

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

FERNANDA LIMA TONELOTO

**INTERVENÇÕES DE ENFERMEIROS PARA INDIVÍDUOS ADULTOS
COM ESQUIZOFRENIA EM SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM
SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA: UMA REVISÃO DE ESCOPO**

**SÃO PAULO
2022**

FERNANDA LIMA TONELOTO

**INTERVENÇÕES DE ENFERMEIROS PARA INDIVÍDUOS ADULTOS
COM ESQUIZOFRENIA EM SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM
SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA : UMA REVISÃO DE ESCOPO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Caroline Figueira Pereira.

SÃO PAULO

2022

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo-na-publicação (CIP)
Biblioteca Wanda de Aguiar Horta
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Toneloto, Fernanda Lima

INTERVENÇÕES DE ENFERMEIROS PARA INDIVÍDUOS ADULTOS
COM ESQUIZOFRENIA EM SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM SAÚDE
MENTAL E PSIQUIATRIA: UMA REVISÃO DE ESCOPO / Fernanda
Lima Toneloto, Caroline Figueira Pereira. São Paulo, 2022.
103 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de
São Paulo.

Orientador(a): Prof.^a Dr.^a Caroline Figueira Pereira
Área de concentração: Cuidado em Saúde.

1. Assistência em enfermagem.. 2. Esquizofrenia.. 3. Saúde mental..
4. Transtornos mentais. 5. Revisão de escopo.. I. Título

Nome: Fernanda Lima Toneloto

Título : Intervenções de enfermeiros para indivíduos adultos com esquizofrenia em serviços especializados em saúde mental e psiquiatria : uma revisão de escopo [dissertação].

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, Antônio Celestino Toneloto, que é meu exemplo de dedicação, ética e superação e à minha mãe, Solange Costa Lima Toneloto, que sempre me lembrou que tudo na vida tem seu tempo de acontecer. Para ambos, meu amor infinito.

A André, Samuel, Fernando (*in memorian*), “Papá” (*in memorian*), “Cezinha”, FabrícioH, Fabrício, Renato, Rogério, César, Seu Abílio, Cristiano, André, Seu Geraldo, Seu Idair, Giovane, Paulo, Dionísio, “Jeje”, Karina, Jéssica, Dona Dina, Maria, seu Claudecy, Erick e Yumi. Agradeço por me permitirem acompanhá-los na jornada incansável da vida com esquizofrenia e por me ensinarem o valor da empatia e a forçado relacionamento interpessoal.

Aos profissionais de saúde mental que tive o prazer de conhecer e admirar: Arnaldo Assumpção Neto, Veridiana Barreto, Sandra Calçado, Elfi Gusava, Dra. Marilene W. de Faria, Giselly Linhares Porto, Mariana Favaro, Zaira Loro, Denise Paulino, Margarete, Helen de Moraes Florão, Maria Eugênia Andrade, Adriana Ferreira, Simone Venceslau, Dr. Saint Clair Bahls, Dr. Mario Pilotto (*in memorian*), Roselito dos Santos Oliveira, Valdeir de Almeida e Glauter Alves Feitosa. Agradeço por compartilharmos da mesma paixão.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Solange Costa Lima Toneloto e Antônio Celestino Toneloto, por me amarem tanto.

À Professora Dr^a. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira que me aceitou de braços abertos no ingresso na USP.

Ao Professor Dr. Divane de Vargas por me acolher nos momentos difíceis.

À Professora Dr^a. Caroline Figueira Pereira por ser minha orientadora e por acreditar neste projeto.

À Professora Dr^a. Sarah Cristina Zanghellini Ruckl por contribuir tão significativamente com seus conhecimentos na área de saúde mental.

Ao Dr. Raffael Massuda por ter concordado prontamente em participar da banca.

À Juliana Takahashi pela constante disponibilidade em ajudar.

À Carmen Elisa Pena Pineda (Ceny) e Ricardo Batista de Queiroz por me acolherem em todas as viagens a São Paulo desde o início da jornada.

À Mariana Fávaro e Maria Luiza Amaro pelas constantes trocas de experiências.

Aos amigos novos que o mestrado me trouxe: Rosa Jacinto Volpato, Rogério da Silva Ferreira, Priscila de Campos Tibúrcio, Bruna Farias Ribeiro por terem se tornado pessoas tão importantes para mim.

Aos amigos antigos: Eliane Franco Bueno, Rodrigo Brunetta e Cintia Suplicy Gonçalves por entenderem minha ausência frequente.

Ao Silvio Ávilla (Silvinho) por me ajudar com o artigo em alemão.

Ao Gustavo Aquino e À Suelen Cristina Chavez incentivo em ingressar no mestrado, pela paciência no auxílio com as ferramentas digitais e por todo conhecimento compartilhado.

Ao Dario Ferreira por ter me permitido utilizar seu poema na epígrafe deste trabalho.

A WORLD OF ILLUSIONS

In the journey of this life, in the midst of our actions,
we all come across with multiple questions. The
fights and battles they ask us for decisions.
They are dilemmas and experiences that reach the vortices.
Time passes by, many innovations.
All in a hurry, stuck in
distractions.
The accelerated hours, goals and markings.
Deadlines and requirements, profits and commissions.
The hard days, charges and tensions.
The man, robotized, full of worries.
The belief in fantasies, lies and illusions.
Anxiety on the loose, many disappointments. People
who don't believe, trapped by their passions. bad and
bad News in communications.
Amazement and great fear amidst the crowds.
Strong debate wars, divergent opinions.
Races against races, nations against nations.
love cooling in the depths of hearts.
Crazy feelings, pains, pains and emotions.
The quest for delusion, the hunting of sensations.
Nothing is really real, they are hallucinations.
The world is illusory, ephemeral perceptions.
Everything here is fleeting, subtle interpretations. are abstract thoughts
in concrete situations.

Dario Ferreira, Ceará (2021).

Toneloto FL. Intervenções de enfermeiros para indivíduos adultos com esquizofrenia em serviços especializados em saúde mental e psiquiatria: uma revisão de escopo [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2022.

RESUMO

Introdução: A esquizofrenia é o transtorno mental mais grave e as intervenções visam proporcionar uma melhor qualidade de vida ao indivíduo em sofrimento psíquico, família/cuidadores. **Objetivo:** Sintetizar as intervenções realizadas por enfermeiros para indivíduos adultos com esquizofrenia em serviços especializados. **Método:** Revisão de escopo nas bases EMBASE, PubMed, LILACS, BDENF, CINAHL, PsycINFO, SCOPUS, Web of Science, MedNar, CAPES e ProQuest. Não houve limitação de linguagem e ano e os dados analisados e sintetizados de forma narrativa. **Resultados:** Atuar como instrutor de saúde e bem-estar; desenvolver plano de cuidados; implementar atividades de reabilitação psicossocial e intervenções familiares; aplicar técnicas de Terapia Cognitivo Comportamental e atenção plena; incentivar o empoderamento e implementar recursos de tecnologia de cuidado em saúde. **Conclusão:** As intervenções dos enfermeiros pautando-se no modelo biopsicossocial e apoiando-se nas habilidades individuais da pessoa em sofrimento psíquico, bem como o suporte social, são imprescindíveis para melhor qualidade de vida.

Palavras-Chave: Assistência em enfermagem. Esquizofrenia. Saúde mental. Transtornos mentais. Revisão de escopo. Serviços de saúde mental. Enfermagem psiquiátrica.

Toneloto FL. Nursing interventions for adult individuals with schizophrenia in specialized services of mental health and psychiatry: a scope review [dissertation]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2022.

ABSTRACT

Introduction: Schizophrenia is the most serious mental disorder and interventions aim to provide a better quality of life for the individual in psychological distress, family/caregivers. **Objective:** To synthesize the interventions performed by nurses for adults with schizophrenia in specialized services. **Method:** Scope review in EMBASE, PubMed, LILACS, BDENF, CINAHL, PsycINFO, SCOPUS, Web of Science, MedNar, CAPES and ProQuest. There was no language and year limitation and the data analyzed and synthesized in a narrative way. **Results:** Act as a health and wellness coach; develop care plan; implement psychosocial rehabilitation activities and family interventions; apply Cognitive Behavioral Therapy techniques and mindfulness, encourage empowerment and implement health care technology resources. **Conclusion:** Nurses's interventions based on the biopsychosocial model and relying on the individual skills of the person in psychological distress as well as social support are essential for a better quality of life.

Descriptors: Nursing care. Schizophrenia. Mental health. Mental disorders. Scope review. Mental health services. Psychiatric nursing.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
CAPÍTULO 1	15
1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 CONCEITO DE TRANSTORNO MENTAL	17
1.2 EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS	19
1.3 ESQUIZOFRENIA.....	20
1.4 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DA ESQUIZOFRENIA	25
1.5 ESQUIZOFRENIA E OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE	29
1.5.1 Condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais	31
1.5.2 Condições de vida e de trabalho	31
1.5.3 Redes sociais e comunitárias	33
1.5.4 Estilo de vida	34
1.5.5 Idade, sexo e fatores hereditários.....	35
1.6 PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESQUIZOFRENIA E PREVENÇÃO DE RECAÍDAS.....	36
1.7 DEFINIÇÃO DE CONCEITOS.....	38
CAPÍTULO 2	40
2 OBJETIVO GERAL	41
CAPÍTULO 3	42
3 METODOLOGIA.....	43
3.1 TIPO DE ESTUDO	43
3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	44
3.2.1 Participantes.....	44
3.2.2 Conceito	45
3.2.3 Contexto	45

3.3	ESTRATÉGIA DE BUSCA	45
3.4	COLETA DE DADOS	46
3.5	SELEÇÃO DOS ESTUDOS	46
3.6	SÍNTESE DOS DADOS	46
CAPÍTULO 4.....		47
4	ARTIGO	48
REFERÊNCIAS.....		70
APÊNDICES.....		87
APÊNDICE A - Estratégias de busca utilizadas por base de dados.São Paulo, SP, Brasil, 2020.....		88
APÊNDICE B - Resultados e objetivos dos artigos selecionados		90

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação será apresentada em 4 capítulos. O primeiro contará com a introdução, seguida do conceito e epidemiologia dos transtornos mentais; conceitos e dados epidemiológicos da esquizofrenia; esquizofrenia e os Determinantes Sociais de Saúde (DSS); promoção de saúde e prevenção de recaídas e definição de conceitos.

O segundo capítulo apresentará o objetivo deste estudo, seguido do capítulo 3, que descreverá a metodologia do estudo baseada no Joanna Briggs Institute (JBI) e, por fim, o quarto capítulo será composto pelos resultados e discussão, sob forma de artigo.

CAPÍTULO 1

1 INTRODUÇÃO

Dentre os transtornos mentais, a esquizofrenia destaca-se por ser extremamente grave, demandando especial atenção e cuidados contínuos provenientes de equipes multidisciplinares de serviços especializados de saúde mental e psiquiatria.

Trata-se de um transtorno psicótico e do neurodesenvolvimento que acomete quase todas as funções psíquicas, especialmente o pensamento, a percepção, as emoções, a linguagem, o comportamento e o senso de identidade (WHO, 2019; Gadelha, Nardi, Silva, 2021). Além disto, sua sintomatologia característica compreende sintomas positivos (especialmente delírios e alucinação) e negativos (anedonia e embotamento), além de alterações de humor e da cognição, repercutindo negativamente em diversos âmbitos da vida deste indivíduo/famíliares/cuidadores.

O transtorno possui prevalência mundial de 0,3 a 0,7% (DSM 5, 2013, p. 102), porém sua baixa prevalência não impede que seja descrita pela literatura como a 15ª doença mais incapacitante do mundo correspondendo a cerca de 12.6 milhões de vidas perdidas pela incapacidade (He et al., 2020). No Brasil, são acometidas aproximadamente 2,5 milhões de pessoas, segundo o Protocolo de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde (Brasil, 2013). Sua nomenclatura, descrição, etiologia, critérios diagnósticos, tratamento e prognóstico têm sofrido inúmeras transformações ao longo do tempo, mas sua extrema gravidade, cronicidade e a ocorrência de grandes perdas funcionais são unânimes na literatura, bem como o intenso sofrimento psíquico vivenciados pelos indivíduos acometidos e seus familiares/ cuidadores.

“Sua multicausalidade envolve fatores genéticos, neurobiológicos, bioquímicos e do desenvolvimento, em concomitância com determinantes do estilo de vida, sociais e /ou econômicos e ambientais”. Até o momento, a prevenção primária não é factível, visto que alguns mecanismos envolvidos na sua causalidade ainda não foram elucidados (Gadelha, Nardi, Silva, 2021; Stepnicki, Kondej, Kaczor, 2018). Corroborando com este cenário, diversos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) relacionam-se com a vivência do adoecimento em si, apresentando-se como fatores protetores ou agravantes. São comuns na literatura a presença de problemáticas

associadas ao adoecimento e este trabalho pretende sintetizar as melhores evidências disponíveis na literatura relativas às intervenções de enfermeiros em serviços especializados em saúde mental e psiquiatria, pautando-se no modelo biopsicossocial do cuidado e buscando-se o alcance de ações mais efetivas aos indivíduos em sofrimento psíquico e seus familiares/cuidadores, maior aderência aos serviços de saúde, diminuição de recaídas /internações psiquiátricas e melhor qualidade de vida.

1.1 CONCEITO DE TRANSTORNO MENTAL

Para que se possa assimilar o conceito de transtorno mental é imprescindível a compreensão do significado do seu antônimo: a saúde mental. A definição vem sofrendo transformações ao longo dos séculos e certamente possui relação importante com o contexto cultural que define padrões para saúde e doença, podendo inclusive tornar-se uma barreira em relação ao acesso aos cuidados de saúde, dificultando a busca de assistência e a adesão ao tratamento necessário (OMS, 2009).

Segundo Moraes (2012), três modelos distintos explicam o conceito de saúde que nos permite a percepção da evolução gradual acerca da visão holística do ser humano. A visão mais tradicional é a médica que pressupõe que a saúde é somente a ausência de doença. Sendo assim, neste contexto, o indivíduo não apresenta sinal (is) e/ou sintoma(s) que sugira(m) mau funcionamento dos processos orgânicos, o que a literatura demonstra se tratar de uma visão simplista para definir o processo de adoecimento psíquico e físico. Em oposição ao modelo médico, a OMS (1946, p. 1) define como saúde “um estado de bem-estar físico, mental e social completo e não meramente a ausência de doença ou incapacidade”. Tal visão expande o conceito anterior, porém pressupõe-se que exista a possibilidade de haver um estado completo de bem-estar físico, mental e social, o que certamente é inacessível aos seres humanos (Segre, Ferraz, 1997). Por fim, o modelo da perspectiva ecológica, mais utilizado atualmente, conjectura que o processo saúde/doença deve ser compreendido de forma mais abrangente, considerando-se a influência da soma dos fatores socioculturais, psicológicos, sociais e espirituais sob o aspecto biológico (Vianna, 2019). Frente a isso, percebe-se a relação indissolúvel entre a saúde mental

e a física, sendo elas interdependentes. Torna-se evidente que a saúde mental é indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos e consequentemente para o desenvolvimento de relações interpessoais mais harmônicas e satisfatórias, tornando possível o reconhecimento das limitações pessoais e capacitando os indivíduos a promoverem mudanças para o atendimento de suas necessidades.

Em contrapartida, a American Psychiatric Association (APA) define transtorno mental como sendo

uma síndrome ou um padrão psicológico ou comportamental clinicamente significativo que ocorre em um indivíduo e que está associado a angústia ou incapacidade ou ao aumento significativo do risco de morte, de dor, de incapacidade, ou ainda uma importante perda de liberdade (APA, 1989, p. 23).

Desta forma, além da sintomatologia identificável conforme critérios descritos no DMS-5 (2013) é necessário que haja sofrimento importante que interfira significativamente na qualidade de vida dos indivíduos (WHO, 2001). Townsend (2002) acrescenta que o transtorno mental é caracterizado por um conjunto de respostas desajustadas frente a fatores de estresse internos ou externos, demonstradas por pensamentos, sentimentos e comportamentos que não são apropriados às normas locais e culturais e interferem no funcionamento social, ocupacional e/ou físico do indivíduo. Dito isso, conclui-se que valorizar o contexto cultural é imprescindível. Na Jamaica, por exemplo, esse é descrito como:

(a) um transtorno substancial do raciocínio, percepção, orientação ou memória que no geral prejudica o comportamento, juízo, capacidade de reconhecer a realidade ou a aptidão para atender as demandas da vida e que deixam a pessoa mentalmente insana ou (b) retardamento mental em que tal condição está associada a comportamento anormalmente agressivo ou gravemente irresponsável (OMS, 2005, p. 29).

Nesse contexto, é notória a visão estereotipada acerca do comportamento agressivo relacionado ao indivíduo em sofrimento psíquico, o que a literatura nos aponta não estar presente na grande maioria dos quadros psiquiátricos.

Diante dos conceitos de saúde mental apresentados, o presente estudo utiliza o modelo da perspectiva ecológica, pois para o desenvolvimento de uma intervenção destinada a indivíduos com esquizofrenia, entende-se que o processo Saúde — Doença — Cuidado deve ser compreendido de forma mais abrangente,

considerando-se a influência da conjuntura sociocultural, psicológica, social e espiritual.

1.2 EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS

Os problemas de saúde mental acometem cerca de 1 bilhão de pessoas mundialmente (WHO, 2001). Ademais, 3 milhões de indivíduos morrem todos os anos devido ao uso nocivo do álcool e uma pessoa ceifa sua vida a cada 40 segundos, somando-se cerca de 800 mil suicídios anuais e caracterizando-o como uma das principais causas de mortalidade no mundo. No Brasil, os dados também são alarmantes: cerca de 12.000 indivíduos extinguem suas vidas anualmente, com prevalência de aproximadamente 5,23 % em 100.000 pessoas. Além disto, é a terceira causa de morte entre 15 e 35 anos de idade (WHO, 2017). Segundo Rodrigues et al. (2019) e Baldaçara et al. (2020), mulheres tendem a praticar mais tentativas, porém no sexo masculino o número de mortes é duplicado devido aos meios mais agressivos utilizados para o ato (sete suicídios por 100,000 indivíduos e 15,6, respectivamente).

Pesquisas apontam que mais de 90% dessa população era acometida por transtornos mentais destacando-se os de humor, dependência química, transtornos de personalidade e esquizofrenia (WHO, 2017). Diante dessa problemática, a necessidade de intervenções precoces relacionadas à promoção de saúde mental e prevenção de transtornos mentais mostram-se urgentes, principalmente devido ao alto grau de sofrimento vivenciado por essas pessoas/cuidadores/familiares (Varese et al., 2013).

Segundo a Agência Nacional de Saúde (Brasil, 2009), aproximadamente 60% da população que procura atendimento na atenção primária possuem algum acometimento mental diagnosticável, com menos da metade das pessoas sendo atendidas pelos serviços de forma abrangente frente às inúmeras necessidades vivenciadas (WHO, 2017).

1.3 ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia destaca-se por ser altamente hereditária, crônica e grave, caracterizada principalmente por distorções do pensamento, percepção, emoções, linguagem, comportamento e sensode identidade. Sendo assim, atinge praticamente todas as funções mentais, resultando em grandes perdas funcionais e inadequação do indivíduo, trazendo consigo alto grau de sofrimento psíquico (WHO, 2019).

As repercussões do adoecimento são detectáveis em diversos âmbitos da vida do indivíduo, sendo habituais situações como interrupção precoce dos estudos; índice elevado de desemprego; exclusão social e tendência ao isolamento; dependência de cuidadores/familiares; dependência do Estado (no que tange benefícios sociais) e aposentadoria precoce. A literatura aponta que devido aos déficits cognitivos, somente 15% desta população exerce trabalho remunerado, o que justifica a dependência financeira de terceiros e/ou Estado (Dixon, 2017; Castle, Buckley, 2011).

Segundo Gadelha, Nardi e Silva (2021), APA, 2000; Pitta (2020) e Stepnicki, Kondej e Kaczor (2018) a esquizofrenia é um transtorno do neurodesenvolvimento, sendo decorrente de múltiplos fatores interferindo na maturação cerebral ao longo das duas primeiras décadas de vida. Dentre eles, destacam-se os fatores predisponentes (genéticos, neurobiológicos, bioquímicos e do desenvolvimento) em concomitância com influências ambientais, sociais e/ou econômicas. Gadelha, Nardi e Silva (2021) OMS (2015), Baldaçara et al. (2020), Aromataris e Munn (2020) e Castle e Buckley (2011) referem que o componente genético exerce papel crucial, sendo poligênico e representando de 70% a 80% da suscetibilidade, ou seja, indivíduos com familiar de primeiro grau acometidos apresentam probabilidade de 10 a 13% de também a manifestarem. Perante a semelhança genética a taxa é ainda pior, atingindo cerca de 50% entre gêmeos monozigóticos.

Diversas hipóteses relacionadas com fatores biológicos têm sido estudadas, sendo a mais mencionada na literatura a dopaminérgica, que sugere que o aumento da sua atividade na via mesolímbica é responsável pela sintomatologia positiva e a diminuição na via mesocortical pela sintomatologia negativa (Pitta, 2020; Leite, Vasconcellos, 2003; Falkai et al., 2006).

Pitta (2020) também aponta diferenças cerebrais múltiplas entre indivíduos

saudáveis e com esquizofrenia, especialmente no que tange a aspectos relacionados à arquitetura celular, à conectividade da substância branca e ao volume da substância cinzenta em uma variedade de regiões, como os córtex pré-frontal e temporal, sendo o primeiro associado aos déficits cognitivos vivenciados pelos indivíduos doentes. Pinto (2017) e Gadelha, Nardi e Silva (2021) acrescentam a contribuição da idade paterna avançada, estimando-se sua relação com cerca de 25% dos casos. Ainda é controversa na literatura a faixa etária problemática: Gadelha, Nardi e Silva (2021) estimam idade superior a 45 anos e Stilo e Murray (2019) e Queirós et al. (2019) a descrevem como sendo mais precoce, ocorrendo por volta dos 30 anos. Independente disso, citam-se as alterações genéticas decorrentes da diminuição da concentração dos espermatozoides; as alterações no volume espermático e na motilidade e, por fim, as modificações em sua morfologia. A literatura também é controversa em relação à idade materna: Stilo e Murray (2019) referem que o risco é maior em mães menores de 19 anos e maiores de 40 anos e Gadelha, Nardi e Silva (2021) nem a cita como fator de risco.

