



FACULDADE LABORO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

**KLARISSA CRISTHINE FONSÊCA BERNARDES
LUENIR FÁBIA LOPES SILVA**

**CONTRIBUIÇÃO DA FAMÍLIA PARA A QUALIDADE DE VIDA DO PORTADOR
DE ESQUIZOFRENIA**

São Luís
2015

**KLARISSA CRTHINE FONSÊCA BERNARDES
LUENIR FÁBIA LOPES SILVA**

**CONTRIBUIÇÃO DA FAMÍLIA PARA A QUALIDADE DE VIDA DO PORTADOR
DE ESQUIZOFRENIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Faculdade Laboro/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.
Orientadora: Prof^a. Dtr^a. MônicaElinor Alves Gama.

São Luís
2015

CONTRIBUIÇÃO DA FAMÍLIA PARA A QUALIDADE DE VIDA DO PORTADOR DE ESQUIZOFRENIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Faculdade Laboro/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Mônica Elinor Alves Gama – Orientadora
Doutora em Medicina.
Universidade de São Paulo- USP.

Prof^a – Examinadora

Contribuição da família para a qualidade de vida do portador de esquizofrenia.

¹Luenir Fábila Lopes Silva

²Klarissa Cristhine Fonsêca Bernades

RESUMO

A esquizofrenia é uma doença complexa crônica, debilitante, angustiante e incapacitante. Podendo ser orgânica, sofre intervenções ambientais que potencializam o indivíduo propenso a vir a desenvolvê-la. Este artigo tem como objetivo descrever a qualidade de vida do portador da esquizofrenia no âmbito familiar, através da pesquisa bibliográfica. O estudo foi realizado no período de 30 de Setembro a 18 de Novembro do ano de 2015, através de fontes complementares como artigos científicos e acadêmicos, sites que aborda o respectivo tema no portal google, livros, revisão de literatura e por fim revistas brasileiras. Todas as fontes de pesquisas relativas ao ano de 1988 a 2014, sendo assim das informações mais antigas para as mais recentes, com a proposta de conscientizar o leitor familiar que a doença por anos não tem cura, mas encontra-se tratamento, fazendo de forma correta, o indivíduo terá uma excelente qualidade de vida. Os sintomas da doença são assustadores, a compreensão familiar é essencial para o processo de tratamento, sendo a chave principal na manifestação dos sintomas. A lida no trato com o doente não é fácil, uma vez que são vários os sentimentos que a família pode apresentar diante dessa situação, especificamente culpa, preconceito e incapacidade. Mediante a discriminação que os portadores de transtornos mentais sofrem da sociedade, eles também são submetidos aos da família, que se sente envergonhada pela sociedade pelo fato de não terem conseguido formar um indivíduo salubre e preparado para cumprir com as obrigações da vida. Não é possível julgar os familiares de um esquizofrênico, em razão de também serem vítimas da sociedade assim como o doente, mas é possível reconhecer a importância dela na vida do portador da esquizofrenia.

Palavras-chave: Portador da Esquizofrenia, Família, Qualidade de vida.

Family contribution to the quality of life of the patient with schizophrenia.

ABSTRACT:

The schizophrenia is a complex disease, chronic debilitating, distressing and incapacitating. May be organic, suffers environmental interventions which potentiate the individual prone to come to develop it. This article aims to describe the quality of life of the bearer of the schizophrenia in the familiar scope, through bibliographic research. The study was carried out in the period from 30 September to 18 November of the year 2015, through complementary sources as scientific articles and academics, sites that discusses its theme in the portal google, books, a review of the literature and finally Brazilian journals. All sources of searches for the year 1988 to 2014, thus the information oldest to most recent, with the proposal to promote awareness in the family that the disease reader for years has no cure, but is treatment, making correct manner, the individual will have an excellent quality of life. The symptoms of the disease are terrifying, the family is essential to understanding the process of treatment, being the main key on the manifestation of symptoms. The read in dealing with the patient is not easy, since several are the sentiments that the family can present before this situation, specifically guilt, prejudice and incapacity. Upon the discrimination that the patients with mental disorders suffer from society, they are also subjected to the family, who feels ashamed by society by the fact of not having been unable to form a worthier wholesome and prepared to comply with the obligations of life. It is not possible to judge the relatives of a schizophrenic, in reason of also being victims of society as well as the sick, but it is possible to recognize the importance of it in the life of the bearer of schizophrenia.

Key-words: Carrier Schizophrenia, family, quality of life .

1 INTRODUÇÃO

A importância deste trabalho se reflete na contribuição da família para a qualidade de vida do portador de esquizofrenia, este tema foi escolhido devido aos atributos da própria doença, a pessoa com a esquizofrenia perde a noção da realidade e coloca em risco a vida de familiares e a sua, por isso agrega sentimentos de negação no âmbito familiar e por consequência atinge o doente, este que passa a maior parte de seu tempo com suas famílias, particularmente com seus pais e irmãos. As pessoas mais próximas e ligadas a eles também sofrem com os desgastes e esgotamentos provocados pelo transtorno.

