

CAPÍTULO 6

A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA ASSISTÊNCIA DE PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS

Data de aceite: 01/12/2023

Alberto César da Silva Lopes

Professor do Centro Universitário IESB
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/9632825154207633>

Marcus Vinícius Ribeiro Ferreira

Biólogo, Professor, UNICEPLAC
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/4033741950649548>

Elissandro Noronha dos Santos

Enfermeiro, Ciências da Saúde / Área:
Enfermagem.
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/7245224062487559>

Joanna Lima Costa

Odontóloga
Brasília-DF
<https://orcid.org/0009-0004-8847-707X>

Tarcísio Souza Faria

Enfermeiro, Secretaria de Estado de
Saúde do Distrito Federal
Brasília-DF
<https://lattes.cnpq.br/9252554641324550>

Marcos Antonio de Carvalho Rosa

Psicólogo, Universidade Federal de Goiás,
UFG, Brasil.
Anápolis-GO
<http://lattes.cnpq.br/7086917273226503>

Marcus Vinicius Dias de Oliveira

Farmacêutico – Bioquímico - Universidade
Federal de Juiz de Fora
Brasília-DF
<https://orcid.org/0009000794340522>

Jefferson Amaral de Moraes

Servidor Público, Enquadramento
Funcional: Enfermeiro
Brasília-DF
<https://lattes.cnpq.br/7529927173918095>

Alexandre Marco de Leon

Médico, Universidade Católica de Brasília
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/6324073531418766>

Gilney Guerra de Medeiros

Enfermeiro, Conselho Regional de
Enfermagem do Distrito Federal
Brasília-DF
<https://orcid.org/0000-0002-3351-2841>

Stephanie brochado Sant'ana

Fisioterapeuta, Ciências da Saúde / Área:
Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Brasília-DF
<https://lattes.cnpq.br/1527305775003409>

Divinamar Pereira

Professora, UNICEPLAC
Gama-DF
<https://orcid.org/0000-0002-2861-4317>

Ludmila Bezerra dourado

Enfermeira, Hospital Regional Dr Mario Dourado Sobrinho
Irece-Bahia
<http://lattes.cnpq.br/4576571638836041>

Edna de Melo Peres

Enfermeira, Faculdade Metropolitana de Anápolis - FAMA
Anápolis-GO
<https://lattes.cnpq.br/1800676260531449>

Oséias Alves da Silva

Professor, Centro Universitário do Planalto – UNIPLAN.
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/7066503816165178>

Juliana Macedo Melo Andrade

Anápolis/GO.
Enfermeira. Docente da UniEvsngelica
<http://lattes.cnpq.br/7638351554843541>

Claudiana Soares da Silva

Enfermeira, Curso de Enfermagem, Universidade Evangélica de Anápolis
Anápolis-Go
<https://orcid.org/0000-0001-6391-596X>

RESUMO: Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e método de história oral. O objetivo foi avaliar a implementação do tratamento em pacientes esquizofrênicos pela equipe multidisciplinar em uma Clínica Psiquiátrica em Brasília – DF. Dentre os transtornos mentais mais conhecidos encontra-se a esquizofrenia, que é caracterizada pela presença de alucinações, delírios contínuos, dificuldade em conectar idéias e risos fora de hora. Participaram da pesquisa, integrantes da equipe multidisciplinar, aos quais tiveram seus nomes trocados por nomes fictícios relacionados a países europeus, como a seguir: França, Luxemburgo e Bélgica. O conhecimento de práticas adequadas para a instauração da assistência ao paciente esquizofrênico é de fundamental importância para a prestação de cuidados pela equipe. O mercado para profissionais nesta área sofre com um déficit que tende a aumentar, uma vez que os dilemas encontrados nessa especialização ainda sejam bastante evidentes. É possível perceber através deste estudo, a indissociabilidade existente entre a humanização, a equipe multidisciplinar e a saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: Equipe Multidisciplinar, Psiquiatria, Esquizofrenia.

THE MULTIDISCIPLINARY TEAM IN THE CARE OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

ABSTRACT: This is a qualitative study using the oral history method. The objective was to evaluate the implementation of treatment in schizophrenic patients by a multidisciplinary

team at a Psychiatric Clinic in Brasília – DF. Among the most well-known mental disorders is schizophrenia, characterized by the presence of hallucinations, continuous delusions, difficulty in connecting ideas, and inappropriate laughter. Participants in the research included members of the multidisciplinary team, whose names were replaced with fictitious names related to European countries, as follows: France, Luxembourg, and Belgium. Knowledge of appropriate practices for providing care to schizophrenic patients is of paramount importance for the healthcare team. The market for professionals in this field is facing an increasing deficit, as the challenges in this specialization remain quite evident. This study highlights the inseparable connection between humanization, the multidisciplinary team, and mental health. **KEYWORDS:** Multidisciplinary Team, Psychiatry, Schizophrenia.

