenas com psicoterapia. O profissional médico especializado deve realizar o diagnóstico, fazer a indicação de que recursos serão necessários para a recuperação de sua saúde mental, necessitando de acompanhamento e cuidados especiais (PÁDUA et al, 2005).

Os transtornos mentais podem ocorrer em algum momento da vida, em pelo menos 20% da população mundial. Os cuidados com a saúde mental no Brasil, no sistema público passaram por uma reforma que começou há quase 20 anos e que visa evitar internações em hospitais psiquiátricos, possibilitando alternativas de diagnóstico e tratamento diferenciado e com equipes multidisciplinares (PÁDUA et al., 2005).

Apesar das mudanças, especialistas e estudiosos da área consideram a rede de atendimento público ainda insuficiente. Segundo dados do Ministério da saúde, no país há hospitais em diversos municípios que não realizam atendimento ambulatorial psiquiátrico, como consultas agendadas, e poucos hospitais e prontos-socorros de gestão municipal atendem emergências psiquiátricas. E em sua maioria faltam vagas relacionadas à área psiquiátrica, pois não são destinados quantidade de leitos necessários nos hospitais e também existe muita dificuldade na referência e contra referência dos casos (PÁDUA et al, 2005).

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria, os distúrbios mentais são a segunda causa dos atendimentos de urgência. Uma pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) de 2006 realizada no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Marília, no interior de São Paulo, mostrou que 16% dos pacientes atendidos apresentaram transtornos mentais e do comportamento (PÁDUA et al, 2005; NOGUEIRA, 2007; TADOKORO, 2012).

O preconceito, na maioria das vezes, está ligado ao desconhecimento, pois a área da saúde mental é vista como um tabu, sendo dificilmente discutido de maneira aberta, inclusive nos meios de comunicação (BRUSAMARELLO, 2009).

A esquizofrenia é um dos transtornos psiquiátricos mais graves atingindo cerca de 1% da população mundial, podendo comprometer pacientes e familiares, representando um grande custo à sociedade. No Brasil, a esquizofrenia chega a ocupar de 30% a 40% dos leitos



psiquiátricos hospitalares, e cerca de 100 mil leitos-dia, está em segundo lugar das primeiras consultas psiquiátricas ambulatoriais (14%) e o 5º lugar na manutenção de auxílio-doença (PÁDUA et al, 2005).

A esquizofrenia é um transtorno mental complexo que dificulta na distinção entre as experiências reais e imaginárias, interfere no pensamento lógico, nas respostas emocionais normais e comportamento esperado em situações sociais, trata-se de uma doença crônica, complexa e que exige assistência e acompanhamento por toda a vida (PÁDUA et al, 2005; BRUSAMARELLO, 2009; LIMA, 2013).

As causas ainda são desconhecidas, mas especialistas citam uma combinação de fatores genéticos e ambientais que possam estar envolvidos no desenvolvimento deste transtorno, também problemas com certas substâncias químicas do cérebro, incluindo neurotransmissores como a dopamina e o glutamato, parecem estar envolvidos nas causas da esquizofrenia (PÁDUA et al, 2005).

Existem seis tipos de esquizofrenia^(13,17): residual; simples; indiferenciada; paranoide; catatônica e desorganizada.

Alguns fatores podem ser considerados de risco para o desenvolvimento da esquizofrenia como: uso de drogas; tabagismo; genética; fatores ambientais, externos e doenças autoimunes (PÁDUA et al, 2005; LIMA, 2013).

Os sintomas costumam iniciar-se entre os 20 e 30 anos de idade, pode-se dizer que o aparecimento da doença antes dos 10 anos é raro. Em relação ao sexo, nas mulheres, a idade do aparecimento está entre 25 e 30 anos e nos homens de 15 e 25 anos de idade. Dentre os sintomas mais comuns, podem-se citar os delírios, as alucinações. Outros sintomas são: a fala desorganizada, com pouco ou sem nexos, habilidade motora desorganizada, falta de emoções, contato visual e expressões faciais diminuídos, e esses modos dificultam o indivíduo a executar tarefas diárias, pois este comportamento inclui resistência a instruções, postura inadequada e bizarra (PÁDUA et al, 2005; LIMA, 2013).

Durante os períodos de crise ou tempos de agravamento dos sintomas, a hospitalização pode ser necessária para garantir a segurança, alimentação, sono e higiene básica do portador (LIMA, 2013).

Além da utilização de métodos psicoterapêuticos e de medicamento é de suma importância os cuidados primários ao portador bem como a atenção primária adequada, tudo isto com intuito de melhorar as atividades sociais e profissionais do mesmo. O apoio de



familiares e cuidadores também devem ser levados em consideração para melhora do portador e adesão ao tratamento (PÁDUA et al, 2005; LIMA, 2013).