HANSEN (2014) O transtorno psiquiátrico, que atinge cerca de 1% da população mundial e não tem cura, é caracterizado por causar delírios, alucinações, comportamento e fala desorganizado e diminuição na capacidade de expressar a afetividade. A esquizofrenia pode se apresentar de diversas maneiras. A pessoa com a doença pode ser desde alguém desleixado, agitado ou mesmo uma pessoa silenciosa, isolada e pouco ativa. O importante é estar atento a alterações no comportamento do indivíduo, principalmente em relação ao aparecimento de atitudes que possam parecer estranhas ou inusitadas para quem convive com ela.

A esquizofrenia pode intervir no vínculo familiar, provocando desprazer e sentimentos desfavoráveis, como mágoa, fúria, ódio, medo e apreensão, pela sensação de fraqueza que os sintomas trazem. A família precisa conhecer a doença e de um tempo necessário para mudar suas aflições, refletir sobre seus conceitos e desfazer-se de seus preconceitos. Dessa forma os familiares vão descobrindo como lidar com os sintomas da esquizofrenia, percebendo assim que a partir do conhecimento da doença a vivência será satisfatória.

TELES & GALLO (2013) A esquizofrenia é um transtorno mental complexo que dificulta o indivíduo a fazer a distinção entre as experiências reais e imaginárias, pensar de forma lógica, ter respostas emocionais normais e comportar-se normalmente em situações sociais. Especialistas em saúde mental não sabem ao certo sua causa. No entanto, alguns fatores genéticos e ambientais parecem estar envolvidos.

Entretanto, os sintomas da esquizofrenia progredem de forma lenta em meses ou anos, em algumas vezes pode ocorrer vários tipos de sintomas, em outras vezes pode ocorrer meramente alguns. A princípio podem apresentar sintomas como irritabilidade, dificuldades para dormir ou em se concentrar. Ao decorrer do tempo, problemas com as emoções, os pensamentos e a mudança no comportamento vão surgindo. Engloba-se a falta de apatia, crenças e pensamentos que não fazem parte da realidade (delírios), ouve vozes e coisas que não existe (alucinações). O enfermo não consegue se concentrar, tem pensamentos que não condiz com assuntos relacionados e de bom entendimento, ou seja, desordenando, tem-se perturbação motora no comportamento ou hiperativismo e por fim começa a isolar-se.

Contudo, o modo que a família tratará o doente pode ser decisivo para o futuro da pessoa que sofre de esquizofrenia, visto que atitudes positivas contribuirão para uma qualidade de vida melhor e um porvir mais esperançoso, com mínimos sinais de recaída, maiores oportunidades para exercitar a autonomia e melhorar o relacionamento com a família. Posição negativa destrói as relações, dificultam as melhorias e estão relacionadas a um número máximo de recaídas e a um crescimento mais grave da esquizofrenia.

Os familiares inquietam que os sinais mais longos da esquizofrenia possam interferir com a capacidade de planejamento e ação, problematizando a retomada de uma vida elaborada. Quanto a isso, inclui também além do trabalho, os estudos, a convivência afetiva e social, a eficiência de prosseguir o tratamento e de corresponder a uma vida saudável, pretendendo absoluta autonomia emocional, social e financeira, prologando assim a qualidade de vida do portador da esquizofrenia.

A família quando não conhece a eficiência do tratamento primordialmente fica de braços atados, pensa em desistir do parente com esquizofrenia e muitos até abandona-o em hospitais psiquiátricos, instituições de acolhimento e nas ruas, causando assim um problema para a sociedade, já que no primeiro surto é que vão descobrir o transtorno. Mas a família tem que contribuir para a qualidade de vida desse indivíduo, ela que dará o suporte preciso e necessário para que o esquizofrênico tenha uma vida com importância e significância.

A influência desse estudo está voltada para os familiares que tem um indivíduo portador da esquizofrenia para se conscientizarem que a doença não tem cura, mas tem tratamento, esse que por sua vez traz uma qualidade de vida ao esquizofrênico e a própria família. Vale ressaltar que é necessário que os familiares estejam atentos a qualquer alteração de comportamento do paciente e que procurem o serviço médico de urgência com o intuito de evitar um surto psicótico.

Essa pesquisa bibliográfica tem como importância explorar os conhecimentos que os artigos, livros, revistas traz sobre a contribuição da família para o tratamento de qualidade do portador da esquizofrenia, seus deveres e direitos como cidadãos.

No decorrer da história da humanidade, o “doente mental” era visto como um ser incapaz, algo negativo para a sociedade com manifestação demoníaca e quando a família não aceitava um filho “louco”, uma vez que a esquizofrenia é assustadora, o mesmo era jogado nas ruas afastando-o do convívio do social e passava ser um problema para a sociedade.

