



O enfermeiro no cuidado da esquizofrenia paranoide: a importância da assistência integral

Maria Rita da Conceição Rocha¹; Lethicia Mendes de Lima²; Danielle Machado de Oliveira³

Como Citar:

ROCHA, Maria Rita da Conceição; DE LIMA, Lethicia Mendes; DE OLIVEIRA, Danielle Machado. O enfermeiro no cuidado da esquizofrenia paranoide: a importância da assistência integral. Revista Sociedade Científica, vol. 8, n. 1, p. 2398-2425, 2025.
<https://doi.org/10.61411/rsc2025113318>

DOI: 10.61411/rsc2025113318

Área do conhecimento:

Ciências da saúde

Sub-área:

Enfermagem Psiquiátrica / Saúde Mental

Palavras-chave:

Esquizofrenia Paranoide; Enfermagem Psiquiátrica; Saúde Mental; Assistência Integral à Saúde.

Publicado: 24 de novembro de 2025.

Resumo

A esquizofrenia paranoide é um transtorno mental grave caracterizado por delírios e alucinações. Este estudo tem como objetivo analisar o papel do enfermeiro no cuidado a pessoas com esse diagnóstico, destacando a importância de práticas humanizadas e da atuação conjunta entre diferentes profissionais. A metodologia consistiu em uma revisão narrativa da literatura, realizada em bases como Lilacs, MEDLINE, PubMed e SciELO, considerando publicações entre 2018 e 2025. Foram incluídos artigos originais e de revisão que abordassem o diagnóstico, a assistência de enfermagem e as repercussões para pacientes e familiares. Os resultados evidenciam que o tratamento efetivo combina antipsicóticos de segunda e terceira geração, intervenções psicossociais e acompanhamento multiprofissional contínuo. O enfermeiro atua de forma essencial no incentivo à adesão ao tratamento, educação em saúde, prevenção de recaídas, redução do estigma e fortalecimento das redes de apoio. Conclui-se que sua prática contribui significativamente para qualidade de vida, autonomia e inclusão social.

Nurses in the care of paranoid schizophrenia: the importance of comprehensive care

Abstract

Paranoid schizophrenia is a severe mental disorder characterized by delusions and hallucinations. This study aims to analyze the nurse's role in caring for people with this diagnosis, highlighting the importance of humanized practices and joint action among different professionals. The methodology consisted of a narrative literature review,

¹UNINASSAU, Brasília, Brasil. Email: maria.rita@uninassau.edu.br

²UNINASSAU, Brasília, Brasil. Email: lethicia@uninassau.edu.br

³UNINASSAU, Brasília, Brasil. Email: danielle@uninassau.edu.br



conducted in databases such as Lilacs, MEDLINE, PubMed, and SciELO, considering publications between 2018 and 2025. Original and review articles addressing diagnosis, nursing care, and the repercussions for patients and families were included. The results show that effective treatment combines second- and third-generation antipsychotics, psychosocial interventions, and continuous multiprofessional follow-up. Nurses play an essential role in encouraging treatment adherence, health education, relapse prevention, stigma reduction, and strengthening support networks. It is concluded that their practice significantly contributes to quality of life, autonomy, and social inclusion.

Keywords: Schizophrenia, Paranoid, Psychiatric Nursing, Mental Health, Comprehensive Health Care

Enfermeras en la atención de la esquizofrenia paranoide: la importancia de la atención integral

Resumen

La esquizofrenia paranoide es un trastorno mental grave caracterizado por delirios y alucinaciones. Este estudio tiene como objetivo analizar el papel de la enfermería en el cuidado de personas con este diagnóstico, destacando la importancia de prácticas humanizadas y de la actuación conjunta entre diferentes profesionales. La metodología consistió en una revisión narrativa de la literatura, realizada en bases como Lilacs, MEDLINE, PubMed y SciELO, considerando publicaciones entre 2018 y 2025. Se incluyeron artículos originales y de revisión que abordaran el diagnóstico, la asistencia de enfermería y las repercusiones para pacientes y familiares. Los resultados muestran que el tratamiento efectivo combina antipsicóticos de segunda y tercera generación, intervenciones psicosociales y seguimiento multiprofesional continuo. El enfermero desempeña un papel esencial en la adhesión al tratamiento, educación en salud, prevención de recaídas, reducción del estigma y fortalecimiento de las redes de apoyo.



Se concluye que su práctica contribuye significativamente a la calidad de vida, autonomía e inclusión social.

Palabras clave: Esquizofrenia, Paranoide, Enfermería Psiquiátrica, Salud Mental, Atención Integral de la Salud

1. Introdução

De acordo com o Código Internacional de Doenças (CID-10), Esquizofrenia (F20) é uma condição caracterizada por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. O subtipo Paranoide (F20.0) é classificado como um transtorno, de forma que o estado mental mais presente é o delírio, sendo mais comum a mania de perseguição, acompanhados de perturbação dos sentidos e alucinações [1.].

No início do século XX, Dr. Emil Kraepelin, considerado o pai da psiquiatria moderna, desenvolveu uma definição de esquizofrenia com base na criação de um sistema de fichas de registro da sintomatologia e evolução dos seus pacientes, procurando padrões comuns nos sintomas clínicos, observando um conjunto de reações pré-formadas e biológicas responsáveis pelo quadro clínico. Dr. Paul Eugen Bleuler, ao concordar com Kraepelin, renomeou seu trabalho e o definiu como “grupo de esquizofrenias”, reconheceu os 4 subtipos Kraepelianos de esquizofrenia a hebefrênica, a catatônica, a paranoide e a simples e adicionou a latente [2.].

A esquizofrenia apresenta alta prevalência mundial, afetando cerca de 24 milhões de pessoas, com incidência anual de 1 a 7 casos por 10.000 habitantes. O transtorno mental acomete aproximadamente 1% da população geral, atingindo homens e mulheres em proporções semelhantes. Os primeiros sintomas surgem entre 18 e 25 anos nos homens e entre 25 e 35 anos nas mulheres, sendo rara a manifestação na infância ou na velhice. No Brasil, estima-se que 1,6 milhão de pessoas convivam com a



esquizofrenia; das quais 70% dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) para tratamento [3.,4.,5.].

O cuidado em saúde mental no Brasil é organizado principalmente por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que integra serviços de atenção primária e especializada, incluindo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A RAPS busca oferecer atendimento integral, acessível e humanizado, fornecendo acompanhamento contínuo, terapias, suporte familiar e reintegração social. Entre 2015 e 2023, o acesso a serviços psicossociais aumentou em 60%, embora persistam desigualdades regionais, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Dessa forma, os CAPS funcionam como referência para tratamento intensivo e reabilitação, enquanto a atenção primária atua na prevenção, acompanhamento de rotina e suporte à reintegração social [5.,6.].