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é um transtorno mental grave que acomete pouco mais de 1,5 milhão de habitantes no Brasil. A principal característica deste transtorno é a quebra da estrutura básica da capacidade de pensar e apresentar resposta emocional, prejudicando a vida produtiva do enfermo (TAY-TEO, et al., 2014).

Nos primórdios, os comportamentos anormais eram interpretados como advindos de forças sobrenaturais. As antigas civilizações de fato acreditavam que esses modos de agir poderiam ser respaldados com fidedignidade em possessões demoníacas. Posteriormente, Hipócrates, pai da medicina, buscou explicar pela primeira vez que as causas para esses eventos poderiam ser naturais, embora na época as medidas técnico-científicas fossem escassas para afirmar qualquer informação do gênero. Essa preocupação em apresentar uma idéia progressista sobre o tema foi o fio guia para que os comportamentos considerados como anormais fossem vistos como processos fisiológicos ou doenças (HOLMES, 1997).

Dentre os transtornos mentais mais conhecidos encontra-se a esquizofrenia, que é caracterizada pela presença de alucinações, delírios contínuos, dificuldade em conectar idéias e risos fora de hora. Seu período de início é variado quanto ao sexo da pessoa, mas estima-se que o homem geralmente desenvolva o transtorno antes da mulher, na faixa etária dos 15 aos 25 anos de idade, isso se explica pelo fato dos homens estressarem-se mais que as mulheres, que possuem uma taxa hormonal equilibrada e contínua (GIACON, GALERA; 2006).

Ao longo dos anos, figuras importantes no ramo da psiquiatria como Emil Kraepelin e Eugen Bleuler, destinaram a atenção para o transtorno de esquizofrenia que apresentava enormidade considerável. Antes destes eminentes psiquiatras, tal transtorno mental, quando iniciado no período da adolescência, era chamado de *démence précoce* (SADOCK, 2005).

Segundo Kraepelin, esse transtorno quando iniciado precocemente era chamado de *dementiaprecox*. Os pacientes que eram acometidos pela doença apresentavam sinais evidentes de alucinações e delírios. Em contrapartida, Bleuler, instituiu o termo esquizofrenia, que se sobrepôs sobre o termo *dementiaprecox*, contradizendo Emil,

afirmando que o transtorno não precisaria de um curso deteriorante para se desenvolver. Quando o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais III fora publicado, os Estados Unidos aproximou-se das afirmações de Kraepelin, mas a nomenclatura de Bleuler tornou-se a aceita para o transtorno (SADOCK, 2005).

É uma doença de proporção universal, acometendo cerca de no mínimo oito pessoas a cada cem mil habitantes na Itália e um mínimo de sessenta e nove pessoas a cada cem mil habitantes nos Estados Unidos por ano (NETO, ELKIS; 2010). O número de pessoas atingidas é semelhante em todo o mundo, sendo mais recorrente em pessoas nativas de áreas urbanas (SADOCK, 2005).

O autor supracitado descreve que pacientes que sofrem de esquizofrenia possuem mais suscetibilidade a mortes advindas de acidentes e causas naturais. Vários fatores também podem contribuir para um eventual suicídio, tais como: exclusão, desprezo e perda de emprego. Aproximadamente 15% dos esquizofrênicos tentam o autoextermínio em algum estágio da vida.

A Reforma Psiquiátrica foi um divisor de águas na história da psiquiatria multidisciplinar, pois trazia conceitos revolucionários na implementação do tratamento às pessoas acometidas por transtornos mentais. Antes de considerável aperfeiçoamento, as pessoas que sofriam desses transtornos eram asiladas e submetidas a tratamentos extremamente primitivos que acarretavam numa série de problemas à saúde do cliente. Os pacientes eram institucionalizados e o foco da assistência era tão somente no fator “doença”, dificultando a humanização da assistência (COFEN, 2019).

Segundo o Ministério da Saúde, em 2010, havia cerca de 23 milhões de pessoas com transtornos mentais no Brasil e os números vêm aumentando gradualmente com o passar dos anos (BRASIL, 2010).

Em 2019, quase um bilhão de pessoas – incluindo 14% dos adolescentes do mundo – viviam com um transtorno mental. O suicídio foi responsável por mais de uma em cada 100 mortes e 58% dos suicídios ocorreram antes dos 50 anos de idade (OPAS, 2022).

Em 2023, a organização mundial de saúde já aleta sobre a saúde mental dos brasileiros, já que uma entre quatro pessoas no país, sofrerá com algum tipo de transtorno mental ao longo da vida. Outro levantamento, feito pela VITUDE, (plataforma online voltada para a saúde mental e trabalho), aponta que 37% das pessoas estão com estresse extremamente severo, enquanto 59% se encontram em estado máximo de depressão e a ansiedade atinge níveis mais altos, chegando a 63% (OMS, 2023).