Diante a Lei 10.216/2001, da Presidência da República, Casa Civil, essa que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Esta lei que assegura a garantia do doente mental no que diz respeito a sua conquista na sociedade, esta que por sua vez agrega vários estigmas sociais e preconceitos com o esquizofrênico.

Como o início da esquizofrenia é desgastante aos familiares e a não aceitação pro doente que esteja vivendo fora da realidade é difícil de lidar, o objetivo desse estudo foi de explorar mais sobre os cuidados com o portador da esquizofrenia no âmbito familiar, estes darão suporte a uma qualidade de vida prolongada ao enfermo, aceitando a doença e visando que o tratamento é de fundamental importância.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, com característica qualitativa de caráter exploratório nos remetendo a conhecimentos referentes ao

portador da esquizofrenia e da contribuição da família frente a esse transtorno, oportunizando novas abordagens e conceitos. A pesquisa foi realizada no período de 30 de Setembro a 18 de Novembro do ano de 2015, através de fontes complementares como artigos científicos e acadêmicos, sites que aborda o respectivo tema no portal google, livros, revisão de literatura e por fim revistas brasileiras. Todas as fontes de pesquisas relativas ao ano de 1988 a 2014, sendo assim das informações mais antigas para as mais recentes. Será contemplada neste estudo a proposta de conscientizar a família do portador da esquizofrenia, que a doença não tem cura, mas encontra-se tratamento, fazendo de forma correta, o indivíduo terá uma excelente qualidade de vida. Com o propósito de explorar o espaço dos portadores da esquizofrenia e dos familiares que com eles convivem. Esse tipo de pesquisa possibilita descrever e compreender o universo de representações que esse transtorno mental define e a contribuição familiar que o portador necessita.

De acordo com os sintomas e manifestações da doença, a família ao levar o indivíduo ao médico que este pede o histórico da vida deste paciente, com relatos e descrição do doente e da família, o especialista na saúde mental o diagnostica com a esquizofrenia. Após o diagnóstico segundo SANTOS (2012), inicia-se um grande percurso em busca de facilitar e proporcionar qualidade de vida do paciente, na maioria das vezes há rejeição familiar e social deste ser humano que é conhecido como “Louco”, “Anormal”, ou seja, o “Bode Expiatório” da própria família. Com isso, o objetivo desta pesquisa é de mostrar por meio do estudo bibliográfico que o portador da esquizofrenia precisa do apoio familiar, está por sua vez necessita do suporte das políticas de saúde e da compreensão da sociedade, uma vez que não é fácil lidar com as manifestações da esquizofrenia. Finaliza-se esse estudo com a ideia de que o esquizofrênico fazendo seu tratamento adequado poderá resgatar sua autoestima, autoimagem e estabelecer-se enquanto sujeito de sua própria história.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do estudo bibliográfico desse artigo, observou-se que o diagnóstico de esquizofrenia para as pessoas que são propensas a doença, não tem sido tarefa fácil para as famílias. Elas enfrentam dificuldades para manter o convívio familiar e social, principalmente pelo preconceito da sociedade e da falta de suporte comunitário, como serviços supletivos de saúde mental eficiente e formas de lidar com o portador de esquizofrenia. Percebe-se que o Governo deste país não cria programas e nem metas para conscientizar que o portador de transtorno psíquico precisa do apoio social, das políticas públicas de saúde e da compreensão da família, uma vez que sofrem pelas manifestações da doença mental, em significância desta pesquisa, a esquizofrenia.

No entanto a análise do conteúdo foi elaborada por subdivisão relativa a temática desse artigo.

4 DEFINIÇÃO DE PSICOPATOLOGIA

FERNANDES (2008) A psicopatologia pode ser explicada como estudo descritivo dos fenômenos psíquicos de natureza anormal, exatamente como se apresentam à experiência repentina, de forma independente dos problemas clínicos. Estudando os gestos, as atitudes, o comportamento e as expressões dos pacientes além de relatos e autodescrições feitas pelos mesmos.

Dessa forma é a psicopatologia que vai dar o entendimento aos estados da psique do ser humano, das causas e da natureza das doenças mentais relacionadas ao sofrimento psíquico, no qual manifesta no comportamento, portanto a psicopatologia tem enfoque na psiquiatria clínica.

FERNANDES (2008) A psicopatologia vai se diferenciar da psiquiatria por ser uma ciência normativa que estuda e classifica fenômenos e não como uma divisão da clínica médica aplicada sem objetivar necessariamente tratamento e assistência aos doentes mentais.

No entanto, a psicopatologia está relacionada ao estudo de várias ciências, como a psicologia, a psiquiatria e ao corpo teórico psicanalítico, este último por estudar as manifestações do inconsciente na tentativa de esquematizar e de

compreender seus mecanismos, verificando uma realidade no plano psíquico, visando analisar o comportamento humano, compreendendo a sistematização da mente e de tratar ou curar doenças de causas orgânicas.