Em relação à atenção primária e a assistência ao paciente com transtorno psiquiátrico, a Declaração de Caracas se trata da reestruturação da atenção psiquiátrica dentro dos sistemas locais de saúde, foi adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em Caracas, Venezuela, em 1990. Notando-se que a atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, integral, contínua, participativa e preventiva; o hospital psiquiátrico como única modalidade assistencial, dificulta o alcance dos objetivos acima mencionados por provocar o isolamento do portador de seu meio social, ocasionado incapacidade para o convívio e reinserção na comunidade; criando condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos dos portadores (BRUSAMARELLO, 2009).

A atenção primária à saúde (APS) é uma estratégia adotada pela OMS e pela Organização Pan-americana de saúde colocando como meta principal a “Saúde para todos”, assim, os programas de saúde mental e psiquiatria devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias e modelos de organização de atenção à saúde (BRUSAMARELLO, 2009).

Com base na APS é de fundamental importância um primeiro atendimento adequado e humanizado aos indivíduos portadores de transtornos mentais, uma vez que é suficiente ter conhecimentos relacionados a referência e contra referência, já que o trabalho desenvolvido pela equipe de especialistas de nível secundário deve perseguir tanto a qualidade do cuidado oferecido pela APS como a qualificação da referência, pois cada nível assistencial deve ser capaz de atender de forma adequada de acordo com sua complexidade técnica e assistencial, reduzindo assim a referência de transtornos mentais leves e encorajando a referência de transtornos mentais graves (BRUSAMARELLO, 2009).

No entanto, apesar da referência e contra referência, a Unidade Básica de Saúde conta também com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o qual foi criado em janeiro de 2008 mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que apresentava como principal objetivo o de apoiar a inclusão da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, ampliando a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, aumentando assim a resolutividade dela, afirmando mais ainda os processos de territorialização e



regionalização em saúde. Tal Portaria tem como base políticas nacionais diversas áreas, inclusive à saúde mental (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009).

A Política Nacional de Saúde Mental tem como principal diretriz a redução gradativa e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos, acabando assim a institucionalização de pessoas com longo histórico de internações. Priorizando ao mesmo tempo a implantação e implementação de uma rede diversificada de serviços de saúde mental de base comunitária eficaz, capaz de atender a todos que necessitam de cuidados com muita eficiência (BRASIL, 2009).

Observa-se que essas alterações em relação ao modo de ver os transtornos mentais e o tratamento oferecido aos portadores e família, com influência da reforma psiquiátrica, pede uma demanda de profissionais de enfermagem com uma prática fundamentada na cidadania, na humanização e de conduta ética. Nos últimos anos, a saúde mental tem sido um assunto de muita discussão influenciado pelo movimento de Reforma Psiquiátrica, o qual tem a finalidade de redefinir e reorganizar a atenção à saúde mental no país. O objetivo principal dá ênfase a desospitalização e a reinserção social, a substituição por serviços e atividade de cunho sanitário, promocional, preventivo e com ligação com a sociedade (BRUSAMARELLO, 2009).

Neste contexto vale ressaltar a importância do enfermeiro na vida do portador de esquizofrenia, atuando de forma eficiente no que se refere à atenção primária, bem como no engajamento deste indivíduo na sociedade, passando pela assistência familiar e recolocando este com uma melhor qualidade de vida.

Desta maneira, o presente estudo tem como propósito descrever a percepção do enfermeiro sobre o atendimento ao portador de esquizofrenia na USF com o paciente esquizofrênico no município de São Sebastião do Paraíso – MG. Essa pesquisa justifica-se pelo reconhecimento da importância do suporte adequado a este grupo, com vistas na melhora na qualidade do atendimento aos portadores de esquizofrenia.

Além disso, buscamos com esse oportunizar aos profissionais da USF conhecimentos sobre a percepção de enfermeiros das USF sobre a atuação ao paciente esquizofrênico, sobre a abordagem a esse paciente, identificando os cuidados prestados e suas dificuldades no atendimento a ele.

Objetivou-se conhecer a percepção de enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF) do município de São Sebastião do Paraíso – MG sobre a atenção ao paciente



esquizofrênico; Verificar como é realizada a abordagem do enfermeiro ao paciente esquizofrênico e identificar quais as dificuldades na abordagem ao paciente esquizofrênico.

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem descritiva, qualitativa, no qual foram convidados a fazer parte da pesquisa, enfermeiros que atuam nas USFs do município, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. O presente projeto foi aceito à apreciação do Comitê de Ética atendendo a resolução 466/2012 que regulamenta pesquisas com seres humanos com parecer número 1.366.613, sendo utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturada e para a análise dos dados, a análise de conteúdo do tipo temática. Da análise dos dados emergiram três categorias, as quais serão citadas e discutidas abaixo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados foram coletados de março a abril de 2016, sendo um estudo qualitativo, a amostra permitiu a construção de categorias que evidenciassem a percepção do enfermeiro frente ao portador de esquizofrenia.

Foram entrevistadas 10 enfermeiras, cuja idade, prevaleceu a faixa etária entre 30 a 40 anos de idade, 50%; 30% abaixo dos 30 anos e 20% acima dos 40 anos, o que pode ser devido à alta taxa de rotatividade dos profissionais, pela função desgastante e estressante, pois o serviço da enfermagem é sobrecarregado, exigindo aspecto burocrático e prático, o que explica o predomínio de profissionais jovens.

O trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde é caracterizado por situações geradoras de risco à saúde, muitas vezes desconhecidas. O trabalho de Abranches (2005) que teve como objetivo analisar as condições do trabalho de enfermagem em uma unidade básica de saúde, utilizando o método ergonômico, mostra que maioria desses profissionais tem hipertensão arterial, está com o peso acima do normal, a maioria identifica o excesso de tarefas demandadas pela população com um número pequeno de profissionais. Identificou ainda fatores como estresse e violência ocupacional.



Em relação ao gênero, o sexo feminino foi predominantemente (100%) já que todas as entrevistadas eram mulheres, o qual converge com a maioria dos trabalhos realizados em unidades básicas de saúde.

Persiste um maior número de mulheres na enfermagem no Brasil, o que pode ser observado tanto na qualificação universitária como nos níveis médios e técnicos e esse fato parte do processo como parte histórica, ou seja, que tem a ver com a história da enfermagem, pois o cuidar é de certa forma, uma ação identitária feminina, no entanto, esse perfil tem se modificado ao longo do tempo aos poucos (LOPES LEAL, 2005).

Referente à pós-graduação na área de psiquiatria, 100% não tinha no período da pesquisa, e esses dados são convergentes com outros trabalhos. A pós-graduação permite ao enfermeiro um maior conhecimento, capacitação técnica e científica para tomada de decisão, para que essas sejam mais adequadas, melhorando a implementação e planejamento das ações de enfermagem, associando o cotidiano com o conhecimento teórico (TADOKORO, 2012).

Relacionada ao tempo que trabalham em Unidades de Saúde da Família, a maior parte das entrevistadas, ou seja, 6 (60%) delas têm de 2 a 4 anos de atenção primária e 4 (40%) de 6 a 8 anos.

Percebe-se pelo índice acima que a maioria tem pouco tempo atuando na unidade básica. Abranches (2005) coloca que no atual contexto sócio-político brasileiro são enfrentadas umas séries de dificuldades no setor saúde, no que se refere à qualidade da assistência prestada à população e as condições oferecidas nesse setor. Coloca também, em particular, nas unidades há uma demanda intensa de usuários em relação às atividades assistenciais da enfermagem e as exigências de trabalho, que favorecem atos de violência no trabalho, dos usuários em relação aos trabalhadores, além de baixos salários.

Já relacionado ao atendimento dos portadores de esquizofrenia, 100% das entrevistadas referem já ter atendido portador de esquizofrenia, o que mostra a necessidade de conhecimento e habilidade no contato com esses pacientes.

O cuidado primário para a saúde mental é um componente importante para que o sistema de saúde funcione adequadamente, mas para serem totalmente eficazes e eficientes, os cuidados primários devem ser complementados por outros níveis de assistência, os quais vão servir de apoio, referência e supervisão quando os profissionais da atenção primária precisarem recorrer procurando auxílio em suas condutas.



Como os resultados deste estudo mostram que 100% dos entrevistados já atenderam portadores destes distúrbios, esse fato mostra a importância de inclusão de ações de saúde mental na Atenção Primária, no intuito de preparar esses profissionais para o atendimento à estes usuários, no sentido de desmistificar “a loucura” que habita no cotidiano.

3.1. atendimentos relatados como qualquer outra patologia, mas envolvimento de medo e preconceito

Os enfermeiros revelaram concepções sobre o atendimento ao paciente esquizofrênico, de acordo com a vivência cotidiana. As falas demonstram que os enfermeiros ao atenderem o portador de esquizofrenia, constroem uma visão sobre a doença, sobre o paciente, o que muitas vezes conduz a assistência prestada.

Ao revelarem a visão que tem do atendimento ao paciente esquizofrênico relatam o que ocorre nas experiências vividas com os mesmos, significa que muitas vezes utilizam do senso comum, bem como o que acham, pensam, observam e o que ouviram falar sobre a doença, o que gera preconceito, como exemplifica as falas a seguir:

“É um atendimento como qualquer outro, lógico que você tem que saber abordar o paciente...você tem que mostrar pro paciente que você é uma pessoa que quer ajudar,a maior parte deles tem que sentir confiança no profissional, se não, eles são bem arredios mesmo” (E 2);

“Depende, eu acho que tem muito preconceito ainda, até da gente própria, não falo nem da sociedade, mas quando eu sei que vou atender um esquizofrênico eu já fico com o pé atrás...às vezes da medo...”(E 1)

As falas evidenciam também a comparação do portador da esquizofrenia em relação a pacientes com outras patologias de outras especialidades que não seja psiquiatria, apesar de relatar que a patologia não influencia, percebe-se uma diferenciação entre elas, até porque nesse caso citado, o paciente encontra-se estabilizado como se observa na fala:

“Bom, eu atendo como se fosse qualquer paciente, normalmente os que tenho já estão em tratamento no CAPS então eles são bem controlados. Às vezes tem uns que não aceitam muito o tratamento mais eu os recebo do jeito que recebo um paciente normal”(E 3).