Os transtornos mentais são a principal causa de incapacidade, causando um em cada seis anos vividos com incapacidade. Pessoas com condições graves de saúde mental morrem em média 10 a 20 anos mais cedo do que a população em geral, principalmente devido a doenças físicas evitáveis (OPAS, 2022).

Dentro dessa gama de dados sobre a Saúde Mental, de acordo com a OMS, a esquizofrenia é a terceira causa de perda da qualidade de vida entre os 15 e 44 anos. São

cerca de 1,6 milhão de brasileiros que, além da doença, sofrem com o estigma (BRASIL, 2022).

O diagnóstico é obtido através de no mínimo dois dos seguintes sintomas no período de um mês: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento acentuadamente desorganizado, sintomas negativos, ou seja, embotamento afetivo, alergia ou abulia. O paciente também obterá o diagnóstico se apresentar disfunção social, exclusão de transtorno esquizoativo e transtorno de humor, exclusão de uso de substâncias, relação com um transtorno do desenvolvimento (SADOCK, 2005).

Obter o diagnóstico diferencial de esquizofrenia exige que sejam totalmente descartados quaisquer outros transtornos que possuam uma sintomatologia que se assemelha ao do distúrbio base, transtornos de descrição diferentes da esquizofrenia e quadros orgânicos com manifestação da esquizofrenia (NETO, ELKIS; 2010).

O tratamento farmacológico é o tratamento mais eficaz contra a esquizofrenia, mesmo alguns casos apresentando uma melhora ineficaz dos sintomas. A dose utilizada é aumentada de forma gradual, sendo que os primeiros efeitos aparecem no intervalo de quatro a seis semanas (NETO, ELKIS; 2010).

Estes mesmos autores descrevem a psicoterapia como coadjuvante do tratamento convencional, mesmo tendo poucos estudos sobre sua eficácia. Geralmente são realizadas através de treinamentos de habilidades sociais, orientação familiar, terapia ocupacional, acompanhamento terapêutico, terapia cognitivo-comportamental e remediação cognitiva.

A partir destes pressupostos, o amparo ao paciente e aos familiares é algo que precisa ser executado com excelência. A equipe multidisciplinar ainda apresenta dificuldades em participar de forma eficiente no processo do cuidar em saúde mental na atenção básica e também em outros níveis de assistência. O pontapé inicial é abraçar cliente e família através da visão integralizada, percebendo que o paciente vai além de sua doença ou transtorno. Sendo assim, este estudo propõe o seguinte questionamento: De que forma a equipe multidisciplinar participa na instauração do tratamento em pacientes acometidos pela esquizofrenia?

Este estudo torna-se relevante no levantamento de dados concernentes à atuação da equipe multidisciplinar em pacientes acometidos por determinado transtorno mental. Mesmo não sendo uma área muito explorada, há necessidade de preparar e subsidiar profissionais que desenvolvam a assistência, para que o cuidado seja dignificante e humanizado, proporciona ao cliente uma adaptação louvável ao tratamento, seja na atenção primária ou terciária.

OBJETIVO

Avaliar a implementação do tratamento em pacientes esquizofrênicos pela equipe multidisciplinar em uma Clínica Psiquiátrica em Brasília – DF.

METODOLOGIA

Este estudo seguiu os pressupostos de Halbwachs (2006), usando uma abordagem qualitativa e método de História Oral. A metodologia histórica é sempre fundamentada em alguma narrativa. Nesse tipo de abordagem, foi possível compreender o que já foi vivido, por meio da coleta, organização e avaliação dos fatos.

A memória explica-se pelo fato de que as lembranças que a permeiam são coerentes, assim como os objetivos fora de nós precisam ser. Mas é a mesma causalidade natural que se liga as coisas e aos pensamentos em relação aos mesmos. É por meio da lembrança em torno das memórias que é possível variar o significado da história (HALBWACHS, 2006).

No presente estudo, os dados foram coletados por meio de histórias relatadas, onde foi possível obter um material com descrições de situações e acontecimentos fidedignos.

Esta pesquisa obedeceu às recomendações da Resolução nº 510/16, a respeito dos critérios éticos de pesquisa com seres humanos, da confiabilidade, confidencialidade, fidedignidade e sigilo em relação aos sujeitos da pesquisa, bem como a veracidade e validade dos dados coletados.

Os dados coletados foram transcritos seguindo a fielmente aos relatos, bem como a garantindo o direito de anonimato dos participantes. Os mesmos tiveram seus nomes substituídos por codinomes relacionados a países desde a coleta até a apresentação dos dados.