5 ENTENDENDO A ESQUIZOFRENIA

5.1 O que é a Esquizofrenia

HANSEN (2014) A esquizofrenia é um transtorno psiquiátrico que leva a pessoa a sofrer distorções do pensamento e da realidade, alucinações ou estados de afeto inadequados, podendo chegar ao que os especialistas chamam de embotamento afetivo, quando a pessoa perde todas as suas reações emocionais. Para se caracterizar como esquizofrenia, esses sintomas devem persistir por um certo período, ao ponto de causar dificuldade na realização de tarefas diárias como o trabalho, os cuidados pessoais e as relações com outras pessoas. A esquizofrenia pode estar associada a outros transtornos psiquiátricos, entre eles, o abuso de substâncias como álcool, cigarro e drogas.

A esquizofrenia existe independentemente de como ela é explicada, porém a forma de como pode ser abordada faz grande diferença para quem depara com a doença na própria vida, seja experimentando seus sintomas, quer como familiar ou sendo profissional de saúde.

ARCHIVE (2012) Entretanto é uma doença mental complexa e intrigante, cujas causas não são ainda completamente conhecidas. Aproximadamente 1% da população desenvolve a doença ao longo da vida. Embora afete homens e mulheres na mesma proporção, a doença frequentemente aparece mais cedo nos homens, usualmente no final da adolescência e em torno dos 20 anos. As mulheres adoecem mais tarde, em geral entre os 20 e 30 anos de idade.

Não se sabe quais são as causas da esquizofrenia. A hereditariedade tem uma importância alusiva, sabe-se que os parentes de primeiro grau de um

esquizofrênico têm maior chance de desenvolver a doença do que as pessoas em geral. Por outro lado, não se sabe o modo de transmissão genética da esquizofrenia.

ARCHIVE (2012) os cientistas estão estudando a doença sob vários aspectos, procurando entender desde seus aspectos genéticos até os populacionais, visando compreender mais sobre a doença.

Acredita-se que fatores circundantes ou ambientais como complicações durante a gestação e no parto, possam alterar o desenvolvimento do sistema nervoso no período da gestação que parecem ter importância na doença. Experiências e estudos feitos com métodos modernos de imagem, como tomografia computadorizada e ressonância magnética mostram que alguns pacientes têm pequenas alterações cerebrais, com diminuição discreta do tamanho de algumas áreas de cérebro.

O transtorno da esquizofrenia se manifesta em cada pessoa de uma forma diferenciada, não dá para comparar as pessoas. Existem alguns casos que progridem sem vastos comprometimentos no desempenho da pessoa. Ela pode se iniciar no final da adolescência ou no adulto jovem, como exemplo um indivíduo que teve uma infância normal, vinha estudando regularmente, começa a afastar-se de outras pessoas, a isolar-se e, podendo abandonar os estudos, o abandona, excedendo alterações no comportamento.

No entanto a pessoa tem um surto psicótico, fica agitada, apreensiva e pode dizer que está ouvindo vozes ou está sendo perseguida. Diante dessa situação e sem informações, a família fica perdida e vai procurar ajudas alternativas ou espirituais que costumam atrasar o tratamento médico.

SILVA (2006) Pacientes com esquizofrenia demonstram um déficit cognitivo generalizado, ou seja, eles tendem a ter um desempenho em níveis mais baixos do que controles normais em uma variedade de testes cognitivos. Eles apresentam múltiplos déficits neuropsicológicos em testes de raciocínio conceitual complexo, velocidade psicomotora, memória de aprendizagem nova e incidental e habilidades motoras, sensoriais e perceptuais. As alterações cognitivas seletivas mais proeminentes na esquizofrenia incluem déficits em atenção, memória e resolução de problemas.

A doença vai evoluindo através das crises agudas e períodos de comoção. As crises agudas e as perturbações da própria doença se bem tratadas podem ser regulamentadas em torno de um mês. Como tempo os períodos de

esgotamento do transtorno se bem tratados podem durar anos, durante os quais o paciente tem a possibilidade de redesenhar o seu caminho de vida.

Sabe-se que o tratamento da esquizofrenia deve ser feito através do uso de medicamentos (antipsicóticos), associando a psicoterapia e o apoio social. Existem instituições como o CAPS (Centro de Apoio Psicossocial), que oferece o tratamento sem custo a população com transtornos mentais beneficiado pelo governo federal do país. Com os profissionais da saúde mental, tais como: terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, enfermeiro, educador físico, técnico de enfermagem e o médico psiquiatra.

SANTOS (2010) Há uma parte dos portadores da doença que apresenta somente um episódio psicótico (13%) e retorna a seu funcionamento habitual após o episódio. Para os demais portadores, a medicina ainda não conhece uma cura, mas há tratamentos eficazes que ajudam as pessoas a viver com qualidade, pois previnem recaídas.