Em relação aos demais fatores relacionados a ocorrência do transtorno, a desnutrição na gestação e ao nascer estão associadas ao comprometimento no desenvolvimento cerebral, bem como o baixo peso ao nascer e as complicações no parto. Ademais, a saúde mental da mãe durante o período gestacional acarreta maior permeabilidade da placenta ao cortisol, o que teria impacto no volume cerebral do feto. O uso de Substâncias Psicoativas (SPA) também exerce importante papel no seu desencadeamento, especialmente se ocorrer precocemente. Finalmente, nascer na zona urbana, ser imigrante, ter história de maus tratos na infância e nascer no inverno também são citados (Gadelha, Nardi, Silva, 2021).

O diagnóstico da esquizofrenia é fundamentalmente clínico e complexo, com manifestações heterogêneas e sintomas não atribuídos a doenças neurológicas ou de origem orgânica, intoxicação por SPA ou abstinência destas (Brasil, 2013). São utilizados dois protocolos internacionais que definem critérios para o diagnóstico: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e o American Psychiatry Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), este tendo sido utilizado neste estudo por se tratar de um compêndio especificamente psiquiátrico, sendo o mais utilizado pelos profissionais desta especialidade (Gadelha, Nardi, Silva, 2021).

De acordo com o DSM-5 (2013, p. 99) os critérios para o diagnóstico de esquizofrenia são:

- A. Dois (ou mais) dos itens a seguir, cada um presente por uma quantidade significativa de tempo durante um período de um mês (ou menos, se tratados com sucesso). Pelo menos um deles deve ser (1), (2) ou (3):
 - 1- Delírios.
 - 2- Alucinações.
 - 3- Discurso desorganizado.
 - 4- Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico.
 - 5- Sintomas negativos (expressão emocional diminuída ou avolia).
- B. Por período significativo de tempo desde o aparecimento da perturbação, o nível de funcionamento em uma ou mais áreas importantes do funcionamento, como trabalho, relações interpessoais ou autocuidado, está acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início (ou, quando o início se dá na infância ou na adolescência, incapacidade de atingir o nível esperado de funcionamento interpessoal, acadêmico ou profissional).
- C. Sinais contínuos de perturbação persistem durante, pelo menos, seis meses. Esse período de seis meses deve incluir no mínimo um mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que precisam satisfazer ao critério A (sintomas da fase ativa) e pode incluir períodos de sintomas prodrômicos ou residuais. Durante estes períodos prodrômicos ou residuais, os sinais de perturbação podem ser manifestados apenas por sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas listados no critério A presentes de forma atenuada (ex. crenças esquisitas, experiências perceptivas incomuns).
- D. A perturbação não pode ser atribuída aos efeitos fisiológicos de uma substância (ex. droga de abuso, medicamento) ou outra condição médica).

Seu curso evolutivo é composto por 4 fases que ocorrem de forma sequencial e com sintomatologias específicas, requerendo assim intervenções terapêuticas diferenciadas. A fase pré-mórbida se caracteriza por déficits de cognição e tendência ao isolamento, geralmente iniciando-se na infância ou início da adolescência. Em casos de filhos de indivíduos com esquizofrenia, comumente algumas alterações já podem ser detectadas durante a infância. A fase prodrômica é o período que precede o primeiro episódio psicótico (PEP) (Pitta, 2010). Segundo o DSM-5 (2013) e Costa (2010), já podem ser detectados prejuízo social, preferência pelo isolamento, desconfiança, perda de interesse por atividades rotineiras, humor deprimido, ansiedade, irritabilidade, diminuição da concentração e atenção, além da presença de crenças excepcionais que não se enquadram na cultura habitual. Estudos realizados por Fonseca et al. (2017) e McGorry, Killacke e Yung, (2008) apontam que causas externas de estresse como iniciar na faculdade; engravidar; mudar de cidade; vivenciar rupturas amorosas; uso de SPA e falecimento de pessoas significativas podem

precipitar esses sintomas que tendem a persistir durante anos antes da instalação da sintomatologia psicótica propriamente dita. Inúmeros esforços têm sido realizados nas últimas décadas a fim de se elucidar os critérios para identificação dessa fase, mostrando-se um desafio devido à sua manifestação heterogênea. É consensual na literatura que algumas pessoas são mais vulneráveis para o desenvolvimento da psicose, situação que foi caracterizada como “Ultra High Risk para Psicose” (UHR) e diante deste contexto, seria importante que os profissionais de saúde pudessem reconhecer tais indivíduos com o intuito de acompanhá-los com mais frequência (OPAS, 2010).

A terceira e a quarta fases se caracterizam pela ocorrência de sintomas psicóticos propriamente ditos: a fase de progressão é o momento em que o PEP ocorre, caracterizado pela proeminência de sintomas positivos. Comumente é o momento da procura pela ajuda psiquiátrica devido ao risco individual e/ou para terceiros, resultantes fundamentalmente da sintomatologia apresentada (Fonseca et al., 2017). Segundo Wannmacher (2004), os objetivos terapêuticos da terceira fase são a redução dos sintomas positivos e a prevenção de possíveis danos resultantes da agressividade, além do acolhimento da família/cuidador. Em algumas situações, quando o indivíduo não goza do apoio social e /ou em crises intensas, a internação hospitalar pode ser uma opção com intuito de ajustar a medicação antipsicótica em prol do melhor resultado, com a dose mínima possível. Por fim, a fase de estabilização (recuperação ou manutenção) se inicia por volta de 6 meses após a intervenção medicamentosa instituída durante a fase anterior e estende-se por um período estimado de 5 anos (Mcgorry, Killackey, Yung, 2008; Costa, 2010). Neste momento, predominam-se a sintomatologia negativa e cognitiva, com a diminuição da intensidade dos sintomas positivos.

Atualmente, o tratamento da esquizofrenia caracteriza-se pelo acompanhamento das equipes multidisciplinares de saúde mental, uso de medicações antipsicóticas e intervenções psicossociais ao indivíduo em sofrimento psíquico e seus familiares/cuidadores, objetivando-se a reinserção social, empregabilidade e melhor qualidade de vida (Gadelha, Nardi, Silva, 2021).

Ademais, segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (Brasil, 2013) e Videbeck (2012), outros tratamentos podem ser associados conforme a necessidade, como Eletroconvulsioterapia (ECT) e Estimulação Magnética Transcraniana (EMT).

No que tange às intervenções psicossociais, diferentes ferramentas podem ser utilizadas, sendo comumente citadas na literatura a psicoterapia, terapia ocupacional, presença de acompanhante terapêutico e participação em grupos de autoajuda.

Stepnicki, Kondej e Kaczor (2018) referem que, de uma forma geral, 50% das pessoas respondem favoravelmente à terapêutica antipsicótica, enquanto os demais vivenciam a ocorrência de efeitos extrapiramidais intensos (representados por acatisia, distonia aguda, bradicinesia e tremor), decorrentes principalmente da utilização de antipsicóticos clássicos ou típicos e/ou não obtém melhora significativa da sintomatologia positiva (OPAS, 2017). Segundo Lauriello (2020), cerca de 80% dos indivíduos que não utilizam a medicação adequadamente recai nos primeiros cinco anos após o PEP, o que é parcialmente explicado pela descontinuação do uso medicamentoso (Daltioi, Mari, Ferraz, 2011). Por outro lado, menos de 20% das pessoas que aderem ao tratamento vivenciam tal situação. Corroborando com este cenário, estudo realizado no Brasil em 2011-2012 aponta que cerca de 90.000 pessoas sofreram recaídas no período de um ano, sendo esta situação caracterizada pela recorrência dos sintomas positivos característicos da esquizofrenia (Tay-Teo et al, 2014).

O desfecho da esquizofrenia a longo prazo não é discrepante na literatura. Conforme Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas: Esquizofrenia (Brasil, 2013), cerca de 30% dos indivíduos apresentam importante e persistente degeneração do funcionamento profissional, social e afetivo, taxa similar referida por Castle e Buckley, (2011), que é de 40%. Segundo o DSM-5 (2013), 20% das pessoas com esquizofrenia apresentam desfecho favorável. Diante disto, percebe-se a equívoca suposição de que o transtorno será sempre de mau prognóstico, causando deterioração no indivíduo em todas as circunstâncias. Desfechos ruins estão associados principalmente ao início precoce dos sintomas, à pouca aderência medicamentosa, ao uso de SPA e ao excesso de conflitos familiares e sociais. Sob esta perspectiva, conclui-se “que fatores psicossociais são decisivos para o início, o tratamento, as recaídas e o prognóstico do transtorno” (Gadelha, Nardi, Silva 2021, p. 2). Perante este contexto grave e multifatorial, inevitavelmente os profissionais de saúde prestarão assistência a esta população, independente da especialidade e nível de assistência em que atuam, cientes de que estes indivíduos demandam de múltiplos acompanhamentos, inclusive na esfera da adesão medicamentosa. Na atuação específica das equipes

especializadas, é possível a realização de intervenções mais amplas e de caráter comunitário, visando-se melhor qualidade de vida e a adesão ao tratamento, atuando na prevenção de recaídas e auxiliando no convívio com contatos sociais (Castle, Buckley, 2011).

É unânime na literatura que cada episódio de recaída representa uma deterioração no nível funcional prévio, influenciando também no prognóstico. Diante deste cenário, as intervenções das equipes de saúde mental objetivam retardar ou impedir a ocorrência de internações; evitar o abandono do tratamento, além de oferecer apoio aos familiares/cuidadores diante do novo contexto da existência do transtorno intrafamiliar, visando melhores relações interpessoais entre os envolvidos.

1.4 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DA ESQUIZOFRENIA

A incidência da esquizofrenia é variável, inclusive sendo relatada na literatura diferenças entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento. Atualmente acomete mundialmente 0,3% a 0,7% das pessoas e mesmo com esta taxa é descrita como sendo a 15^a doença mais incapacitante do mundo em 2016, correspondendo a cerca de 12.6 milhões de vidas perdidas pela incapacidade, dado que certamente reflete seu impacto avassalador (He et al., 2020). Segundo Matos et al (2015), a carga global proveniente deste transtorno continua a crescer e sua ocorrência envolve comumente sofrimento individual e familiar, perda de produtividade, respostas frequentemente insatisfatórias ao tratamento medicamentoso prescrito, possíveis necessidades de hospitalização, redução na qualidade de vida e menor expectativa de vida: conforme o Plano Nacional de Saúde 2020-2023 (WHO, 2020), em 2019 cerca de 8 anos a menos para homens e 15 para mulheres comparados à população em geral, que é de 73 e 80 anos, respectivamente. A mortalidade precoce está relacionada principalmente aos efeitos colaterais provenientes do tratamento com antipsicóticos e ao estilo de vida, estando frequentemente presentes o uso de SPA, sedentarismo e obesidade (Brasil, 2010; Dixon, 2017; Laursen, Nordentoft, Mortensen 2014).

Corroborando com dados referentes ao Plano Nacional de Saúde 2020-2023 (WHO, 2020), as doenças cardiovasculares e neoplasias gastrointestinais e de mama destacam-se dentre as causas naturais de morte e o suicídio como a mais importante

causa não-natural, representando uma probabilidade de ocorrência de 50 a 100 vezes maior em comparação ao restante da população. Segundo Brasil (2000), de 25% a 50% dos indivíduos com esquizofrenia já tentaram o suicídio pelo menos uma vez no decorrer da vida, principalmente devido à depressão e às alucinações auditivas com conteúdo de vozes de comando. Laursen, Nordentoft e Mortensen (2014), Brasil (2013) e OPAS (2017) referem que o risco de sua ocorrência é maior nos estágios precoces do transtorno, após a alta de internação em hospital psiquiátrico e durante as crises.

Não há distinção de raças, culturas, regiões demográficas, condições sociais ou econômicas para seu desenvolvimento. Todavia, é descrito na literatura maior prevalência em regiões mais desenvolvidas: cerca de 3,3 casos por 1000 habitantes nestes países, com maior prevalência entre os imigrantes do que em nativos. Curiosamente, os estudos apontam que apesar da maior facilidade de acesso aos recursos de saúde e de maior investimento na área de saúde mental nestes locais, o prognóstico não se destaca em relação aos países menos desenvolvidos (Gadelha, Nardi, Silva, 2021; OPAS, 2017; Castle, Buckley, 2011). Kong et al. (2012) acrescentam que em países desenvolvidos a proporção de indivíduos com esquizofrenia que apresentam curso grave é superior aos residentes em países menos desenvolvidos, fato este podendo estar relacionado com a maior exigência social, que demanda alta produtividade e participação social contínua destas pessoas. De qualquer forma, hipotetiza-se que o número de indivíduos com o transtorno tende a ser superior ao que os dados epidemiológicos revelam, principalmente devido a critérios diagnósticos distintos, ausência de dados epidemiológicos suficientes e pelo próprio preconceito acerca do transtorno, o que pode impedir a procura de atendimento psiquiátrico necessário (Daltioi, Mari, Ferraz, 2011). No cenário brasileiro, segundo o Protocolo de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) (Brasil, 2013), são acometidas pela esquizofrenia aproximadamente 2,5 milhões de pessoas e estudos apontam variação de 0,61 a 3% de acordo com os critérios diagnósticos utilizados.

O transtorno eclode na adolescência ou no início da vida adulta, com a manifestação aguda de sintomas psicóticos característicos. Acomete mulheres por volta dos 25-30 anos, com baixa probabilidade (cerca de 3-10%) de ocorrer após os 40 anos de idade, e homens um pouco mais cedo, entre 15-25 anos (Queirós et al., 2019). Segundo Videbeck (2012), em crianças a ocorrência do transtorno é rara. Em relação ao acometimento entre os sexos, é controverso na literatura a diferença de

prevalência: Conforme Gadelha, Nardi e Silva (2021), é semelhante, mas outros estudos revelam a predominância em homens, provavelmente devido ao fator protetivo do hormônio estrogênio nas mulheres, além de indícios de que o desenvolvimento cerebral intrauterino no sexo masculino ocorre de forma mais lenta, provocando maior suscetibilidade a traumas de nascimento (He et al., 2020, Castle, Buckley, 2011). Independentemente dessa controvérsia, é consensual que o sexo masculino é um fator preditivo de pior prognóstico devido aos sintomas mais graves e ao início mais precoce. Por outro lado, as mulheres tendem a procurar os serviços de saúde antecipadamente, favorecendo a possibilidade de intervenção prévia e aumentando as chances de melhor prognóstico (Santos, Siqueira, 2010; He et al., 2020). Segundo Shirakawa (2009), esta população demonstra maior aderência ao tratamento, melhor resposta a medicação e menor prejuízo nas relações interpessoais.

Lora et al. (2012) refere que mundialmente mais de 69% dos indivíduos em sofrimento psíquico decorrentes do transtorno não usufruem do cuidado adequado disponível e em consonância com este cenário, no Brasil, mais de 900.000 pessoas não recebem o tratamento mínimo satisfatório necessário, o que resulta em altos índices de internações hospitalares, recaídas e na perpetuação do sofrimento tanto para o próprio indivíduo quanto para seus familiares e/ou cuidadores (Matos et al., 2015).

Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2015) aponta que cerca de 70% da população é usuária exclusiva do Sistema Único de Saúde (SUS), portanto, recebendo assistência psiquiátrica principalmente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatorios de saúde mental e hospitais psiquiátricos. Conforme a Lei 10216/2001 (Brasil, 2001), inciso IX, é preconizado que os indivíduos em sofrimento psíquico sejam “preferencialmente tratados em serviços comunitários de saúde mental”, sendo o CAPS referenciado a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes.

Segundo Plano Nacional de Saúde 2020-2023 (WHO 2020), foram gastos R\$ 294.935.237,43 em 2018 com internações psiquiátricas, além de R\$ 8.508.182,76 por leitos/dia, demonstrando a ineficácia das ações de assistência primária e secundária e convidando os profissionais de saúde a repensarem suas formas de cuidado junto a esta população, em consonância com a Política nacional de desinstitucionalização

(Brasil, 2014).

1.5 ESQUIZOFRENIA E OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE (DSS)

Carrapato, Correia e Garcia (2017, p. 1) referem que a condição de saúde de um indivíduo é um “conceito complexo, multidimensional e dinâmico”, sendo resultado de múltiplos fatores que a influenciam e a afetam, descritos na literatura como Determinantes Sociais de Saúde (DSS) e definidos como “os fatores sociais, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (Buss, Pellegrini Filho, 2007, p. 78).

Com o intuito de

promover, em âmbito internacional, uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades de saúde por eles geradas (Buss, Pellegrini Filho, 2007, p. 88),

a OMS instituiu em 2005 a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) e um ano depois, surge no Brasil a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) com a urgência de se

gerar informações e conhecimentos sobre os determinantes sociais da saúde no Brasil, contribuir para a formulação de políticas que promovam a equidade em saúde e mobilizar diferentes instâncias do governo e da sociedade civil sobre este tema (CNDSS, 2008, p. 188).

Constata-se que a partir do conhecimento da influência de cada DSS na saúde dos indivíduos é que se torna possível a implementação de ações ou políticas públicas objetivando-se a melhora na condição de saúde populacional (Pellegrini Filho, 2011).

Diante disso, diversos modelos são descritos na literatura para compreender e analisar os DSS, diferenciando-se pela quantidade de categorias conforme o autor consultado (Carrapato, Correia, Garcia, 2017). Neste estudo será utilizado o modelo de Dahlgren e Whitehead descrito em 1991, pois segundo Carvalho (2012), é o mais utilizado por ser de fácil visualização, além de ter sido o modelo presente no relatório final da CNDSS, de abril de 2008.

Neste contexto, elencou-se as problemáticas descritas na literatura associadas

ao adoecimento de indivíduos com esquizofrenia e/ou seus familiares/cuidadores, categorizando-as conforme o modelo de Dahlgren e Whitehead, que classifica os DSS em condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais; condições de vida e de trabalho; redes sociais e comunitárias e estilo de vida. Em seguida, foram descritas as intervenções demandadas em serviços especializados de saúde mental e psiquiatria frente à estas ocorrências.

Por meio da Figura 1, verifica-se a “sequência das interações entre os diferentes níveis de condições, desde o nível individual até o nível das comunidades afetadas por políticas sanitárias nacionais” (OPAS, 2011, p. 6). No centro do modelo encontram-se os próprios indivíduos com seus gêneros, idades e fatores hereditários, seguidos dos demais níveis, do distal para o proximal: Condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais; condições de vida e trabalho; redes sociais e comunitárias e estilo de vida dos indivíduos. Os macrodeterminantes, caracterizados pelas condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais influenciam os níveis subjacentes, denominados de microdeterminantes (Carrapato, Correia, Garcia, 2017).

Figura 1 – Determinantes sociais: modelo da Dahlgren e Whitehead



Fonte: Buss, Pellegrini Filho, 2007, p. 84.

1.5.1 Condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais

São consideradas macrodeterminantes possuindo grande influência sobre as demais camadas e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também determinantes supranacionais como o processo de globalização. (CNDSS, p.14)

Em relação à esquizofrenia, Brown e McGrath (2010) referem que determinantes ambientais podem aumentar o risco para o seu desenvolvimento. Neste contexto, Gadelha, Nardi, Silva (2021); Videbeck (2012); Canetta et al. (2014); Brown et al. (2004), Almeida et al. (2020) e Rubio-Abadal et al. (2015) mencionam que nascer no inverno eleva o risco para o seu desenvolvimento entre 5 a 15%, principalmente decorrente da baixa luz solar que dificulta a metabolização da vitamina D, o que ocasiona alterações permanentes na estrutura cerebral, neuroquímica e no comportamento dos seres humanos. Estudos sobre essa temática demonstraram que o nível deste hormônio mostra-se inferior em pessoas com esquizofrenia em comparação aos indivíduos saudáveis. Outro fator de risco recorrente na literatura é a imigração, que mantém o risco de desenvolvimento de transtornos psicóticos ao longo das segunda e terceira gerações, atribuído pela literatura à distância geográfica das redes de apoio, à discriminação e às diferenças culturais encontradas pelos imigrantes (Bourque, Van Der Vem, Malla, 2011; Castle, Buckley, 2011).

1.5.2 Condições de vida e de trabalho

Segundo a CNDSS (2008), as condições de vida e de trabalho e seus efeitos psicossociais “constituem um dos principais mediadores através dos quais a estratificação socioeconômica influencia a situação de saúde de indivíduos” (p. 52). Desta forma, as desigualdades em relação à alimentação, saneamento básico, habitação, exposição à poluição atmosférica, condições de emprego e de trabalho, acesso a serviços de saúde e educação e acesso à informação indicam a vulnerabilidade aos riscos do adoecimento, podendo-se perceber sua íntima ligação com o lugar que cada pessoa ocupa na sociedade (Buss, Pellegrini Filho, 2007).

É recorrente na literatura a constatação de que renda e escolaridade possuem

estreita ligação com as condições de saúde dos indivíduos sob vários prismas:

na percepção dos problemas de saúde; na capacidade de entendimento das informações sobre saúde; na adoção de estilos de vida saudáveis; no consumo e utilização dos serviços de saúde e na adesão aos procedimentos terapêuticos (CNDSS, 2008, p. 46).

Scliar (2007) acrescenta que a própria vivência do fenômeno da saúde-doença é influenciada pelo contexto social e cultural, corroborando para a experimentação do fenômeno do adoecimento.

Estudo realizado em São Paulo com indivíduos com transtornos mentais usuários do SUS demonstrou que a capacidade de acesso aos serviços de saúde é mais propícia às pessoas com condições de vida mais favoráveis, por não vivenciarem certas dificuldades que funcionam como barreiras de acesso aos mais vulneráveis (Brasil, 2000). Além disto, as condições de vida também podem facilitar o acesso à informação em saúde, o que “aumenta o conhecimento e a capacidade de ação, permitindo a adoção de comportamentos saudáveis e a mobilização social para a melhoria das condições de vida” (CNDSS, 2008, p. 75).

