

FACULDADE LABORO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

**KATIUSCIA LAYANE DE SOUSA RIBEIRO DA SILVA**

**AS POTENCIALIDADES DO PACIENTE ESQUIZOFRÊNICO: uma visão  
terapêutica**

São Luís  
2017

**KATIUSCIA LAYANE DE SOUZA RIBEIRO DA SILVA**

**AS PONTUALIDADES DO PACIENTE ESQUIZOFRÊNICO: uma visão  
terapêutica**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de, da Faculdade, para obtenção do título  
de Especialista em Saúde Mental

Orientador(a): Prof.(a). Mestre Luciana Rodrigues

São Luís  
2017

Silva, Katiuscia Layane de Sousa Ribeiro da

As potencialidades do paciente esquizofrênico: visão terapêutica/  
Katiuscia Layane de Sousa Ribeiro da Silva-. São Luís, 2017.

Impresso por computador (fotocópia)

16 f.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de  
Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da  
Faculdade LABORO como requisito para obtenção de Título de  
Especialista. -. 2017.

Orientadora: Profa. Ma. Luciana Cruz Rodrigues Vieira

1. Esquizofrenia. 2. Tratamento. 3. Potencial do paciente. 4.  
Visão terapêutica. I. Título.

CDU:616.89

**KATIUSCIA LAYANE DE SOUZA RIBEIRO DA SILVA**

**AS POTENCIALIDADES DO PACIENTE ESQUIZOFRÊNICO: uma visão  
terapêutica**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de, da Faculdade, para obtenção do título  
de Especialista em Saúde Mental.

Orientador(a): Prof.(a). Mestre Luciana Rodrigues.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.(a). Mestre Luciana Cruz Rodrigues Vieira (orientadora)

---

**Examinador 1**

---

**Examinador 2**

**AS POTENCIALIDADES DO PACIENTE ESQUIZOFRÊNICO: UMA VISÃO  
TERAPÊUTICA**

## RESUMO

A esquizofrenia é uma doença caracterizada por uma desorganização bem ampla dos processos mentais. Seu quadro é complexo, mostrando dessa forma sinais e sintomas na área do pensamento, da percepção e das emoções, ocasionando significantes prejuízos ocupacionais, não só na vida de relações interpessoais, como também familiares. Todavia, existem fatores que contribuem para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes esquizofrênicos. O presente artigo justifica-se pela necessidade de se ter um trabalho de escopo ocupacional, devendo o paciente ser estimulado conforme suas potencialidades, com o cuidado de se evitar uma estimulação exagerada e/ou o aumento das responsabilidades e demandas capazes de desestruturá-lo. Como base nisso, este artigo tem como escopo apresentar de que forma os pacientes esquizofrênicos podem ter uma vida normal e um convívio social com dignidade. Este trabalho ainda visa contemplar uma visão de cunho terapêutico acerca desta problemática, concluindo, pois, que as capacidades do paciente esquizofrênico devem ser trabalhadas de forma coesa, auxiliando numa readaptação social progressiva, concomitante a um ganho ainda maior da sua perspectiva de vida.

Palavras-chave: Esquizofrenia. Tratamento. Potencial do paciente. Visão terapêutica.

# **THE POTENTIALITIES OF THE SCHIZOPHRENIC PATIENT: A THERAPEUTIC VISION**

## **ABSTRACT**

Schizophrenia is a disease characterized by a very wide disorganization of mental processes. His picture is complex, showing signs and symptoms in the area of thought, perception and emotions, causing significant occupational losses, not only in the life of interpersonal relationships, but also in family life. However, there are factors that contribute to the improvement of the quality of life of schizophrenic patients. The present article is justified by the need to have a job of occupational scope, and the patient should be stimulated according to their potentialities, with care being taken to avoid exaggerated stimulation and / or the increase of responsibilities and demands capable of disrupting it. Based on this, this article aims to present how patients schizophrenics can have a normal life and a social life with dignity. This work is still intended to contemplate a therapeutic perspective on this problem, concluding, therefore, that the abilities of the schizophrenic patient must be worked in a cohesive way, aiding in a progressive social readaptation, concomitant to an even greater gain of his perspective of life.