5.2 O Processo de Adoecimento

GALERA & GIACON (2006) A esquizofrenia é um transtorno de longa duração em que o indivíduo passa por períodos de crises e remissões que têm como resultado a piora do funcionamento do enfermo e de sua família, resultando em problemas nas habilidades de todo o grupo. Por exemplo, redução da habilidade, para trabalhar, para se relacionar socialmente e, até mesmo, para cuidar de si. Pessoas com esquizofrenia podem apresentar sintomas como delírios, alucinações, perda de associações de ideias, afeto embotado, deterioração global do funcionamento, associações frouxas, pensamento ilógico.

A esquizofrenia é um problema imprescindível de saúde pública da contemporaneidade, requerendo uma significância de investimento do sistema de saúde e causando vasto sofrimento para o doente e sua família. Além da baixa incidência, por ser uma doença de extensa duração, acumula-se, ao longo dos anos, uma quantidade considerável de pessoas portadoras deste transtorno, com diferentes intensidades de comprometimentos e de dificuldades.

JÚNIOR, FACINA & OLIVEIRA (2012) O indivíduo perde a noção do que é ou não é real, passando a viver num “mundo substituto” repleto de percepções visuais, auditivas e sensitivas que somente ele vê, somente ele ouve e somente ele sente, ou seja, os sentimentos ocasionados pela nova realidade são vividos de forma solitária.

Vale ressaltar que é importante descobrir quais intervenções podem contribuir no tratamento do primeiro surto esquizofrênico e para onde recorrer e pedir ajuda, cabe ao familiar quebrar o preconceito do indivíduo doente e se colocar frente a realidade do problema. Por consequência, refletir que seja necessário a intervenção do profissional especialista na área da saúde mental no primeiro surto e a contribuição de outros profissionais nesse contexto. Dessa maneira, colocar-se no lugar do doente é de fundamental importância, uma vez que pode reduzir o sofrimento psíquico, físico e emocional das pessoas que estão vivenciando o primeiro surto psicótico do portador da esquizofrenia, ou seja, a família e o enfermo.

GALERA & GIACON (2006) Existe um intervalo de tempo entre o surgimento dos sintomas e a procura pelo tratamento. Este tempo pode influenciar no prognóstico. A demora na procura do tratamento pode indicar um mau prognóstico, pois os sintomas tornam-se mais intensos, implicando em maior tempo de tratamento psicofarmacológico e com doses mais elevadas. Por isso é recomendada a criação de serviços em saúde mental destinados ao atendimento de adolescentes e jovens, os quais poderiam contribuir para detectar e tratar precocemente o primeiro surto da esquizofrenia.

Devido às diversidades dos sintomas que variam de acordo com a pessoa, não existe um roteiro a seguir, o processo de adoecimento é doloroso, visto que a convivência com esse tipo de transtorno é bastante intenso e com muitas limitações que resultam da deterioração dos processos mentais, fazendo com que o indivíduo desenvolva alguns sintomas característicos da doença, conhecidos como sintomas positivos e sintomas negativos. Os sintomas positivos surgem quando há crise psiquiátrica como delírios, alucinações, alterações na fala e no comportamento. Os sintomas negativos, por sua vez, são aqueles em que existe perda da função, caracterizando-se por diminuição da atividade motora e psíquica e das manifestações emocionais, como o afeto e a perda da capacidade de sentir prazer. Esses sintomas podem ocorrer também devido a causas secundárias da doença

como privação ambiental, quadros depressivos, ansiedade, além dos efeitos colaterais dos fármacos antipsicóticos.

Acredita-se que a apresentação dos sintomas positivos, especialmente os delírios e as alucinações, tem relação íntima com as particularidades de cada indivíduo, com suas experiências de vida e com as relações estabelecidas com os fatos ao seu redor, podendo ser considerada uma forma de o indivíduo comunicar seus medos e impulsos.

6 O IMPACTO DO DIAGNÓSTICO DA ESQUIZOFRENIA NA FAMÍLIA

De acordo com o Dicionário Informal (SP) 2009, diagnóstico é o conhecimento (efetivo ou em confirmação) sobre algo, ao momento do seu exame; ou Descrição minuciosa de algo, feita pelo examinador, classificador ou pesquisador; ou Juízo declarado ou proferido sobre a característica, a composição, o comportamento, a natureza etc. de algo, com base nos dados e/ou informações deste obtidos por meio de exame.