Tratando-se da esquizofrenia, Vassos et al. (2012) e Gadelha, Nardi e Silva, (2021) referem que sua prevalência aumenta 2,29% em zonas urbanas quando comparado a zonas rurais, fato resultante do ambiente estressante, dieta pobre em nutrientes, exposição a poluentes e a infecções, maior pressão social e bullying. Além disso, estudos relacionam as condições gestacionais ao seu desenvolvimento. Nosarti et al. (2011) apontam que o estresse elevado vivenciado pela mãe neste período ocasiona alterações no eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal (HHSR), aumentando os níveis de cortisol, que por sua vez possui relação com a diminuição do volume cerebral e aumento da probabilidade de ocorrência de hipóxia ao nascer. Ademais, cesárias de caráter emergencial, sangramento durante a gestação, baixo peso ao nascer (inferior a 2500 kg), prematuridade (especialmente nascimentos com menos de 32 semanas), uso de fórceps e ocorrência de pré-eclampsia também aumentam a susceptibilidade à esquizofrenia por estarem relacionadas ao desenvolvimento neurológico (Gadelha, Nardi, Silva, 2021; Videbeck, 2012; Canetta et al., 2014; Brown et al., 2004).

Em relação ao trabalho, Engels (2008) o define como “constituidor do ser social”,

sendo uma atividade vital aos seres humanos, responsável pela obtenção dos meios de subsistência e facilitador da integração social. Conforme a literatura, os benefícios do trabalho incluem aumento da autoestima, do funcionamento global e da qualidade de vida (Evensen et al. 2019). Porém, diante do modelo vigente de produção capitalista, os indivíduos são classificados conforme a noção de produtividade, excluindo-se do mercado de trabalho os considerados inaptos ou improdutivos (Martins, 2018). Neste contexto, é necessário que se reinventem as relações de produção de forma a utilizar-se do próprio trabalho como uma estratégia de reabilitação psicossocial às pessoas em sofrimento psíquico, compreendida por “um processo não linear de potencialização das possibilidades de trocas sociais, de afetos, de recursos, e de tessitura de redes múltiplas de negociação” (Nicácio, 2005. p. 63).

1.5.3 Redes sociais e comunitárias

Indicam o nível de coesão social e refletem a participação social dos indivíduos, bem como a relação de confiança entre elas. Segundo Patussi et al. (2006 p. 1525), “comunidades mais igualitárias e com maior coesão social são mais envolvidas com a vida pública, vivem mais, são menos violentas e avaliam melhor sua própria saúde”. Além disso, apresentam menor prevalência de transtornos mentais (CNDSS, 2008). Sobre essa temática, Antoni e Barone (2007, p. 131) acrescentam que a presença da rede de apoio social é um indicador de proteção à ocorrência de situações de abuso físico, que segundo o autor, é uma “forma de manifestação da fragilidade dessas interações”.

Tratando-se da esquizofrenia, a vivência de traumas em qualquer fase da vida, seja abuso sexual, físico e/ou psicológico, negligência parental e/ou falecimento de pais/cuidadores estão associados ao aparecimento da psicose. Segundo Valadares et al. (2017), indivíduos com psicose que sofreram abuso sexual na infância tendem a adoecer mais precocemente, apresentando manifestações proeminentes de sintomas depressivos, positivos e negativos quando comparados aos que o vivenciaram mais tardiamente.

Após a mudança mundial no panorama do tratamento de indivíduos com transtornos mentais, a instituição dos cuidados comunitários e a implantação dos

serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, a família se encontra como cuidadora principal do indivíduo com esquizofrenia, caracterizando-se muitas vezes como a única rede social presente e demandando de acompanhamento das equipes de saúde mental já no momento do diagnóstico. Segundo Seeman (1988, p. 2), neste momento os familiares “se sentem inundados pelas demandas”, o que exige adaptações de toda a dinâmica prévia, desestabilizando a estrutura anterior e trazendo consigo sentimentos como medo, angústia, impotência, frustração, culpa e incerteza, acrescido de sobrecarga em relação a novas rotinas de cuidados (Nolasco et al., 2014).

As dificuldades de interação familiar vivenciadas pelos cuidadores diante da complexidade da esquizofrenia foram definidas por Brown e Rutter (1972) como emoção expressa (EE), referindo-se aos comportamentos da família em relação ao indivíduo com transtorno mental. Segundo Zanetti et al (2018 p. 2) os principais componentes da EE são

os comentários críticos (CC), que estão relacionados à avaliação negativa da conduta do paciente; a hostilidade (H), à avaliação negativa do paciente como pessoa; e o superenvolvimento emocional (SEE), que se refere aos sentimentos ou atitudes, à desesperança, ao autossacrifício e à superproteção do paciente por parte dos familiares.

Castlee e Buckley (2011) referem que indivíduos provenientes de famílias com altas EE possuem maior número de recaídas e internações, sendo necessárias intervenções que contribuam para a recuperação do sujeito e a qualidade de vida de todos os envolvidos no processo do adoecimento.

1.5.4 Estilo de vida

Segundo a WHO (2004), estilo de vida

é o conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização. Esses hábitos e costumes incluem o uso de substâncias tais como o álcool, fumo, chá ou café, hábitos dietéticos e de exercício (WHO, 2004. p. 37).

Geib (2012, p. 125) acrescenta que são comportamentos “que contribuem para

a exposição diferencial a fatores de risco”, considerando-se que nem sempre são decorrentes de escolhas individuais, sendo influenciados também pelas redes sociais e comunitárias e pelo acesso à informação (CNDSS 2008).

No contexto da esquizofrenia, a literatura aborda com frequência o uso de SPA nesta população, com prevalência estimada entre 40 a 60%, especialmente álcool e cannabis. O impacto deste comportamento aditivo pode ser detectado em diversos âmbitos, especialmente no que tange ao aumento da sintomatologia psicótica e taxas de recidiva, menor adesão ao tratamento, piores cuidados com a saúde de uma forma geral e aumento dos conflitos familiares (Castle, Buckley, 2011; Dixon, 2017; Laursen, Nordentoft, Mortensen, 2014). Davis et al. (2016) referem que o consumo de cannabis aumenta o risco para o desenvolvimento de transtornos psicóticos em uma média de 40%, especialmente se o consumo ocorrer na faixa de 15-20 anos, acrescido da vulnerabilidade genética. Ademais, os estudos enfatizam os efeitos prejudiciais sob as funções cognitivas, especialmente se o início do uso ocorrer precocemente. Diante desta problemática, percebe-se que a adição, além de ser considerada um fator de risco para o desencadeamento da psicose, também prejudica a vivência do adoecimento, sendo uma situação que demanda múltiplas intervenções de todos os níveis de assistência, principalmente no que tange à sua prevenção (Vaucher et al., 2018; Gage, Hickman, Zammit, 2016).

Outras adversidades comumente detectadas em indivíduos com esquizofrenia são obesidade, DM tipo 2 e hiperlipidemia, sendo descritos como resultantes do estilo de vida sedentário, decorrentes principalmente da sedação proveniente do uso de antipsicóticos, alimentação pobre em verduras e legumes e ingestão calórica excessiva muitas vezes causada pelos psicotrópicos (Castle, Buckley, 2011).

1.5.5 Idade, sexo e fatores hereditários

Conforme Sobra e Freitas, (2010, p. 39) “as características individuais como idade, sexo e fatores hereditários exercem influência sobre as condições de saúde” e são considerados DSS proximais conforme o modelo de Dahlgren e Whitehead.

Gadelha, Nardi e Silva (2021); OMS (2015); Baldaçara et al. (2020) e Aromataris e Munn (2020) relatam que o componente genético exerce papel crucial

no desenvolvimento da esquizofrenia, representando de 70% a 80% da suscetibilidade e sendo de origem multigênica. Até o momento não é factível a realização de intervenções frente a estes fatores, porém o conhecimento acerca dos mesmos é importante à equipe de saúde no intuito de alertá-los quanto aos indivíduos com maior vulnerabilidade a desenvolver o transtorno (Castle, Buckley, 2011). A respeito do gênero, é consensual na literatura que o masculino é um fator preditivo de pior prognóstico, além dessa população apresentar sintomas mais graves e de início mais precoce (Santos, Siqueira, 2010; He et al., 2020).

1.6 PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESQUIZOFRENIA E PREVENÇÃO DERECAÍDAS

Diante do panorama vivenciado pelos indivíduos com esquizofrenia e seus familiares/cuidadores, estudos relacionados com a prevenção têm sido realizados há muitas décadas, porém dificultados devido à sua etiologia multifatorial, tornando-a extremamente complexa e impossibilitando a intervenção nas múltiplas variáveis envolvidas no contexto de seu desenvolvimento (Gadelha, Nardi, Silva, 2021; Pádua 2005).

Segundo a Carta de Ottawa (1986, p. 1), a promoção de saúde é descrita como “um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Diante disto, as ações devem pautar-se em uma concepção holística de saúde voltada para a multicausalidade do processo saúde-doença, englobando conjuntamente as condições biológicas; sociais; econômicas; culturais; educacionais; políticas e ambientais envolvidas, objetivando-se o desenvolvimento individual durante toda a vida, auxiliando-se no aprendizado de habilidades para lidar com as adversidades e com o estresse cotidiano e incentivando-se a tomada de decisões favoráveis à saúde com o intuito de obter melhor qualidade de vida e bem-estar (Ribeiro et al., 2018, Brasil, 2009).

A prevenção de doenças tem o objetivo de se prevenir doenças específicas sendo classificada na literatura em quatro níveis, organizados de forma cronológica: a prevenção primária se destina a situações em que a doença/agravo ainda não está

instalada, com a implementação de ações que limitem sua incidência mediante o controle de suas causas e fatores de risco (Brasil, 2009; Kočovská et al., 2017; OPAS, 2010; Rose, 1994).

À respeito da esquizofrenia, Brown e McGrath (2010) referem que medidas de saúde pública diante de fatores de risco como o uso/abuso de cannabis, idade paterna avançada e desnutrição materna podem impactar consideravelmente na redução da sua incidência, porém reforçam que são necessários mais estudos diante da eficácia destas ações.

A prevenção secundária inicia-se quando o processo mórbido foi desencadeado, portanto “objetiva a cura das pessoas já adoecidas, a redução da duração do agravo à saúde ou a redução das consequências mais graves, mediante a detecção e tratamento precoce dos casos” (OPAS, 2010, p. 12). Incluem-se nesta categoria a detecção precoce da esquizofrenia, a implementação da terapêutica necessária e a adoção de intervenções psicossociais individualizadas (OMS, 2005; Brown, McGrath, 2010).

A prevenção terciária é

voltada à redução do progresso e das complicações de uma doença já estabelecida mediante a aplicação de medidas orientadas a reduzir sequelas e deficiências, minimizar o sofrimento e facilitar a adaptação dos pacientes a seu ambiente (OPAS, 2010, p. 12).

Diante da vivência do transtorno, caracteriza-se como o principal objetivo devido à sua relação direta com o prognóstico e com o intenso sofrimento psíquico dos indivíduos e seus familiares/cuidadores (Brown et al., 2004). Desta forma, medidas de prevenção a recaídas se tornam imprescindíveis.

O último nível de prevenção recentemente incorporado na literatura é a quaternária, “que busca redirecionar as práticas médicas, especialmente destinadas àqueles que apresentam riscos de medicalização excessiva e possibilidades de vivenciarem intervenções desnecessárias” (Tesser, 2017, p. 7). Frente a realidade crônica da esquizofrenia, do uso contínuo de antipsicóticos e das possíveis recaídas, é necessário que as equipes de saúde mental atuem sob esta ótica evitando-se a medicalização excessiva e os internamentos desnecessários, priorizando-se o uso de outras ferramentas de cuidado disponíveis.

1.7 DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

- Determinantes Sociais da Saúde (DSS): “Fatores sociais, culturais, étnicos/raciais/, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (apud Buss; Pellegrini Filho, 2007, p. 78).
- Esquizofrenia: "cisão das funções mentais" (do grego *schizo* = divisão, cisão; *phrenos* = mente). (Silva, 2006, p. 264.)
- Qualidade de vida: Refere-se ao bem-estar total de um indivíduo. Segundo TheWhoqol Group (WHO, 1995.p. 405), é definida como

a percepção que o indivíduo tem de sua própria condição de vida, dentro do seu próprio contexto de cultura e sistema de valores, considerando seus objetivos de vida, as expectativas e as preocupações.

- Transtornos mentais:

Quaisquer alterações, sofrimento ou comprometimento de ordem psicológica e/ou mental que prejudicam o desempenho da pessoa na vida pessoal, familiar, afetiva, social, trabalho, nos estudos, na compreensão de si e dos outros, na possibilidade de autocrítica, na tolerância aos problemas e na possibilidade de ter prazer na vida em geral. (COFEN, 2019, p. 6).

- Rede de atenção psicossocial: “Rede de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes componentes e pontos de atenção” (COFEN, 2019, p. 5).
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS):

Serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, voltados ao atendimento de pessoas e sua família com sofrimento ou transtorno mental grave, e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Trabalham na perspectiva interdisciplinar com equipe multidisciplinar e realizam ações prioritariamente em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial” (COFEN, 2019, p. 3).

- Inserção social: “Ações de inclusão e/ou manutenção das relações sociais do indivíduo com o objetivo de garantir o uso de equipamentos sociais para

atividades básicas e instrumentais da vida diária (moradia, trabalho, lazer...)”
(COFEN, 2019, p. 5).

CAPÍTULO 2

2 OBJETIVO GERAL

Identificar e sintetizar as melhores evidências disponíveis na literatura relativas às intervenções de enfermeiros para indivíduos adultos com esquizofrenia em serviços especializados em saúde mental e psiquiatria. Mais especificamente, a pergunta de pesquisa desta revisão é:

“Quais as intervenções de enfermeiros para indivíduos adultos com esquizofrenia em serviços especializados em saúde mental e psiquiatria?”

CAPÍTULO 3

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma revisão de escopo (scoping review) proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI). O JBI é “uma organização internacional de pesquisa e desenvolvimento, sem fins lucrativos, especializada em recursos para prática baseada em evidência destinados a profissionais de saúde” (EEUSP, [s.d.]) fundada em 1996 na Austrália. Baseando-se na missão do Instituto que é “fornecer a melhor evidência disponível para informar a tomada de decisão clínica no local de atendimento” (TUA [s.d.]), conclui-se que é o melhor método para embasar este estudo, que visa a busca de intervenções de enfermeiros disponíveis na literatura frente à população adulta com esquizofrenia em serviços especializados em saúde mental. Diante do rastreamento de estudos, é possível que “se antecipe potencialidades na área, apoiando os trabalhadores da saúde, gestores e formuladores de políticas de saúde” (Cordeiro, Soares, 2019, p. 38), identificando-se também as lacunas de pesquisas existentes.

Somado a isso, seguiu-se a extensão PRISMA específica para revisões de escopo (PRISMA-ScR), a qual é ideal para descrever minuciosamente o processo de decisão de pesquisa, tendo em vista o método utilizado. As bases de dados incluídas nesta revisão foram: EMBASE, Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica- MEDLINE (acesso via PubMed), LILACS, BDENF, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), PsycINFO, SCOPUS, Web of Science (WoS), MedNar, CAPES e ProQuest. As buscas foram realizadas no período de 20 de dezembro de 2020 a 2 de janeiro de 2021, sem limitação de linguagem e ano, sendo realizadas análise e síntese narrativa.

Utilizou-se da estratégia PCC (acrônimo de P: Participantes = indivíduos adultos com esquizofrenia; C: conceito = intervenções realizadas por enfermeiros; C: contexto = serviços especializados em saúde mental e psiquiatria) para elaboração da questão norteadora do estudo que consistiu em: “Quais as intervenções de enfermeiros para indivíduos adultos com esquizofrenia em serviços especializados em saúde mental e psiquiatria?”

Para tanto, foi utilizada a seguinte estratégia de busca: ("Schizophrenia"[Mesh] OR "Schizophrenia"[tw]) AND ("Nursing Care"[Mesh] OR "Nursing Care"[tw] OR "nursing interventions"[tw]) AND ("Mental Health Services"[Mesh] OR "Mental Health Services"[tw]) Filters: Adult: 19+ years

Esta revisão considerou estudos observacionais, incluindo estudos quase-experimentais, ensaios clínicos randomizados, coorte, caso-controle, estudos de caso, longitudinais e transversal todos com delineamento temporal prospectivo ou retrospectivo. Além disso, foram incluídos estudos com desenho metodológico misto, qualitativos e opinião de especialista.

3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram: artigos científicos disponíveis na íntegra eletronicamente e que abordasse as intervenções realizadas por enfermeiros a indivíduos adultos com esquizofrenia em serviços especializados em saúde mental e psiquiatria. Estudos que não mencionaram a categoria profissional responsável pela intervenção, mas que as ações descritas fossem compatíveis à atuação dos enfermeiros em saúde mental e psiquiatria no Brasil também foram incluídos, tomando-se como base a Resolução COFEN Nº 0599/2018 (COFEN, 2018).

Foram excluídos estudos que apresentaram população com comorbidades, indivíduos com idade superior a 60 anos e outros transtornos do espectro da esquizofrenia descritos no DSM-5 (2013).

3.2.1 Participantes (P)

Esta revisão considerou estudos que incluíram como população indivíduos adultos com esquizofrenia.

3.2.2 Conceito (C)

Intervenções de enfermeiros.

3.2.3 Contexto (C)

Serviços de atenção especializada em saúde mental e psiquiatria.

3.3 ESTRATÉGIA DE BUSCA

A estratégia de busca foi conduzida em três etapas. A primeira etapa da pesquisa foi realizada no PubMed e na PsycINFO para a análise das palavras contidas no título e no resumo com a utilização das seguintes palavras-chaves: “Esquizofrenia”, “Transtorno Psicótico”, “Intervenções de enfermagem”, “Intervenções”. Na segunda etapa, os estudos foram identificados por meio da estratégia de busca adaptada para cada base de dados: EMBASE, Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica- MEDLINE (acesso via PubMed), LILACS, BDENF, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), PsycINFO, SCOPUS, Web of Science (WoS), MedNar, Catálogo de teses e dissertações da CAPES e ProQuest.

A estratégia de busca com os seguintes termos na PubMed foi adaptada para as outras bases de dados: ("Schizophrenia"[Mesh] OR "Schizophrenia"[tw]) AND ("Nursing Care"[Mesh] OR "Nursing Care"[tw] OR "nursing interventions"[tw]) AND ("Mental Health Services"[Mesh] OR "Mental Health Services"[tw]) Filters: Adult: 19+ Years, como descritas no Apêndice A.

Na terceira etapa, foi realizada a busca nas referências dos artigos selecionados, com o objetivo de encontrar estudos que não foram coletados pela estratégia de busca utilizada. Após coletar todas as referências, foram excluídos artigos duplicados mediante o uso do software Mendeley®. As buscas nas bases de dados foram realizadas no período de 20 de dezembro de 2020 a 2 de janeiro de 2021, sem limitação de linguagem e ano.

3.4 COLETA DE DADOS

Após a coleta descrita acima, os artigos selecionados foram organizados em pastas com o auxílio do programa Mendeley para que fossem excluídos os artigos duplicados.

3.5 SELEÇÃO DOS ESTUDOS

A seleção dos estudos foi realizada em duas fases. Inicialmente, examinaram-se os títulos e resumos com o intuito de verificar se os estudos contemplavam a pergunta norteadora do estudo e se atendiam aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Na fase 2, os artigos foram lidos na íntegra, excluindo-se os estudos que não se adequavam aos critérios de inclusão. Qualquer discordância, seja na primeira ou na segunda fase, foi resolvida por meio de discussão e concordância entre os autores. No caso de ausência de consenso, um terceiro revisor foi envolvido para a decisão final. Desta forma, foram triados por meio do seguinte processo: leitura do título; resumo enquadrado nos critérios de inclusão e exclusão; exclusão dos artigos que não respondiam à pergunta de pesquisa e, por fim, seleção definitiva daqueles elegíveis para leitura na íntegra.

3.6 SÍNTESE DOS DADOS

Através de análise descritiva dos dados, foi elaborada uma tabela para sintetizar os achados frente a pergunta de pesquisa, contidas no Apêndice B. De cada artigo incluído na análise, os autores extraíram as seguintes informações: país e ano da publicação; participantes, conceito, contexto e delineamento do estudo. Os resultados foram apresentados nas formas diagramáticas, por meio de quadros com as sínteses das intervenções realizadas.

CAPÍTULO 4

4 ARTIGO

Intervenções de enfermeiros para adultos com esquizofrenia em serviços especializados em saúde mental e psiquiatria

Fernanda Lima Toneloto

Caroline Figueira Pereira

RESUMO

Introdução: A esquizofrenia é o transtorno mental mais grave e as intervenções realizadas por enfermeiros objetivam proporcionar melhor qualidade de vida ao indivíduo em sofrimento psíquico, a família/ cuidadores. **Objetivo:** Sintetizar as intervenções realizadas por enfermeiros para adultos com esquizofrenia em serviços especializados. **Método:** Revisão de escopo nas bases EMBASE, PubMed, LILACS, BDENF, CINAHL, PsycINFO, SCOPUS, Web of Science, MedNar, CAPES e ProQuest. Não houve limitação de linguagem e ano e os dados analisados e sintetizados de forma narrativa. **Resultados:** Atuar como instrutor de saúde e bem-estar; desenvolver plano de cuidados; implementar atividades de reabilitação psicossocial e intervenções familiares; aplicar técnicas de Terapia Cognitivo Comportamental e atenção plena; incentivar o empoderamento e implementar recursos de tecnologia de cuidado em saúde. **Conclusão:** As intervenções dos enfermeiros pautando-se no modelo biopsicossocial e apoiando-se nas habilidades individuais, bem como o suporte social são imprescindíveis para melhor qualidade de vida.

Descritores: Assistência em enfermagem; Esquizofrenia; Transtornos mentais; Revisão de escopo; Enfermagem psiquiátrica.

Descriptors: Nursing care; Schizophrenia; Mental disorders; Scope review; psychiatric nursing.

Descriptores: Cuidado de enfermeira; Esquizofrenia; Desordenes mentales; Revisión del alcance; Enfermería psiquiátrica.

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é caracterizada como transtorno psicótico e do neurodesenvolvimento que acomete quase todas as funções psíquicas, especialmente o pensamento, a percepção, as emoções, a linguagem, o comportamento e o senso de identidade^(1,2). Além disto, sua sintomatologia característica compreende sintomas positivos (especialmente delírios e alucinação) e negativos (anedonia e embotamento), além de alterações de humor e da cognição, repercutindo negativamente em diversos âmbitos da vida deste indivíduo. Diante disso, possui caráter extremamente grave, demandando cuidados contínuos provenientes de equipes multidisciplinares de serviços especializados de saúde mental e psiquiatria.