Apesar de relatarem qualquer outra patologia, nas falas os enfermeiros reconhecem uma diferença e descrevem algumas peculiaridades do portador da esquizofrenia em relação às demais doenças, deixando claro que por conta do diagnóstico, esses pacientes podem ser agressivos, terem surtos e causar tumulto no local de trabalho:

“Eu particularmente não gosto da saúde mental, porque eu me sinto assim, de angústia...não sei como lidar....o paciente é uma caixinha de surpresa, então ele sai de todos os padrões que a gente, a sociedade é....fecha como normas....eu acho que pra trabalhar com eles tem que ter um tato muito grande porque ou eles amam ou eles

odeiam...tem que lidar com eles como se fosse uma criança, como se tivesse falando com uma criança, porque eles não tem muito pudor” (E 10);

“Eu recebo como qualquer outro paciente....agora se eu percebo que está em crise, eu acolho, procuro chamar mais profissionais, se a psicóloga estiver na unidade eu a chamo e em casos mais graves, o médico vem, faz a consulta...já tive casos que tive que chamar a guarda municipal para ajudar no manejo com o paciente, porque nós não temos estruturas adequadas para manter um paciente em crise” (E 4).

A violência ocupacional está constituída por incidentes nos quais os profissionais sofrem abusos, ameaças, ataques em situações relacionadas com o seu trabalho, incluindo trajeto de ida e volta ao trabalho que colocam em risco sua segurança, bem-estar e saúde (ABRANCHES, 2005).

Pode-se perceber que o autor acima coloca aspectos fundamentais relacionados à esse estudo que se trata da formação, ou seja, os profissionais precisam ter formação de como atuar, já que 100% dos profissionais entrevistados já atenderam esses tipos de situações, ou seja, os sujeitos não têm conhecimento de como abordar o usuário e não sabem como encaminhar, podendo surgir o medo e o preconceito associado à assistência, porque o desconhecido gera medo e o senso-comum traz o distúrbio psiquiátrico ligado ao preconceito. Não se trata de formação em saúde mental, mas já que todos os profissionais referiram ter atendido portadores de esquizofrenia, significa que eles precisam de uma educação continuada de quais condutas devem ter, como abordar, como lidar com situações de crise e como funciona o encaminhamento desses pacientes.

No entanto, nos cuidados observa-se que os enfermeiros, na maioria das vezes encontram medo em lidar ou programar os cuidados à esses pacientes, por conta dos aspectos ligados à doença como manifestações de alucinações, delírios, autoagressão, agressão aos profissionais e outras pessoas, agitação psicomotora que os deixa ansiosos, tumultua o ambiente e dificulta uma comunicação interpessoal e até uma relação de ajuda. Como mostra as falas abaixo:

“Eu sinto medo... da reação dele, o que pode estar acontecendo naquele momento , quando ele chega , você percebe que ele não está bem...”(E 7);

“Você tem que saber conduzir a situação, ter jogo de cintura, tem toda uma estratégia...só que tem que ter um pouco mais de cautela para você abordar o paciente, o que você fala pra ele...” (E 2).

Essa categoria refere-se aos sentimentos expressados pelo enfermeiro ao relatar o cuidado em relação ao portador de esquizofrenia. A maioria desses profissionais expressaram sentimentos de medo, receio e insegurança diante do paciente, como é observado nesta fala:

“Quando está em crise, eu procuro um local onde eu possa ter um acesso á saída, onde tenha pessoas por perto porque se ele se tornar agressivo, tem para onde eu correr, tem quem me ajude, nunca ficar sozinha com esse paciente, agora se ele não estiver em crise, trato como outro qualquer” (E 7).

O medo, o receio e a insegurança estão ligados ao estigma do portador ser agressivo e ser inclusive violento, muitas vezes levando esses profissionais a se afastarem ou não quererem lidar com pacientes com esse diagnóstico (LOYOLA, 2000).

No entanto, houve um aumento do número de portadores de distúrbios mentais e as estimativas mostram que esse número sobe cada vez mais e grande número de pessoas sofre silenciosamente com a doença e também com a exclusão social que ela provoca. Estigmas são rótulos negativos e servem de barreiras impedindo usuários e família a solicitar ajuda e também impedem profissionais a terem uma abordagem adequada e humana à esses usuários, isso contribui para baixos níveis em buscar e aderir ao tratamento (SOUZA, 2010).

Assim, o preparo do profissional nas USFs, faz com o que o diagnóstico seja precoce, o tratamento seja iniciado o mais rápido possível e que seja feito o encaminhamento adequado caso haja necessidade, não aumentando a demanda desnecessariamente nos outros níveis como CAPS e hospitais psiquiátricos (ZANETTI, GALERA, 2007).