Keywords: Schizophrenia. Treatment. Potential of the patient. Therapeuticview.

## 1INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é uma doença mental caracterizada por uma desorganização bem ampla dos processos mentais. Conforme Helkis (2000), o termo esquizofrenia, da forma como é conhecido atualmente, incide de significados que tiveram mudanças no passar do tempo. É reconhecido que alguns episódios foram criadores da conceituação mais conhecida. É possível colocá-los em um espaço de tempo de um século, em três pontos primordiais: O início, conceituado por Kraepelin (1893), a abrangência do conceito e limitação do conceito.

Kraepelin (1893) identifica os sintomas iniciais da doença, mostrando que o quadro é bastante complexo, apresentando, dessa forma, sinais e sintomas na área do pensamento, percepção e emoções, causando, nesse contexto, significantes prejuízos ocupacionais, tanto na vida de relações interpessoais como familiares. Como isso, é identificado “o enfraquecimento das atividades emocionais que formam as molas propulsoras da volição e a perda da unidade interna das atividades do intelecto, emoção e volição” (HELKIS, 2000; p. 23).

Diante disso, a pessoa perde o sentido da realidade tornando-se incapaz de diferenciar o que é real daqui que não passa de mera ilusão. Essa doença é manifestada por crises agudas com sintomatologia alta, intercaladas com períodos de remissão, quando há sintomas mais brandos, restando alguns deles em menor impacto.

Posteriormente, é encontrada a definição do termo esquizofrenia criada por Bleuler (1908-1911), buscando conceituá-la como “esquizofrenias”, por conta dos inúmeros subtipos. É necessário ressaltar que Bleuler não concebia uma proposta que abandonava a de insanidade precoce, e sim um complemento. Bleuler acrescentou o aumento da idade no começo da doença, haja vista que o transtorno tenderia aparecer muito tempo depois e uma atenção em alguns sintomas que seriam importantes para o diagnóstico mais rápido.

“Hoje sabemos que predisposições hereditárias desfavoráveis interagem com experiências de vida desfavoráveis, mas não se encontram configurações genéticas únicas ou experiências destruidoras bem determinadas, em vez disso são múltiplas as disposições físicas e mentais, inatas ou adquiridas, que constituem a predisposição para a esquizofrenia. A teoria mais aceitável para a origem das esquizofrenias é que resultam de desarmonias de uma variedade de influências no desenvolvimento da personalidade. Como explicação: O traço de personalidade genérico que favorece a esquizofrenia não consiste em vários genes patológicos, mas

antes da defeituosa interação - ou desarmonia - das características inatas” (Manfred Bleuler, 1960).

Embora seja uma doença do cérebro com manifestações psíquicas, a esquizofrenia começa apenas no final da adolescência ou início da idade adulta antes dos 40 anos. O andamento desta doença é sempre incurável com forte tendência à deterioração da personalidade do indivíduo fazendo com que este dificilmente volte ao convívio normal junto à sociedade.

Hoje em dia, a esquizofrenia tem se tornado uma problemática na saúde, ocasionando agravos psicossociais na vida do paciente como: problemas no auto cuidado e em processar as informações recebidas, como também na convivência interpessoal, favorecendo assim o isolamento social e, por consequência, dificultando o processo de reabilitação desses sujeitos (Ferreira Junior, Barbosa, Barbosa, Hara, Rocha, 2010).

Quase não se tem um fator que especifique a causa da Esquizofrenia. Existe, não obstante, evidências de uma possível combinação de fatores biológicos, genéticos e até mesmo ambientais que poderiam contribuir de diferentes maneiras para o surgimento e a ampliação da doença. É sabido ainda que filhos de pessoas esquizofrênicas têm uma chance de aproximadamente 10% de desenvolver a doença, ao passo que na população geral o risco de desenvolver a doença decai para 1%.