O transtorno possui prevalência mundial de 0,3 a 0,7% ⁽³⁾, (DSM 5, 2013, p. 102), porém sua baixa prevalência não impede que seja descrita pela literatura como a 15ª doença mais incapacitante do mundo correspondendo a cerca de 12.6 milhões de vidas perdidas pela incapacidade⁽⁴⁾, acometendo no Brasil aproximadamente 2,5 milhões de pessoas⁽⁵⁾. Sua nomenclatura, descrição, etiologia, critérios diagnósticos, tratamento e prognóstico têm sofrido inúmeras transformações ao longo do tempo, mas sua extrema gravidade, cronicidade e a ocorrência de grandes perdas funcionais são unânimes na literatura, bem como o intenso sofrimento psíquico vivenciados pelos indivíduos acometidos e seus familiares/ cuidadores.

De acordo com estudos^(2,6), o desenvolvimento da esquizofrenia é multicausal, envolvendo fatores multigênicos, neurobiológicos, bioquímicos e do desenvolvimento, além de somarem-se a determinantes do estilo de vida, sociais e /ou econômicos e ambientais. Até o momento, a prevenção primária não é factível, visto que alguns mecanismos envolvidos na sua causalidade ainda não foram elucidados.

Diante deste cenário, este trabalho pretende sintetizar as melhores evidências disponíveis na literatura relativas às intervenções realizadas por enfermeiros em serviços especializados em saúde mental e psiquiatria, pautando-se no modelo biopsicossocial do cuidado e buscando o alcance de ações mais efetivas aos indivíduos em sofrimento psíquico e seus familiares/cuidadores.

OBJETIVO

Identificar e sintetizar os estudos sobre as intervenções realizadas por enfermeiros para indivíduos adultos com esquizofrenia em serviços especializados em saúde mental e psiquiatria.

MÉTODO

O presente estudo foi delineado como uma revisão de escopo (scoping review)⁽⁷⁾, a qual tem como objetivos mapear os principais conceitos que apoiam determinada área de conhecimento; examinar a extensão, o alcance e a natureza da investigação; sumarizar e divulgar os dados da investigação; e identificar as lacunas de pesquisas existentes. Somado a isto, foi utilizado a extensão PRISMA específica para revisões de escopo (PRISMA-ScR), a qual é ideal para descrever minuciosamente o processo de decisão de pesquisa, tendo em vista o método utilizado^(8,9).

Utilizou-se da estratégia PCC (acrônimo de P: Participantes = indivíduos adultos com esquizofrenia; C: conceito = intervenções realizadas por enfermeiros; C: contexto = serviços especializados em saúde mental e psiquiatria) para elaboração da questão norteadora do estudo que consistiu em: “ Quais são as intervenções realizadas por enfermeiros para indivíduos adultos com esquizofrenia em serviços especializados em saúde mental e psiquiatria? ”

ESTRATÉGIA DE BUSCA

A estratégia de busca foi conduzida em três etapas. A primeira etapa da pesquisa foi realizada no PubMed e na PsycINFO para a análise das palavras contidas no título e no resumo com a utilização das seguintes palavras-chaves: “Esquizofrenia”, “Transtorno Psicótico”, “Intervenções de enfermagem”, “Intervenções”. Na segunda etapa, os estudos foram identificados por meio da estratégia de busca adaptada para cada base de dados: EMBASE, Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica- MEDLINE (acesso via PubMed), LILACS, BDENF, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), PsycINFO, SCOPUS, Web of Science (WoS), MedNar, CAPES e ProQuest. A estratégia de busca com os seguintes termos na PubMed foi adaptada para as outras bases de dados: ("Schizophrenia"[Mesh] OR "Schizophrenia"[tw]) AND ("Nursing Care"[Mesh] OR "Nursing Care"[tw] OR "nursing interventions"[tw]) AND ("Mental Health Services"[Mesh] OR "Mental Health Services"[tw]) Filters: Adult: 19+ Years.

Na terceira etapa, foi realizada a busca nas referências dos artigos selecionados, com o objetivo de encontrar estudos que não foram coletados pela estratégia de busca. Após coletar todas as referências, foram excluídos artigos duplicados mediante o uso do software Mendeley. As buscas nas bases de dados foram realizadas no período de 20 de dezembro de 2020 a 2 de janeiro de 2021, sem limitação de linguagem e ano.

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Os critérios de inclusão foram: artigos científicos disponíveis na íntegra eletronicamente e que abordasse as intervenções realizadas por enfermeiros a indivíduos adultos com esquizofrenia em serviços especializados em saúde mental e psiquiatria. Estudos que não mencionaram a categoria profissional responsável pela intervenção, mas que as ações descritas fossem compatíveis à atuação dos enfermeiros em saúde mental e psiquiatria no Brasil também foram incluídos, tomando-se como base a Resolução COFEN Nº 0599/2018⁽¹⁰⁾.

SELEÇÃO DE ESTUDOS

A seleção dos estudos foi realizada em duas fases. Inicialmente, examinaram-se os títulos e resumos com o intuito de verificar se os estudos contemplavam a pergunta norteadora do estudo e se atendiam aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Na fase 2, os artigos foram lidos na íntegra, excluindo-se os estudos que não se adequavam aos critérios de inclusão. Qualquer discordância, seja na primeira ou na segunda fase, foi resolvida por meio de discussão e concordância entre os autores. No caso de ausência de consenso, um terceiro revisor foi envolvido para a decisão final. Desta forma, foram triados por meio do seguinte processo: leitura do título; resumo enquadrado nos critérios de inclusão e exclusão; exclusão dos artigos que não respondiam à pergunta de pesquisa e, por fim, seleção definitiva daqueles elegíveis para leitura na íntegra.

PROCESSO DE COLETA DE DADOS E SÍNTESE DOS RESULTADOS

De cada artigo incluído na análise, os autores extraíram as seguintes informações: país e ano da publicação; participantes, conceito, contexto e delineamento do estudo. Os resultados foram apresentados nas formas diagramáticas, por meio de quadros com as sínteses das intervenções realizadas.

RESULTADOS

Foram encontrados 671 estudos; 123 estavam duplicados, restando 548 estudos. Destes, 523 foram excluídos por não cumprirem os critérios de elegibilidade. Dessa forma, foram

incluídos 25 estudos. A Figura 1 apresenta o fluxograma do processo de seleção dos artigos desta pesquisa, gráfico de fluxo PRISMA.

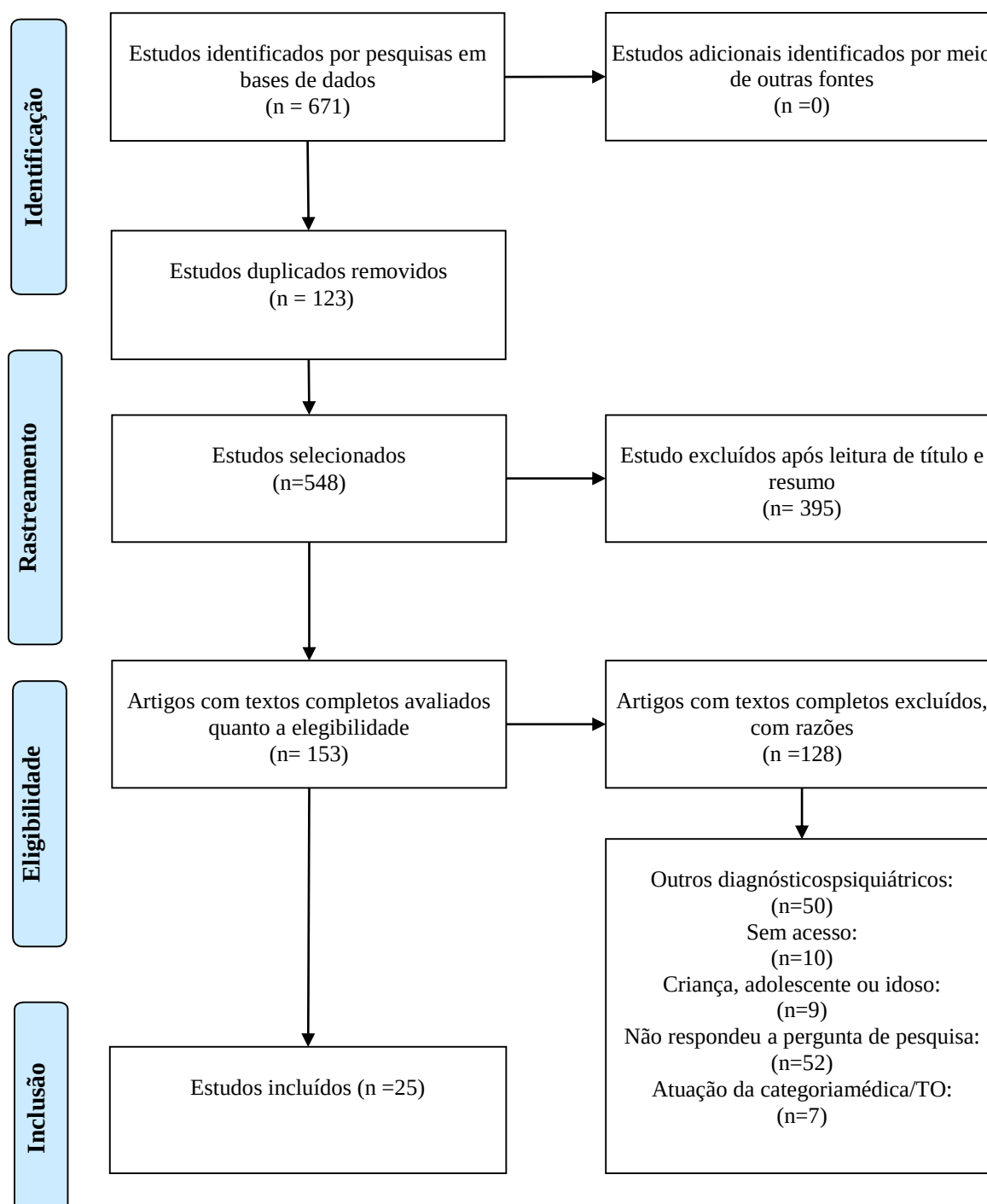


Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos para a revisão de escopo

CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS

Conforme Tabela 1, foram incluídos nesta pesquisa no mínimo um estudo de cada continente, com exceção da Antártida e América do Sul, que não apresentaram artigos sobre a temática. A China destacou-se com 20% (n=5) dos estudos publicados; seguido dos Estados Unidos com 16% (n=4); Coréia do Sul com 12% (n=3); Austrália com 8% (n=2) e Turquia; Itália; Alemanha; Portugal; Tailândia; Espanha; Etiópia; Inglaterra; Índia; Indonésia e Japão, todos com 4% (n=1). A totalidade dos artigos (n=25) foi redigida em inglês. No Brasil não houve publicação sobre o tema.

Percebe-se que 60 % (n=15) dos artigos foram publicados na última década. Em relação aos profissionais responsáveis pelas intervenções nos serviços de saúde mental e psiquiatria, a maioria foi realizada por enfermeiros, descritas em 48%(n=12) dos artigos. No entanto, 36 % (n=9) dos estudos não mencionaram a categoria demandante do cuidado, descrevendo apenas que as intervenções realizadas para adultos com esquizofrenia foram realizadas por profissionais de saúde. Diante disto, foi utilizada a Resolução COFEN Nº 0599/2018⁽¹⁰⁾ para identificar as intervenções realizadas por profissionais de saúde descritas em 9 artigos que eram compatíveis com as intervenções de responsabilidade dos enfermeiros de saúde mental e psiquiatria no Brasil. Dos demais artigos, 16 % (n=4) atribuiu as intervenções à equipe multidisciplinar, que de acordo com a mesma resolução também são de competência desses profissionais.

À respeito da metodologia dos estudos incluídos, a maioria 68 % (n=17) eram experimentais; 8% (n=2) eram estudos qualitativos, de revisão e estudos de caso; e 4% (n=1) estudos exploratórios e opinião de especialistas.

Tabela 1 – Caracterização geral dos estudos incluídos, segundo a extração de dados, São Paulo, 2021 (n =25).

Categoria	Variável	n	%
País de Publicação	China	5	20
	Estados Unidos	4	16
	Coréia do Sul	3	12
	Australia	2	8
	Turquia	1	4
	Itália	1	4
	Alemanha	1	4
	Portugal	1	4

	Tailândia	1	4
	Espanha	1	4
	Etiópia	1	4
	Inglaterra	1	4
	Índia	1	4
	Indonésia	1	4
	Japão	1	4
Ano de Publicação	1972 -1990	2	8
	2001 - 2010	8	32
	2011 - 2020	15	60
Profissional responsável pelas intervenções	Enfermeiros especialistas	12	48
	Equipe multidisciplinar	4	16
	Não descreve a categoria profissional	9	32
Design dos Estudos	Estudo qualitativo		
	Estudo experimental	17	68
	Estudos de revisão	2	8
	Estudo exploratório	1	4
	Estudo de opinião de especialistas	1	4
	Estudo de caso	2	8
Intervenções realizadas nos serviços especializados de saúde mental	Atuar como instrutor de saúde e bem-estar	1	3,2
	Implementar recursos de tecnologia de cuidado em saúde	7	22,5
	Aplicar técnica de atenção plena (<i>mindfulness</i>)	1	3,2
	Aplicar técnicas de Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) ao indivíduo com esquizofrenia	6	19,3
	Realizar intervenções no âmbito familiar	8	25,8
	Desenvolver plano de cuidados	4	12,9
	Instituir intervenções de reabilitação psicossocial	3	9,6
	Incentivar o empoderamento 1		3,22

Em relação as intervenções realizados por enfermeiros em serviços especializados em saúde mental e psiquiatria, inicialmente elencou-se as problemáticas associadas ao adoecimento vivenciadas pelos indivíduos em sofrimento psíquico causados pela esquizofrenia e/ou seus familiares/cuidadores, categorizando-as conforme o modelo de Dahlgren e Whitehead, este tendo sido utilizado na Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) em seu último relatório brasileiro, de abril de 2008 ⁽¹²⁾. Desta forma, as problemáticas encontradas foram classificadas em condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais; condições de vida e de trabalho; redes sociais e comunitárias e estilo de vida. Em seguida, citou-se as

intervenções realizadas diante de cada uma delas, podendo-se verificá-las no Quadro 1.

Quadro 1 - Mapeamento das problemáticas e as respectivas intervenções, São Paulo, 2021

Intervenções no âmbito das condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais	
Problemática	Intervenção
Intervenções no âmbito de condições de vida e de trabalho	
Problemática	Intervenção
Dificuldade de acesso a informações/ serviços de saúde ^(13,14)	Realizar visita domiciliar ⁽¹³⁾ Realizar intervenções familiares ⁽¹³⁾ Utilizar recursos de <i>E- learning</i> ⁽¹⁴⁾ Realizar intervenções de reabilitação baseadas na comunidade ⁽¹³⁾
Desemprego ⁽¹⁵⁾	Realizar intervenções psicoeducativas aos familiares ⁽¹⁵⁾
Intervenções no âmbito de redes sociais e comunitárias	
Problemática	Intervenção
Sobrecarga do cuidador ^(16,17)	Realizar psicoeducação ⁽¹⁶⁾ Conduzir e coordenar grupos de apoio mútuo ⁽¹⁶⁾ Realizar conversa terapêutica breve ⁽¹⁶⁾ Realizar intervenções familiares ⁽¹⁷⁾ Realizar intervenções psicossociais ⁽¹⁶⁾
Estigma social ⁽³²⁾	Conduzir e coordenar grupos de apoio mútuo ⁽³²⁾
Baixo empoderamento familiar ⁽³²⁾	Conduzir e coordenar grupos de apoio mútuo ⁽³²⁾
Intervenções no âmbito de estilo de vida	
Problemática	Intervenção
Síndrome Metabólica ⁽²⁰⁾	Monitorizar a saúde física e prevenção da SM ⁽²⁰⁾ Incentivar o suporte social ⁽²⁰⁾ Incentivar o estilo de vida saudável ⁽²⁰⁾
Ausência de aderência medicamentosa ^(15,21)	Realizar intervenções telefônicas- TIPS ^{*(21)} Realizar intervenções psicoeducativas aos familiares ⁽¹⁵⁾
Déficit de autocuidado ⁽²²⁾	Instituir plano de cuidados de enfermagem com participação do próprio indivíduo ⁽²²⁾
Baixa independência ^(22,23)	Instituir plano de cuidados de enfermagem com participação ativa do indivíduo em sofrimento psíquico ⁽²²⁾ Instituir plano de cuidados de enfermagem ⁽²³⁾
Presença de sintomatologia psicótica ^(25,26,27)	Aplicar técnicas de TCC ⁽²⁶⁾ Instituir atividades de reabilitação psicossocial ⁽²⁷⁾ Incentivar o empoderamento ⁽²⁷⁾ Realizar avaliação de habilidades pessoais e definição de metas ⁽²⁵⁾

Reospitalização ^(24,28,29,31,35)	Realizar contato telefônico ⁽²⁹⁾ Realizar visita domiciliar ⁽²⁸⁾ Implementar atenção em rede ⁽³¹⁾ Incentivar grupos de apoio mútuo liderados pela família ⁽³⁵⁾ Implementar serviços de apoio integrados na comunidade ⁽²⁴⁾ Instituir plano de cuidados com participação ativa do indivíduo em sofrimento psíquico ⁽²⁴⁾
Embotamento afetivo/baixa gestão emocional/pouca habilidade de conversação /ausência de habilidades sociais/funcionamento social pobre ^(17,19,25,30,33,34,36)	Conduzir e coordenar programa de gerenciamento de emoções ^(33,34) Conduzir e coordenar treinamento de habilidades sociais ^(30,36) Realizar intervenções familiares ⁽¹⁷⁾ Conduzir e coordenar programa de apoio mútuo de base cultural para familiares ⁽¹⁹⁾ Construir estratégias baseadas em metas individuais ⁽²⁵⁾ Realizar estimulação contínua ⁽³³⁾
Baixa auto-estima ^(13,36)	Conduzir e coordenar treinamento de habilidades sociais ⁽³⁶⁾ Realizar intervenções de reabilitação comunitárias ⁽¹³⁾ Realizar visita domiciliar ⁽¹³⁾ Realizar intervenções familiares ⁽¹³⁾
Desesperança ⁽³⁷⁾	Aplicar técnica de atenção plena (<i>mindfulness</i>) ⁽³⁷⁾
Suicídio ⁽³¹⁾	Implementar atenção em rede ⁽³¹⁾
Baixo insight sobre a presença do transtorno mental ^(18,37)	Realizar intervenções familiares ⁽¹⁸⁾ Realizar psicoeducação ⁽¹⁸⁾ Aplicar técnica de atenção plena (<i>mindfulness</i>) ⁽³⁷⁾
Uso de polifarmácia ⁽³¹⁾	Implementar atenção em rede ⁽³¹⁾

Observou-se que foram encontradas 17 situações comumente vivenciadas pelos indivíduos com esquizofrenia e seus familiares/ cuidadores. A maioria, 70,5 % (n=12) são situações relacionadas ao estilo de vida. Em seguida, 17,3% (n=3) relacionadas a redes sociais e comunitárias; e por fim 11,7 % (n=2) relacionadas a condições de vida e de trabalho. Nos estudos incluídos, não foram descritas problemáticas relacionadas as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais.

Diante de cada problemática elencada, foram elaboradas definições de escopo das intervenções mapeadas nos estudos, podendo-se verificá-las no Quadro 2. As intervenções foram classificadas em 8 categorias, sendo definidas como: Atuar como instrutor de saúde e bem-estar; implementar recursos de tecnologia de cuidado em saúde; aplicar técnicas de Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) ao indivíduo com esquizofrenia; aplicar técnica de atenção plena (*mindfulness*); realizar intervenções no âmbito familiar; desenvolver plano de cuidados; incentivar o empoderamento e instituir intervenções de reabilitação psicossocial.

Quadro 2 - Definições do escopo das intervenções mapeadas nos estudos incluídos na revisão de escopo. São Paulo, 2021 (n =25)

Intervenção	Definição
Atuar como instrutor (<i>coach</i>) de saúde e bem-estar ⁽²⁰⁾ ; monitorizar a saúde física e prevenção da Síndrome Metabólica (SM) ⁽²⁰⁾ ; incentivar o estilo de vida saudável ⁽²⁰⁾ .	O <i>coach</i> é um profissional de saúde treinado em teorias de mudança de comportamento, estratégias motivacionais e técnicas de comunicação, que são usadas para ajudar os indivíduos a desenvolverem motivação intrínseca, recursos, estratégias e habilidades para alcançar mudanças positivas e sustentáveis de saúde e bem-estar^(38, p. 52). Diante deste contexto, cabe também aos enfermeiros de saúde mental e psiquiatria a implementação de medidas de promoção a saúde e prevenção da SM, procurando motivar o sujeito em busca de mudanças de comportamento não saudáveis. Em relação a SM, esta é uma comorbidade cardiometabólica de resistência insulínica que pode acometer indivíduos com esquizofrenia devido aos estilos de vida pouco saudáveis somados aos efeitos colaterais dos antipsicóticos. Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia⁽³⁹⁾, os critérios atuais vigentes para seu diagnóstico envolvem a presença de três dos seguintes sintomas: circunferência da cintura superior a 88 cm na mulher e 102 cm no homem; pressão arterial sistólica maior que 130 e/ou pressão arterial diastólica maior que 85 mmHg; glicemia maior que 110 mg/dl ou diagnóstico de DM; triglicerídeos maior que 150 mg/dl; HDL maior que 40 mg/dl em homens e 50 mg/dl em mulheres.
Desenvolver plano de cuidados ^(22,23,24,25) ; instituir plano de cuidados de enfermagem com participação do próprio indivíduo ^(22,23) ; construir estratégias baseadas em metas individuais ⁽²⁵⁾ ; instituir plano de cuidados com participação ativa do indivíduo em sofrimento psíquico ⁽²⁴⁾ .	Através de um plano de cuidados, o enfermeiro realiza a sistematização da assistência para cada indivíduo conforme suas demandas. Para que se obtenha sucesso em sua implementação, é imprescindível a participação ativa do cliente, que é percebido como um agente em seu processo de cuidado, capaz de identificar problemas e definir metas.
Instituir intervenções de reabilitação psicossocial (RP) ^(13,16,27) ; realizar intervenções de reabilitação comunitárias ⁽¹³⁾ .	A RP de base comunitária combina intervenções para indivíduos em intenso sofrimento psíquico, seus cuidadores/familiares e mobilização comunitária. Segundo Saraceno ^(40, p.11) é um referencial que orienta as práticas em saúde mental, sendo “ <i>um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e afetos</i> ”. Diante disto, está intimamente ligada a reinserção social, que se constitui como cenário de atuação dos enfermeiros na procura de oportunidades para que o sujeito empodere-se das suas necessidades, constituindo-se como um ator social.