Clinicamente, além dos sintomas positivos como delírios e alucinações, a esquizofrenia também se caracteriza por sintomas negativos, como apatia, isolamento social e diminuição da motivação [7.]. Esses sintomas podem ser exacerbados tanto pela evolução natural do transtorno mental quanto pelo uso de antipsicóticos, como haloperidol, clorpromazina e quetiapina [5.]. Comorbidades psiquiátricas são comuns, cerca de 50% dos pacientes apresentam depressão, 20% têm transtornos relacionados ao uso de substâncias, e aproximadamente 25% manifestam sintomas depressivos ao longo do transtorno. Além disso, síndromes metabólicas associadas a antipsicóticos aumentam o risco cardiovascular em até 40% dos pacientes, e a sobreposição com transtorno bipolar exige diagnósticos diferenciais rigorosos [3.,8.].

A esquizofrenia gera grande impacto socioeconômico, estima-se que 80% dos indivíduos acometidos apresentem perda significativa da produtividade laboral, tornando-se dependentes de programas sociais, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC). As famílias podem comprometer até 35% da renda mensal com cuidados não cobertos pelo SUS, incluindo medicamentos e terapias especializadas. No Brasil, os custos diretos com hospitalizações e medicamentos ultrapassam R\$ 2,3



bilhões anuais [9.]. Além disso, o risco de suicídio é elevado entre 5% e 6% dos pacientes chegam ao autoextermínio, cerca de 20% realizam tentativas de suicídio, e muitos apresentam ideação suicida significativa, reduzindo a expectativa de vida em até 10 anos [10.].

O impacto da esquizofrenia paranoide vai além da clínica, afetando a qualidade de vida, a autonomia e a inclusão social dos pacientes. O tratamento eficaz requer abordagem integrada, combinando medicamentos, psicoterapia, intervenções psicossociais e acompanhamento multiprofissional. No entanto, o alto custo do tratamento, a escassez de recursos e o estigma social dificultam o acesso adequado e a adesão terapêutica [11.]. Nesse contexto, o enfermeiro exerce papel central promovendo cuidado humanizado, garante segurança ao paciente, oferece suporte aos familiares e fortalece redes de apoio, contribuindo para a adesão terapêutica [6.].

Políticas públicas e programas como CAPS e RAPS são fundamentais para o acompanhamento contínuo e atenção integral. Eles possibilitam terapias, suporte familiar e estratégias de reintegração social, buscando reduzir o impacto do transtorno mental no cotidiano dos pacientes. Iniciativas globais, como o *Mental Health Action Plan* da OMS, também contribuíram para reduzir o estigma em até 25% em áreas urbanas [5.,6.].

Diante desse cenário, a esquizofrenia paranoide configura-se como um grave problema de saúde pública, exigindo atenção clínica e social integrada. O objetivo geral deste trabalho é analisar a assistência de enfermagem prestada ao paciente com esse subtipo do transtorno mental. Os objetivos específicos incluem compreender as ações do enfermeiro no cuidado integral, enfatizando estratégias de suporte ao paciente e à família, com foco na qualidade de vida, segurança e inclusão social.

2. Referencial teórico



O referencial teórico deste estudo fundamenta-se em conceitos clássicos e contemporâneos da psiquiatria, enfermagem psiquiátrica e saúde mental, com ênfase na abordagem biopsicossocial e humanizada [18.]. Ele integra perspectivas históricas, diagnósticas e assistenciais, alinhando-se às diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e políticas brasileiras como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) [5.,17.], para sustentar a análise do papel do enfermeiro no cuidado à esquizofrenia paranoide.

A compreensão da esquizofrenia paranoide remonta ao final do século XIX e início do XX, com contribuições fundamentais de pioneiros da psiquiatria. Emil Kraepelin, considerado o pai da psiquiatria moderna, sistematizou o transtorno em seu *Ein Lehrbuch der Psychiatrie* (1896), agrupando manifestações clínicas como demência paranoide e catatonia sob o termo *Dementia Praecox* [14.,15.]. Kraepelin enfatizou padrões de sintomas recorrentes, evolução clínica degenerativa e fatores biológicos, como autointoxicação neuronal, diferenciando-a de outros quadros afetivos [14.,15.]. Eugen Bleuler, expandindo o modelo kraepeliniano, modificou o termo "esquizofrenia" em 1911, propondo um "grupo de esquizofrenias" multifatorial, em vez de uma entidade única [12.]. Ele compreende subtipos como paranoide (F20.0, caracterizado por delírios sistematizados e alucinações auditivas), hebefrênico, catatônico, simples e latente, destacando distorções no pensamento, percepção e afeto, conforme o Código Internacional de Doenças (CID-10) [1.,2.,12.]. Essa evolução conceitual marcou a transição de visões degenerativas para uma perspectiva mais complexa, influenciada por fatores genéticos, neuroquímicos (ex.: dopamina e glutamato) e ambientais, como estressores precoces e uso de substância [3.,16.].

No século XX, avanços em neurociências e farmacologia reformularam o entendimento, culminando no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-5, 2013), que padroniza critérios diagnósticos: presença de dois ou mais sintomas (delírios, alucinações, discurso desorganizado) por pelo menos um mês, com



prejuízo funcional por seis meses [19.]. O subtipo paranoide destaca sintomas positivos (delírios de perseguição, alucinações) sobre negativos (apatia, isolamento) ou cognitivos (déficits de atenção), diferenciando-se de comorbidades como transtorno bipolar por persistência psicótica independente do humor [20.,21.]. A esquizofrenia paranoide é, assim, descoberta sob a lente biopsicossocial, que integra dimensões biológicas (sintomas positivos/negativos, comorbidades como depressão em 50% dos casos e riscos cardiovasculares em 40%) [3.,8.], psicológicas (delírios, alucinações) e sociais (estigma, impacto socioeconômico com perda de produtividade em 80% e custos anuais de R\$ 2,3 bilhões no Brasil) [9.]. Essa abordagem, promovida pela OMS no *Plano de Ação de Saúde Mental*, enfatiza intervenções integrais para reduzir o estigma (até 25% em áreas urbanas) e o suicídio (5-6% de letalidade) [5.,10.].

No contexto brasileiro, a Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001, Lei Paulo Delgado) representa um marco teórico-político, impulsionado pela luta antimanicomial contra práticas excludentes em manicômios [17.]. Ela propõe a substituição de internações prolongadas por serviços comunitários, promovendo cidadania, ética e reabilitação psicossocial via RAPS e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) [17.]. Entre 2015 e 2023, o acesso a esses serviços cresceu 60%, embora as desigualdades regionais persistam, com ênfase na atenção primária para prevenção e reintegração social [5.,6.]. Essa estrutura teórica reposiciona a saúde mental como direito humano, integrando cuidados contínuos, terapias e suporte familiar, e fundamenta o cuidado integral à esquizofrenia paranoide como um processo multiprofissional e humanizado [6.,17.].