O transtorno mental é uma condição associada ao intenso sofrimento para seu portador e seus familiares. O sofrimento não decorre apenas das alterações psíquicas vivenciadas, mas, também, dos prejuízos no convívio social e na vida afetiva.

Mesmo que não se tenha os fatores exatos daquilo que ocasiona a esquizofrenia, é importante mencionar que a esquizofrenia é capaz de provocar um sofrimento familiar, tendo em vista que este transtorno psicótico proporciona transformações no dia a dia da família por estabelecer cuidados de forma contínua. Ressalta-se ainda que a existência de sinais sociais relacionados aos transtornos mentais atrapalha também a aceitabilidade da família (Almeida, Schal, Martins, Modena, 2010).

Diante dessa assertiva, o presente artigo justifica-se pela necessidade de se ter um trabalho de escopo ocupacional, devendo o paciente ser estimulado conforme suas potencialidades, com o cuidado de se evitar uma estimulação



exagerada e/ou o aumento das responsabilidades e demandas capazes de estruturá-lo. Diante dessa premissa, o paciente pode ser encorajado aos poucos, assumindo novas responsabilidades ao passo que demonstrar-se mais seguro e confiante em sua função. Tais orientações podem ser dadas pela equipe terapêutica.

Como base nisso, este artigo tem como escopo apresentar de que forma os pacientes esquizofrênicos podem ter uma vida normal e um convívio social com dignidade. Este trabalho ainda visa contemplar uma visão de cunho terapêutico acerca desta problemática. Através da pesquisa bibliográfica procurou-se entender a doença e principalmente as dificuldades enfrentadas por um portador da doença e pela família desde o processo de adoecimento até a fase de tratamento.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Apontar, através de uma revisão de literatura, as potencialidades do paciente esquizofrênico a partir de uma visão terapêutica.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar as potencialidades do paciente esquizofrênico;
- Discutir o papel da família no tratamento da esquizofrenia;
- Apresentar a relação da terapia com pacientes esquizofrênicos.

## **3 METODOLOGIA**

Realizou-se uma pesquisa de cunho bibliográfico de materiais digitais com o intuito de reforçar os objetivos propostos acima. Conforme Andrade (1997) uma pesquisa bibliográfica pode ser desenvolvida como um trabalho em si mesmo ou constituir-se numa etapa de elaboração de monografias, dissertações, etc.

Foram pesquisados vários artigos no SciELO (Scientific Electronic Library Online), sendo encontrados 50 artigos que traziam essa abordagem e enfocados aqui apenas 12, sendo estes publicados entres os ano de 2010 a 2016. Tal pesquisa

teve como escopo colher dados sobre a maneira como o paciente esquizofrênico é trabalhado, tendo em vista este ainda é rejeitado socialmente originando um isolamento social, condição esta que não lhe traz benefícios, pelo contrário, os prejuízos sofridos por este são significativos.

Diante disso, optou-se por discutir sobre estes entraves que ainda versam o contexto de vida do paciente que desencadeou esta enfermidade mental.

A pesquisa bibliográfica é de suma importância na busca por soluções plausíveis no que tange o conteúdo supracitado. Segundo Gil (2007, p. 17), pesquisa é definida como sendo o

(...) procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. A pesquisa desenvolve-se por um processo constituído de várias fases, desde a formulação do problema até a apresentação e discussão dos resultados.

Logo em seguida foi feito um planejamento, de todos os processos que utilizados, fazendo, pois, parte do primeiro momento da pesquisa científica, que envolveu também a escolha da temática trabalhada, a formulação do problema, a especificação dos objetivos, bem como a organização dos métodos realizados. Foram levadas em conta, também, as observações de Figlie (2004) apud Cunha e Santos (2009), sobre a necessidade de o terapeuta ocupacional reconhecer as necessidades dos pacientes e, com isso, elaborar um trabalho mais direcionado.