Implementar recursos de tecnologia de cuidado em saúde^(13,14,21,24,28,29,31); utilizar intervenções por telefone – modelo de intervenções rápidas por meio de resolução de problemas com protocolos definidos⁽²¹⁾; utilizar de recursos E-learning⁽¹⁴⁾; realizar visita domiciliar^(13,28); implementar atenção em rede^(28,31); realizar intervenções telefônicas⁽²⁹⁾; implementar serviços de apoio integrados na comunidade⁽²⁴⁾.	Tecnologias do cuidado em saúde são “todas as técnicas, procedimentos, conhecimentos utilizados pelo enfermeiro no cuidado”, visando-se atender as necessidades individuais do cliente/paciente^(41, p. 181). Cabe á este profissional a detecção dos recursos disponíveis e a implementação individualizada, conforme a demanda de cada sujeito.
Empregar técnicas de TCC ao indivíduo com esquizofrenia^(18,26,30,33,34,36); conduzir e coordenar programa de gerenciamento de emoções^(33,34); Instituir programa de treinamento de habilidades sociais^(30,36); realizar estimulação contínua⁽³³⁾; realizar psicoeducação⁽¹⁸⁾.	Técnica de psicoterapia que tem como princípio básico que “as nossas respostas emocionais e comportamentais advém de nossas representações de eventos internos e externos, e não de um evento em si”⁽⁴²⁾. Sendo assim, cada indivíduo constrói sua própria realidade baseado em suas experiências de vida e a forma com que interpreta o que vivencia é responsável pelo seu adoecimento. As principais estratégias de TCC envolvem: - Psicoeducação: “Consiste na transmissão de conhecimento sobre o quadro clínico associado a estratégias de acolhimento psicológico e promoção de insight sobre o estado de saúde do sujeito”, resultando em empoderamento^(43, p. 55). Neste contexto, é amplamente utilizado pelos enfermeiros de saúde mental e psiquiatria, caracterizando-se como uma importante ferramenta do cuidado. - Programa de gerenciamento de emoções: Envolve estimulação contínua e treinamento de reconhecimento de emoção, através de repetições de expressões faciais emocionais⁽⁴⁴⁾. - Treinamento de habilidades sociais: Objetiva a superação de déficits no desempenho social com o desenvolvimento de repertório socialmente desejado⁽⁴⁵⁾. No contexto da atuação da enfermagem, o relacionamento terapêutico também busca incentivar habilidades de desempenho social, utilizando-se do vínculo e da empatia como elementos imprescindíveis para este fim.
Aplicar técnicas de atenção plena <i>Mindfulness</i>⁽³⁷⁾	Técnica de meditação que baseia-se em focar a atenção ao que ocorre no momento presente e aceitar os sentimentos, emoções e sensações sem julgamento⁽⁴⁶⁾. Pode ser uma técnica a ser desenvolvida pelo enfermeiro, como forma de aliviar a ansiedade dos indivíduos frente a vivência do adoecimento psíquico.

Realizar intervenções^(13,15,16,17,18,19,32,35) no âmbito familiar^(13, 16,17); realizar, convers terapêutica breve⁽¹⁶⁾; incentivar grupos de apoio mútuo liderados pela família⁽³⁵⁾; conduzir e coordenar grupos de apoio mútuo^(16,30,32); conduzir e coordenar programa de apoio mútuo de base cultural para familiares⁽¹⁹⁾; incentivar o suporte social/ familiar⁽²⁰⁾; realizar psicoeducação^(15,16).	A intervenção familiar busca a centralização do cuidado no cuidador, através de uma abordagem sistêmica. Seu objetivo é desenvolver uma relação de trabalho com a família/ cuidadores de forma a auxiliar o indivíduo em sofrimento psíquico recuperar-se, entendendo-se que os padrões de comunicação e funcionamento familiar podem ser fator protetor ou fator de agravamento do transtorno⁽¹⁶⁾. Neste contexto e diante da atuação do enfermeiro de saúde mental e psiquiatria, o contato com o familiar é facilitado, criando oportunidades de se realizar intervenções familiares. Segundo Aveline⁽⁴⁷⁾, uma das técnicas que podem ser utilizadas é a psicoterapia breve, que visa auxiliar o indivíduo na resolução de questões pontuais e na resignificação de situações dolorosas.
Incentivar o empoderamento⁽²⁷⁾	“Liberdade de escolha, independência e autodeterminação”^(48, p. 84). Desta forma, indivíduos empoderados possuem autoconhecimento, que os permitem traçar objetivos, definir metas e procurar auxílio quando necessário. Cabe aos enfermeiros de saúde mental e psiquiatria a estimular a independência dos indivíduos sob seus cuidados, procurando sempre utilizar-se das potencialidades individuais para alcançá-la.

DISCUSSÃO

Esta revisão de escopo permitiu identificar e sintetizar as intervenções de enfermeiros realizadas em serviços especializados de saúde mental e psiquiatria aos indivíduos adultos com esquizofrenia. Dentre os estudos incluídos nesta revisão não foram encontradas publicações no Brasil, podendo ser resultado do baixo investimento em pesquisa no país ⁽⁴⁹⁾. Independente desta questão, não exclui-se a magnitude da problemática e nem a preocupação constante dos profissionais de saúde mental e psiquiatria no Brasil diante da melhoria da assistência prestada a indivíduos com esquizofrenia e seus familiares/cuidadores. Diante deste contexto, 60 % dos artigos foram publicados na última década, o que pode demonstrar maior visibilidade mundial do tema perante a comunidade científica.

Frente às problemáticas encontradas nos estudos, o funcionamento social pobre vivenciado por indivíduos com esquizofrenia ^(17,19,25,30,33,34,36) foi o mais mencionado, citado em 28% dos artigos. Foram incluídos neste tópico o embotamento afetivo, a baixa gestão emocional, a pouca habilidade de conversação e a ausência de habilidades sociais, que quando presentes dificultam de forma intensa a existência de relações sociais /familiares saudáveis e satisfatórias. Diante deste panorama, a aplicação de técnicas de Terapia Cognitivo Comportamental ao indivíduo em sofrimento psíquico ^(30,33,34,36) destacaram-se, especialmente programas de gerenciamento de emoções^(33,34) e treinamento de habilidades sociais^(30,36). Ademais, a necessidade de estimulação contínua⁽³³⁾ foi descrita como uma estratégia necessária diante do embotamento afetivo, como forma de se potencializar as habilidades do indivíduo com esquizofrenia⁽²⁵⁾. Neste mesmo contexto, a realização de intervenções familiares^(17,19) também mostrou-se imprescindível, sendo mencionada a condução de grupos de apoio mútuo de base cultural⁽¹⁹⁾, diante da premissa de que a cultura influencia a forma como os indivíduos percebem o adoecimento, bem como o vivenciam e criam estratégias para conviver diante desta realidade ⁽¹⁸⁾.

Estudos demonstraram que a instituição de TCC junto a indivíduos com esquizofrenia também pode trazer resultados promissores diante da presença da sintomatologia psicótica ⁽²⁶⁾, especialmente ao que tange a presença de sintomas positivos, especialmente as alucinações. Ademais, foram verificados bons resultados perante a dificuldade de acesso a informações/serviços de saúde e baixa auto-estima ⁽¹³⁾ e baixo insight sobre a presença do adoecimento psíquico⁽¹⁸⁾. Dentre as diversas técnicas utilizadas através da abordagem cognitivo-comportamental, estudo ressalta a aplicação da resposta racional, modificação de crença e teste de realidade⁽²⁶⁾.

De uma forma geral, a realização de intervenções no âmbito familiar^(13,15,16,17,18,19,32,35) foi a mais apontada frente às problemáticas elencadas, estando presente em 26,6 % dos estudos. Constatou-se que frente ao adoecimento pela esquizofrenia, o cuidador/familiar frequentemente sobrecarrega-se frente às demandas diárias, necessitando também de assistência das equipes de saúde mental para que também não adoça. Dentre as intervenções, a condução dos grupos de apoio mútuo^(16,30,32) foi a mais citada (37,5%); seguida da psicoeducação^(15,16), mencionada em 25% dos estudos. A primeira obteve bons desfechos diante da presença do estigma social e do baixo empoderamento familiar⁽³²⁾ e a segunda frente ao desemprego⁽¹⁵⁾. Ambas foram empregadas diante da sobrecarga do cuidador^(16,17), pautando-se na premissa de que o profissional de saúde deve adotar uma postura acolhedora, ensinando habilidades de intervenções em situações problemas vivenciadas pela família/cuidador.

Frente a importância do suporte social e apoio familiar na vivência do adoecimento, a instituição de intervenções de Reabilitação Psicossocial^(13,16,27) foram citadas como primordiais diante da ocorrência da baixa autoestima⁽¹³⁾, da dificuldade de acesso a informações/ serviços de saúde⁽¹³⁾, da sobrecarga do cuidador⁽¹⁶⁾ e da presença da sintomatologia psicótica⁽²⁷⁾, demonstrando melhores prognósticos quando existe a possibilidade de amparo por indivíduos significativos à pessoa em sofrimento psíquico.

A utilização de tecnologias do cuidado em saúde^(13,14,21,24,28,29,31) através da detecção de recursos disponíveis diante das demandas dos indivíduos com esquizofrenia e seus familiares/cuidadores foi descrita em 23,3% dos estudos, podendo ser uma intervenção valiosa a ser empregada pelos enfermeiros. Destacaram-se a implementação de atenção em rede^(28,31), a realização de visita domiciliar^(13,28) e de intervenções telefônicas^(21,29) e verificou-se que questões relacionadas a dificuldade de acesso a informações/ serviços de saúde^(13,14); a baixa aderência medicamentosa⁽²¹⁾; a baixa auto-estima; o uso da polifarmácia e o risco de suicídio⁽³¹⁾ podem ser minimizadas diante destas intervenções. Foi conflitante a efetividade da realização de visita domiciliar frente a diminuição da necessidade de resopitalização^(24,28,29,31,35) do indivíduo com esquizofrenia. Estudo realizado em 1972 nos Estados Unidos⁽²⁸⁾ demonstrou que a longo prazo, 5 anos após a realização da intervenção, não houve diferenças estatisticamente importantes relacionadas ao número de reinternações. Diante desta problemática, a presença de atenção em rede^(28,31), contando com os diversos equipamentos de saúde, mostrou-se eficaz, bem como obteve melhores resultados quanto a taxa de suicídio e o uso de polifarmácia pelos indivíduos com esquizofrenia.

O apontamento de que a individualização da assistência por meio do desenvolvimento de um plano de cuidados^(22,23,24,25) esteve presente em 16 % dos artigos, destacando-se o plano

de cuidados realizados pelos enfermeiros, que através da sistematização da assistência ^(22,23) constroi estratégias para o alcance das metas desejadas pelo indivíduo em sofrimento psíquico, através da sua participação efetiva.

Ademais, a empatia do profissional de saúde mental foi descrita como primordial para que resultados satisfatórios sejam alcançados. Diante deste mesmo contexto, foi descrita a atuação do enfermeiro como instrutor de saúde e bem estar⁽²⁰⁾, pautando-se em uma atenção individualizada buscando-se diminuir a ocorrência da Síndrome Metabólica, ocasionada pelo uso de antipsicóticos, pela alimentação inadequada e pela ausência da realização de atividade física. A intervenção baseou-se na implementação de medidas de prevenção, particularmente no que tange ao estímulo ao estilo de vida saudável e a realização de exercícios físicos, mas não obteve os resultados esperados.

Frente a desesperança, a utilização de técnicas de atenção plena (*Mindfulness*)⁽³⁷⁾ mostrou-se promissora, bem como também diante do pouco insight sobre o adoecimento. Neste mesmo contexto, incentivar o empoderamento ⁽²⁷⁾ frente a presença de sintomas psicóticos foi descrito em um dos estudos, concluindo-se que somente o empoderamento do indivíduo em sofrimento psíquico não é suficiente para o controle dos sintomas e nem para uma melhor qualidade de vida e funcionamento social. Por outro lado, constatou-se que o empoderamento do familiar /cuidador adquirido no grupo de apoio mútuo favoreceu a melhora na auto-manutenção do indivíduo em sofrimento psíquico⁽³⁶⁾.

FORÇA E LIMITAÇÕES

Este artigo é a primeira revisão de escopo realizada com o intuito de sintetizar e mapear as intervenções de enfermeiros realizadas em serviços especializados de saúde mental e psiquiatria aos indivíduos adultos com esquizofrenia. Foram incluídos 25 artigos de quase todos os continentes, com exceção da Antártida e da América do Sul, o que nos permite monitorizar as principais estratégias que estão sendo utilizadas junto à esta população e seus familiares/cuidadores, visando principalmente a melhor qualidade de vida.

Não obtivemos acesso a dez estudos, o mais antigo datado de 1974 e o mais recente de 2012, porém através da leitura dos títulos, percebe-se que os temas são recorrentes e envolvem atendimento domiciliar; grupo de suporte familiar; utilização de técnicas da TCC; acompanhamento comunitário e trabalho e suporte social.

Lacunas foram encontradas em relação a atividade sexual dos indivíduos com

esquizofrenia e ao uso de SPA por esta população, não sendo encontrado nenhum estudo sobre estas questões. Sabe-se que frente a ocorrência de um transtorno mental grave, são comuns questões relacionadas a práticas sexuais de risco e o uso abusivo de SPA, problemáticas que também demandam de intervenções, visto os inúmeros prejuízos decorrentes destes comportamentos.

CONTRIBUIÇÕES PARA A ÁREA DA ENFERMAGEM, SAÚDE OU POLÍTICA PÚBLICA

Esta revisão visa trazer um aporte de conhecimento acerca das intervenções de enfermeiros para indivíduos adultos com esquizofrenia em serviços especializados em saúde mental e psiquiatria. Diante da reforma psiquiátrica e da necessidade de tratamento preferencial em serviços comunitários de saúde mental, possibilitaram-se novos cenários de atuação, exigindo readequação da forma de assistência e implantação de intervenções diferenciadas frente às problemáticas que estão presentes no contexto da vivência do adoecimento⁽⁵⁰⁾. Neste panorama, os enfermeiros exercem especial contribuição, justificada pela atuação em todos os níveis de assistência e pela maior proximidade junto aos indivíduos em sofrimento psíquico e seus familiares/cuidadores. Por outro lado, ainda percebe-se a busca pela identidade profissional junto às equipes multidisciplinares. Segundo Simpson⁽⁵¹⁾, o papel desses profissionais não é bem definido na literatura, o que corrobora para a visão errônea de “uma enfermagem limitada” e pouco atuante diante do sofrimento psíquico. Frente a esta problemática, a categoria necessita assumir sua identidade de forma a instrumentalizar-se para exercer o cuidado baseado em evidências científicas.

Até o momento, os enfermeiros de saúde mental e psiquiatria brasileiros não possuem protocolo de intervenções destinadas aos indivíduos com esquizofrenia e seus familiares/cuidadores e diante das intervenções levantadas por este estudo poderão basear-se nas possibilidades de atuação perante as problemáticas mais encontradas junto a estas populações.

CONCLUSÕES

Esta revisão de escopo permitiu identificar e mapear as intervenções de enfermeiros em serviços especializados em saúde mental e psiquiatria aos indivíduos com esquizofrenia. As

dificuldades vivenciadas por esta população mantêm-se recorrentes, destacando-se o funcionamento social pobre e altos índices de reospitalização. Ademais, os familiares/cuidadores perpetuam a sobrecarga diante do adoecimento.

As intervenções dos enfermeiros pautando-se no modelo biopsicossocial e apoiando-se nas habilidades individuais da pessoa em sofrimento psíquico são imprescindíveis para melhor qualidade de vida, bem como a existencia do suporte social. No entanto, percebe-se a necessidade de novas intervenções aos indivíduos com esquizofrenia, diante da ciência de que as dificuldades de cognição, o retraimento social, a ansiedade e a desorganização do pensamento prejudicam a adesão de novos comportamentos e a manutenção da motivação, tornando o atendimento um constante desafio. Frente á isto, conclui-se que perante as questões individuais que envolvem a vivência do adoecimento psíquico, há a recorrente necessidade de reavaliar-se as intervenções demandadas, buscando-se a adequação para cada sujeito/familiar/cuidador.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Schizophrenia. Genebra; 2019. [cited 2020 Nov 28]. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.
2. Gadelha A, Nardi AG, Silva AG. Esquizofrenia: Teoria e clínica. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2021.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5 ed. Washington, DC; 2013.
4. He H, Liu Q, Li N, Guo L, Gao F, Bai L, et al. Trends in the incidence and DALYs of schizophrenia at the global, regional and national levels: results from the Global Burden of Disease Study in 2017. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020;29:e91. doi: 10.1017/S2045796019000891.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 364, de 9 de abril de 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Esquizofrenia. In: Diário Oficial da União. Brasília; 2013.
6. Stepnicki P, Kondej M, Kaczor AA. Current concepts and treatments of schizophrenia. *Molecules*. 2018;23(8):20-87. doi: <https://doi.org/10.3390/molecules23082087>.
7. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred Reporting Items for Systematic

- Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med.* 2009;6(7):e1000097. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
8. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation [Internet]. Vol. 169, *Annals of Internal Medicine*. American College of Physicians; 2018 [cited 2020 Dec 2]. p. 467–73. doi: <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
 9. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: Towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol Theory Pract.* 2005;8(1):19–32. doi: <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
 10. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN n.º 0599/2018. Aprova Norma Técnica para Atuação da Equipe de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria. [citado 2020 nov. 2]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-599-2018_67820.html.
 11. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
 12. Asher L, Hanlon C, Birhane R, Habtamu A, Eaton J, Weiss HA, al. Community- based rehabilitation intervention for people with schizophrenia in Ethiopia (RISE): a 12-month mixed methods pilot study. *BMC Psychiatry.* 2018;18(1):250.
 13. Lemetyinen H, Onwumere J, Drake RJ, Abel K, Haigh C, Moulton G, et al. Co-production and evaluation of an e-learning resource to improve African-Caribbean families' knowledge about schizophrenia and engagement with services: a pilot randomised controlled trial protocol. Pilot and feasibility studies. 2018;4(174).
 14. Ran MS, Chan CL, Ng SM, Guo LT, Xiang MZ. The effectiveness of psychoeducational family intervention for patients with schizophrenia in a 14-year follow-up study in a Chinese rural area. *Psychol Med.* 2015;45(10):2197-204.
 15. Casaleiro T, Seabra P, Caldeira S. Eficácia das intervenções de enfermagem na sobrecarga da família da pessoa com esquizofrenia: revisão de literatura. *CuidArte Enferm.* 2017;11(2):287-92.
 16. Glynn SM, Cohen AN, Dixon LB, et al. The potential impact of the recovery movement on family interventions for schizophrenia: opportunities and obstacles. *Schizophrenia Bull.* 2006;32(3):451-63. doi: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj066>.

17. Chidarikire S, Cross M, Skinner I, Cleary M. Treatments for people living with schizophrenia in Sub-Saharan Africa: an adapted realist review. *Int Nurs Review*. 2018;65(1):78-92.
18. Chaichumni N, Suttharangsee W, Saesia W. The Effect of a Thai Culturally-Based Mutual Support Program: A Randomized Controlled Trial. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 2015;192(2):150-63. Disponível em: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/23550>.
19. Gandhi S, Gurusamy J, Damodharan D, et al. Facilitators of healthy life style behaviors in persons with schizophrenia-A qualitative feasibility pilot study. *Asian Journal of Psychiatry*. 2019; 40:3-8.
20. Uslu E, Buldukoglu K. Randomized controlled trial of the effects of nursing care based on a telephone intervention for medication adherence in schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care*. 2020;56(1):63-71.
21. Morrison EF. Nursing adaptation evaluation: a method for evaluating nursing care. *Perspectives in Psychiatric Care*. 1990;26(4):11-6. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.1990.tb00319.x>.
22. Roldán-Merino J, García IC, Ramos-Pichardo JD, Foix-Sanjuan A, Quilez-Jover J, Montserrat-Martinez M. Impact of personalized in-home nursing care plans on dependence in ADLs/IADLs and on family burden among adults diagnosed with schizophrenia: a randomized controlled study. *Perspect Psychiatr Care*. 2013;49(3):171-8. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2012.00347.x>.
23. Dadich A, Fisher KR, Muir K. How can non-clinical case management complement clinical support for people with chronic mental illness residing in the community? *Psychology, Health & Medicine*. 2013;18(4):482-9. doi: <https://doi.org/10.1080/13548506.2012.748207>.
24. Pioli R, Vittorielli M, Gigantesco A, Rossi G, Basso L, Caprioli C, et al. Outcome assessment of the VADO approach in psychiatric rehabilitation: a partially randomised multicentric trial. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 2006;2(5). doi: <https://doi.org/10.1186/1745-0179-2-5>.
25. Chan SW, Leung JK. Cognitive behavioural therapy for clients with schizophrenia: implications for mental health nursing practice. *J Clin Nurs*. 2009;11(2):214-24. doi:

<https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2002.00593.x>.