A representação da atuação ao portador de esquizofrenia é de acolhimento, mas envolve falta de preparo. Os enfermeiros revelaram sobre o que representa a atuação dele ao portador de esquizofrenia, de acordo com a vivência cotidiana, eles enfatizaram uma assistência que requer um envolvimento, uma empatia, um vínculo de confiança que pela fala é de suma importância no processo do cuidar, o que ficou claro nas falas a seguir:

“De forma diferenciada...tive que ser mais atenciosa, eu tento ser mais esclarecedora nas palavras, até pelas dificuldades no atendimento...evito falar termos, procuro ser o mais clara possível”(E 1);

“A gente consegue acalmar, eles gostam, eu acho que apesar do medo, eu vejo que até muda um pouco do paciente, você conversa, escuta...desarma um pouco. Tem que ter um olhar mais amplo, trabalhar com a parte mais lúdica, grupo terapêutico, interagir...controle da medicação...é o suporte que a gente pode dar” (E 10).

As necessidades físicas, psicológicas, espirituais e sociais são expressas não somente por palavras, mas gestos e atitudes, o que na maioria das vezes, se o profissional não tiver uma empatia, um conhecimento sobre a doença e sobre o doente fica difícil uma compreensão e um cuidado adequado e até de criar um relacionamento interpessoal de ajuda (LIMA, 2013; SUCIGAN et al, 2012).

Em relação às Diretrizes do Ministério da saúde, a formação dos profissionais é extremamente importante para que as ações de saúde mental sejam realizadas por profissionais preparados, potencializando a rede e qualificando o cuidado (SOUZA, 2010).

Essa relação ajuda a diminuir os sinais e sintomas da doença e leva a compreensão do profissional em relação ao sofrimento do paciente.

“O acolhimento é tudo, se você acolhe esse paciente bem, ele vai te respeitar e confiar em você, cria um vínculo sabe? E esses pacientes são carentes, eles precisam de atenção, então eu procuro acolher da melhor forma possível”(E 4).

A falta de preparo do profissional faz com que a maioria das vezes, ele apenas controle a situação momentânea, no entanto, o transtorno exige uma atuação que direcione esse paciente, que realize um diagnóstico precoce e adequado para um melhor prognóstico. Na fala a seguir, percebe-se que o suporte dado pelo profissional se limita a controlar a situação:

“Trabalhar com a parte mais lúdica, grupo terapêutico, interagir...controle da medicação...é o suporte que a gente pode dar”(E 10).

O portador da esquizofrenia pode vivenciar períodos de crises e recaídas, o que traz prejuízo ao portador e à família. No início a doença pode ser insidiosa ou aguda, com características e sintomas específicos para cada um, os sintomas são mais amenos com poucos sintomas psicomotores, no entanto, podem levar à problemas emocionais e intelectuais. Na manifestação aguda, podem ocorrer sintomas de maneira rápida, podendo trazer danos ao paciente se não realizado tratamento adequado (GIACON; GALERA, 2006).

A conduta e o planejamento das ações do enfermeiro ao portador deveriam ser pautados em melhorar a qualidade de vida dele e da família, diminuir as crises, auxiliar na reinserção social e integração na sociedade, facilitando a adaptação e adesão ao tratamento.

A maioria dos estudos mostram um acolhimento favorável, mas uma falta de preparo de maneira geral para lidar com o paciente relacionado muitas vezes a falta de conhecimento e habilidade gerando um trabalho realizado com dificuldades como foi encontrado na outra categoria deste estudo (SOUZA, 2010).

3.2. O cuidado relacionado à falta de conhecimento e habilidades

As falas evidenciam uma dificuldade teórica e prática em relação ao cuidado à esses pacientes, o que mostra a necessidade de uma formação mesmo que de maneira geral, sem contar as especialidades, mais efetiva em relação ao assunto de maneira que o profissional

tenha uma conduta mais acessível, efetiva e de qualidade ao sofrimento desse paciente para direcionar melhor esse atendimento:

“A gente olha com um olhar um pouco diferenciado, na maioria das vezes, o que vem na cabeça é que um paciente complicado, ai a gente vai ter que agilizar ao máximo o atendimento dele, não é um paciente que dá para esperar” (E 6)

Percebe-se pela fala das entrevistadas que é preciso agilizar o atendimento, que há falta de habilidade em lidar com situação, até porque ela tem um olhar diferenciado em relação ao portador de esquizofrenia.

As entrevistadas mostram que muitas vezes, o portador não passa por atendimento de consulta, mesmo muitas vezes necessitando, e que fazem uma verificação prévia do que o paciente tomava nos tratamentos anteriores e acabam repetindo o mesmo tratamento, sem verificar a adequação do paciente à esse medicamento, como evidencia a fala a seguir:

“Eu acho que....ele tem que ter uma ajuda, porque sozinho ele não consegue, ele chega a chorar aqui pra gente....aqui como é porta de entrada a gente atende e fala pra doutora olha bola pra frente e ela ja encaminha rapidinho para o psiquiatra com prioridade, ele já é agendado e faz tratamento lá, e as vezes nem vem aqui, aí só fica lá no CAPS, agora tem uns que tem que é bem controlado que fica só no ambulatório, ai as vezes ele vem aqui pra trocar receita... a gente não deixa sem remédio, quando a gente não sabe qual remédio é, a gente vê no sistema e vê qual remédio ele pegou na farmacinha aqui e a gente faz a receita em cima disso” (E 5).