SANTOS (2012) Quando alguém apresenta diagnóstico de transtorno mental inicia-se um grande percurso

o em busca de facilitar e proporcionar qualidade de vida do paciente, pois na maioria das vezes há rejeição familiar e social deste ser humano que é conhecido como “Louco”, “Anormal”, ou seja, o “Bode Expiatório” da própria família. A família coloca todas as dificuldades do cotidiano na “patologia” do paciente, assim é muito mais fácil enfrentar a vida transferindo conteúdos familiares como as crises previsíveis no “doente”, sendo o restante considerado “saudável” e “normal”. Quando um ser humano é diagnosticado com transtorno mental, sabemos que a evolução do tratamento depende muito da aceitação e apoio da família e da inclusão social do mesmo, pois somente com o sentimento de pertencimento e autonomia e que o ser humano poderá resgatar sua autoestima, autoimagem e estabelecer-se enquanto sujeito de sua própria história.

O diagnóstico da esquizofrenia é realizado pelo médico psiquiatra ou especialista na área da saúde mental, através das manifestações da doença. Sabe-se que não existe nenhum tipo de exame laboratorial, ou tomografia, raios-X, ressonância, que confirme o diagnóstico, muitas vezes o especialista pede exames ao paciente, mas estes para confirmação ou negação de alguma doença que possa ser semelhante à esquizofrenia.

BEZERRA (2009) A perda de contato com a realidade é um dos principais sintomas para o diagnóstico, traçado a partir do histórico do paciente. Não há causas exatas e nem ao menos um exame laboratorial específico. O que se sabe é que a esquizofrenia é uma doença relativamente comum e que seus portadores podem experimentar mudanças na sua forma de pensar e sentir. Com isso, suas relações afetivas e sua capacidade de viver em sociedade podem ser prejudicadas.

Os sintomas da doença são devastadores e assustadores para a família do portador da esquizofrenia, os familiares acabam ficando com receio de chegar perto do parente, doente, por medo e por não saberem como reagir frente ao doente, já que a manifestação da doença é pavorosa, uma vez que o paciente pode ficar agressivo ou fora da realidade. Diante do diagnóstico da esquizofrenia, a família se sente fracassada e impotente por não gerar uma pessoa sadia e terão que enfrentar seus preconceitos e o da sociedade, dessa forma envergonham-se deste indivíduo e culpam-se por não gerarem uma pessoa salubre para a vida.

MARINHO, RODRIGUES, LIMA & BARROS (2012) O principal fator de inclusão social dos esquizofrênicos são os aspectos familiares (relação família - paciente), pois a esquizofrenia é entendida como causada por eventos externos em relação ao indivíduo doente, onde a doença é percebida como um problema de toda a família e não apenas do enfermo. O paciente esquizofrênico sofre com sua condição e sua família também, não há como isto ser evitado. Esta é vista como desestruturada, fria, indiferente ou mesmo hostil ao paciente. Da mesma forma que o paciente esquizofrênico sofre duas vezes, pela doença e pelo preconceito, a família também sofre duas vezes, com a doença do filho e com a discriminação e incompreensão social. A família é o principal elemento no cuidado dos pacientes esquizofrênicos, pois estes ficam cada vez mais com seus familiares.

A família do portador da esquizofrenia mediante ao diagnóstico da esquizofrenia, terá que procurar meios que os assegure sobre o diagnóstico da esquizofrenia e como cuidar do parente diagnosticado com a doença, desmistificando assim seus preconceitos,

seus prejulgamentos e aceitar que pela natureza dos fatos geraram um indivíduo com um transtorno mental e que terão que conviver com ele, mesmo que não seja fácil. Porém toda dedicação será necessária para que a família viva em harmonia no âmbito familiar.

7 CLASIFICAÇÃO

7.1 Paranoide

SANTOS, MATTIOLLI & LOBO (2008) Caracterizada esse tipo de esquizofrenia pelos delírios que são relativamente manifestados de forma estável, com frequência paranoide (delírio de perseguição e grandeza) e alucinações auditivas frequentes, como ouvir vozes, assovios, zunidos ou risos. Avolição, discursos, perturbação do afeto. Sintomas catatônicos são dificilmente perceptíveis nesse tipo de esquizofrenia.

A esquizofrenia paranoide tem os subseqüentes sintomas: apreensão e ansiedade. O enfermo pode está propenso a ataques de braveza, fúria e brigas, sente a falsa sensação de que as pessoas que estão ao seu redor querem fazer mal, a si ou aos seus familiares de convívio.

7.2 Catatônica

SANTOS, MATTIOLLI & LOBO (2008) Afirmam que a esquizofrenia catatônica é caracterizada por perturbações psicomotoras como: imobilidade motora, evidenciada por catalepsia (estupor), atividade motora excessiva, negativismo extremo (mutismo), peculiaridades do movimento voluntário, evidenciados por posturas, movimentos estereotipados, maneirismos proeminentes (trejeitos faciais), ecolalia e/ou ecopraxia. Para se obter um diagnóstico de esquizofrenia catatônica, um ou mais dos comportamentos citados acima devem caracterizar o quadro clínico.

O indivíduo portador da esquizofrenia catatônica tem os subseqüentes sintomas: músculos e postura rígidos e tensos, sua aparência física é desanimada, expressões faciais fora do normal, descontente, e a quase não responde a interações com outras pessoas.