26. Chou KR, Shih YW, Chang C, Chou YY, Hu WH, Cheng JS, et al. Psychosocial rehabilitation activities, empowerment, and quality of community-based life for people with schizophrenia. *Arc Psychiatric Nurs.* 2012;26(4):285-94. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2012.04.003>.
27. Davis AE, Dinitz S, Pasamanick B. The prevention of hospitalization in schizophrenia: five years after an experimental program. *Am J Orthopsychiatry.* 1972;42(3):375-88. doi: <https://doi.org/10.1111/j.19390025.1972.tb02504.x>.
28. Beebe LH. Community nursing support for clients with schizophrenia. *Arc Psychiatric Nurs.* 2001;15(5):214-22. doi: <https://doi.org/10.1053/apnu.2001.27018>.
29. Chien HC, Ku CH, Lu RB, Chu H, Tao YH, Chou KR. Effects of social skills training on improving social skills of patients with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs.* 2003;17(5):228-36.
30. Mayer-Amberg N, Woltmann R, Walther S. An Integrated Care Initiative to Improve Patient Outcome in Schizophrenia. *Front Psychiatry.* 2016;8(6):184.
31. Chien WT, Chan SW. One-year follow-up of a multiple-family-group intervention for Chinese families of patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 2004;55(11):1276- 84.
32. Cho M, Jang SJ. Effect of an emotion management programme for patients with schizophrenia: A quasi-experimental design. *Int J Ment Health Nurs.* 2019;28(2):592-604.
33. Won MR, Lee KJ, Lee JH, Choi YJ. Effects of an emotion management nursing program for patients with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs.* 2012;26(1):54-62.
34. Chien WT, Chan S, Morrissey J, Thompson D. Effectiveness of a mutual support group for families of patients with schizophrenia. *J Adv Nurs.* 2005;51(6):595-608.
35. Seo JM, Ahn S, Byun EK, Kim CK. Social skills training as nursing intervention to improve the social skills and self-esteem of inpatients with chronic schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs.* 2007;21(6):317-26.
36. Astuti HWY. Effects of mindfulness on stimulating hope and recovery among people with schizophrenia. *DataNurse Media J Nurs.* 2020;10(2):119-29.
37. Wolever RQ, Simmons LA, Sforzo GA, Dill D, Kaye M, Bechard, E. et al. A systematic

- review of the literature on health and wellness coaching: Defining a key behavioral intervention in healthcare. *Global Advances in Health and Medicine*. 2013;2(4):38-57. doi: <https://doi.org/10.7453/gahmj.2013.042>
38. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Síndrome Metabólica. São Paulo, 2011. [citado 2021 nov. 10]. Disponível em: <https://www.endocrino.org.br/sindrome-metabolica/>
 39. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível, Rio de Janeiro: Te Corá/ Instituto Franco Basaglia; 2001.
 40. Koerich MS, Backes DS, Scortegagna HM, Wall ML, Veronese AM, Zeferino MT, et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(Esp):178-85.
 41. Serra AMM. Sobre a TC terapia cognitiva ou TCC: terapia cognitivo comportamental. São Paulo [s.d.]. [citado 2021 nov. 10]. Disponível em: <http://www.itcbr.com/oque.shtml>.
 42. Maia RS, Araújo TCS, Maia EMC. Aplicação da psicoeducação na saúde: revisão integrativa. *Rev Bras Psicoter*. 2018;20(2):53-63.
 43. Del Prette ZAP, Del Prette A. Psicologia das habilidades sociais: Terapia e educação. Petrópolis: Vozes; 1999.
 44. Bolsoni-Silva AT. Habilidades sociais: Breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. *Interação em Psicologia*. 2002;6:233-42.
 45. Ganguly P. Mindfulness in Holistic Management of Schizophrenia. *Int J Psychol Behav Anal*. 2018; 4:155. doi: <https://doi.org/10.15344/2455-3867/2018/155>.
 46. Aveline MO. The training and supervision of individual therapists. In: Dryden W, editor. *Individual Therapy: A comprehensive Handbook*. London: John Wiley&Sons; 1996. p. 365-394.
 47. Harp HT. Empowerment of mental health consumers in vocational rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation J*, 1994;17(3):83-9.
 48. Silva Júnior JR, Fargoni EHE. Notas sobre o colapso da ciência no Brasil. *EccoS – Revista Científica*. 2021; (58):e20850. doi: <https://doi.org/10.5585/eccos.n58.20850>.
 49. Brasil. Lei N.º 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde

mental. Diário Oficial da União, Brasília, 9 abr. 2001.

50. Simpson A. Community psychiatric nurses and the care co-ordinator role: squeezed to provide “limited nursing.” J Adv Nurs. 2005;52(6):689-99. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03636.x>.

REFERÊNCIAS

Almeida A, Godoy R, Costa CM. Esquizofrenia associada aos níveis de vitamina D, Braz J Health Review. 2020;3(6):16270-7.

American Psychiatric Association (APA). Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais. 3 ed. DSM-III-R. São Paulo: Manole; 1989.

American Psychiatric Association. Diretrizes do tratamento da esquizofrenia: Formulação e implementação de um plano terapêutico. Porto Alegre: Artes Médica; 2000.

Antoni C, Barone LR, Koller SH. Indicadores de Risco e de Proteção em Famílias Fisicamente Abusivas. Psicol Teor Pesqui. 2007;23(2):125-32.

Aromataris E, Munn Z, editors. JBI Manual for Evidence Synthesis. [Interne]. JBI, 2020. [cited 2021 Dec. 2021] Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>.

Asher L, Hanlon C, Birhane R, Habtamu A, Eaton J, Weiss HA, et al. Community-based rehabilitation intervention for people with schizophrenia in Ethiopia (RISE): a 12-month mixed methods pilot study. BMC Psychiatry. 2018;18(1):250.

Astuti HWY. Effects of mindfulness on stimulating hope and recovery among people with schizophrenia. DataNurse Media J Nurs. 2020;10(2):119-29.

Baldaçara L, Rocha GA, Leite VC, Porto DM, Grudtner RR, Diaz AP, et al. Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior: Part 1 - Risk factors, protective factors, and assessment. Braz J Psychiatr. [Internet]. 2020. [citado 2020 nov. 20];43(5): Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462020005035202&lng=en. DOI: 10.1590/1516-4446-2020-0994.

Beebe LH. Community nursing support for clients with schizophrenia. Arc Psychiatric Nurs [Internet]. 2001 [cited 2020 Nov 20];15(5):214-22. Available from: <https://doi.org/10.1053/apnu.2001.27018>. DOI: 10.1053/apnu.2001.27018.

Bell M, Lysaker P, Bryson G. A behavioral intervention to improve work performance in schizophrenia: Work behavior inventory feedback. J Vocational Rehabilitation. 2003;18(1):43-50.

Bergqvist A, Karlsson M, Foldemo A, Wärdig R, Hultsjö S. Preventing the development of metabolic syndrome in people with psychotic disorders-difficult, but possible: experiences of staff working in psychosis outpatient care in Sweden. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 2013 [cited 2020 Nov 20];34(5):350-8. Available from: <https://doi.org/10.3109/01612840.2013.771234>. DOI: 10.3109/01612840.2013.771234.

Bourque F, Van Der Vem E, Malla A. A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychological Medicine*. 2011;41(5):897-910.

Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. 3 ed. Rio de Janeiro: ANS; 2009.

Brasil. Lei N.º 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília, 9 abr. 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Estratégicas [Internet]. Brasília; 2015. [citado 2020 dez. 20]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/pacsaude/diretrizes.php>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2840, 29 de dezembro de 2014. Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. In: *Diário Oficial da União*. Brasília; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 364, de 9 de abril de 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Esquizofrenia. In: *Diário Oficial da União*. Brasília; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde: Princípios e conquistas. Brasília: MS; 2000.

Brown AS, Hooton J, Schaefer CA, Zhang H, Petkova E, Babulas V, et al. Elevated maternal interleukin-8 levels and risk of schizophrenia in adult offspring. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2004. [cited 20 Nov 27];161(5):889-95. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15121655/>.

Brown AS, Mcgrath JJ. The prevention of schizophrenia. *Schizophrenia bull.* [Internet]. 2011 [cited 2020 Nov 27];37(2):257-61. Available from: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbq122>. DOI: 10.1093/schbul/sbq122.

Brown GW, Birley JLT, Wing JK. Influence of Family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry* 1972;121:241-56.

Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, Rio de Janeiro. 2007;17(1):77-93.

Canetta S, Sourander A, Surcel HM, Hinkka-Yli-Salomäki S, Leiviskä J, Kellendonk C, et al. Elevated maternal C-reactive protein and increased risk of schizophrenia in a national birth cohort. *Am J Psychiatry*. 2014;171(9):960-8.

Carrapato P, Correia P, Garcia B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saúde Soc.* [Internet]. 2017 [citado 2021 jul 13];26(3):676-89. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/PyjhWH9gBP96Wqsr9M5TxJs/?lang=pt>. DOI: 10.1590/s0104-12902017170304.

Carvalho AI. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.

Casaleiro T, Seabra P, Caldeira S. Eficácia das intervenções de enfermagem na sobrecarga da família da pessoa com esquizofrenia: revisão de literatura. *CuidArte Enferm* [Internet]. 2017;11(2):287-92. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/324782999_Eficacia_das_intervencoes_de_enfermagem_na_sobrecarga_da_familia_da_pessoa_com_esquizofrenia_Revisao_de_literatura.

Castle DJ, Buckley PF. *Schizophrenia*. Oxford: University Press; 2011.

Chaichumni N, Suttharangsee W, Saesia W. The Effect of a Thai Culturally-Based Mutual Support Program: A Randomized Controlled Trial. *Pacific Rim International J Nur Res* [Internet]. 2015 [cited 2020 Nov 27]; 192(2):150-63. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/23550>.

Chan SW, Leung JK. Cognitive behavioural therapy for clients with schizophrenia: implications for mental health nursing practice. *J Clin Nurs* [Internet]. 2009 [cited 2020 Nov 27]; 11(2):214-24. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11903721/>. DOI: 10.1046/j.1365-2702.2002.00593.x.

Chidarikire S, Cross M, Skinner I, Cleary M. Treatments for people living with schizophrenia in Sub-Saharan Africa: an adapted realist review. *Int Nurs Review*. 2018;65(1):78-92.

Chien HC, Ku CH, Lu RB, Chu H, Tao YH, Chou KR. Effects of social skills training on improving social skills of patients with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*. 2003;17(5):228-36.

Chien WT, Chan S, Morrissey J, Thompson D. Effectiveness of a mutual support group for families of patients with schizophrenia. *J Adv Nurs*. 2005;51(6):595-608.

Chien WT, Chan SW. One-year follow-up of a multiple-family-group intervention for Chinese families of patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2004;55(11):1276-84.

Cho M, Jang SJ. Effect of an emotion management programme for patients with schizophrenia: A quasi-experimental design. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2019 [cited 2020 Nov 27];28(2):592-604. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30585413/>. DOI: 10.1111/inm.12565.

Chou KR, Shih YW, Chang C, Chou YY, Hu WH, Cheng JS, et al. Psychosocial rehabilitation activities, empowerment, and quality of community-based life for people with schizophrenia. *Arc Psychiatric Nurs* [Internet]. 2012 [cited 2020 Nov 27];26(4):285-94. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2012.04.003>. DOI: 10.1016/j.apnu.2012.04.003.

Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN n.º 0599/2018. Aprova Norma Técnica para Atuação da Equipe de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria. [citado 2020 nov. 2]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-599-2018_67820.html.

Cordeiro L, Soares CB. Revisão de escopo: potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualitativa. BIS [Internet]. 2019 [citado 2021 nov. 2];20(2):37-43. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1021863/bis-v20n2-sintese-de-evidencias-qualitativas-37-43.pdf>.

Costa II. Da psicose aos Sofrimentos Psíquicos Graves: Caminhos para uma abordagem completa. Brasília: Kaco Editora; 2010.

Dadich A, Fisher KR, Muir K. How can non-clinical case management complement clinical support for people with chronic mental illness residing in the community? Psychology, Health & Medicine [Internet]. 2013 [cited 2020 Nov 27];18(4):482-9. Available from: <https://doi.org/10.1080/13548506.2012.748207>. DOI: 10.1080/13548506.2012.748207.

Daltioi CS, Mari JJ, Ferraz MB. Custo direto médico-hospitalar de recaída em esquizofrenia em serviços de saúde na cidade de São Paulo. Rev Saude Publica. [Internet]. 2011 [citado 2020 nov. 20];45(1):14-23. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/4a19/8c24124b99835dad0be0d884697d5b6dcd3a.pdf>.

Davis J, Eyre H, Jacka FN, Dodd S, Dean O, McEwen S, et al. A review of vulnerability and risks for schizophrenia: Beyond the two hit hypothesis. Neuroscience and Biobehavioral Reviews [Internet]. 2016; [cited 2020 Dec 15]; 65:185-94. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.03.017>. DOI:10.1016/j.neubiorev.2016.03.07.

Davis AE, Dinitz S, Pasamanick B. The prevention of hospitalization in schizophrenia: five years after an experimental program. Am J Orthopsychiatry [Internet]. 1972 [cited 2020 Nov 27];42(3):375-88. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.19390025.1972.tb02504.x>. DOI: 10.1111/j.19390025.1972.tb02504.x.

Demarzo MMP. Reorganização dos sistemas de saúde. [citado 2020 nov. 27] Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade02/unidade02.pdf.

Dixon L. What It Will Take to Make Coordinated Specialty Care Available to Anyone Experiencing Early Schizophrenia: Getting Over the Hump. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(1):7-8.

Engels F. A Situação da classe trabalhadora na Inglaterra. 1 ed. São Paulo: Boitempo; 2008.

England M. Efficacy of cognitive nursing intervention for voice hearing. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2007;43(2):69-76.

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Centro Brasileiro para o Cuidado à Saúde Informado por Evidências: Centro de Excelência do Instituto Joanna Briggs. [citado 2022 jan. 14]. São Paulo [s.d]. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/site/index.php/paginas/mostrar/1624/2294/156>.

Estados Unidos da América. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5 ed. Washington, DC; 2013.

Evensen S, Ueland T, Lystad JU, Bull H, Klungsøyr O, Martinsen EW, et al. Employment outcome and predictors of competitive employment at 2-year follow-up of a vocational rehabilitation programme for individuals with schizophrenia in a high-income welfare society. *Nordic Journal of Psychiatry* [Internet]. 2017[cited 2020 Nov 27];71(3):180-7. Available from: <https://doi.org/10.1080/08039488.2016.1247195>. DOI: 10.1080/08039488.2016.1247195.

Evensen S, Wisløff T, Lystad JU, Bull H, Martinsen EW, Ueland T, et al. Exploring the potential cost-effectiveness of a vocational rehabilitation program for individuals with schizophrenia in a high-income welfare society. *BMC Psychiatry* [Internet] 2019. [cited 2020 Nov 4];19(1):140. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2130-7>. DOI: 10.1186/s12888-019-2130-7.

Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF, Möller HJ. Diretrizes da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica para o tratamento

biológico da esquizofrenia. Parte 1: tratamento agudo. Arch Clin Psychiatry. 2006;33(1):7-64.

Fernández Guijarro S, Miguel García C, Pomarol-Clotet E, Egea López EN, Burjales Martí MD, Rigol Cuadra MA. Metabolic Syndrome Screening in People with Severe Mental Illness: Results from Two Spanish Community Mental Health Centers. J Am Psychiatric Nurses Association [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 27];26(2):162-71. Available from: <https://doi.org/10.1177/1078390319826686>. DOI: 10.1177/1078390319826686.

Fonseca LLK, Araújo LMC, Godoy EFM, Botti NCL. Admissão dos pacientes em crise psicótica na fase prodrômica. Rev Aten Saúde [Internet]. 2017 [citado 2020 nov. 5];15(52):21-28. Disponível em: <https://doi.org/10.13037/ras.vol15n52.4426>. DOI: 10.13037/ras.vol15n52.4426.

Gadelha A, Nardi AG, Silva AG. Esquizofrenia: Teoria e clínica. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2021.

Gage SH, Hickman M, Zammit S. Association between cannabis and psychosis: epidemiologic evidence. Biol Psychiatry [Internet]. 2016 [cited 2020 Dec 2];1;79(7):549-56. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26386480/>. DOI: 10.1016/j.biopsych.2015.08.001.

Gandhi S, Gurusamy J, Damodharan D, et al. Facilitators of healthy life style behaviors in persons with schizophrenia-A qualitative feasibility pilot study. Asian Journal of Psychiatry. 2019; 40:3-8.

Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. Cienc. Saude Colet. [Internet]. 2012; [citado 2020 dez. 10];17(1):123-33. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n1/123-133/pt>.

Glynn SM, Cohen AN, Dixon LB, et al. The potential impact of the recovery movement on family interventions for schizophrenia: opportunities and obstacles. Schizophrenia Bull [Internet]. 2006[cited 2020 Dec 12];32(3):451-63. Available from: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj066>. DOI: 10.1093/schbul/sbj066.

He H, Liu Q, Li N, Guo L, Gao F, Bai L, et al. Trends in the incidence and DALYs of schizophrenia at the global, regional and national levels: results from the Global Burden of Disease Study in 2017. *Epidemiol Psychiatr Sci*. [Internet]. 2020. [cited 2020 Dec 12];29:e91. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7214712/>.

Holt R, Gossage-Worrall R, Hind D, Bradburn MJ, McCrone P, Morris T, et al. Structured lifestyle education for people with schizophrenia, schizoaffective disorder and first-episode psychosis (STEPWISE): randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2019;214(2):63-73.

Jakobsen AS, Speyer H, Nørgaard H, Karlsen M, Birk M, Hjorthøj C, et al. Effect of lifestyle coaching versus care coordination versus treatment as usual in people with severe mental illness and overweight: Two-years follow-up of the randomized change trial. *PLoS one* [Internet]. 2017;[cited 2020 Nov 27];12(10). Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185881>. DOI: 10.1371/journal.pone.0185881.

Kočovská E, Gaughran F, Krivoy A, Meier UC. Vitamin-D Deficiency as a potential environmental risk factor in multiple sclerosis, schizophrenia and autism. *Front Psychiatry* [Internet]. 2017 [cited 2020 Nov 20];8:47. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5366333/>. DOI: 10.3389/fpsy.2017.00047.

Kong A, Frigge ML, Masson G, Besenbacher S, Sulem P, Magnusson G, et al. Rate of de novo mutations and the importance of father's age to disease risk. *Nature* [Internet]. 2012; [cited 2020 Dec 12];25(1):471-75. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22914163/>.

Lauriello J. Patient-centered psychopharmacology and psychosocial interventions: Treatment selection and shared decision-making to enhance chances for recovery. *J Clinical Psychiatry* [Internet]. 2020 [cited 2020 dez. 2];81(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412702/>.

Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess early mortality in schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2014;10:425-48.

Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Cienc. Saude Colet*. 2003;8(3):775-82.

Lemetyinen H, Onwumere J, Drake RJ, Abel K, Haigh C, Moulton G, et al. Co-production and evaluation of an e-learning resource to improve African-Caribbean families' knowledge about schizophrenia and engagement with services: a pilot randomised controlled trial protocol. Pilot and feasibility studies. 2018;4(174).

Lima TM, Silva JGRR, Batista EC. Perfil epidemiológico de pacientes com esquizofrenia em uso de antipsicóticos de ação prolongada. Rev Contexto e Saúde [Internet]. 2017 [2020 nov 24];17(33):3-16. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/6206>.

Lora A, Kohn R, Levav I, McBain R, Morris J, Saxena S. Service availability and utilization and treatment gap for schizophrenic disorders: a survey in 50 low and middle-income countries. Bull World Health Organ. [Internet]. 2012 [cited 2020 Dec 24];90(1):47-54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22271964/>. DOI: 10.2471/BLT.11.089284.

Martins AO, Ricci EC, Emerich BF, Campos RO. Trabalho como estratégia de reabilitação social: desafios e potencialidades de uma oficina de trabalho. Revista de Psicologia da UNESP. 2019;17(2):51-61.

Matos G, Guarniero FB, Hallak JE, Bressan RA. Schizophrenia, the forgotten disorder: the scenario in Brazil. Rev Bras Psiquiatr. [Internet]. 2015; [cited 2020 Nov 24];37(4):269-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1827>.

Mayer-Amberg N, Woltmann R, Walther S. An Integrated Care Initiative to Improve Patient Outcome in Schizophrenia. Front Psychiatry. 2016;8(6):184.

Mccann TV. Uncovering hope with clients who have psychotic illness. J Holist Nurs. 2002;20(1):81-99.

Mcgorry PD, Killackey E, Yung AR. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. World Psychiatry. 2008;7(3):148-156.

Mendeley. Mendeley reference manager for desktop. London; 2012. [cited 2020 Dec 15]. Available from: <https://www.mendeley.com/download-desktop-new/>.

Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: Aspectos conceituais. Brasília: OPAS; 2012.

Morrison EF. Nursing adaptation evaluation: a method for evaluating nursing care. *Perspectives in Psychiatric Care* [Internet]. 1990;26(4):11-6. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.1990.tb00319.x>.

Nicácio F, Mangia EF, Ghihardi MIG. Projetos de inclusão no trabalho e emancipação de pessoas em situação de desvantagem: uma discussão de perspectivas. *Rev Ter Ocup USP*. 2005;16(2):62-6.

Nolasco M, Bandeira M, Oliveira M, Vidal C. Sobrecarga de familiares cuidadores em relação ao diagnóstico de pacientes psiquiátricos. *J Bras Psiquiatria*. 2014;63(2):89-97.

Nosarti C, Reichenberg A, Murray RM, Cnattingius S, Lambe MP, Yin L. et al. Preterm birth and psychiatric disorders in young adult life. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2012 [cited 2020 Dec 7];69(6):E1-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22660967/>.

Oliveira MAP, Velarde LGC, Sá RAM. Ensaio clínico randomizado: Série Entendendo a Pesquisa Clínica 2. *FEMINA*. Jan/Fev 2015; 43(1):7.

Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão. Tradução do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 3 ed. São Paulo: EDUSP; 1996.

Organização Mundial da Saúde. Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global. Genebra: OMS; 2009. [citado 2020 nov. 21]. Disponível em: https://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf.

Organização Mundial da Saúde. Livro de recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e legislação. [citado 2020 nov. 2]. Genebra: OMS; 2005. Disponível em https://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.

Organização Mundial da Saúde. Primeira Conferência Internacional sobre Saúde. Carta de Ottawa. Ottawa, Canadá, 1986. [citado 2020 dez. 2]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf.

Organização Pan Americana de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas. Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. [citado 2021 dez. 2]. Brasília; 2017. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf.

Organização Pan-Americana da Saúde. Determinantes ambientais e sociais da saúde. Washington, DC: OPAS; 2011.

Organização Pan-Americana da Saúde. Módulos de princípios de epidemiologia para o controle de enfermidades. Módulo 6: controle de enfermidades na população. Brasília; 2010.

Organización Mundial de la Salud. Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Interna. Nova York; 1946.

Pádua AC, Gama CS, Lobato MA, Abreu PB. Esquizofrenia: diretrizes e algoritmo para o tratamento farmacológico. Porto Alegre: Artmed; 2005.