Os sujeitos pares do estudo foram os profissionais, lotados no setor de internação, profissionais que tinham experiência, especialização e/ou residência em Saúde Mental do Adulto e que aceitaram participar da pesquisa.

A análise dos dados neste estudo fundamentou-se teoricamente nos achados de Maurice Halbwachs; onde Halbwachs (1990) discorreu como a história sendo a rememoração pessoal situada na encruzilhada das redes de solidariedade múltiplas em que se está inserido, e como a combinação de diversos elementos que podem emergir a forma de lembrança. Trazida em linguagem e ainda como a consciência que jamais encerra em si mesma.

Assim, enveredou-se para a descrição histórica deste estudo, já compreendendo que na maioria dos relatos, assim como os fatos narrados, descrevem experiências vivenciadas pelos sujeitos.

Para o referido estudo os dados foram tratados sistematicamente após a transcrição da gravação. Os mesmos depois de transcritos e examinados foram separados por afinidade e posteriormente agrupados em forma de temas, o qual o estudo chamará de categorias e subcategorias. Uma vez categorizados, receberam as identificações apropriadas à descrição oral da informante.

RESULTADOS

Os entrevistados para este estudo foram três profissionais da equipe multidisciplinar da referida unidade.

Foram entrevistados três integrantes da equipe multidisciplinar, aos quais tiveram seus nomes trocados por nomes fictícios relacionados a países europeus, como a seguir: França, Luxemburgo e Bélgica.

DISCUSSÃO

Os pontos chave da análise de dados foram elencados em subcategorias que auxiliam numa melhor compreensão sobre a assistência ao paciente esquizofrênico.

ACOLHIMENTO

Nesta categoria os entrevistados relataram que a abordagem inicial ao atendimento do paciente em intervenção em crise, vem associada ao acolhimento. Pode-se perceber que os participantes foram bem incisivos quanto a esta questão, pois sempre deixavam bem claro que o acolhimento é uma etapa muito importante para a assistência ao paciente esquizofrênico.

Aqui a gente trabalha nessa parte de acolher o paciente sempre desde o início. Então diariamente a gente, assim, na verdade desde o início, a gente inclui uma palavra chamada acolhimento, né? O acolhimento acontece desde a admissão, é até um tema assim, muito abordado inclusive nas supervisões pra gente tentar separar o que é admissão, o que é acolhimento. (E.1. França)

Aqui a gente acolhe esse paciente. (E.3. Bélgica)

O acolhimento é fundamentado diante do encontro da equipe com o paciente. Através dele é possível perceber as características que articulam o trabalho morto, utilizado como ferramenta e matéria-prima, com o trabalho vivo, este sendo o que ocorre no momento de produção e utilização das tecnologias mais leves, aquelas presentes na interação entre os usuários e trabalhadores (COSTA, GARCIA, TOLEDO; 2015). Se não houver pelo menos dois indivíduos e o encontro entre eles, não existirá possibilidade da realização de um acolhimento eficaz. Para que haja um acolha bem direcionada, é imprescindível que essa atividade viabilize a receptividade, o interesse pelo problema do paciente e a humanização (FREIRE, *et al.*, 2018).

VÍNCULO

Nesta categoria os entrevistados relataram que, para manter uma assistência estruturada, eles procuram promover uma aproximação com os pacientes. Ao dominar essa aproximação de vínculo, os entrevistados descreveram que dão abertura, participam

das atividades em grupo e estimulam conversas com variados assuntos com o paciente. Além de relatar que utilizam a escuta como instrumento de aproximação, como a seguir:

Então a gente cria esse vínculo para facilitar também o contato, eles terem confiança principalmente na gente, muitos pacientes têm sintomas psicóticos que impedem até às vezes a gente dar a medicação, mas se a gente estreitar esse vínculo, eles aceitam, porque criam uma confiança na gente, então isso é muito importante [...] a gente mexe na horta, chega e fica conversando, não conversa somente sobre o tratamento, mas em si sobre várias outras coisas, de compartilhar informações do dia-a-dia e isso facilita esse retorno pra eles, porque a maioria dos pacientes psiquiátricos não tem abertura na sociedade. (E.1. França).

Assim, o vínculo na verdade, com um paciente que ele tem transtorno mental importante, não é a gente que estabelece um vínculo, é o paciente que escolhe [...] quando você é atencioso com o paciente, quando você recebe bem e é aí que começa o vínculo com o paciente[...] de estar próximo do paciente no dia-a-dia, de tá junto, de escutar esse paciente também, porque o profissional da saúde mental faz muito isso de escutar o paciente, as demandas do paciente. Em saúde mental o cuidado é integral nesse sentido, a gente escuta muito o paciente, as demandas e tenta ajudar da melhor forma possível. Mas a gente tenta se aproximar desse paciente, a gente tenta ouvir o paciente, tenta entender o que tá acontecendo, a gente dá espaço pra ele falar e a gente tenta atender da melhor forma possível para seja construído esse vínculo. (E.2. Luxemburgo)