A enfermagem psiquiátrica baseia-se em modelos sistematizados, como a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que organiza o cuidado em etapas: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação [18.]. Essa abordagem é sustentada pelas classificações internacionais: NANDA (diagnósticos de enfermagem, ex.: risco de violência, isolamento social), NIC (intervenções, ex.:



comunicação terapêutica, desescalada verbal) e NOC (resultados, ex.: adesão ao tratamento, autonomia) [18.,27.,33.]. O enfermeiro atua como protagonista multiprofissional, promovendo adesão medicamentosa (antipsicóticos de segunda/terceira geração como risperidona e aripiprazol) [24.,25.], prevenção de recaídas e educação em saúde, com foco na qualidade de vida e inclusão social [31.]. Essa atuação alinha-se à teoria do cuidado humanizado, adaptada ao contexto psiquiátrico para mitigar estigma e fortalecer redes de apoio [6.,34.]. Em CAPS e internações, intervenções como reabilitação psicossocial e monitoramento de efeitos colaterais (ganho de peso, aprimorado) garantem segurança e eficácia [32.,36.,37.,38.].

Esse referencial teórico sustenta o objetivo do estudo, enfatizando o enfermeiro como agente integral no cuidado à esquizofrenia paranoide, articulando ciência, humanização e políticas públicas para autonomia e dignidade do paciente [31.,34.].

3. Metodologia

Este estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, com o objetivo de analisar a produção científica sobre a esquizofrenia paranoide e a assistência de enfermagem no cuidado às pessoas acometidas pelo transtorno. A busca foi realizada nas bases de dados Lilacs, MEDLINE (via Biblioteca Virtual em Saúde), PubMed e SciELO.

O recorte temporal adotado para seleção dos artigos que compuseram o corpo da revisão foi entre os anos de 2018 e 2025, considerando publicações disponíveis nos idiomas português, inglês e/ou espanhol. Foram incluídos estudos originais e de revisão que abordassem a esquizofrenia paranoide, o papel do enfermeiro na assistência ao paciente e às famílias, bem como aspectos diagnósticos, terapêuticos e psicossociais relacionados ao transtorno.



Referências anteriores a esse período foram incluídas exclusivamente para contextualização histórica na Introdução e no Referencial Teórico, não compondo o conjunto final dos artigos analisados na seção de Desenvolvimento e Discussão.

Os critérios de exclusão abrangeram: artigos fora do recorte temporal definido, publicações indisponíveis na íntegra, resumos de eventos científicos, trabalhos que não atendiam à temática da pesquisa e aqueles que não apresentavam relação com a atuação da enfermagem na esquizofrenia paranoide.

A seleção dos estudos ocorreu em etapas. Inicialmente, foram identificadas as publicações a partir da leitura dos títulos e resumos. Em seguida, os materiais potencialmente elegíveis foram analisados integralmente para confirmação dos critérios de inclusão. Eventuais dúvidas quanto à pertinência temática foram resolvidas mediante consenso entre as autoras.

A busca dos descritores fez uso de termos controlados da plataforma DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (Medical Subject Headings), combinados com os operadores booleanos “AND”, “OR” e “NOT”. Os descritores e seus respectivos identificadores estão apresentados na Tabela 1. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, 28 estudos foram incluídos na revisão, conforme apresentados posteriormente na Tabela 3.

Tabela 1: Descritores utilizados na pesquisa, com identificadores DeCS e ID do descritor (N=8)

DESCRIPTOR	IDENTIFICADOR DeCS	ID DO DESCRIPTOR
Esquizofrenia Paranoide	12944	D012563
Enfermagem Psiquiátrica	12005	D011568
Saúde Mental	28451	D008603
Assistência Integral à Saúde	3222	D003191



REVISTA SOCIEDADE CIENTÍFICA, VOLUME 8, NÚMERO 1, ANO 2025

Cuidados de Enfermagem	9918	D009732
Promoção da Saúde	6444	D006293
Reabilitação Psiquiátrica	56151	D000067250
Serviços de Saúde Mental	8775	D008605

Fonte: Autoras (2025).

As estratégias aplicadas resultaram em diferentes quantidades de artigos, conforme a Tabela 2.

Tabela 2: Seleção de artigos para produção científica do estudo (N=8)

COMBINAÇÃO DE DESCRITORES	BASE DE DADOS	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	ARTIGOS ENCONTRADOS
"Esquizofrenia" AND "Paranoide"	Lilacs / Medline, SciELO, PubMed	Artigos publicados entre 2018-2025; estudos disponíveis nos idiomas português, inglês e/ou espanhol; tipo de estudo incluso revisão de literatura.	49
"Enfermagem" AND "Psiquiátrica"	Lilacs / Medline, SciELO, PubMed	Artigos publicados entre 2018-2025; estudos disponíveis nos idiomas português, inglês e/ou espanhol; tipo de estudo incluso revisão de literatura.	34
"Saúde Mental"	Lilacs / Medline, SciELO, PubMed	Artigos publicados entre 2018-2025; estudos disponíveis nos idiomas português, inglês e/ou espanhol; tipo de estudo incluso revisão de literatura.	77
"Assistência Integral à Saúde"	Lilacs / Medline, SciELO, PubMed	Artigos publicados entre 2018-2025; estudos disponíveis nos idiomas português, inglês e/ou espanhol; tipo de estudo incluso revisão de literatura.	4
"Cuidados de Enfermagem"	Lilacs / Medline, SciELO, PubMed	Artigos publicados entre 2018-2025; estudos disponíveis nos idiomas português, inglês e/ou espanhol; tipo de estudo incluso revisão de literatura.	9



COMBINAÇÃO DE DESCRITORES	BASE DE DADOS	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	ARTIGOS ENCONTRADOS
“Promoção da Saúde”	Lilacs / Medline, SciELO, PubMed	Artigos publicados entre 2018-2025; estudos disponíveis nos idiomas português, inglês e/ou espanhol; tipo de estudo incluso revisão de literatura.	15
“Reabilitação” AND “Psiquiátrica”	Lilacs / Medline, SciELO, PubMed	Artigos publicados entre 2018-2025; estudos disponíveis nos idiomas português, inglês e/ou espanhol; tipo de estudo incluso revisão de literatura.	9
“Serviços de Saúde Mental”	Lilacs / Medline, SciELO, PubMed	Artigos publicados entre 2018-2025; estudos disponíveis nos idiomas português, inglês e/ou espanhol; tipo de estudo incluso revisão de literatura.	9

Fonte: Autoras (2025).

Ao total foram 206 periódicos selecionados para leitura dos títulos e resumos, e após essa leitura foram excluídos 178 que não correspondiam ao objetivo dessa pesquisa. Assim, foram incluídos, após a leitura dos resumos e títulos, 28 documentos nesta revisão.

4. **Desenvolvimento e discussão**

Esta seção apresenta a análise dos artigos selecionados para o estudo, organizada em quatro categorias principais, conforme os eixos temáticos identificados: aspectos históricos, sintomatologia e diagnóstico, tratamento medicamentoso e abordagens terapêuticas, e cuidados de enfermagem.

A seguir, apresenta-se o quadro com os artigos que compuseram a revisão narrativa, distribuídos segundo os critérios de inclusão e exclusão previamente descritos na metodologia.