Pattussi MP, Moysés SJ, Junges JR, Sheiham A. Capital social e a agenda de pesquisa em epidemiologia. Cad Saude Publica [internet]. 2006 [citado 2020 np. 15];22(8):1525-46. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4YTGDrFVQqMyFBBNJQm6Mbk/?lang=pt>. DOI: 10.1590/s0102-311x2006000800002.

Pellegrini Filho A. Conferência mundial sobre determinantes sociais da saúde. Cad Saude Publica. 2011;27(11):2080-1.

Perkovic MN, Erjavec GN, Strac DS, Uzun S, Kozumplik O, Pivac N. Theranostic Biomarkers for Schizophrenia. Int J Molecular Sci. [Internet]. 2017 [cited 2020 Nov 20];18(4):733. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijms18040733>.

Pinto MALA. Impacto da Idade na Fertilidade Masculina [dissertação] Porto: Instituto de Ciências Biomédica, Universidade do Porto; 2017.

Pioli R, Vittorielli M, Gigantesco A, Rossi G, Basso L, Caprioli C, et al. Outcome assessment of the VADO approach in psychiatric rehabilitation: a partially randomised multicentric trial. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* [Internet]. 2006; [cited 2020 Nov 27];2(5). Available from: <https://doi.org/10.1186/1745-0179-2-5>.

Pitta JCN. Fundação Teórica Esquizofrenia: Especialização em saúde da família (UNA-SUS) 2010. [citado 2020 nov. 20]. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/3/unidades_casos_complexos/unidade27/unidade27_ft_esquizofrenia.pdf.

Queirós T, Coelho F, Linhares L, Telles-Correia D. Esquizofrenia: O Que o médico não psiquiatra precisa saber. *Acta Médica Portuguesa* [Internet]. 2019; [citado 2020 dez. 1];32(1):70-7. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/10768/5592>.

Ran MS, Chan CL, Ng SM, Guo LT, Xiang MZ. The effectiveness of psychoeducational family intervention for patients with schizophrenia in a 14-year follow-up study in a Chinese rural area. *Psychol Med*. 2015;45(10):2197-204.

Ribeiro MKP, Gianini RJ, Goldbaum M, Cesar CLG. Equidade na cobertura dos gastos com saúde pelo Sistema Único de Saúde de pessoas com indicadores de transtornos mentais comuns no município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. [Internet]. 2018; [citado 2020 nov. 27];21:e.180011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2018000100410&lng=en.

Rodrigues CD, Souza DS, Rodrigues HM, Konstantyner TCRO. Trends in suicide rates in Brazil from 1997 to 2015. *Braz J Psychiatry* [Internet]. 2019 [citado 2020 dez. 2];41(5):380-388. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/RtR9RvfpHKfnjqbxk35chKt/?lang=en>. DOI: 10.1590/1516-4446-2018-0230.

Roldán-Merino J, García IC, Ramos-Pichardo JD, Foix-Sanjuan A, Quilez-Jover J, Montserrat-Martinez M. Impact of personalized in-home nursing care plans on dependence in ADLs/IADLs and on family burden among adults diagnosed with schizophrenia: a randomized controlled study. *Perspect Psychiatr Care* [Internet]. 2013; [cited 2020 Nov 27];49(3):171-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23819667/>. DOI: 10.1111/j.1744-6163.2012.00347.x

Rose G. La estrategia de la medicina preventiva. Barcelona: Masson-Salvat; 1994.

Rubio-Abadal E, Ochoa S, Barajas A, Baños I, Dolz M, Sanchez B, et al. Birth weight and obstetric complications determine age at onset in first episode of psychosis. *J Psychiatr Res.* 2015;65: 108-14.

Santos EG, Siqueira MM. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J Bras Psiquiatr.* [Internet]. 2010 [citado 2020 nov. 15];59(3):238-46. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/FNQ5qZjtSdwznsjZzHTH7jS/?format=pdf&lang=pt>. DOI: 10.1590/S0047-20852010000300011.

Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta AM, organizadora. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 13-8.

Schrank B, Brownell T, Jakaite Z, Larkin C, Pesola F, Riches S, et al. Evaluation of a positive psychotherapy group intervention for people with psychosis: pilot randomised controlled trial. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* [Internet]. 2016; [cited 2020 Nov 27];25(3):235-46. Available from: <https://doi.org/10.1017/S2045796015000141>. DOI: 10.1017/S2045796015000141.

Scliar M. História do conceito de saúde. *Physis.* 2007;17(1): 29-41.

Seeman MV. The family and schizophrenia. *Human med.* [Internet]. 1988 [cited 2020 Dec 4];4:96-101. Available from: https://www.researchgate.net/profile/MarySeeman/publication/280600555_The_family_and_schizophrenia/links/55bd29d108aec0e5f4445820/The-family-and-schizophrenia.pdf.

Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. *Revista Saúde Publica* 1997;31(5):538-42.

Seo JM, Ahn S, Byun EK, Kim CK. Social skills training as nursing intervention to improve the social skills and self-esteem of inpatients with chronic schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs.* 2007;21(6):317-26.

Shirakawa ITIRO. *Ajustamento social na esquizofrenia*, 4 ed. Ver. São Paulo: Casa Leitura Médica; 2009.

Silva Júnior JR, Fargoni EHE. Notas sobre o colapso da ciência no Brasil. EccoS —Revista Científica [Internet]. 2021 [citado 2021 dez. 5];(58):e20850. Disponível em: <https://doi.org/10.5585/eccos.n58.20850>. DOI: 10.5585/eccos.n58.20850.

Sobral A, Freitas CM. Modelo de organização de indicadores para operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde. Saúde Soc. [Internet]. 2010; [citado 2020 nov. 10];19(1):35-47. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/xt9VTQXXLTgxhm6WMMyhz3TD/abstract/?lang=pt>. DOI:10.1590/s0104-12902010000100004.

Stepnicki P, Kondej M, Kaczor AA. Current concepts and treatments of schizophrenia. Molecules [Internet]. 2018 [cited 2020 dez 5];23(8):20-87. Available from: <https://doi.org/10.3390/molecules23082087>. DOI: 10.3390/molecules23082087.

Stilo SA, Murray RM. Non-genetic factors in schizophrenia. Current Psychiatry Reports. 2019;21(10):100.

Tay-Teo K, Pezzullo L, Biselli B, Dias T, Pitito L,Guarniero F. O custo da recaída no tratamento da esquizofrenia no Brasil. J Bras Econ Saúde. 2014; 6(2):102-5.

Tesser CD. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? Rev Saude Public. 2017; 51:116.

The University of Adelaide (TUA). JBI Collaboration. Adelaide [s.d]. [cited 2022 Jan 14]. Available from: <https://jbi.global/>.

The Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med 1995;41(10):1403-9.

Townsend MC. Enfermagem psiquiátrica: Conceitos de Cuidados. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

Uslu E, Buldukoglu K. Randomized controlled trial of the effects of nursing care based on a telephone intervention for medication adherence in schizophrenia. Perspect Psychiatr Care. 2020;56(1):63-71.

Valadares GC, Silva AG, Rocha R, Rennó Jr. J, Ribeiro HL, Cavalsan JP, et al. Atendimento às vítimas de violência sexual, Parte III: Gravidez pós-estupro - Revisão Integrativa. *Revista Debates em Psiquiatria* [Internet]. 2017 [citado 2020 dez. 2];7(1):24-33. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/103/87>.

Valencia CM, Rascón GML, Quiroga H. Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*. 2003;26(5):1-18.

Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieverse R, Lataster T, Viechtbauer W, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull*. 2013;38(4):661-71.

Vassos E, Pedersen CB, Murray RM, Collier DA, Lewis CM. Meta-analysis of the association of urbanicity with schizophrenia. *Schizophrenia bull*. [Internet]. 2012 [cited 2020 Nov 28];38(6):1118-23. Available from: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs096>. DOI: 10.1093/schbul/sbs096.

Vaucher J, Keating BJ, Lasserre AM, Gan W, Lyall DM, Ward J, et al. Cannabis use and risk of schizophrenia: a Mendelian randomization study. *Mol Psychiatry*. 2018 May;23(5):1287-1292.

Vianna LAC. Determinantes Sociais de Saúde: processo saúde doença. v. 5. São Paulo: UNIFESP; 2019. [citado 2020 dez. 20]. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/7/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf.

Videbeck SL. *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.

Wannmacher L. Antipsicóticos atípicos: mais eficazes, mais seguros? Uso racional de medicamentos: temas selecionados. v. 1, n. 12. Brasília: 2004. [citado 2020 nov. 20]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HSE_URM_APS_1104.pdf.

Won MR, Lee KJ, Lee JH, Choi YJ. Effects of an emotion management nursing program for patients with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*. 2012;26(1):54-62.

Workman EA, Short D, Turner R. 30-year progress report on a VA satellite psychiatric clinic program. *Psychiatr Serv.* 1997;48(12):1582-3.

World Health Organization. A glossary of terms for community health care and services for older persons. v. 5. WHO Centre for Health Development, Ageing and Health Technical Report; 2004.

World Health Organization. Depression and common mental disorders – Global health [F1] estimates. Genebra: WHO; 2017.

World Health Organization. Mental Health Action Plan 2020-2023. Brasília: WHO; 2020. [cited 2020 Nov 20]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf.

World Health Organization. Schizophrenia. Genebra; 2019. [cited 2020 Nov 28]. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.

World Health Organization. The World health report. Mental health: new understanding, new hope. Genebra; 2001. [cited 2020 Nov 10]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390>.

Zanetti ACG, Vedana KGG, Gherardi-Donato ECS, Galera SAF, Martin IS, Tressoldi LS, et al. Expressed emotion of family members and psychiatric relapses of patients with a diagnosis of schizophrenia. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2018 [citado 2021 nov. 5];52:e03330. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016042703330>. DOI: 10.1590/S1980-220X2016042703330

APÊNDICES

APÊNDICE A - Estratégias de busca utilizadas por base de dados.

São Paulo, SP, Brasil, 2020

Base de Dados	Estratégia de Busca	Artigos encontrados
CINAHL	(MH" Nursing Interventions") OR TI ("nursing interventions" or" nursing care") OR AB ("nursing interventions" or "nursing care") AND (MH"Schizophrenia")OR TI Schizophrenia OR AB Schizophrenia AND all adult	73
PsycINFO	((IndexTermsFilt:("Schizophrenia")) OR (AnyField:(Schizophrenia))) AND ((Any Field: ("nursing care") OR Any Field: ("nursing interventions")) AND Any Field: "mental health services" AND Age Group: Adulthood (18 yrs & older)	18
EMBASE	('nursing care'/exp OR 'nursing care interventions' OR 'nursing interventions') AND 'schizophrenia'/exp AND 'mental health service'/exp AND [adult]/lim	3
PUBMED	("Schizophrenia"[Mesh] OR "Schizophrenia"[tw]) AND ("Nursing Care"[Mesh] OR "Nursing Care"[tw] OR "nursing interventions"[tw])AND ("Mental Health Services"[Mesh] OR "Mental Health Services"[tw]) Filters: Adult: 19+ years	76
SCOPUS	((((TITLE-ABS-KEY (<i>schizophrenia</i>)) AND (TITLE-ABS-KEY (<i>"mental health services"</i>)) AND (TITLE-ABS-KEY (<i>adult*</i> OR <i>middle age</i> OR (<i>older</i> OR <i>senior</i> OR <i>aged</i> OR <i>elderly</i> OR <i>geriatr*</i>)))) AND (<i>"life style"</i>)) OR (((TITLE-ABS-KEY(<i>schizophrenia</i>)) AND (TITLE-ABS-KEY (<i>"mental health services"</i>)) AND (TITLE-ABS-KEY (<i>adult*</i> OR <i>middle-age</i> OR(<i>older</i> OR <i>senior</i> OR <i>aged</i> OR <i>elderly</i> OR <i>geriatr*</i>)))) AND(<i>"nursing interventions"</i>))) OR (((TITLE-ABS-KEY(<i>schizophrenia</i>)) AND (TITLE-ABS-KEY (<i>"mental health services"</i>)) AND (TITLE-ABS-KEY (<i>adult*</i> OR <i>middle-age</i> OR (<i>older</i> OR <i>senior</i> OR <i>aged</i> OR <i>elderly</i> OR <i>geriatr*</i>)))) AND (TITLE-ABS-KEY (<i>job</i> OR <i>work</i>)))	450

WEB OF SCIENCE	1 ("nursing interventions" OR "nursing intervention" OR "nursing care") Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Tempo estipulado=Todos os anos AND ((adult* OR "middle age" OR "middle-age" OR (older OR elderly OR senior OR geriatr* OR aged)) AND (schizophrenia) Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Tempo estipulado=Todos os anos) ("nursing interventions" OR "nursing intervention" OR "nursing care") Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Tempo estipulado=Todos os anos AND (schizophrenia) Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Tempo estipulado=Todos os anos AND ("mental health services") Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Tempo estipulado=Todos os anos	43
LILACS	("nursing intervention" OR "nursing interventions" OR "intervencao de enfermagem" OR "Intervenciones de enfermeria") AND (mh:("Esquizofrenia") AND db:("LILACS"))	5
BDENF	("nursing intervention" OR "nursing interventions" OR "intervencao de enfermagem" OR "Intervenciones de enfermeria") AND (mh:("Esquizofrenia") AND db:("BDENF"))	3
TOTAL		671

APÊNDICE B - Resultados e objetivos dos artigos selecionados

Base de dados	Autor / Ano/ País	Título do artigo	Metodologia e objetivo	Resultados
Scopus	Asher, L., Hanlon, C., Birhane, R., Habtamu, A., Eaton, J., Weiss, H.A., Patel, V., Fekadu, A., De Silva, M. / 2018 / Etiópia	Community-based rehabilitation intervention for people with schizophrenia in Ethiopia (RISE): A 12month mixed methods pilot study ⁽¹³⁾	Estudo piloto de métodos mistos, realizado na zona rural da Etiópia. Participaram do estudo dez pessoas com esquizofrenia que não responderam apenas ao tratamento medicamentoso e seus cuidadores, que receberam intervenções de reabilitação baseadas na comunidade, através de visitas domiciliares, intervenção familiar, apoio ao retorno ao trabalho e mobilização comunitária. Os dados do estudo foram coletados no início do estudo e após seis meses e 12 meses. Quarenta entrevistas em profundidade e duas discussões em grupos focais foram conduzidas com 31 indivíduos compreendendo pessoas com esquizofrenia, cuidadores, trabalhadores da reabilitação baseada na comunidade, supervisores, oficiais de saúde e membros da comunidade.	As intervenções de reabilitação baseadas na comunidade tem um impacto positivo devido ao apoio familiar, melhor acesso a cuidados de saúde, aumento de renda e aumento de autoestima.
				Em países de baixa e média renda, estas intervenções são uma abordagem adjuvante aceitável e viável para o cuidado baseado em instalações para pessoas com esquizofrenia. No entanto, fatores contextuais, incluindo pobreza e medicamentos antipsicóticos inacessíveis, permanecem sendo desafios substanciais.
Scopus	Lemetyinen, H., Onwumere, J., Drake, R.J., Abel, K., Haigh, C., Moulton, G., Edge, D. / 2018 / Inglaterra	Co-production and evaluation of an e-learning resource to improve african-caribbean families knowledge about schizophrenia and engagement with services: A pilot randomised	Estudo piloto randomizado controlado realizado com uma população de 40 cuidadores de indivíduos afro-caribenhos com esquizofrenia, vivendo no Reino Unido. 20 participaram da intervenção e 20 mantiveram-se recebendo os cuidados de costume. O primeiro grupo recebeu um recurso de e-learning não comercial (on line ou por meio de CDs), que utilizava de 9 histórias fictícias ilustrando sintomas dos transtornos psicóticos, diagnóstico, causas, contexto cultural, relacionamentos familiares, tratamento, serviços de saúde disponíveis na comunidade e glossário com termos médicos. Além disto, o recurso oferecia testes curtos, informais e de	O recurso de tecnologia em saúde é uma maneira de se amenizar as desigualdades de acesso aos serviços de saúde e às informações acerca dos transtornos mentais, considerando-se e respeitando-se o contexto cultural dos indivíduos.

		controlled trial protocol ⁽¹⁴⁾	múltipla escolha a fim de criar um ambiente interativo. O objetivo do estudo foi implementar um recurso de e- learning destinado a familiares/cuidadores com o intuito de melhorar o conhecimento acerca dos transtornos psicóticos, bem como melhorar a atitude frente a seus familiares. O conhecimento adquirido foi avaliado antes, após a intervenção e três meses depois.	
Scopus	Ran, M.-S., Chan, C.L.-W., Ng, S.-M., Guo, L.-T., Xiang, M.-Z. / 2014 / China	The effectiveness of psychoeducational family intervention for patients with schizophrenia in a 14-year follow-up study in a chinese rural area ⁽¹⁵⁾	Ensaio clínico randomizado de cluster realizado com 326 indivíduos com esquizofrenia residentes no distrito de Xinjin. Estes indivíduos foram divididos em grupo de intervenção familiar (n=126) que recebiam medicação + intervenção psicoeducacional familiar (que consistia em educação familiar sobre conceitos básicos acerca dos transtornos mentais, tratamento e reabilitação, workshops e intervenções em crises, com duração de 9 meses); grupo de medicação somente (n=103) e grupo controle, sem nenhuma intervenção (n=97). Após 14 anos, em 2008, foi realizado um estudo de follow up destes indivíduos, em uma população de 312 pessoas.	No follow up após 14 anos o grupo que participou da intervenção familiar apresentou maiores índices de habilidades de trabalho, com empregos de meio período ou integrais. Além disso, apresentou melhores índices de adesão ao tratamento e os familiares apresentaram mudanças positivas na relação interpessoal com os indivíduos em sofrimento psíquico.
				Intervenções psicoeducativas destinadas a familiares produzem efeitos positivos a longo prazo, especialmente em relação a aderência ao tratamento e quanto as habilidades de trabalho dos indivíduos com esquizofrenia.
Lilacs	Casaleiro, Tiago; Seabra, Paulo; Caldeira, Sílvia / 2017 / Portugal	Eficácia das intervenções de enfermagem na sobrecarga da família da pessoa com esquizofrenia: revisão de literatura ⁽¹⁶⁾	Revisão de literatura com o objetivo de avaliar a eficácia das intervenções do enfermeiro de saúde mental em relação a sobrecarga do cuidador familiar da pessoa internada em serviços para quadros agudos quando comparada às intervenções realizadas por enfermeiros generalistas.	As intervenções familiares realizadas por profissionais de saúde tem impacto positivo na melhoria do ambiente familiar, nos mecanismos de <i>coping</i> e na redução da sobrecarga do cuidado.
				As intervenções familiares aumentam a percepção de suporte social, autoeficácia e satisfação

				com o tratamento e envolvem intervenções psicossociais, grupos de aconselhamento, terapia familiar, grupos educacionais e terapia de grupo. A psicoeducação e os grupos de apoio realizados por enfermeiros especialistas são efetivos na diminuição da sobrecarga do cuidador, mostrando benefícios na qualidade de vida e na experiência do cuidador. O enfermeiro especialista aprofunda a abordagem familiar com uma perspectiva sistêmica, favorecendo o bem-estar dos familiares e diminuindo sua sobrecarga no cuidado ao indivíduo em sofrimento mental. A realização de duas a cinco sessões de conversa terapêutica breve com pessoas em sofrimento mental e seus familiares revelaram aumento da percepção de suporte familiar (cognitivo e emocional), por parte dos familiares.
Scopus	Glynn, S.M., Cohen, A.N., Dixon, L.B., Niv, N. / 2006 / Estados Unidos	The potential impact of the recovery movement on family interventions for schizophrenia: Opportunities and obstacles ⁽¹⁷⁾	Artigo de opinião de especialistas com o objetivo de descrever questões importantes relacionados às intervenções familiares descritas na literatura.	Intervenções familiares são eficazes na redução das exacerbações na esquizofrenia; melhoram o funcionamento social do indivíduo e reduzem a carga familiar. É necessária a expansão da definição de família com a inclusão de relacionamentos conjugais,

				parentais e de irmãos. Ademais, estes indivíduos devem ser considerados parte da equipe de tratamento.
				Na realização de intervenções familiares o profissional deve demonstrar empatia, fornecer conhecimento sobre o transtorno mental, assumir uma postura não patologizante e ensinar habilidades de comunicação e resolução de problemas.
				Os principais obstáculos para a realização de intervenções familiares são: ausência de familiares ou cuidadores e instabilidade por parte destes de participar de compromissos regulares. Por outro lado, os membros da família podem não desejar participar destas intervenções ou podem encontrar impedimentos como ausência de tempo, transporte ou aporte financeiro para o comparecimento nas sessões.
Pubmed	Chidarikire S, Cross M, Skinner I, Cleary M. / 2017 / Australia	Treatments for people living with schizophrenia in Sub- Saharan Africa: an adapted realist review ⁽¹⁸⁾	Revisão de literatura que identificou 40 artigos que abordam as intervenções para indivíduos com esquizofrenia na África. O objetivo foi identificar os tratamentos e intervenções disponíveis e seu impacto nos indivíduos africanos com esquizofrenia.	Grande parte dos indivíduos recebia tratamentos múltiplos que envolviam curandeiros, antipsicóticos, eletroconvulsoterapia e intervenções psicossociais.
				A psicoeducação influencia na percepção dos indivíduos acerca dos transtornos mentais e

				intervenções familiares auxiliam na compreensão da esquizofrenia, diminuindo assim o estigma na sociedade. Os profissionais de saúde devem considerar aspectos individuais, culturais e espirituais, utilizando-se dos mesmos nos planos de tratamento destinados aos indivíduos com esquizofrenia.
Web of Science	Chaichumni, Wandee, Sae-sia, Wipa / 2015 / Tailândia	The effect of a thai culturally- based mutual support program: A randomized controlled trial ⁽¹⁹⁾	Ensaio clínico randomizado realizado de julho a dezembro de 2013, com 60 adultos com esquizofrenia tratados em um hospital psiquiátrico no sul da Tailândia, além de 60 familiares cuidadores. O objetivo foi determinar o efeito do programa de apoio mútuo de base cultural tailandesa sobre o funcionamento social de pessoas com esquizofrenia. Os participantes foram designados aleatoriamente para o grupo experimental ou de controle. O primeiro (n=30) recebeu o apoio mútuo de base cultural tailandesa além dos cuidados habituais, enquanto o segundo (n=30) recebeu apenas os cuidados habituais.	Durante os encontros, foi possibilitado aos cuidadores/ familiares negociarem responsabilidades com os indivíduos com esquizofrenia, discutirem sobre formas de se vivenciar emoções negativas, aprenderem sobre estratégias de comunicação eficazes, necessidades psicossociais e sobre a esquizofrenia em si. Grupos de suporte mútuo auxiliam os indivíduos com esquizofrenia a aprenderem novos comportamentos adaptativos frente ao estresse.
Scopus	Gandhi, S., Gurusamy, J., Damodharan, D., Ganesan, V., palaniappan, M. / 2019 / India	Facilitators of healthy life style behaviors in persons with schizophrenia - A qualitative feasibility pilot study ⁽²⁰⁾	Estudo qualitativo que utilizou a análise de conteúdo para identificar facilitadores para a modificação do estilo de vida e fatores que ajudam na manutenção destes comportamentos, por meio de entrevistas com 5 indivíduos com esquizofrenia e 13 cuidadores, em um hospital psiquiátrico no sul da Índia. O objetivo foi verificar fatores facilitadores para a modificação do estilo de vida e fatores que ajudam na manutenção destes comportamentos.	No estudo foram verificados 4 fatores facilitadores para a mudança do estilo de vida: 1) Autoconfiança para a tentativa de novas atitudes e desenvolvimento pessoal; 2) Necessidade de suporte social e ambiente propício para a adoção de mudanças saudáveis; 3) Nível de

				automotivação; 4) Incentivo proveniente dos profissionais de saúde e disponibilidade dos serviços de saúde. Tendo em vista a frequente ocorrência de transtornos metabólicos em indivíduos com psicose é necessário que estratégias de prevenção sejam adotadas pelos profissionais de saúde, devendo-se incluir o incentivo a estilos de vida saudável, a alimentação adequada e o aumento dos níveis de atividade física. É importante também que haja apoio familiar e social, como forma de suportar tais modificações no estilo de vida.
Cinahl	Uslu E, Buldukoglu K / 2020 /Turquia	Randomized controlled trial of the effects of nursing care based on a telephone intervention for medication adherence in schizophrenia ⁽²¹⁾ .	Ensaio clínico randomizado conduzido com 46 indivíduos com esquizofrenia que estiveram internados em um hospital universitário na Turquia, objetivando-se determinar os efeitos da “resolução de problemas através de intervenção por telefone” (TIPS) sobre a adesão à terapia medicamentosa. O TIPS foi aplicado por enfermeiras ao grupo de intervenção (n=22) por 2 meses, uma vez por semana em um total de 8 intervenções, enquanto o grupo controle (n=24) recebeu somente cuidados de rotina.	O TIPS (resolução de problemas através de intervenção por telefone) é um aplicativo de telenfermagem, considerada uma opção econômica que incentiva indivíduos com esquizofrenia a participarem de seu próprio tratamento, além de prevenir abandono medicamentoso. Através da intervenção por telefone, as enfermeiras prestavam informações sobre os benefícios da adesão medicamentosa e discutiam acerca de dificuldades encontradas pelo indivíduo em relação a tal questão.