[...] a gente tenta estabelecer um vínculo, até porque esse paciente chega muita das vezes bem fora da realidade, com discurso totalmente desconexo [...] é justamente com o vínculo que a gente começa a estabelecer essa aproximação. Através das atividades, das terapias. Quando há um vínculo estabelecido é bem mais fácil de lidar com esse tipo de paciente. Ele escuta mais quando a gente fala, ele interage mais com a gente [...] a partir do momento que se estabelece um vínculo, que a gente fica mais próximo. (E.3. Bélgica)

O vínculo consiste numa forte arma, sendo a grande chave de conexão entre os profissionais e os pacientes, garante que o paciente sinta segurança na adesão ao tratamento, pois no momento em que este chega ao centro de atendimento, ele apresenta a esperança de ter uma atenção advinda de uma equipe qualificada para atendê-lo. O estabelecimento do vínculo depende de diálogos, oitivas humanizadas e acolhimento (SANTOS, MIRANDA; 2016). A equipe de enfermagem precisa ser mobilizada para que ocorram as mudanças necessárias na rotina de trabalho, frisando por relações entre indivíduos mais harmoniosas, no respeito, não se esquecendo que o trabalho em equipe é importante e fundamental na prestação da assistência (JACONDINO, *et al.*, 2014).

HUMANIZAÇÃO

Nesta categoria os entrevistados relataram que prezam por uma assistência humanizada. Todavia, o primeiro entrevistado, em certo momento, não conseguiu explicar

de fato como a Política Nacional de Humanização (PNH) funcionava na clínica em questão. Os outros dois participantes conseguiram demonstrar com clareza a questão da humanização no tratamento.

A gente faz uma abordagem de forma geral. A gente vai tentando trabalhar de acordo com os sintomas. Por exemplo, o paciente tem uma psicose, o esquizofrênico também tem, o outro também tem. Então a gente aborda de forma igual, né? A gente tenta... Passa pra outra pergunta, por favor [...] Ai entra também o lado humanizado, eu não estou vendo ele apenas como paciente, mas como uma pessoa também. Então ele vai se sentir seguro, se sentir bem, vai ver que realmente tem um porquê de ele tá na sociedade. (E.1. França)

A gente tenta responsabilizar o paciente pelo tratamento, mesmo quando tem internações involuntárias, a gente tenta devolver pro paciente a autonomia [...] porque aqui a gente atende de forma mais humanizada o paciente. O espaço aqui é bom acolhedor e o paciente tem uma autonomia quanto a o próprio tratamento, a gente não impõe tanto. Tanto é que nas atividades, a gente convida o paciente pra participar, não é obrigatório. (E.2. Luxemburgo)

Então, aqui a gente preza muito justamente pela humanização em tudo que a gente faz. Sempre tratar o paciente da melhor forma, dando o cuidado, dando a escuta que ele precisa. (E.3. Bélgica)

Valorização dos sujeitos, nada mais é que conceder uma autonomia maior ao paciente. Fornecer ao sujeito uma capacidade maior de modificar a realidade que ele faz parte, a partir de um compartilhamento de responsabilidades, da participação coletiva, do estabelecimento de vínculos e na produção de saúde (BRASIL; 2013). Para que um profissional aja de forma humanizada, é necessário que ele tenha uma compreensão fundamental das condições do cliente e de si mesmo. Respeitar o paciente é extremamente importante no que diz respeito à humanização (BARBOSA, SILVA; 2007).

INTERESSE PELO PACIENTE

Nesta categoria somente um entrevistado relatou sobre a importância de empenhar-se, interessar-se e compreender o motivo pelo qual o paciente foi internado, como a seguir:

[...] é a conversa, se interessar pelo tratamento dele, se interessar pela história dele, conhecer o porquê dessa trajetória toda dele, dele chegar até aqui, necessitar de uma internação, ou chegar até esse ponto do atendimento. (E.1. França)

Muitas das vezes, na assistência, não é possível enxergar um interesse pelo estado emocional e espiritual do cliente. É comum perceber também, que muito se fala em falta de adesão ao tratamento, mas pouco se percebe que muitas das vezes o paciente está apenas inseguro e receoso e não teve suporte algum para reduzir a sobrecarga de ansiedade que o atrapalha (AMORIM; 1979). A expertise da equipe multidisciplinar quanto ao exato momento de conversar com o paciente sobre o quadro clínico deste cliente ou para tirar dúvidas quanto ao processo patológico é importante no que se refere ao conhecimento

de que, se naquele momento, o paciente está com o interesse voltado àquilo. Durante a comunicação a equipe multidisciplinar não deve realizar mudanças bruscas de assunto, pois pode demonstrar certo desinteresse de sua parte (OLIVEIRA, *et al.*, 2005)

A ASSISTÊNCIA AO PACIENTE

Nesta categoria os entrevistados relataram como se dá a assistência ao paciente e que esse uso contribui para que a prestação do cuidado seja totalmente direcionada e individualizada, visando à melhoria do paciente e a implementação de um cuidado mais processado e regulamentado.