Tabela 3: Artigos selecionados para estudo (N=28)

Nº	AUTOR(ES)/ANO	TÍTULO DO ARTIGO	PERIÓDICO /FONTE
1	Pontes S., Calazans R.	Sobre alucinação e realidade: a psicose na CID-10,	Psicol. USP



REVISTA SOCIEDADE CIENTÍFICA, VOLUME 8, NÚMERO 1, ANO 2025

Nº	AUTOR(ES)/ANO	TÍTULO DO ARTIGO	PERIÓDICO /FONTE
2	(2017) [1.] Pita J., Moreira V. (2020) [2.]	DSM-IV-TR e DSM-V e o contraponto psicanalítico. Contribuições de Kraepelin, Bleuler e Bergson para a fenomenologia clínica da esquizofrenia de Minkowski.	Psicol. USP
3	Rodrigues G.S. et al. (2024) [3.]	Panorama epidemiológico da esquizofrenia no Brasil: uma análise retrospectiva.	Rev. CPAQV
4	Lora A. et al. (2012) [4.]	Service availability and utilization and treatment gap for schizophrenic disorders.	Bull. World Health Organ.
5	Matos G. et al. (2015) [5.]	Schizophrenia, the forgotten disorder: the scenario in Brazil.	Rev. Bras. Psiquiatr.
6	Ministério da Saúde (2023) [6.]	Rede de Atenção Psicossocial: avanços e desafios.	Brasília: Ministério da Saúde
7	Vasconcellos P.C. (2014) [7.]	A relação entre sintomas negativos e cognição social na esquizofrenia.	UFMG – Monografia
8	Silveira J.L.F. et al. (2014) [8.]	Esquizofrenia e o uso de álcool e outras drogas: perfil epidemiológico.	Rev. Rene
9	Barbosa W.B. (2015) [9.]	Gastos com antipsicóticos atípicos, serviços ambulatoriais e hospitalares no tratamento da esquizofrenia.	UFMG – Dissertação
10	Milhães S.P., Freitas V.S.L. (2023) [10.]	Esquizofrenia e o risco de suicídio: uma revisão integrativa.	Hosp. Clínicas Gaspar Vianna
11	Barbosa A., Silva F., Rodrigues M. (2018) [11.]	Esquizofrenia paranoide: tratamento e desafios.	Rev. Bras. Psiquiatr.
12	Nogueira A., Ferreira C., Silva G. (2023) [12.]	História e evolução do conceito de esquizofrenia: uma revisão	Braz J Health Rev
13	Santos R. (2019) [13.]	Classificação das doenças mentais no século XIX: de Morel a Magnan.	Hist. Ciênc. Saúde – Manguinhos
14	Valle R. (2020) [14.]	Concepções etiológicas da esquizofrenia e sua evolução histórica.	Rev. Psiquiatr. Clín.
15	Kendler K.S. (2020) [15.]	Kraepelin and the origins of psychiatric nosology.	Mol. Psychiatry
16	Mendes B., Santos C., Dutra A., Silva R. (2024) [16.]	Esquizofrenia: fatores genéticos, fisiopatologia e inovações no tratamento.	Braz. J. Health Rev.
17	Peres M.A. et al. (2022) [17.]	Twenty years of the Brazilian psychiatric reform: meanings for psychiatric and mental health nursing.	Texto & Contexto Enferm.
18	Da Silva L.V., Júnior H.M.P., Da Silva L.G. (2024) [18.]	Cuidados de enfermagem em pacientes com esquizofrenia: abordagens atuais e perspectivas.	Rev. Iberoam. Humanid.
19	Freitas R.R. (2018) [19.]	Avaliação das dimensões psicopatológicas da esquizofrenia resistente e não resistente ao tratamento.	Ciênc. Educ. USP – Tese
20	Dines M. et al. (2024) [20.]	Bipolar disorders and schizophrenia: discrete disorders?	Front Psychiatry



Nº	AUTOR(ES)/ANO	TÍTULO DO ARTIGO	PERIÓDICO /FONTE
21	Barbosa A., Silva F., Rodrigues M. (2018) [21.] Eduarda M. et al. (2024)	Esquizofrenia paranoide: tratamento e desafios	Rev Bras Psiquiatria Anais
22	[22.]	Explorando a esquizofrenia: revisão integrativa dos aspectos diagnósticos, terapêuticos e evolutivos.	CONBRASA U 2024
23	Da Silva AGL, Farias MG. (2023) [23.] Melo J.G., Viana L., Reis	Instrumentos para a avaliação da esquizofrenia no Brasil: revisão de literatura.	Aval Psicol.
24	F. (2024) [24.]	Eficácia dos antipsicóticos de segunda geração na redução dos sintomas da esquizofrenia.	Braz. J. Implantol.
25	Valentini GN et al. (2024) [25.]	Tratamento farmacológico da esquizofrenia: passado, presente e futuro	Health Sci. Revista FT
26	Valentini GN et al. (2024) [25.]	The role of dopamine D3 receptor partial agonists in schizophrenia	Expert Rev Neurother
27	Oliveira R. et al. (2023) [33.] Santos ND et al. (2024) [28.]	Adesão ao tratamento e intervenções de enfermagem em pacientes com esquizofrenia The nursing team and care for psychiatric emergencies: an integrative review	Rev Bras Enfermagem Nursing (São Paulo)

Fonte: Autoras (2025).

Em sequência, as categorias de análise foram estruturadas de acordo com os temas predominantes nos estudos revisados, conforme detalhamento a seguir.

As categorias de análise emergiram a partir da leitura crítica e síntese dos 28 artigos incluídos, organizadas conforme os principais eixos temáticos do estudo. A primeira categoria (4.1) aborda os aspectos históricos e a evolução conceitual da esquizofrenia, destacando contribuições teóricas e a influência da Reforma Psiquiátrica na prática de enfermagem. A segunda categoria (4.2) contempla a sintomatologia e o diagnóstico, evidenciando os desafios clínicos e psicossociais na identificação do transtorno. A terceira categoria (4.3) reúne os estudos sobre tratamento medicamentoso e abordagens terapêuticas, ressaltando avanços farmacológicos e o papel da equipe multiprofissional. Por fim, a quarta categoria (4.4) trata dos cuidados de enfermagem, enfatizando a sistematização da assistência, a humanização do cuidado e as estratégias de reabilitação psicossocial. Essas categorias, articuladas entre si, possibilitam compreender de forma integral o papel do enfermeiro na assistência à pessoa com esquizofrenia paranoide.



4.1 Aspectos Históricos

A concepção da esquizofrenia evoluiu consideravelmente ao longo da história. Desde a Antiguidade já se encontravam descrições de comportamentos e manifestações mentais incomuns, genericamente denominadas como "perturbações mentais", conforme relatos atribuídos a Hipócrates (460–370 a.C.), evidenciando o conhecimento empírico acerca dessas alterações psíquicas. No século XVIII, o médico francês Dr. Philippe Pinel introduziu uma perspectiva mais estruturada, descrevendo a condição como *démence*, termo que remete à perda das funções mentais superiores, destacando a degeneração mental como característica central [12.].