Para análise dos dados coletados, adotou-se como fundamento os seguintes passos: ordenação dos dados, classificação dos dados e categorias de análise (Minayo, 2007). A análise dos dados proporcionou a identificação das seguintes categorias de análise: ações multidisciplinares com vistas a estabilizar os sintomas da esquizofrenia e como as oficinas terapêuticas de caráter produtivo podem ser eficazes no tratamento do paciente.

## **4 REVISÃO DE LITERATURA**

### **4.1 Principais potencialidades do paciente esquizofrênico**

Segundo Elkis e Meltzer (2016), aproximadamente 80 a 90% das pessoas diagnosticadas com esquizofrenia demonstram disfunção social e até mesmo ocupacional em relação ao que se esperaria delas a partir de seu nível funcional antes da doença, tendo dificuldades na realização de tarefas domésticas e apresentando necessidade contínua de medicamentos. Para Tonelli e Alvarez

(2013) e para Stuart e Laraia (2012) os relacionamentos interpessoais e a solução de problemas também figuram como dificuldades do cotidiano de pessoas com esquizofrenia. Tessler e Gamache (2016, p. 111), constataram que:

O desempenho das tarefas de assistência ao ente adoecido, a supervisão dos seus comportamentos, os transtornos e as restrições que ocorrem na vida social e ocupacional dos familiares e o impacto financeiro, assim como os sentimentos advindos das preocupações, a sensação de peso e de incômodo ao exercer algumas das funções do papel de cuidador assinalam algumas formas de sofrimento dele.

Um aspecto importante a ser observado em relação à autonomia dos portadores de esquizofrenia é a capacidade de se relacionarem com outras pessoas, ampliando, assim, seu ciclo social, o que faz com que as dificuldades de interação diminuam ou acabem. A timidez, a introspecção, o isolamento, bem como o bloqueio social que alguns apresentam tolhem a formação de novas amizades e de relacionamentos afetivos que poderiam ser de grande ajuda na retomada da motivação e dos prazeres para novas atividades. É corriqueira a verificação por familiares e portadores de que a falta de companhia é, por vezes, um agravante para a inatividade.

A prática social e a exposição a situações em ambientes sociais devem fazer parte do processo de reabilitação do paciente esquizofrênico. Privá-lo do convívio social, seja por quaisquer motivos alegados, tende a contribuir para que velhos hábitos continuem disfuncionais e para que novas habilidades não sejam incorporadas para moldar melhor o comportamento.

O exercício da cidadania para um paciente em recuperação constitui o resgate de uma vida social que não existia ou que fora comprometida em decorrência da própria doença e/ou por motivos relacionais instituídos ao longo da vida, dentre os quais, citam-se como exemplo a ausência de comunicação objetiva e congruente, a indefinição de papéis, a ausência de regras e de limites, os conflitos e a presença de atitude agressiva (FONTES, 2016; KERNET al., 2014).

Deste modo o paciente passa a ser visto como um ser que pode ter sua vida social restabelecida mediante aos cuidados que possam propiciar a ele uma visão mais ampla do meio em que vive, fazendo com que este possa expandir seus ciclos.

Pode-se compreender que dentre as potencialidades que o paciente esquizofrênico possui, este dispõe ainda de condições que os torna capaz de se recuperar – embora sua doença não tenha cura – e de viver em sociedade.

### **3.2. O papel da família no tratamento da esquizofrenia**

O apoio social está arrolado a uma manifestação mais extensa de cuidado a pessoas, ou seja, a uma forma interdependente de dar e receber suporte por meio de práticas sociais que vão além de interesses financeiros e políticos do mercado e do Estado (FONTES, 2016). A família assume um papel de suma importância no processo de apoio ao paciente, uma vez que o vínculo familiar pode colaborar para um melhor convívio deste indivíduo fora da casa.