7.3 Herbefrênica

SANTOS, MATTIOLLI & LOBO (2008) Esse tipo de esquizofrenia tem os primeiros sintomas geralmente entre os 15 e 25 anos de idade e as mudanças afetivas são mais evidentes que os delírios e as alucinações. O afeto pode vir acompanhado por risos ou sorrisos de autossatisfação, caretas. O indivíduo apresenta também apatia e abandono dos cuidados pessoais.

A esquizofrenia herbefrênica especifica-se como um tipo de transtorno de quem já tem sintomas a muitos anos e com muitas consequências. O afeto do enfermo é superficial e inapropriado, predominam sintomas como, pensamento desorganizado, isolamento social, discurso incoerente, emoções inapropriadas e o comportamento esquisitório.

7.4 Simples

SANTOS, MATTIOLLI & LOBO (2008) Afirmam que a esquizofrenia simples é um transtorno incomum, cujo desenvolvimento segue uma comportamento de forma estranho, não habitual e traiçoeira, dificultando assim o desempenho da pessoa com esquizofrenia. Não existem delírios e alucinações e os sintomas negativos se desenvolvem antes dos sintomas positivos.

Acredita-se que os sintomas da esquizofrenia simples pode se parecer com alguns dos outros tipos de esquizofrenia. A incapacidade de responder às exigências da sociedade é um declínio no desempenho do doente nessa classificação da esquizofrenia

7.5 Residual

SANTOS, MATTIOLLI & LOBO (2008) É um diagnóstico para pacientes que já estão em estágios crônicos da doença, cujos sintomas psicóticos estarão ausentes, porém prevalentes sintomas negativos de longa duração, como: isolamento social, comprometimento acentuado na higiene pessoal, comprometimento acentuado no desempenho de papéis e embotamento afetivo.

No entanto pelo paciente adquirir um estágio crônico da doença, onde os sintomas positivos desaparecem e permanecem os negativos de longa duração, o grupo social não se importará em manter nenhum tipo de contato, o medo toma de conta, o que vai comprometer somente o apoio familiar.

8 O TRATAMENTO

MARINHO, RODRIGUES, LIMA & BARROS (2012) Afirnam que apesar de todas as características da doença, o tratamento traz bons resultados. Por isso, o esquizofrênico pode seguir uma vida semelhante a qualquer outro indivíduo, como: estudar, trabalhar, namorar, casar, ter uma vida em sociedade. A adesão ao tratamento não é uma tarefa fácil, pois inclui, além de medicações de alto custo, comparecimento às sessões de psicoterapia e cumprimento de uma agenda de tarefas propostas, que deverão ser mantidas ao longo de sua vida. Pacientes que não aderem ao tratamento são mais vulneráveis aos riscos que a doença oferece, onde essa fragilidade poderá ocasionar a morte, e a sua principal causa é o suicídio, sendo mais frequentes em homens, por se sentirem mais sozinhos e sem esperanças.

No entanto a família do portador da esquizofrenia por falta de entendimento priva-o da sociedade, não dando importância ao tratamento, este que por sua vez vai estabilizar e ressocializar o paciente junto ao tratamento, podendo assim ter o livre arbítrio de ir e vir e participar dos grupos sociais, não limitando-o, mas ensinando-o a conviver com o meio social. Os familiares são os principais aliados do doente no tratamento da esquizofrenia, já que o tratamento não é simples, tem que ter dedicação e vontade, uma vez que o enfermo precisa ir ao tratamento não somente de forma medicamentosa, mas frequentar as oficinas CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), ir ao psicólogo e aos outros profissionais da área da saúde mental, onde cada um por sua competência poderá contribuir no tratamento da esquizofrenia.

GALERA & GIACON (2006) A intervenção adequada envolve o tratamento farmacológico, psicossocial e a inclusão da família. O diagnóstico diferenciado deve ser feito de forma individual, respeitando a singularidade de cada indivíduo. A avaliação e a assistência devem ser feitas por uma equipe multiprofissional, formada no mínimo de médico psiquiatra, terapeuta ocupacional,

enfermeira com especialização em psiquiatria, psicólogo e assistente social. A internação psiquiátrica deve ser evitada, priorizando o tratamento intensivo na comunidade, durante a fase aguda, e acompanhando nos dois anos seguintes com o intuito de prevenir recaídas e colaborar na adaptação do enfermo e sua família nesse período difícil.

Os medicamentos antipsicóticos são os mais adequados no tratamento da esquizofrenia. Eles dão evidências com finalidade neuroprotetora e podem impossibilitar o desenvolvimento da doença em sua fase principiante, mas para isso é fundamental que o medicamento seja iniciado precocemente, o mais breve possível, assim que diagnosticado o transtorno, dar a garantia de sua regularidade e administração, o tratamento remete a ser de longo prazo, tempo necessário para um retorno terapêutico satisfatório a prevenção e recuperação do paciente.