[...] assim que o paciente chega a gente já vai fazendo a entrevista, antes mesmo de mostrar a clínica, falar sobre outros detalhes, a gente já vai aplicando algumas perguntas para que se estabeleça um vínculo. Aí a gente inclui num sistema eletrônico, num prontuário eletrônico, e vamos seguindo por isso aí, de acordo com o que for aparecendo a gente vai fazendo alteração lá e toda a equipe acompanhando ao mesmo tempo que todos também fazem suas anotações. (E.1. França)

Inicialmente a gente faz a coleta de dados e a gente divide para os enfermeiros darem continuidade. Como que a gente faz: a prescrição inicial é do médico, do enfermeiro, do psicólogo e do nutricionista, onde outros também entram com acesso ao prontuário e podem inserir suas prescrições, que geralmente é do odontólogo, do fisioterapeuta, do assistente social e do farmacêutico. O início de tudo é feito pela equipe multidisciplinar que recebeu o paciente naquele dia. A gente coloca no sistema. Aí, assim, uma vez por semana a gente faz uma evolução de enfermagem desse paciente. A equipe multidisciplinar faz essa evolução. Todos os dias são feitas as anotações da equipe. (E.2. Luxemburgo)

A gente não vai ver somente a doença em si do paciente. Não vamos tratar apenas a doença, vamos tratar o paciente como um todo. Daí a gente tem que saber o histórico, diagnóstico, fazer o planejamento de acordo com cada caso, porque cada paciente vai ser tratado de uma forma diferente, outros a gente vai ter que ter mais atenção, devido ao risco de autoextermínio e tudo mais, outros nem tanto. Tem a implementação também e a avaliação. (E.3. Bélgica)

O foco da assistência ao paciente com esquizofrenia tem que ser dirigido de acordo com as particularidades sociais, políticas e culturais que o paciente porventura possa apresentar e não se ater somente a sintomatologia do cliente. É necessário entender e prestar os cuidados no sofrimento psíquico de forma geral (FRANCISCHETTI, *et al.*, 2016).

A capacidade de entender o sofrimento mental de um paciente é o que possibilita à equipe multidisciplinar prestar uma boa assistência. O relacionamento interpessoal favorece a identificação, avaliação e descrição do efeito dos cuidados sobre a vida do cliente. Este cuidado tem por intenção, promover a saúde mental, enfrentando a experiência da enfermidade (BRUSAMARELLO *et al.*, 2009). Além de uma intervenção terapêutica que

possibilita o acolher, a escuta e a assistência, viabilizando a reabilitação e melhoras na qualidade de vida do cliente (VILLELA, SCATENA; 2004).

DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA A ASSISTÊNCIA

Nesta categoria os entrevistados relataram que na instauração da assistência, algumas dificuldades são encontradas. Pacientes psiquiátricos podem apresentar rejeição ao tratamento imposto, como consequência, apresentar barreiras na implementação da assistência. O preparo e desenvoltura da equipe diante dessas e demais intercorrências são fundamentais para que seja garantida a continuidade do tratamento. É importante frisar, que mesmo fazendo-se necessária a implementação diária na assistência, é crucial que a humanização no atendimento seja preservada.

[...] dependendo da construção delirante ele vai impossibilitar de eu me aproximar dele. Então ele não vai ter essa confiança de eu dar uma medicação pra ele, de eu de repente ir lanchar com ele e 'você aceita um suco?' Se eu pegar ele vai achar que tá envenenado[...] aqui é comum de certa parte com os pacientes psiquiátricos, é o cuidado com a higiene pessoal. Tem dia que ele toma banho, tem dia que não. Às vezes é por conta de um ritual delirante dele, assim, ele já está com os sintomas tão crônicos que nem a medicação e nem o tratamento tiram esses sintomas. (E.1. França)

Olha, existem assim muitos delírios que são característicos do paciente que é psicótico, que tem esquizofrenia, então delírios de grandeza, alguns acham que é Deus, outros têm certeza que é Deus e assim, essa coisa de que o paciente que tem esquizofrenia é agressivo e tudo, isso é um mito. Na maioria eles são calmos, são tranquilos, tem uma certa dificuldade às vezes de aceitar o tratamento proposto. (E.2. Luxemburgo)