Existem uma quantidade significativa de estudos que atualmente são considerados clássicos, Brown et al. (2013) demonstraram que a natureza do ambiente familiar para o qual o paciente esquizofrênico retorna após a alta hospitalar, por exemplo, é fortemente preditiva de recaídas psicóticas no decorrer dos nove meses seguintes. Desse modo, na década de 1980, surgiram experimentos controlados de intervenções psicológicas com vistas a promover a aquisição de habilidades sociais e reduzir recaídas, melhorando assim a atmosfera familiar. Seus resultados positivos foram bem recebidos e promoveram um interesse maior nas terapias psicológicas para essa população (BIRCHWOOD & SPENCER, 2015).

Diante do pressuposto, convém ressaltar a importância da terapia ocupacional que inicialmente surgiu com o objetivo de reabilitar, readaptar e reinserir socialmente o paciente e ao longo dos anos, devido às necessidades, o espaço e a importância esta prática tem aumentado. Neste tratamento, o paciente, o terapeuta e a atividade por eles desenvolvida formam uma tríade que se desenvolve com o objetivo de uma melhor compreensão pelo paciente, seja do mundo externo (a realidade) seja do interno (pensamentos e emoções), fazendo assim uma ponte que liga os dois momentos da vida do paciente, para que ele tenha uma melhor percepção e, conseqüentemente, uma melhoria na qualidade de vida.

### **4.2 A terapia e os pacientes esquizofrênicos**

O lazer é tão importante quanto às demais atividades que fazem parte da rotina do paciente. Alguns incidem no julgamento errôneo de atividades

ocupacionais, que embora sejam de cunho terapêutico, associam-nas ao lazer. Aula de artes, atividades físicas, oficinas lúdicas e terapias são algumas das atividades propostas aos pacientes e possuem caráter terapêutico, não obstante, não substituem os momentos de passatempo.

Partindo dessa premissa, far-se-á necessária uma melhoria na qualidade de vida destes pacientes atentando às suas potencialidades e aos fatores que contribuem para isso. Estudos de qualidade de vida fazem parte do âmbito da saúde desde a década de 1970. Todavia, durante todos esses anos, o conceito tem sido definido de forma diferente na medicina e na psiquiatria, haja vista que o termo “qualidade de vida” tem sido usado para diferentes objetivos e em referência a diferentes problemas (MERCIER, 2012).

Os pacientes com transtorno mental grave, em especial as pessoas com esquizofrenia, através do movimento de associações ocorrido em diferentes países a partir da década de 1980/1990, como EUA, Inglaterra, Austrália e Nova Zelândia, têm afirmado que o que eles almejam não difere do que qualquer cidadão comum deseja: ter um sentimento de participação junto à sociedade, recebendo uma remuneração justa por trabalho ou atividade produtiva, morar num lugar decente, relacionar-se, ter amigos, amar e alcançar um equilíbrio emocional, mental, físico e espiritual a partir do sofrimento que a doença lhes trouxe, sendo esses capazes de adquirir, ou readquirir habilidades ou capacidades que lhes ocasionem um sentimento de contribuição e de valor em seu meio social, o que gera uma melhor qualidade de vida.

No campo da saúde mental, a palavra “qualidade” concebe as decorrências de uma doença e de seu tratamento sobre a percepção do paciente a respeito de sua capacidade para viver uma vida útil de acordo com suas expectativas, o que inclui o julgamento dos pacientes sobre diferentes aspectos de sua vida diária (LEHMAN, 2013; AWAD, 2015). Este julgamento está baseado nas aspirações e expectativas dos indivíduos em comparação com um grupo de referência ou com experiências prévias de vida (MERCIER, 2012).

Histórias de cunho pessoal que mostram o sofrimento e a superação de pacientes esquizofrênicos começaram a surgir de distintas partes do mundo e chegaram a outros pacientes que vivenciavam o mesmo sentimento de recuperação

pautado muito mais em valores como esperança, identidade, significação e responsabilidade do que em aspectos clínicos, como a diminuição dos sintomas.