				O grupo de intervenção apresentou menores índices de abandono medicamentoso, bem como maior concordância em relação a necessidade deste uso.
Psyinfo	Morrison, E. F. / 1990 / Estados Unidos	Nursing adaptation evaluation: A method for evaluating nursing care ⁽²²⁾	Relato de caso acerca de um homem de 38 anos com esquizofrenia em que se utilizou o método de avaliação da adaptação para a instituição de seu plano de cuidados.	O método de avaliação da adaptação em enfermagem inclui cinco áreas: nutrição, solidão e interação social; organização / higiene, atividade / descanso e eliminação. Cada categoria é avaliada pelo enfermeiro para indicar o nível de adaptação do cliente. Em seguida, o enfermeiro planeja suas ações, com a participação ativa do cliente, que é percebido como um agente em seu processo de cuidado, capaz de identificar problemas e definir metas. Desta forma, os enfermeiros podem planejar intervenções realistas de acordo com as demandas e realidades individuais.
Web of Science	Roldán-Merino J, García IC, Ramos-Pichardo JD, Foix-Sanjuan A, Quilez-Jover J, Montserrat-Martinez M / 2013 / Espanha	Impact of personalized in home nursing care plans on dependence in ADLs/IADLs and on family burden among adults diagnosed with schizophrenia: A	Estudo randomizado controlado com uma população de 94 pessoas com esquizofrenia, provenientes de dois centros de saúde mental localizados na área metropolitana de Barcelona. O grupo experimental (n=47) recebeu um plano de cuidados de enfermagem domiciliar personalizado e o controle (n=47) somente atendimento padrão. O estudo objetivou avaliar o impacto dos planos de cuidados realizados pela enfermagem domiciliar sobre o grau de dependência de pacientes adultos com esquizofrenia, bem como na carga familiar.	Após a avaliação das necessidades individuais, foi instituído pelas enfermeiras um plano de cuidados que resultou em melhora no grau de independência das pessoas com esquizofrenia, além de reduzir a carga percebida pela família.

		randomized controlled study ⁽²³⁾		
Scopus	Dadich, A., Fisher, K.R., Muir, K. / 2013 / Australia	How can non-clinical case management complement clinical support for people with chronic mental illness residing in the community? ⁽²⁴⁾	Estudo qualitativo que utilizou a análise de conteúdo para entender as expectativas do cuidado complementar não clínico. Os participantes foram 20 indivíduos com esquizofrenia, familiares e trabalhadores de saúde mental.	A recuperação de pessoas com transtornos mentais crônicos que residem na comunidade requer serviços de apoio integrados.
				A iniciativa descrita no artigo mostrou-se eficaz pois o planejamento do cuidado era direcionado ao indivíduo em sofrimento psíquico, contando com sua participação ativa e inclusiva compartilhada por gestores de casos não clínicos e clínicos. ativa e inclusiva compartilhada por gestores de casos não clínicos e clínicos.
				Planos de cuidados eficazes baseiam-se na definição de bem estar do indivíduo em sofrimento psíquico, devendo ser respeitado e trabalhado conjuntamente pela equipe.
Scopus	Pioli, R., Vittorielli, M., Gigantesco, A., Rossi, G., Basso, L., Caprioli, C., Buizza, C.,	Outcome assessment of the VADO approach in psychiatric rehabilitation: A partially	Estudo experimental com 62 indivíduos com esquizofrenia recrutados em 10 serviços de saúde mental na Itália que foram divididos aleatoriamente em grupo intervenção (n=31) ou controle (n=31). O primeiro recebeu intervenções de avaliação de habilidades e definição de metas (VADO) sendo o objetivo do trabalho a avaliação da eficácia desta intervenção na redução de incapacidades em indivíduos	A abordagem VADO auxilia na definição de programas de reabilitação individuais, com foco na negociação de metas realistas, conforme o objetivo de vida do próprio indivíduo em sofrimento psíquico.

	Corradi, A., Mirabella, F., Morosini, P., Falloon, I.R.H. / 2006 / Itália	randomised multicentric trial ⁽²⁵⁾	com esquizofrenia. As avaliações foram realizadas no início do estudo e um ano após.	O estabelecimento de objetivos personalizados e mensuráveis melhoraram o resultado de intervenções de reabilitação destinadas a pessoas com transtornos mentais graves.
				A escassez de profissionais de saúde mental treinados em estratégias de habilidades sociais e de trabalho e a ausência de uma estrutura adequada para formular práticas de reabilitação são as principais dificuldades encontradas nos serviços de saúde mental.
Cinahl	Chan, Sally Wai-Chi; Leung, Jessie Ka-Yi / 2002 / Hong Kong	Cognitive behavioural therapy for clients with schizophrenia: Implications for Mental health nursing practice ⁽²⁶⁾	Estudo de caso acerca da aplicação da TCC realizada por uma enfermeira de saúde mental em um hospital psiquiátrico de Hong Kong, a um homem de 20 anos com esquizofrenia. O objetivo foi discutir a aplicação a TCC em indivíduos com esquizofrenia, bem como verificar as implicações de sua prática por enfermeiras de saúde mental.	Após a definição do diagnóstico de enfermagem, as intervenções realizadas foram baseadas nas técnicas de TCC, tais como resposta racional, distração, modificação de crença, teste de realidade e programação de atividades, eficazes na redução da frequência, duração e sofrimento associados a alucinações.
				Neste estudo de caso, o indivíduo apresentou melhora significativa no quadro alucinatório apresentado, após a aplicação de técnicas da TCC durante 5 semanas de internamento psiquiátrico, somando-se ao uso da medicação psicotrópica, ao apoio familiar e ao cuidado prestados pelos profissionais de saúde.

Scopus	Chou, K.-R., Shih, Y.-W., Chang, C., Chou, Y.-Y., Hu, W.-H., Cheng, J.-S., Yang, C.-Y., Hsieh, C.-J / 2012 / Taiwan	Psychosocial rehabilitation activities, empowerment, and quality of community-based life for people with schizophrenia ⁽²⁷⁾	Estudo transversal randomizado realizado com uma amostra aleatória de 190 pacientes ambulatoriais com esquizofrenia de 10 centros de reabilitação comunitários em Taipei, com o objetivo de testar a hipótese de que o empoderamento é um possível mediador de sintomas psiquiátricos. Além disto, verificar de que forma atividades de reabilitação psicossocial afetam a qualidade de vida nos indivíduos em sofrimento psíquico.	Sintomas psicóticos foram associados negativamente com qualidade de vida, não podendo ser mediado por empoderamento.
				Atividades de reabilitação psicossociais e capacitação tiveram associações positivas significativas com qualidade de vida para pacientes ambulatoriais com esquizofrenia.
Psyinfo	Davis, A. E., Dinitz, S., & Pasamanick, B / 1972 / Estados Unidos	The prevention of hospitalization in schizophrenia: Five years after an experimental program ⁽²⁸⁾	Estudo randomizado realizado com indivíduos com esquizofrenia que foram divididos em 3 grupos: o grupo de intervenção era medicado com antipsicóticos e recebia visitas domiciliares de enfermeiras; o segundo medicado com placebo e recebia visitas domiciliares de enfermeiras e o terceiro recebia assistência hospitalar. Os objetivos do estudo foram verificar se a assistência domiciliar era viável, se o uso de antipsicóticos era efetivo na prevenção da hospitalização e se a assistência domiciliar era de fato o melhor método de tratamento. Foi realizado um follow up 5 anos após a realização do estudo.	Logo após o término das intervenções os indivíduos do primeiro grupo apresentaram melhora nos problemas de comportamento, estado mental, funcionamento doméstico e participação social.
				Nenhum dos grupos apresentou melhora nas habilidades vocacionais.
				5 anos após as intervenções não houve diferenças estatisticamente importantes relacionadas ao número de reinternações. Além disto, todos os grupos apresentaram baixas habilidades sociais e mantiveram estados psiquiátricos semelhantes.
				Os resultados demonstraram que há a necessidade de melhor estruturação dos serviços comunitários de saúde mental, com cuidados mais contínuos aos indivíduos com esquizofrenia.

Pubmed	Beebe LH. / 2001 / Estados Unidos	Community nursing support for clients with schizophrenia ⁽²⁹⁾	Estudo experimental realizado com 37 indivíduos com esquizofrenia, objetivando-se testar a eficácia de uma intervenção telefônica de enfermagem visando aumentar a sobrevida e diminuir o número e a duração das internações hospitalares. Após a alta, os indivíduos recebiam intervenção telefônica semanalmente, com duração de 10 minutos por 3 meses, conforme dia e horário escolhidos previamente.	O contato telefônico consistia em verificar de que forma o indivíduo se sentia naquele dia; se tinha consultas periódicas agendadas e como foram; se estava apresentando algum problema com a medicação prescrita; se apresentava algum sintoma observado no período de internação; se tinha alguma dúvida; se estava preocupado com algo durante aquela semana e por fim o próximo contato era agendado.
				Ao final da intervenção houve uma redução de 10% na reospitalização, bem como na diminuição do tempo de internamento: 27% a menos do que o grupo que não recebeu a intervenção, sendo um excelente recurso a ser utilizado com indivíduos com esquizofrenia após a alta hospitalar.
Cinahl	Chien H; Ku C; Lu R; Chu H; Tao Y; Chou / 2003 / Japão	Effects of social skills training on improving social skills of patients with schizophrenia ⁽³⁰⁾	Estudo experimental com uma população de 78 indivíduos com esquizofrenia que foram divididos aleatoriamente em grupo experimental (35) ou controle (43). O primeiro grupo participou de 8 encontros de treinamento de habilidades sociais, com ênfase na conversação e nas habilidades assertivas, enquanto o segundo recebeu cuidados de enfermagem de rotina. O objetivo do estudo foi examinar o efeito da conversação e do treinamento de habilidades assertivas nas habilidades sociais de pacientes com esquizofrenia.	O grupo experimental apresentou melhores habilidades de conversação quando comparados ao grupo controle.
				A habilidade assertiva do grupo experimental aumentou gradualmente com a evolução do grupo, enquanto esta tendência estava ausente no grupo controle.
Scopus	Mayer-Amberg, N.,	An integrated care initiative to improve	Estudo experimental piloto que descreveu e avaliou a atenção integrada para indivíduos com esquizofrenia,	As taxas de readmissões hospitalares dentro de 30 dias após

	Woltmann, R., Walther, S. / 2016 / Alemanha	patient outcome in schizophrenia ⁽³¹⁾	adotando-se um conceito de atenção em rede. Nesta iniciativa, psiquiatras em consultório, equipe de enfermagem de saúde mental, psicólogos, assistentes sociais, hospitais, departamentos de internação psiquiátrica e outros serviços de saúde mental baseados na comunidade trabalharam em uma abordagem interdisciplinar com ênfase na psicoeducação, socioterapia, visitas domiciliares e apoio familiar.	a alta dos indivíduos que participaram do programa foi de 18,4%: índice menor que a literatura aponta, que é entre 20,7 e 34,5%.
				A taxa de uso de polifarmácia nos indivíduos que participaram do programa foi de 21,6%, enquanto o relatado pela literatura é de 40%.
				80 % dos participantes foram atendidos individualmente, índice maior do que a literatura aponta que é entre 38 e 65%.
				A taxa de suicídio entre os participantes em 2012 foi de 0,4%, índice menor que a literatura aponta, que é de cerca de 5%.
				Houve redução de 44% do número de dias de internamento hospitalar para os participantes do programa.
Pubmed	Chien WT, Chan SW. / 2004 / China	One -year follow-up of a multiple-family-group intervention for chinese families of patients with schizophrenia ⁽³²⁾	Ensaio clínico controlado com uma amostra de 96 famílias chinesas cuidadoras de pessoas com esquizofrenia, em Hong Kong. As famílias foram distribuídas aleatoriamente em três grupos: apoio mútuo (n=32), psicoeducação (n=33) e atendimento padrão (n=31) e as intervenções realizadas em dois ambulatorios psiquiátricos por um período de seis meses. O primeiro e o segundo grupo recebeu um total de 12 sessões em grupo a cada duas semanas, com cerca de duas horas de duração. Os três grupos receberam atendimento ambulatorial psiquiátrico de rotina. O objetivo do estudo foi testar a eficácia de uma intervenção de grupo familiar de apoio mútuo em relação ao funcionamento psicossocial dos indivíduos com	O grupo de apoio mútuo enfatizou o estigma social relacionado aos transtornos mentais, bem como a resistência em se procurar auxílio médico. Além disto, foram discutidas a estrutura familiar hierárquica, mas interdependente, além da forte tendência de se esperar ajuda imediata. A cada encontro foram discutidas dificuldades específicas de cada família relacionadas ao cuidado domiciliar.

			esquizofrenia, uso de serviços de saúde mental e reinternação.	O grupo de psicoeducação era liderado por duas enfermeiras de saúde mental que objetivavam fornecer informações sobre a esquizofrenia e seu tratamento, desenvolver redes de apoio social, habilidades de enfrentamento e fornecer técnicas para melhorar a comunicação, resolução de problemas e intervenção em crise. Houve resultado positivo em relação ao nível de funcionamento de indivíduos com esquizofrenia que eram cuidados por familiares que participaram do grupo de apoio mútuo, bem como redução do número de rehospitalizações e duração dos internamentos. O empoderamento do familiar adquirido no grupo de apoio mútuo favoreceu a melhora na auto-manutenção do indivíduo em sofrimento psíquico e nas habilidades de vida social.
Cinahl	Cho, Minju; Jang, Sun Joo Cinahl / 2018 / Coréia do Sul	Effect of an emotion management programme for patients with schizophrenia: A quasi-experimental design ⁽³³⁾	Estudo quase experimental e não randomizado realizado entre novembro de 2016 e janeiro de 2017 com uma população de 56 indivíduos de 20 a 60 anos com esquizofrenia na Coreia do Sul registrados em instalações de reabilitação mental comunitárias. O objetivo foi examinar o efeito de um programa denominado Yongin-Emotion Management para gerenciamento de emoções, expressão emocional (expressividade positiva e negativa e força de impulso) e qualidade de vida nos indivíduos.	Programas de gerenciamento de emoções de curto prazo realizados por enfermeiros são eficazes no treinamento de expressão de emoção através de repetições de expressões faciais emocionais. O estudo sugere que a estimulação contínua, o treinamento de reconhecimento de emoção e a reabilitação sócio-psicológica, por meio do Y-EMT podem induzir

				melhorias nas habilidades de integração social em indivíduos com esquizofrenia. Foram realizadas 12 sessões de 60 minutos cada, duas vezes por semana por 6 semanas.
Cinahl	Won MR, Lee KJ, Lee JH, Choi YJ / 2012 / Coréia do Sul	Effects of an emotion management nursing program for patients with schizophrenia ⁽³⁴⁾	Ensaio clínico controlado com uma população de 52 indivíduos com esquizofrenia de 19- 60 anos recrutados em instituições de saúde mental comunitárias em Seul. O grupo experimental (n=22) recebeu o programa de enfermagem de gerenciamento de emoções por 90 minutos a cada semana em um total de 8 semanas, enquanto o grupo controle (n = 30) não recebeu a intervenção. O objetivo deste estudo foi desenvolver e examinar os efeitos de um programa de enfermagem para o gerenciamento de emoções destinado a pessoas com esquizofrenia.	Habilidades de gerenciamento de emoções são importantes componentes na reabilitação de pessoas com esquizofrenia.
				O programa de enfermagem de gerenciamento de emoções influenciou positivamente na gestão emocional em indivíduos com esquizofrenia, além de permitir que as enfermeiras prestassem um cuidado de qualidade a esta população.
Scopus	Chan, S., Morrissey, J., Thompson, D. / 2019 / ChinaChien, W.T.,	Effectiveness of a mutual support group for families of patients with schizophrenia ⁽³⁵⁾	Ensaio clínico randomizado realizado com 135 indivíduos com esquizofrenia e seus cuidadores/familiares recrutados aleatoriamente em duas clínicas psiquiátricas em Hong Kong, que foram divididos em 3 grupos: 45 destes familiares receberam um grupo de apoio mútuo com duração de 9 meses liderado por uma família; 45 um grupo de psicoeducação e 45 tratamento padrão com cuidados psiquiátricos de rotina. O primeiro e o segundo grupo participaram de 14 sessões grupais de duas horas, com os pacientes participando de pelo menos 5 sessões. O objetivo do estudo foi verificar os efeitos do grupo de apoio mútuo em relação aos desfechos psicossociais após uma semana de intervenções, 12 e 24 meses.	O grupo de apoio mútuo liderado pela família produz benefícios a longo prazo para o funcionamento dos indivíduos em sofrimento psíquico e suas famílias, além de prevenir recaídas.
Cinahl	Seo JM, Ahn S, Byun EK, Kim CK. /	Social skills training as nursing intervention to improve the social	Ensaio clínico randomizado realizado com 66 indivíduos com esquizofrenia internados em um hospital psiquiátrico na Coréia do Sul. O grupo experimental (n= 34) recebeu 16 sessões de treinamento de habilidades sociais,	O treinamento de habilidades sociais resulta em melhoria significativa nas habilidades de conversação, assertividade,

	2007 / Coreia do Sul	skills and self-esteem of inpatient with chronic schizophrenia ⁽³⁶⁾	compreendendo técnicas de conversação e de assertividade, coordenados por uma enfermeira doutora em saúde mental e uma assistente social, ocorrendo duas vezes por semana por 8 semanas, em sessões de 60-70 minutos. Por outro lado, o grupo controle (n=32) recebeu cuidados de enfermagem de rotina. O objetivo do estudo foi avaliar os efeitos do programa de treinamento de habilidades sociais na autoestima dos indivíduos com esquizofrenia.	habilidades de relacionamento interpessoal e auto-estima, sendo uma intervenção de enfermagem viável para pacientes com esquizofrenia hospitalizados. - Para o alcance de habilidades sociais ideais é necessário a ocorrência de treinamento cognitivo individualizado com longa duração.
Cinahl	Astuti, Halimah Wenny Yulina; Agustin, Murti; Sari, Sri Padma; Wijayanti, Diyan Yuli; Sarjana, Widodo; Locsin, Rozzano C / 2020 / Indonésia	Effects of mindfulness on stimulating hope and recovery among people with schizophrenia ⁽³⁷⁾	Estudo quase experimental em uma população de 54 indivíduos com esquizofrenia de um hospital psiquiátrico na Indonésia. Os entrevistados foram divididos em grupos de intervenção e controle, cada um com 27 indivíduos. O primeiro recebeu 2 sessões de 30 minutos de atenção plena, uma vez por semana enquanto o segundo recebeu cuidados convencionais. O objetivo do estudo foi examinar os efeitos da atenção plena na esperança e na recuperação de indivíduos com esquizofrenia.	- A atenção plena é uma estratégia eficaz para estimular a esperança e a recuperação de pessoas com esquizofrenia, podendo ser uma intervenção aplicada por enfermeiros. A terapia baseada na atenção plena melhora o funcionamento psicossocial de indivíduos com esquizofrenia, além de aumentar a consciência acerca do transtorno e da necessidade de tratamento. Por outro lado, diminui o nível de sintomas negativos e reduz os níveis de estresse e depressão. - As terapias de atenção plena utilizadas neste estudo incluíram várias etapas com foco em técnicas calmantes porém outras técnicas podem ser utilizadas, tais como exercícios respiratórios, musicoterapia e relaxamento muscular progressivo.