Durante o século XIX, Dr. Benedict August Morel aprofundou os estudos sobre demência precoce em indivíduos jovens, frequentemente associada a intoxicações ou disfunções metabólicas, propondo a "teoria da degeneração" como explicação etiológica. Dr. Valentin Magnan contrapôs essa ideia, sugerindo uma classificação dos transtornos mentais em dois grupos degeneração hereditária e delírio crônico (*délire chronique*) [13.].

No início do século XX, Dr. Emil Kraepelin, precursor da psiquiatria moderna, sistematizou o diagnóstico da esquizofrenia a partir da prática clínica em hospitais psiquiátricos, identificando padrões sintomatológicos e de evolução clínica recorrentes. Inicialmente entendida como distúrbio endócrino, passou a ser considerada um processo de auto-intoxicação associado à degeneração neuronal [14.].

Em *Ein Lehrbuch der Psychiatrie* (1896), Kraepelin agrupou diferentes manifestações clínicas, incluindo a demência paranoide e a catatonia, esta última descrita previamente por Dr. Karl Kahlbaum sob o termo *Dementia Praecox*, consolidando uma categoria diagnóstica única para esses quadros [15.].

Posteriormente, Dr. Eugen Bleuler ampliou a concepção de Kraepelin, propondo o termo "esquizofrenia" e sugerindo que não se tratava de uma única entidade clínica, mas de um conjunto de distúrbios, denominado "grupo das esquizofrenias". Bleuler



reconheceu os subtipos hebefrênico, catatônico, paranoide e simples, acrescentando o subtipo latente, fortalecendo a compreensão da complexidade do transtorno [12.].

A partir da segunda metade do século XX, os avanços em neurociências, farmacologia e ciências cognitivas reformularam abordagens diagnósticas e terapêuticas. A introdução do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)*, publicado pela primeira vez em 1952, padronizou critérios diagnósticos, atualizados periodicamente com novas evidências científicas [16.].

Atualmente, a esquizofrenia é compreendida como um transtorno mental complexo e multifatorial, envolvendo fatores genéticos, neuroquímicos com destaque para os neurotransmissores dopamina e glutamato, e ambientais, como estressores precoces e uso de substâncias psicoativas. Essa evolução permitiu a transição de uma visão estritamente degenerativa para uma abordagem biopsicossocial, promovendo avanços no diagnóstico, terapêutica e cuidado integral e interdisciplinar. Destaca-se, nesse contexto, o papel fundamental do enfermeiro na assistência qualificada e humanizada à pessoa com esquizofrenia, considerando suas múltiplas dimensões de cuidado [16.].

4.1.1 A Reforma Psiquiátrica e os impactos na assistência de enfermagem

No Brasil, a reforma psiquiátrica surgiu como resposta à luta antimanicomial, marcada por práticas excludentes, superlotação e cronificação dos pacientes. Impulsionada por usuários, familiares e profissionais de saúde, constituiu um processo histórico, político e social de transformação da assistência e de garantia dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico. Propôs a substituição gradual dos hospitais psiquiátricos por serviços comunitários, além de regulamentar e restringir as internações involuntárias [17.].

A desconstrução do modelo tradicional de saúde deu novo significado à assistência de enfermagem, exigindo práticas mais humanizadas e o reposicionamento da enfermagem como protagonista na equipe multidisciplinar. A



atuação a valorizar a singularidade de cada indivíduo e fortalecer o cuidado centrado na pessoa [17.].

A Lei Paulo Delgado (Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001), conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, reestruturou os serviços de saúde mental e transformou a prática do enfermeiro. Passou-se a promover cidadania, ética e reabilitação psicossocial, conferindo à enfermagem um papel estratégico e indispensável na promoção de práticas humanizadas e emancipadoras [17.].

4.2 Sintomatologia e Diagnóstico

A esquizofrenia paranoide constitui um subtipo clínico caracterizado predominantemente pela presença de delírios sistematizados e alucinações auditivas persistentes, geralmente sem comprometer de forma acentuada a organização do pensamento ou do comportamento, como ocorre em outros subtipos da esquizofrenia. A manifestação sintomatológica do transtorno é classificada em três grupos principais sintomas positivos, negativos e cognitivos [18.].

Os sintomas positivos são aqueles que representam uma adição às funções mentais normais, incluindo delírios, crenças falsas e fixas, alucinações geralmente auditivas, discurso e comportamento desorganizados. Já os sintomas negativos se referem à redução ou ausência de habilidades previamente presentes, como o embotamento afetivo, a alogia, caracterizada pela pobreza do discurso, e a anedonia, incapacidade de experimentar prazer. Por fim, os sintomas cognitivos envolvem disfunções nos processos mentais superiores, como déficits de atenção, memória de trabalho e dificuldades na resolução de problemas e no funcionamento executivo [18.].

O diagnóstico da esquizofrenia é predominantemente clínico, baseado nos critérios estabelecidos pelo “*Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5*”. Para a confirmação diagnóstica, é necessário que a pessoa apresente dois ou mais das seguintes manifestações como delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento catatônico ou sintomas negativos, por um período mínimo de um mês.



Além disso, deve haver prejuízo funcional significativo em áreas como trabalho, relações interpessoais ou autocuidado, persistente por pelo menos seis meses [19.].

Exames laboratoriais e de imagem como tomografia e ressonância magnética são frequentemente utilizados com o objetivo de excluir etiologias orgânicas para as alterações apresentadas, tais como neoplasias, encefalites, distúrbios metabólicos ou uso de substâncias psicoativas. No contexto da avaliação clínica, instrumentos padronizados, como a *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)*, auxiliam na mensuração da gravidade e evolução do quadro clínico, oferecendo subsídios importantes para o planejamento terapêutico [19.].

O processo diagnóstico pode ser desafiador devido à sobreposição de manifestações clínicas com outros transtornos psiquiátricos, em especial o transtorno bipolar. A diferenciação entre essas condições é fundamental, já que ambas podem apresentar delírios, alucinações e alterações comportamentais durante episódios de mania. No entanto, na esquizofrenia, os sinais psicóticos tendem a persistir mesmo após a estabilização do humor, enquanto no transtorno bipolar estão geralmente restritos aos períodos de oscilação afetiva. Além disso, sintomas negativos são mais característicos e predominantes no quadro esquizofrênico, servindo como um importante marcador clínico no processo de avaliação [20.,21.].

Além disso, é fundamental ressaltar que o diagnóstico da esquizofrenia paranoide deve considerar também o contexto psicossocial do indivíduo. Fatores como histórico familiar de transtornos mentais, vivências traumáticas, episódios de estresse intenso e isolamento social podem influenciar significativamente tanto no surgimento quanto na expressão clínica do transtorno mental. Dessa forma, a abordagem diagnóstica deve ser realizada por uma equipe multiprofissional, envolvendo médicos, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros, assegurando uma compreensão holística do sujeito [22.].