Buscando investigar as variantes arroladas à qualidade de vida na esquizofrenia, várias pesquisas foram realizadas em diversos países mostrando, assim, uma variedade de fatores correlacionados (MERCIER, 2014).

Estas pesquisas definem o trabalho de recuperação pessoal como um processo ativo e ininterrupto, individual e único, um processo sem linearidade e com várias dimensões que envolvem diferentes momentos de esforços pessoais na busca por experiências capazes de mudar a vida do indivíduo com esquizofrenia. Vale ressaltar que não se trata de cura, mas de um processo gradativo de transformação pessoal, da forma como encarar a vida e as pessoas, revendo conceitos e crenças, dando novo significado às experiências, buscando, nesse contexto, um novo olhar sobre si próprio e sobre o papel que se pode ter na comunidade a partir do diagnóstico da doença.

Skantze (2012) fez uma comparação da qualidade de vida nas dimensões subjetivas e objetivas em pacientes com esquizofrenia. Os resultados apontaram uma independência entre estas duas dimensões. Neste estudo, três variáveis sócio-demográficas mostraram um relacionamento significativo quanto à qualidade de vida, sendo eles: idade, nível educacional e trabalho. Os pacientes mais velhos apresentaram menores escores de qualidade de vida, bem como os pacientes com alto nível educacional. Já os pacientes empregados apresentaram melhor qualidade de vida quando comparado com os desempregados.

Um estudo que fora apresentado no Congresso da Sociedade Internacional de Pesquisa em Esquizofrenia em Florença, no ano de 2016, por pesquisadores da Universidade de Dublin comparou pacientes em recuperação com pacientes não recuperados depois de 20 anos do primeiro diagnóstico e concluiu, depois de entrevistas com duração de 45 a 90 minutos, que a recuperação pessoal define-se como um processo de maturação onde o tempo, a conscientização e a autoria pessoal do paciente interagem entre si, fazendo com que a pessoa aprenda sobre si mesma, sobre sua doença e sobre sua vida. A personalidade do indivíduo tende interagir com o ambiente, criando formas de aumentar a sua adaptação, influenciando positivamente todo o processo de recuperação pessoal.

Outros estudos feitos anteriormente, sobre as primeiras demonstrações da qualidade de vida no paciente com esquizofrenia, apontaram cinco indicadores subjetivos e apenas um indicador objetivo. Não se associou a isso nenhuma característica clínica quanto à qualidade de vida subjetiva global, a maior parte da variância foi explicada pela satisfação com a saúde, seguida de autoestima, autodomínio, sentimento de autonomia e desempenho de alguma atividade (HANSSONET et al, 2012).

Reportando-se a essa questão, vale lembrar que o acompanhamento terapêutico desse paciente resultará em uma melhoria significativa da sua qualidade de vida, haja vista que a interação com outros pacientes e até mesmo com outras pessoas que não têm a doença ajudará no processo de recuperação da sua interação social e familiar.

Nise da Silveira foi pioneira na terapia ocupacional, introduzindo em 1944 este método no Centro Psiquiátrico Pedro II do Rio de Janeiro e, conforme o que fora dito por ela mesma, entrara na Psiquiatria "pela via de atalho da ocupação terapêutica, método então considerado pouco importante para os padrões oficiais" (GARCIA, LIMA, 2014).

A princípio, quando reintegrada ao serviço público (1944), sentia-se incapaz de exercer a tarefa de psiquiatra, haja vista que era ferrenhamente contra os choques elétrico, cardiazólico e insulínico, as camisas de força, o isolamento, a psicocirurgia e outros métodos existentes, considerando-os extremamente brutais e recordavam-lhe as torturas do Estado Novo aplicada aos dissidentes políticos, e que ela conhecia tão bem. Sobretudo, sua postura humanista a fazia ser uma pioneira das ideias de Laing e Cooper (antipsiquiatria), Basaglia (psiquiatria democrática) e Jones (comunidade terapêutica), sendo um marco nos estudos alternativos para o tratamento de psicóticos.