A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica possibilita entre outros benefícios, que os usuários com transtornos mentais, tenham um diagnóstico precoce, um atendimento que permita um tratamento adequado, uma melhor adesão à esse e um local não tão excludente e segregador como o hospital, mas para isso a equipe precisa ter preparo, conhecimento e assim adquirir habilidades na abordagem e cuidado à este usuário (SOUZA, 2010; BERTAGNINO et al 2012).

A construção da atual Política Nacional de Saúde Mental brasileira que se iniciou em 1980, foi baseada na ruptura de um modelo centrado no hospital e na constituição de novas redes de serviços comunitários, dentre estes estão o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), Centros de Convivência (CECCOs), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e ações desenvolvidas pela equipe de saúde Mental na atenção básica de saúde e pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BERTAGNINO et al 2012).

No aspecto das ações em saúde mental, o matriciamento é o conjunto de práticas da ESF, CAPS e dos NASFs, os quais são classificados em modalidades de acordo com a composição mínima, assumem diversas áreas de ação. Assim, como todas essas redes o itinerário do usuário, ou seja, sua trajetória, que deve levar em consideração o nível de atenção, os serviços de apoio, a formação e capacitação profissional, aspectos relacionados ao

usuário e família para que esse atendimento e abordagem se dê de maneira adequada e humana (BERTAGNINO et al.; 2012).

Este estudo evidencia que embora os profissionais tenham consciência da dimensão do problema e tenham a intenção de um acolhimento adequado, vivenciam uma dificuldade em relação às redes de serviços e uma atuação quase que restrita dos NASF, no atendimento aos portadores de esquizofrenia, estes dados podem sugerir falta de conhecimento em relação à saúde mental, ausência de uma educação continuada na área, falta de interesse de alguns profissionais em relação à essa área específica e de recursos humanos e materiais.

Os enfermeiros demonstram como abordam e quais são as maiores dificuldades e os cuidados prestados a eles:

“Dificuldades é adquirir a confiança do paciente acho que é a maior dificuldade mesmo. Depois que você adquiriu a confiança ao você tem que ir conquistando ele a cada dia... as vezes, se o paciente ver, principalmente que você vai fazer mal a ele, por algum empecilho coisa assim ele não te aceita nunca mais” (E 2).

Assim, tentar ter uma relação de empatia, de ajuda, de compreensão com o sofrimento psíquico são aspectos fundamentais para ajudar a lidar com esse paciente.

Deste modo, profissionais que evidenciaram vivências de agressão ou de agitação do paciente, muitas vezes modificam suas condutas ao lidarem com o paciente, com a finalidade de se proteger e até de distanciar-se ou evitar contato.

A agressividade é um sintoma que gera a necessidade de implementação de cuidado que exigirá do profissional uma atitude, uma interação adequada de acordo com conhecimento e habilidade desse profissional (GIACON, GALERA, 2006).

Como o profissional evidencia falta de conhecimento e habilidade, o portador demonstra outros sentimentos como frustração, tristeza e até vergonha relacionado ao transtorno, como cita a fala:

“Quando ele chega, eu tento tirar o máximo dele, as vezes ele se fecha um pouco, ai eu falo pra ele que pode se abrir comigo, às vezes, ele fica meio assim, eu ofereço a psicóloga tem o dom de fazer você contar, sem perceber...ai tentamos ajudar sem ter que sair daqui....em relação ao dificuldades...quando eles ficam fechados, tem vergonha de se expor, de falar que é esquizofrênico, eles acham que a gente não sabe...ai eu falo que aqui é sigilo, não interessa pra ninguém....e no cuidados....o grande problema é o preconceito deles mesmos, de alguém falar que ele é louco” (E 5).

No contexto desse estudo, observa-se que o profissional desenvolve sua prática na atenção primária à saúde, a qual não dá suporte para a conduta à esses pacientes, a uma falta de preparo, de entendimento ao sofrimento psíquico do paciente, na maioria das vezes indo de um atendimento baseado apenas no controle da doença através de medicamentos, um acolhimento que visa a escuta à esse paciente e o encaminhamento o mais breve possível.