A identificação precoce dos sinais e sintomas, em especial do período prodrômico caracterizado por retraimento social, queda no desempenho ocupacional e alterações perceptivas sutis, é fundamental para a implementação de intervenções precoces, que podem mitigar o impacto funcional e social do transtorno mental. Nesse sentido, o cuidado em saúde mental deve transcender os aspectos técnicos do diagnóstico, incorporando práticas de escuta qualificada, construção de vínculo terapêutico e acompanhamento contínuo, garantindo uma assistência centrada nas necessidades singulares do paciente [23.].

4.3 Tratamento medicamentoso e abordagem terapêutica

O tratamento da esquizofrenia paranoide deve ser realizado por uma equipe multiprofissional, tendo o uso de medicamentos antipsicóticos como base principal do cuidado. Os antipsicóticos de segunda (2º) geração, como risperidona, olanzapina e quetiapina, são amplamente utilizados atualmente, pois apresentam menor risco de efeitos extrapiramidais em comparação aos agentes de primeira geração [24.].

Avanços recentes na farmacologia têm explorado novos compostos e vias de administração, como o uso de antipsicóticos de terceira (3º) geração. Medicamentos como aripiprazol, brexpiprazol e cariprazina atuam como agonistas parciais dos receptores de dopamina. Essa característica confere um perfil de segurança mais favorável, com menor risco de efeitos colaterais. Por modularem seletivamente os receptores de dopamina e serotonina, esses medicamentos podem melhorar a tolerabilidade, aumentar a adesão a longo prazo e promover melhores desfechos clínicos [25.,26.].

Um dos principais desafios no manejo da esquizofrenia é a adesão ao tratamento. Garantir que o paciente utilize os medicamentos de forma contínua e adequada é essencial, pois, a interrupção ou uso inadequado pode levar à recidiva dos sintomas, aumento da agitação e necessidade de novas internações. Nesses casos, os antipsicóticos



injetáveis de longa duração representam uma alternativa eficaz, proporcionando efeito prolongado e auxiliando no controle do quadro clínico [27.].

Quando a desescalada verbal não é suficiente ou existe risco imediato à integridade do paciente ou de terceiros, o tratamento medicamentoso de emergência torna-se necessário. Antipsicóticos de ação rápida, como haloperidol ou olanzapina, podem ser administrados via intramuscular ou oral, dependendo do estado do paciente e da capacidade de cooperação. Benzodiazepínicos, como diazepam ou lorazepam, são frequentemente utilizados para controlar agitação intensa ou agressividade, principalmente quando há risco de complicações físicas decorrentes da crise. A escolha da medicação deve considerar o histórico do paciente, comorbidades e possíveis efeitos adversos, seguindo sempre os protocolos institucionais [28.,29.,30.].

Além do tratamento farmacológico, é fundamental investir em intervenções psicossociais, como terapia cognitivo-comportamental, reabilitação psicossocial, terapia ocupacional e apoio familiar. Essas estratégias promovem maior independência, melhoram o funcionamento diário do paciente e favorecem sua reintegração à vida social [31.].

Outro ponto essencial é o acompanhamento contínuo da resposta aos medicamentos e da ocorrência de efeitos colaterais, como ganho de peso, alterações metabólicas, problemas cardíacos e sintomas motores. Esse monitoramento deve ser individualizado, com avaliações frequentes realizadas pela equipe multiprofissional, permitindo ajustes terapêuticos conforme a evolução do quadro clínico [32.].

O enfermeiro desempenha papel central em todo o processo. Além de administrar os medicamentos, orienta o paciente sobre a importância da adesão correta, observa possíveis efeitos adversos e fortalece o vínculo terapêutico. Essa atuação contribui diretamente para a continuidade do cuidado, promovendo resultados positivos e consolidando uma assistência humanizada, integral e centrada nas necessidades do paciente [18.].



4.4 Cuidados de enfermagem

O enfermeiro desempenha papel de suma importância no cuidado de pessoas com esquizofrenia paranoide, atuando para promover adesão ao tratamento, acolher o paciente, prevenir recaídas e oferecer orientações em saúde. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), com base nas classificações NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) que define o diagnóstico de enfermagem, NIC (*Nursing Interventions Classification*) que classifica as intervenções de enfermagem e NOC (*Nursing Outcomes Classification*) que define a classificação dos resultados de enfermagem, permite organizar um plano de cuidados individualizado, humanizado e estruturado [18.].

Entre os principais diagnósticos de enfermagem destacam-se risco de comportamento violento, isolamento social, dificuldade no autocuidado e baixa autoestima. Para cada diagnóstico, o enfermeiro aplica intervenções específicas, como garantir ambiente seguro, criar vínculo de confiança, incentivar participação em grupos e orientar sobre possíveis efeitos adversos dos medicamentos [33.]. A aplicação sistemática dessas intervenções, organizada a partir da SAE, possibilita acompanhamento contínuo e avaliação de resultados, promovendo segurança e eficácia no cuidado [27.].

O profissional deve estar atento tanto ao paciente quanto ao ambiente, identificando fatores que possam aumentar agitação, risco de autoagressão, agressão a terceiros ou comportamentos impulsivos. A avaliação constante desses riscos permite intervenções rápidas e adequadas, o que podem incluir mudanças no ambiente, comunicação terapêutica e estratégias de desescalada. A adaptação ambiental constitui medida preventiva essencial. Reduzir estímulos estressantes, como ruídos elevados, iluminação intensa ou excesso de movimentação, bem como organizar espaços com rotas de fuga seguras e superfícies livres de objetos perigosos, garante a segurança do paciente e da equipe [28.,29.].



A comunicação terapêutica, clara, simples e empática, é fundamental para o manejo de uma crise. Evitar confrontar crenças delirantes ou alucinações e validar o sofrimento emocional fortalece o vínculo terapêutico, reduz a ansiedade e aumenta a receptividade do indivíduo às intervenções [30.,34.]. Estratégias de desescalada verbal, como oferecer opções simples, manter postura calma e respeitar o espaço físico, contribuem para prevenir a escalada da crise, diminuindo a necessidade de contenções físicas ou medicamentosas [28.,30.].

Além das intervenções imediatas, o enfermeiro atua em estratégias de reabilitação psicossocial e promoção do autocuidado, focando na recuperação da autonomia e integração social do paciente. Incentivar o convívio social, participação em oficinas terapêuticas, grupos de apoio e atividades de desenvolvimento de habilidades sociais fortalece vínculos comunitários e familiares, reduz preconceitos e melhora a qualidade de vida [33.,35.].

A atuação do profissional de enfermagem se manifesta de forma distinta em diferentes contextos. Nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a prática é voltada para a promoção da autonomia e a reintegração social, com incentivo à participação em oficinas e grupos de apoio e desenvolvimento de habilidades sociais. Já em uma internação hospitalar psiquiátrica, a prioridade é o manejo de crises agudas e a segurança do paciente. Em casos de agitação, a desescalada verbal é a primeira medida, utilizando comunicação calma para prevenir escalada do comportamento violento, recorrendo à medicação de emergência apenas se necessário. A equipe de enfermagem é responsável pelo monitoramento contínuo, observando alterações de comportamento e os efeitos da medicação [36.,37.,38.].