A partir da introdução dos neuroléptico sem meados dos anos de 1950, a quantidade de pacientes internados diminuiu consideravelmente. Porém, pacientes bastante incapacitados algumas vezes eram devolvidos à sociedade despreparados para enfrentar as demandas das integrações social e profissionais. Partindo dessa premissa, a farmacoterapia antipsicótica necessita fazer parte de uma abordagem terapêutica mais ampla com vistas à reabilitação psicossocial do paciente. Ao passo em que a medicação neuroléptica tende reduzir os sintomas positivos e prevenir

recaídas psicóticas, o apoio psicoterapêutico e o treinamento de estratégias de enfrentamento e conhecimento de situações de vida ajudam o paciente a adaptar-se ao ambiente e a enfrentar o estresse, sendo que as intervenções familiares e socioprofissionais modificam fatores ambientais de acordo com a capacidade do paciente esquizofrênico.

Passado-se esse período e antes da década de 1970, as psicoterapias individuais e grupais para a esquizofrenia estavam baseadas normalmente em teorias psicodinâmicas ou, também, em teorias que consideravam que a esquizofrenia seria causada por padrões patogênicos de comportamento ou de comunicação da família do indivíduo. Além de não possuírem efetividade no que concernem os sintomas psicóticos fundamentais, essas metodologias de tratamento estigmatizavam as famílias dos pacientes, que muitas vezes eram o seu principal sistema de apoio. Assim, após a introdução de antipsicóticos efetivos na década de 1960, houve afastamento do foco nas intervenções psicológicas para a esquizofrenia (MCGLASHAN, 2014).

Na natureza de justificar a estrutura intrínseca deste texto, convém ressaltar que o processo da terapia ocupacional é articulado com base no desenvolvimento de uma relação terapêutica com vistas a facilitar a participação social dos indivíduos para uma melhoria no combate às situações decorrentes das próprias limitações e dificuldades ocasionadas pelo processo proveniente da doença. Quando mais o paciente interagir no meio social em que se insere, melhor e significativa será a sua recuperação.

O isolamento social é um dos sintomas negativos que aparece com bastante frequência e precocemente ao longo da esquizofrenia. Modelos para estudar a interação social em animais de laboratório, sob o efeito de fármacos psicotomiméticos, têm sido tentados, todavia são limitados pela forte disparidade com a interação humana, introduzida pelo papel da linguagem nesta última. Os testes geralmente consistem na medida da distância média entre os indivíduos no decorrer do dia. Entre os que foram avaliados nas diferentes abordagens, a diminuição da interação social é o único fator relacionado à sintomatologia negativa da esquizofrenia.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**



O procedimento da terapia ocupacional profere-se mediante ao desenvolvimento de um relacionamento terapêutico, facilitando, pois, a participação social dos indivíduos para encarar melhor as situações ocasionadas pelos próprios entraves e problemas acarretados por conta do processo de adoecimento. Desse modo, fica nítido que a terapia ocupacional preocupa-se com a saúde mental de seus pacientes, principalmente no que concerne à reintegração destes às famílias e à sociedade geral, tendo, dessa maneira, uma melhoria significativa na sua qualidade de vida.

Todavia, o conceito de qualidade de vida em si, apesar de ser utilizado com amplitude pelas mais diversas correntes de pensamento que habitam nesse campo, tem definição imprecisa e é objeto de poucos estudos nacionais que aprofundem alguns de seus aspectos centrais mais importantes. “Como muitas grandes ideias, a ênfase atual dada ao aumento da qualidade de vida de pessoas com transtornos mentais corre o risco de se resumir à retórica” (LEHMAN 2013). Tal fato só não ocorrerá se forem planejados e estudados meios de inspecionar e nortear os progressos na direção desse real objetivo.

Diante do pressuposto é plausível enfatizar que o esquizofrênico não pode, sobre hipótese nenhuma, ser tido como sendo diferente negativamente dos outros, uma vez que suas capacidades trabalhadas de forma coesa auxiliarão numa readaptação social progressiva, concomitante a um ganho ainda maior da sua perspectiva de vida.