No entanto, a conduta deve ir além, como ter conhecimento, mesmo que não seja especialista na área, saber identificar pacientes com distúrbios psiquiátricos, em sofrimento, ter conhecimento das doenças, dos sinais e sintomas e das condutas à esses pacientes (HIRDES, 2009). Também ter conhecimento de como funciona a referência e contra referência a esses pacientes, para que o encaminhamento seja realizado de maneira adequada, evitando sofrimento e não limitar o acolhimento e acompanhamento de pacientes estabilizados, como diz a fala abaixo em “manutenção”, evitando e até tendo medo de casos de surtos e crises, sem saber como lidar, como é evidenciado:

“Aqui quase não tem tratamento na unidade, a maior parte dos casos mais graves são encaminhados para o CAPS os pacientes que acompanham conosco já estão estabilizados, então é só manutenção” (E 2);

“A gente não tem muito conhecimento, eu acho que isso vem até de lá de traz que seria do sistema, porque a gente não tem muito conhecimento da patologia dele em si, como começou, quando, o histórico dele de vida e fica com o pé atrás, será que ele é grave? Será que é agressivo?mesmo a gente sendo profissional da saúde quando fala esquizofrênico você já entende como louco, agressivo. A dificuldade eu acho que é isso, na falta da contra referência do sistema então o paciente, ele vai, a gente referência e a gente não tem notícias dele mais..... a gente não tem suporte para isso (atendimento) as vezes, o paciente acaba tendo uma piora no quadro por conta disso, porque ele fica pra lá e pra cá, sem saber onde vai, aí nisso, ele fica sem o uso da medicação e não tem ninguém acompanhando ele, ninguém para buscar ele....” (E 1).

Uma das dificuldades citadas pelas entrevistadas é a falta de apoio, estrutura e aceitação familiar, o que traz danos e prejuízos ao tratamento ao portador, como mostra as falas:

“Eu sinto um pouco de dificuldade porque a família é bem desestruturada, a mãe também não aceita muito” (E 8); “Em alguns casos fazemos uma medicação até o paciente se acalmar e poder nos contar realmente o que está acontecendo, o auxílio da família é muito importante mais nem sempre a família ajuda”(E 4).

Na atuação do enfermeiro considera-se importante uma relação família-enfermagem-indivíduo para auxiliar na inserção social, adesão ao tratamento e enfrentamento da doença. O enfermeiro exerce papel fundamental na orientação à família quanto aos sintomas, causas e tratamento, sendo a família fundamental para dar apoio e colaborar com o tratamento do portador (ZANETTI, GALERA, 2007).

Esse trabalho traz uma reflexão sobre a prática cotidiana dos profissionais da atenção primária aos portadores de distúrbios psiquiátricos como a esquizofrenia, permite sugerir algumas ações como adotar uma ficha de registro dos portadores de esquizofrenia; propor uma qualificação das equipes de saúde da família do município em saúde mental e estabelecer uma referência de saúde mental para as equipes de atenção primária do município.

4. CONCLUSÃO

Foi possível compreender a percepção dos enfermeiros na assistência ao portador de esquizofrenia, como se sente ao atender o paciente, o que representa a sua atuação ao portador

de esquizofrenia, o relato de como aborda e quais são as maiores dificuldades e os cuidados prestados à esses pacientes.

Na categoria relacionada a como se sentem, percebe-se na maioria das vezes um sentimento de preconceito, de diferenciação em relação a outras patologias e falta de conhecimento teórico, o que demonstra dificuldade na abordagem a esse portador.

Em relação a representação da sua atuação, esta envolve medo, receio, preconceito, falta de interesse por tal transtorno e falta de conhecimento e habilidade em lidar com certas situações, como surtos e exacerbações do quadro clínico.

Na abordagem, em sua maioria, os entrevistados referiram procurar um acolhimento diferenciado, com mais cautela, apesar de relatar dificuldades em conhecer a doença, em como lidar com ele. A dificuldade de referência e contra-referência, ou seja, o encaminhamento desse paciente, a dificuldade em lidar com medo e o receio, deixando interferir na qualidade do cuidado prestado, na maioria das falas, esse cuidado fica limitado a acolher, a uma escuta, a manutenção da medicação já passada ao paciente em situação prévia envolto de receio e preconceito.

Os resultados deste trabalho mostram que a percepção dos enfermeiros frente ao portador de esquizofrenia é reconhecida como envolta de deficiências de conhecimento, medo e insegurança pela maioria dos entrevistados, portanto, não conseguindo realizar um cuidado muitas vezes satisfatório e adequado.

Os resultados apontam a necessidade de um novo olhar para o portador de esquizofrenia, inclusive para os familiares, em busca de ações terapêuticas mais adequadas. Acredita-se que um trabalho dessa natureza possa contribuir para discussões com a equipe de saúde, buscando aprimorar a assistência prestada ao portador e família e também mostrar a importância do conhecimento e habilidade para abordar, cuidar, tratar e até encaminhar esses pacientes.

5. REFERÊNCIAS

1. GIACON, Bianca Cristina Ciconne, GALERA, Sueli Aapareci Frari. Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP**. vol. 2, n 40, p. 286-91. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000200019.pdf>. Acesso em 10 jan. 2016.