O registro detalhado das observações, comportamentos, desencadeadores e estratégias aplicadas é essencial para planejamento individualizado, continuidade do cuidado e comunicação efetiva entre a equipe multiprofissional [28.,29.].



Por fim, a capacitação contínua da equipe de enfermagem é indispensável. Treinamentos, simulações de atendimento e atualização sobre práticas baseadas em evidências fortalecem a atuação profissional, promovendo segurança, humanização e qualidade no tratamento [30.,34.].

5. **Considerações finais**

A esquizofrenia paranoide se configura enquanto um transtorno mental complexo e multifatorial, exigindo uma abordagem de cuidado integral e centrada no paciente. Esta revisão narrativa evidenciou que o enfermeiro desempenha um papel essencial na assistência a essas pessoas, articulando cuidado técnico, educação em saúde e ações de reabilitação psicossocial.

No entanto, os desafios na assistência a pessoas com esquizofrenia paranoide persistem, especialmente no contexto brasileiro. Como aponta a literatura, a escassez de recursos e o estigma social, são barreiras significativas que dificultam o acesso adequado e a adesão ao tratamento. Nesse cenário, o enfermeiro emerge como um agente crucial para mitigar esses obstáculos, atuando na educação em saúde para reduzir o preconceito e fortalecendo as redes de apoio social e familiar. Sua prática vai além da estabilização clínica, promovendo a autonomia e a inclusão social, o que se torna vital para a jornada de recuperação do paciente.

Diante do que foi exposto, este estudo sugere direções para aprimorar a prática de enfermagem em saúde mental. É fundamental investir na capacitação contínua da equipe, através de treinamentos e simulações de atendimento, para fortalecer a atuação profissional e garantir um cuidado seguro e humanizado. Futuras pesquisas poderiam explorar a eficácia de intervenções de enfermagem focadas em estratégias de reabilitação psicossocial, a fim de gerar evidências para otimizar os planos de cuidado individualizados.



Conclui-se que o enfermeiro é um pilar fundamental e insubstituível na assistência, capaz de integrar ciência, cuidado e humanização. Sua atuação é indispensável para promover a qualidade de vida e a dignidade das pessoas com esquizofrenia, consolidando a enfermagem como protagonista na saúde mental.

6. **Indicação de trabalhos futuros**

A partir das reflexões nesta revisão narrativa sobre o papel do enfermeiro no cuidado à esquizofrenia paranoide, surgem oportunidades para aprofundar o debate na enfermagem psiquiátrica, especialmente no contexto brasileiro, onde ainda persistem lacunas em práticas humanizadas e políticas exclusivas.

Sugere-se explorar, nos estudos subsequentes, narrativas de pacientes e familiares sobre experiências com a SAE em serviços comunitários como os CAPS, para enriquecer a compreensão do impacto do vínculo terapêutico na adesão ao tratamento e na redução do estigma social. Essa abordagem poderia incorporar perspectivas culturais diversas, superando o foco predominantemente em contextos urbanos da literatura atual.

Outra indicação envolve a realização de análises comparativas entre práticas de enfermagem baseadas nas taxonomias NANDA/NIC e abordagens tradicionais adotadas em diferentes contextos internacionais, com ênfase nos desafios regionais brasileiros, como o acesso limitado no Norte e Nordeste. Estudos dessa natureza podem subsidiar adaptações locais na RAPS, promovendo maior equidade e prevenção de crises. Ademais, pesquisas futuras poderiam investigar o papel da educação continuada para enfermeiros em temas como desescalada verbal e monitoramento de comorbidades (ex.: riscos cardiovasculares), utilizando relatos de experiência para fomentar protocolos mais humanizados e alinhados à Reforma Psiquiátrica.



Essas restrições buscam estimular contribuições que ampliem o cuidado integral, fortalecendo a autonomia do paciente e o protagonismo profissional na saúde mental.

7. **Declaração de direitos**

As autoras declaram ser detentores dos direitos autorais da presente obra, que o artigo não foi publicado anteriormente e que não está sendo considerado por outra(o) Revista/Journal. Declaram que as imagens e textos publicados são de responsabilidade das autoras, e não possuem direitos autorais reservados a terceiros. Textos e/ou imagens de terceiros são devidamente citados ou devidamente autorizados com concessão de direitos para publicação quando necessário. Declaram respeitar os direitos de terceiros e de Instituições públicas e privadas. Declaram não cometer plágio ou autoplágio e não ter considerado/gerado conteúdos falsos e que a obra é original e de responsabilidade das autoras.

8. **Referências**

1. Pontes S, Calazans R. Sobre alucinação e realidade: a psicose na CID-10, DSM-IV- TR e DSM-V e o contraponto psicanalítico. *Psicol USP*. 2017;28:108-17.
2. Pita J, Moreira V. Contribuições de Kraepelin, Bleuler e Bergson para a fenomenologia clínica da esquizofrenia de Minkowski. *Psicol USP*. 2020;31:e180008.
3. Rodrigues GS, Santos Lara G, Charquieh LDC, Cechelero NJS, Cunha MMF, Koerich F. Panorama epidemiológico da esquizofrenia no Brasil: uma análise retrospectiva. *Rev CPAQV*. 2024;16(2).
4. 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*. 2012;90(1):47-54B.
5. Matos G, Guarniero FB, Hallak JE, Bressan RA. Schizophrenia, the forgotten disorder: the scenario in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2015;37(4):269-70.
6. Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial: avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
7. Vasconcellos PC. A relação entre sintomas negativos e cognição social na esqui-



- zofrenia [monografia]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/VRNS9TDNTY/1/monografia.pdf>. Acesso em: 16 abr 2025.
8. Silveira JLF, Morais GHF, Silva MM, Santos FFS, Sousa ACC, Souza F. Esquizofrenia e o uso de álcool e outras drogas: perfil epidemiológico. *Rev Rene*. 2014;15(3):436-46.
 9. Barbosa WB. Gastos com antipsicóticos atípicos, serviços ambulatoriais e hospitalares no tratamento da esquizofrenia: uma coorte de onze anos no Brasil [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/BUOS-AT3KU8>
 10. Milhones SP, Freitas VSL. Esquizofrenia e o risco de suicídio: uma revisão integrativa [monografia]. Belém: Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna; 2023.
 11. Barbosa A, Silva F, Rodrigues M. Esquizofrenia paranoide: tratamento e desafios. *Rev Bras Psiquiatr*. 2018;40(3):180–187. DOI: 10.1590/1516-4446-2017-0003.
 12. Nogueira A, Ferreira C, Silva G. História e evolução do conceito de esquizofrenia: uma revisão. *Braz J Health Rev*. 2023;6(2):123–34. [doi:10.34119/bjhrv6n2-013](https://doi.org/10.34119/bjhrv6n2-013).
 13. Santos R. Classificação das doenças mentais no século XIX: de Morel a Magnan. *Hist Ciênc Saúde Manguinhos*. 2019;26(3):875–88. [doi:10.1590/S0104-59702019000300005](https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000300005).
 14. Valle R. Concepções e classificações das doenças mentais: de Kraepelin a Bleuler. *Rev Psiquiatr Clín*. 2020;47(1):45–52. [doi:10.1590/0101-60830000000225](https://doi.org/10.1590/0101-60830000000225).
 15. Kendler KS. Kraepelin and the origins of psychiatric nosology: Ein Lehrbuch der Psychiatrie (1896). *Mol Psychiatry*. 2020;25:14-22.
 16. Mendes B, Santos C, Dutra A, Silva R. Esquizofrenia: fatores genéticos, fisiopa-