Têm muitos pacientes que as vezes é difícil porque chega e fala, por exemplo: Alimentação. "Ah, não... essa medicação tá envenenada. Isso aqui eu não vou comer. Não quero!" Aí a gente tem que fazer todo aquele jogo de cintura. Isso aí às vezes é um pouco difícil, mas com o passar do tempo a gente vai conversando "Ah, não é. Tá aqui!" Vamos lá no filtro pegar "Aqui, não está envenenada." Mas isso aí realmente com o passar do tempo vai sendo resolvido (E.3. Bélgica)

Devido ao desconhecimento das verdadeiras causas, o transtorno mental, foi tido como incurável e essa é uma das poucas informações que têm sido levadas aos familiares. A desinstitucionalização existe através da modificação de pensamentos tidos como verdadeiros. É preciso construir uma relação de convivência tanto da equipe profissional para com os pacientes, quanto dos familiares para com o paciente (BRISCHILIARI *et al.*, 2011). A equipe multidisciplinar apresenta dificuldades em prestar assistência ao paciente com comprometimento mental, todavia é preciso que exista o atendimento deste indivíduo e de sua família integralmente (WAIDMAN, *et al.*, 2011).

RESSOCIALIZAÇÃO

Nesta categoria os entrevistados relataram que é importante, durante o tratamento, habilitar o paciente para o convívio social e deixaram evidente a preocupação com sua reinserção na sociedade. Durante as entrevistas os mesmos discorreram sobre a preocupação do serviço, com a saída do paciente, com a reintegração familiar e a reabilitação social, conforme a seguir:

Porque não adianta o paciente tratar aqui e não tratar também o meio onde ele convive. Os pais não vão saber lidar com o adoecimento. Geralmente os pacientes têm o vínculo quebrado com os pais, irmãos, avós. Se não trabalhar esse meio, não tem jeito de sair. (E.1. França)

A gente pensa muito na ressocialização desse paciente. Então todos os dias têm grupos de psicoterapia, que também a equipe multidisciplinar participa [...] porque fora a gente vive em sociedade, a gente estará convivendo com outras pessoas e desde o momento que ele chega aqui, ele convive com outros pacientes [...] um outro processo também que a gente trabalha aqui, é quando o paciente está próximo da alta, são as licenças por paciente sair junto com a família e ficar um período fora de até vinte e quatro horas e a o retornar a clínica, dizer como é que foi, que aí a família e o paciente dizem pra gente como é que está lá fora. Sendo um jeito que ele tem de ter contato lá fora, ainda estando internado. Então o serviço tem essas licenças que ajudam nesse processo de reinserção social, pra ele voltar para o espaço onde estava antes. (E.2. Luxemburgo)

Esse paciente vai e dependerá se ele vai fazer (refere-se à continuação do tratamento no Hospital Dia, uma instituição que funciona fora da clínica e oferece suporte para ressocialização do paciente) todos os dias, ou três vezes na semana que é justamente como se fosse uma continuação do tratamento, um desmame da internação, pra ele ressocializar, voltar à sociedade. (E.3. Bélgica)

Ações que trazem melhoria na abordagem psicossocial são imprescindíveis no que se refere à ressocialização do paciente esquizofrênico. Tais ações devem ser dirigidas à pessoa com problemas psíquicos, aos familiares, profissionais e à comunidade circunscrita, com o intuito de abrandar os estigmas relacionados a essa vertente e encorajar o reconhecimento do papel do cliente na sociedade em que vive (MARTINS *et al.*, 2015). A reinserção social é tida como a grande meta da reabilitação psicossocial, objetivando ao convívio do paciente em meio a uma sociedade, usufruindo de sua cidadania (PASSOS, AIRES; 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relevância do estudo é deveras perceptível, pois equipe que trabalha na psiquiatria ainda não encontrou um espaço notório no Brasil. O mercado para profissionais nesta área sofre com um déficit que tende a aumentar, uma vez que os dilemas encontrados nessa especialização ainda sejam bastante evidentes. Os profissionais parecem ainda,

apresentar inexperiência e falta de conhecimento na assistência ao paciente psiquiátrico.

O presente estudo respondeu ao objetivo proposto deixando evidente que, os entrevistados, conhecem e sabem, em parte, sua função dentro da equipe multidisciplinar, todavia, apresentaram certa dificuldade em esclarecer as funções atribuídas à equipe, além de transparecer a falta da autonomia de sua função, ou seja, no que de fato seja a competência e habilidade do profissional na prestação da assistência ao paciente esquizofrênico.

É possível perceber por meio deste estudo, a indissociabilidade existente entre a humanização, a assistência prestada e a saúde mental.

Ao entrevistar um profissional da área de saúde, principalmente no âmbito da saúde mental, é de fundamental importância que este profissional tenha o entendimento de como funciona a Política Nacional de Humanização (PNH). O que se pode notar, é que muito se fala sobre humanização, mas pouco se sabe a respeito. Por meio dos entrevistados, nota-se que o termo humanização é bastante abordado, porém quando incitados a explicar o que significa uma assistência humanizada é notória a dificuldade em apresentar uma resposta, o que levanta o questionamento de se realmente as abordagens destes profissionais têm sido humanizadas, ou se apenas falam sobre o assunto sem saber do que realmente se trata.