2. SOUZA, Leonardo Araújo de, COUTINHO, Evandro Silva Freire. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. **Revista Brasileira Psiquiátrica**. vol. 1, n 28, - 50-8. <Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28n1/a11v28n1.pdf>> . Acesso em 12 mar. 2016.
3. TAYLOR, Cecelia Monat. **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica**. 13.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
4. MENEZES, Rubem de Souza. Psicoses esquizofrênicas. In: SOUZA, C A C, CARDOSO, R G. **Psiquiatria forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Sulina; 2006.
5. WAGNER, L C, KING, M. **Existential needs of people with psychotic disorders in Porto Alegre, Brazil**. Br J Psychiatry. 2005; p.141-5.
6. LOUZÃ NETO, Mario. Manejo clínico do primeiro episódio psicótico. **Revista Brasileiro Psiquiatria**. vol 1, n. 22, p.45-6, 2000.
7. HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência e Saúde Coletiva**. vol 1, n 14, p. 297-305, 2009 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100036&script=sci_abstract&tlng=pt> > Acesso mar. 2016.
8. GALERA, Sueli Aparecida Frari. **Avaliação construtiva de uma intervenção de enfermagem junto a famílias que tem um portador de esquizofrenia entre seus membros** [Tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2002.
9. MIRANDA-SÁ Junior. Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. **Revista Psiquiátrica**. RS. 2007;29(2):156-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n2/v29n2a05.pdf>> Acesso mar. 2016.
10. AMARANTE, Paulo. **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2003.
11. NOGUEIRA, Anamaria Batista. **O acompanhamento terapêutico na psicose: possibilidades de uma orientação analítica** [Dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG; 2007.
12. SILVA, Regina Cláudia Barbosa da. Esquizofrenia: uma revisão. **Psicologia USP**. 2006;17(4):263-85. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psup/v17n4/v17n4a14.pdf>> Acesso abril. 2016.
13. PÁDUA, Analuiza Camozzato et al. Esquizofrenia: diretrizes e algoritmo para o tratamento farmacológico. **Psicofármacos: Consulta Rápida**. Porto Alegre: Artmed; 2005. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/Algoritmo%20da%20Esquizofrenia%20final.pdf>> Acesso abril. 2016.

14. NOGUEIRA, Anamaria Batista. **O acompanhamento terapêutico na psicose: possibilidades de uma orientação analítica**. 88f. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG, Belo Horizonte, 2007.
15. TADOKORO, Daize Carvalho C. **Transtornos mentais na atenção primária: uma reflexão sobre a necessidade organizar e acolher a demanda dos usuários do SUS** [Trabalho de Conclusão de Curso]. Uberaba: Universidade Federal de Minas Gerais; 2012. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3398.pdf> > Acesso abril. 2016.
16. BRUSAMARELLO, Tatiana et al. Cuidado de enfermagem em saúde mental ao paciente internado em hospital psiquiátrico. **Cogitare Enfermagem**. 2009; 14(1):79-84. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/14523/9756>. Acesso abril. 2016.
17. LIMA, Danielle Uehara de el al. Olhares da enfermagem para o paciente esquizofrênico: Implicações do processo saúde doença para o cuidado. **Revista de Enfermagem de Pernambuco UFPE**. 2013;7(5):4325-31. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11670/13841> > Acesso abril. 2016.
18. BRASIL. **Ministério da Saúde**. Gabinete Ministerial. Portaria n. 154 de 24 de janeiro de 2008: cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 mar.; 2008.
19. BRASIL. **Ministério da Saúde**. Saúde na Escola. Caderno da Atenção Básica n°24. Brasília: MS, 2009.
20. ABRANCHES, Sueli Soldate S. **A situação ergonômica do trabalho de enfermagem em unidade básica de saúde** [Tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2005.
21. LOPES, Marta Júlia Marques, LEAL, Sandra Maria Cézar. A feminização persistente na qualificação profissional na enfermagem brasileira. **Cad. Pagu.**, N. 24, 2005; p.105-25.
22. LOYOLA, Cristina Miranda, ROCHA, Reinaldo. Compreensão e crítica para uma clínica de enfermagem psiquiátrica. **Cad IPUD**, vol. 1, n. 19, 2000.
23. SOUZA, Andréia Cardoso, RIVERA, Francisco Jabier Uribe. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**. 2010;4(10):105-14. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Inclus%C3%A3o.pdf> > Acesso abril. 2016.
24. SUCIGAN, Débora Helena Iversen et al. Acolhimento e saúde mental: desafio profissional na estratégia Saúde da Família. **Revista Rene**. 2012; n 1, vol 13, p; 2-10. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3756> pdf > Acesso abril. 2016.



25. ROGER, Carl. **Tornar-se pessoa**. 6.ed. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2009.
26. BERTAGNONI, Larissa et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Saúde Mental: itinerários terapêuticos de usuários acompanhados em duas Unidades Básicas de Saúde. *Revista Terapia Ocupacional* n 2, vol 23 , 2012, p. 153-62. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/49079> pdf >Acesso abril. 2016.
27. ZANETTI, Ana Carolina; GALERA, Sueli Aparecida Frari. O impacto da esquizofrenia para a família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2007; 28(3):385-92. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4689> pdf >Acesso abril. 2016.

Nota: Este estudo é produto de um Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em enfermagem, da Libertas-Faculdades Integradas de São Sebastião do Paraíso (MG).