- tologia e inovações no tratamento. *Braz J Health Rev.* 2024;7(2):1-15.
17. Peres MA, Martins GCS, Manfrini GC, Cardoso L, Fonseca PIMN, Shattell M. Twenty years of the Brazilian psychiatric reform: meanings for psychiatric and mental health nursing. *Texto Contexto Enferm.* 2022;31:e20220045.
 18. Da Silva LV, Júnior HMP, Da Silva LG. Cuidados de enfermagem em pacientes com esquizofrenia: abordagens atuais e perspectivas. *Rev Iberoam Humanid Ciênc Educ.* 2024;10(9):2941-52.
 19. Freitas RR. Avaliação das dimensões psicopatológicas da esquizofrenia resistente e não resistente ao tratamento: estudo transversal multicêntrico internacional [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2018.
 20. Dines M, Arnone D, Schmidt A, Howes O. Bipolar disorders and schizophrenia: discrete disorders? *Front Psychiatry.* 2024;15:1352250. [doi:10.3389/fpsyt.2024.1352250](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1352250).
 21. Barbosa A, Silva F, Rodrigues M. Esquizofrenia paranoide: tratamento e desafios. *Rev Bras Psiquiatr.* 2018;40(3):180–187. [doi:10.1590/1516-4446-2017-0003](https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-0003).
 22. Eduarda M, et al. Explorando a esquizofrenia: revisão integrativa dos aspectos diagnósticos, terapêuticos e evolutivos. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de Saúde On-line – CONBRASAU*; 2024 abr 15-18; Fortaleza (CE). Fortaleza: Editora Integrar; 2024. Disponível em: <https://ime.events/conbrasau2024/pdf/34936>.
 23. Da Silva AGL, Farias MG. Instrumentos para a avaliação da esquizofrenia no Brasil: revisão de literatura. *Aval Psicol.* 2023;22(1):63-72.
 24. Melo JG, Viana L, Reis F. Eficácia dos antipsicóticos de segunda geração na redução dos sintomas da esquizofrenia: uma revisão sistematizada. *Braz J Implantol Health Sci.* 2024;6(11):2853-61.
 25. Valentini GN, Forato NCCS, Favare MHMV, Mendes-Gomes J. Tratamento far-



- macológico da esquizofrenia: passado, presente e futuro. Revista FT. 2024;28(138). [doi:10.69849/revistaft/ch10202409300814](https://doi.org/10.69849/revistaft/ch10202409300814).
26. Citrome L. The role of dopamine D3 receptor partial agonists in schizophrenia: focus on cariprazine. Expert Rev Neurother. 2023;23(6):463-476. [doi:10.1080/14737175.2023.2185847](https://doi.org/10.1080/14737175.2023.2185847).
27. Oliveira R, Lima J, Carvalho P, Santos M. Adesão ao tratamento e intervenções de enfermagem em pacientes com esquizofrenia: desafios e estratégias no cuidado contínuo. Rev Bras Enferm. 2023;76(2):e20220215. [doi:10.1590/0034-7167-2022-0215](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0215).
28. Santos ND, Almeida CL, Silva RG, Caldeirão TD, Haddad PCMB, Silva DA. The nursing team and care for psychiatric emergencies: an integrative review. Nursing (São Paulo). 2024;27(307):10055–61. [doi:10.36489/nursing.2024v27i307p10055-10061](https://doi.org/10.36489/nursing.2024v27i307p10055-10061).
29. Ramalho RM, Silva AP, Nogueira FA. Risk assessment and safety management in psychiatric emergencies: an integrative review. Rev Bras Enferm. 2023;76(5):e20220541. [doi:10.1590/0034-7167-2022-0541](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0541).
30. Yosep I, Hikmat R, Suryani S, Widiati E, Sriati A, Sutini T, Rafiyah I. Nursing strategies for implementing psychosocial interventions to address violent behavior in schizophrenia: a scoping review. BMC Nurs. 2025;24:503. [doi:10.1186/s12912-025-03145-2](https://doi.org/10.1186/s12912-025-03145-2).
31. Gonzaga A, Costa B, Mendes C. Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento da esquizofrenia: uma revisão integrativa. Rev Terap Cogn Comport. 2024;12(3):45–58. [Acesso em 11 set. 2025]. Disponível em: <https://revistaft.com.br/terapia-cognitivo-comportamental-no-tratamento-da-esquizofrenia-uma-revisao-integrativa/>. Acesso em: 20 abr 2025.
32. Gaebel W, Stricker J, Hasan A, Falkai P, McIntyre JS, Kerst A. The revised DGPPN and APA schizophrenia guidelines: guideline quality and recommenda-



- tions for long- term antipsychotic treatment. Schizophr Res. 2021;229:137-9.
33. Oliveira AGN, Souza E, Ferreira F, Silva M, Santos P. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em paciente com transtorno mental: percepções de acadêmicos de enfermagem. Braz J Health Rev. 2022;5(2):6110-21.
34. Arturén H, Sjöström N. Handling conflict situations in psychosis inpatient care: nursing staff experiences of the Interactive Approach model. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2024;31(5):345–53. [doi:10.1111/jpm.13066](https://doi.org/10.1111/jpm.13066).
35. Rosa DCJ, Lima DM, Miranda L, Peres RS. “Paciente-problema”: imaginário coletivo de enfermeiros acerca do usuário com diagnóstico de esquizofrenia. Physis. 2021;31:e310108. [doi:10.1590/S0103-73312021310108](https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310108).
36. Santos EO, Eslabão AD, Kantorski LP, Pinho LB. Nursing practices in a psychological care center. Rev Bras Enferm. 2018;73(1):e20180175. [doi:10.1590/0034-7167-2018-0175](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0175).
37. Silva P, Gonçalves M, Lira J. Safety and risk assessment in acute psychiatric care. Rev Bras Enferm. 2020;73(1):e20170905. [doi:10.1590/0034-7167-2017-0905](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0905).
38. Lanza M, Souza C, Lima A. Nursing management of acute psychotic crises: a systematic review. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2019;26(1):15–22. [doi:10.1111/jpm.12502](https://doi.org/10.1111/jpm.12502).