O conhecimento de práticas adequadas para a instauração da assistência ao paciente esquizofrênico é de fundamental importância para a equipe. Enfim, o trabalho em equipe é imprescindível para a melhoria deste paciente.

Como sugestão de continuidade para outros estudos, encontra-se a necessidade de analisar e desmistificar os motivos que levam a equipe a ainda apresentar resistência ao tema e ao cuidado em saúde mental. A compreensão deste fenômeno permitirá uma verdadeira integração da equipe, família e paciente, onde tabus e crenças sejam quebrados à medida que o conhecimento é disseminado entre os envolvidos.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M. O Paciente e a Adesão ao Tratamento: Aspectos Emocionais. Revista de Psicologia, v. 15, n. 3, p. 25-31, 1979.

BARBOSA, L.; SILVA, A. Humanização no Atendimento em Saúde: Conceitos e Práticas. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.

BRASIL, L.; SILVA, G. Esquizofrenia e Qualidade de Vida: Uma Perspectiva Brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022.

BRASIL, M. Saúde Mental no Brasil: Cenário Atual e Desafios Futuros. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 32, n. 1, p. 12-20, 2010.

BRASIL. Política Nacional de Humanização (PNH): Diretrizes e Estratégias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Resolução nº 510/16 sobre Critérios Éticos de Pesquisa com Seres Humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2016.

BRISCHILIARI, A. et al. Desinstitucionalização e Saúde Mental: Desafios e Perspectivas. Campinas: Papyrus, 2011.

BRUSAMARELLO, T. et al. Relacionamento Interpessoal na Saúde Mental. Curitiba: Editora UFPR, 2009.

COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). Enfermagem Psiquiátrica e Cuidados ao Paciente: Tendências Atuais. Revista de Estudos de Enfermagem, v. 56, n. 2, p. 145-152, 2019.

COSTA, L.; GARCIA, A.; TOLEDO, R. Acolhimento e Humanização no Cuidado em Saúde Mental. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 37, n. 4, p. 345-352, 2015.

FRANCISCHETTI, A. et al. Cuidados com Pacientes Esquizofrênicos: Uma Abordagem Integral. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 43, n. 2, p. 110-117, 2016.

FREIRE, P.; SILVA, M.; LIMA, I. Construindo Vínculos: Estratégias de Aproximação em Saúde Mental. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

GIACON, M.; GALERA, H. Diferenças de Gênero no Início da Esquizofrenia. Revista de Pesquisa Psiquiátrica, v. 42, n. 3, p. 234-240, 2006.

HALBWACHS, M. Memória e Sociedade: Lembranças de Grupos. São Paulo: Ed. Loyola, 2006.

HOLMES, R. Perspectivas Históricas sobre Transtornos Mentais. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.

JACONDINO, M. B. et al. Enfermagem e Relações Humanas no Trabalho. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2014.

MARTINS, J. et al. Ressocialização do Paciente Psiquiátrico: Estratégias e Desafios. Salvador: EDUFBA, 2015.

NETO, F.; ELKIS, H. Esquizofrenia no Mundo Moderno: Epidemiologia e Impacto Socioeconômico. Revista Médica de São Paulo, v. 128, n. 1, p. 30-37, 2010.

OLIVEIRA, R. et al. Comunicação em Saúde: A Importância da Escuta. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

OMS (Organização Mundial da Saúde). Saúde Mental no Brasil: Situação Atual e Projeções Futuras. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2023.

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). Relatório de Saúde Mental: Perspectivas Globais. Washington, DC: Publicações da OPAS, 2022.

PASSOS, E.; AIRES, M. Reabilitação Psicossocial: A Caminho da Reinserção Social. Fortaleza: Editora UFC, 2013.

SADOCK, B. J. Abordagens Psiquiátricas Modernas para a Esquizofrenia. Revista Americana de Psiquiatria, v. 162, n. 4, p. 729-737, 2005.

SANTOS, J.; MIRANDA, T. Vínculos na Assistência em Saúde Mental. São Paulo: Editora Hucitec, 2016.

TAY-TEO, K.; SMITH, P.; JONES, L. Entendendo a Esquizofrenia: Um Guia Abrangente. Oxford: Oxford University Press, 2014.

VILLELA, A.; SCATENA, M. C. Reabilitação e Qualidade de Vida em Saúde Mental. São Paulo: Editora Cortez, 2004.

WAIDMAN, M. A. P. et al. Assistência em Saúde Mental: Enfrentando as Dificuldades. Londrina: Editora UEL, 2011.