Com enfoque nessa recuperação, o Terapeuta utiliza-se de várias atividades, mostrando meios para que o indivíduo encontre em seu cotidiano ferramentas auxiliares no processo de reestruturação psicossocial.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. M., Schal, V. T., Martins, A. M., e Modena, C. M. (2010). **A sobrecarga de cuidadores de paciente com esquizofrenia**. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 32(3), 73-79. doi: 10.1590/S0101-81082010005000003
- ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à Metodologia do trabalho científico**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1997.
- AWAD, AG; VORUGANTI, LN; HESLEGRAVE, RJ. **Measuring quality of life in patients with schizophrenia**. London: Pharmacoconomics, 2015.
- BIRCHWOOD, M., & SPENCER, E. **Psicoterapias para a esquizofrenia: uma revisão**. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- BLEULER, Eugen. **Demencia Precoz, el grupo de las esquizofrenias**. Trad. Daniel Wagner. Buenos Aires: Ediciones Hormé, 1960.
- BROWN, G. W., BIRLEY, J., & WING, J. **Influence of family life on the course of schizophrenia: A replication**. London: British Journal of Psychiatry, 2013.
- CUNHA, A. C. F.; SANTOS, T. F. **A utilização do grupo como recurso terapêutico no processo da Terapia Ocupacional com clientes com transtornos psicóticos: apontamentos bibliográficos**. São Carlos: Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, 2009.
- ELKIS, H.; MELTZER, H. Y. **Esquizofrenia refratária**. São Paulo: Revista Brasileira de Psiquiatria, 2016.
- FERREIRA JUNIOR, B. C., Barbosa, M. A., Barbosa, I. G., Hara, C., e Rocha, F. L. (2010) **Alterações cognitivas na esquizofrenia: Atualização**. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 32(2), 57-63. doi: 10.1590/S0101-81082010000200006
- FONTES, B. A. S. M. **Redes sociais e saúde: Sobre a formação de redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental**. São Paulo: Revista de Ciências Sociais, 2016.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.
- HANSON L, MIDDELBOE T, MERINDER L, BJARNASON O, BENGTTSSON-TOPS A, NILSSON L, et al. **Predictors of subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community. A Nordic multicentre study**. London: International Journal of Society Psychiatry, 2012.
- HELKIS, H. **A evolução do conceito de esquizofrenia neste século**. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s1/a09v22s1.pdf>. Acesso em: 22 de maio de 2017.

KERN, R. S., GLYNN, S. M., HORAN, W. P., & MARDER, S. R. **Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia**. Baltimore: Schizophrenia Bulletin, 2014.

LEHMAN, AF. **The well-being of chronic mental patients**. London: Arch Gen Psychiatry, 2013.

MCGLASHAN, T. H. **What has become of the psychotherapy of schizophrenia?** Scandinavia: ActaPsychiatricaScandinavicaSupplementum, 2014.

MERCIER, C. **Improving the quality of life of people with chronic mental disorders**. New York: Social Indicators Research, 2016.

\_\_\_\_\_; KING S. **A latent variable causal model of the quality of life and community tenure of psychotic patients**. Scandinavia: ActaPsychiatricaScandinavica, 2014.

SILVEIRA, Nise da. **Terapêutica Ocupacional: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Casa das Palmeiras, 1979.

SKANTZE K, MALM U, DENCKER SJ, MAY PRA, CORRIGAN P. **Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients**. London: British Journal of Psychiatry, 2012.

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem Psiquiátrica**. 4 ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2012.

TESSLER, R. C.; GAMACHE, G. M. **The Family Burden Interview Schedule – Short Form**. Outcome Assessment in Clinical Practice. Baltimore: Williams & Williams, 2016.

TONELLI, H.; ALVAREZ, C. E. **Cognição social na esquizofrenia: um enfoque em habilidades teoria da mente**. Porto alegre: Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 2013.