TELES & GALLO (2013) Um paciente pode não aderir ao tratamento porque não se acha doente, porque a medicação causa um efeito colateral intolerável para ele ou simplesmente porque a medicação não é eficaz o suficiente para o alívio dos sintomas, não fazendo sentido para o paciente o compromisso de tomar um medicamento diariamente. Além disso, o paciente também pode aderir ao tratamento no início e depois interromper, por achar que está curado e que não precisa mais do medicamento.

O tratamento não é do dia para a noite, ou em um dia, ou em um mês. É prolongado por anos, o transtorno da esquizofrenia é crônico, não tem cura, a família do portador da esquizofrenia tem que se adequar ao enfermo e aceitar que não poderá mudar o quadro da doença, mas que ajudando-o a ir ao tratamento poderá simplificar a vida de todos no âmbito familiar.

TELES & GALLO (2013) Os antipsicóticos de segunda geração, que surgiram na década de 90, costumam ser opções mais eficientes do que os de primeira geração por causarem menos efeitos extrapiramidais e, entre eles, existem alternativas com melhor perfil metabólico e que causam menos ganho de peso. Em dezembro de 2011 foi lançado no Brasil o primeiro antipsicótico de segunda geração injetável de longa duração e de uso mensal, o Palmitato de Paliperidona (Invega Sustenna). Até então só existiam antipsicóticos injetáveis (depósito) de primeira geração (Haldol Decanoato, Piportil L4, Flufenan Depot e Clopixol Depot) e um de segunda geração de uso quinzenal (Risperdal Consta).

Essas medicações combatem a psicose que é a doença mental da esquizofrenia, indicados no tratamento desse transtorno. Elas têm a função de agir diretamente no neurônio, bloqueando receptores de dopamina e impossibilitando que o excesso da substância, alteração química mais comum na doença, continue prologando e provocando os sintomas positivos e as alterações de comportamento no indivíduo.

É preciso que a família consiga entender que o principal objetivo do tratamento é a redução dos trazidos pela doença, ou seja, a prevenir recaídas focalizando melhor qualidade de vida do paciente junto à sociedade e não com objetivo de cura do indivíduo portador de esquizofrenia. (SHIRAKAWA, MARI & CHAVES, 1988, pág. 204)

Sabe-se que a família que dará suporte ao portador do transtorno, sem o apoio familiar o enfermo não terá como ir ao tratamento em busca de ajuda. Não é somente a medicação que tem importância, os familiares têm uma função tão importante quanto o tratamento médico. A doença não se manifesta por igual a todos os indivíduos, uns de forma leve, média e outros de forma mais grave.

TELES & GALLO (2013) As atitudes familiares mais relacionadas às recaídas foram aumento da crítica, hostilidade, cobranças excessivas, aumento das expectativas, superproteção e superenvolvimento afetivo (viver essencialmente para o paciente, abdicando de suas atividades). Portanto, a cooperação da família é tão importante quanto o tratamento médico. Esta constatação é tão robusta que a psicoeducação de família, nome que se dá ao tratamento familiar para esquizofrenia, foi considerado a modalidade de tratamento psicossocial com maior nível de evidência científica, fazendo parte de todos os consensos internacionais para tratamento da doença. Lamentavelmente a cobertura deste tratamento para famílias de pacientes com esquizofrenia é menor do que 20%.

A terapia com a família junto ao esquizofrênico em grupo terapêutico, revelou-se mais eficaz na precaução de recaídas de crises e melhora na adesão ao tratamento médico, na medida em que permite a troca de experiências entre pessoas que partilham das mesmas vivências.

É preciso que os familiares estejam atentos a qualquer alteração de comportamento e que procurem o serviço médico quando acharem necessário, com o intuito de evitar uma nova crise. (LOUZÃ, 2006, pág. 69)

Desta maneira poupará para a família vivenciar qualquer tipo de agressão contra o doente, seja verbal, física, por rejeição e medo. Quando houver a recaída de uma nova crise, acionar o serviço de urgência médica será uma solução precisa e necessária, evitará danos e constrangimentos.

ELKIS & ROSA (2007) Para que os pacientes tenham boa adesão, é importante é que sintam algum benefício, tenham uma supervisão familiar e uma relação positiva com o médico, ou seja, a medicação tem que ser eficaz mas é importante que haja uma boa abordagem familiar e que a relação médico-paciente seja a mais positiva e próxima possível.

9 QUALIDADE DE VIDA DO PORTADOR DA ESQUIZOFRENIA JUNTO A FAMÍLIA

Sabe-se que qualidade de vida é um conceito vasto e amplo, por agregar todos os aspectos da existência do ser humano, reunindo todas perspectiva da sua existência, podendo ser entendida como uma totalidade daquilo que é significativa para o indivíduo.

JÚNIOR, FACINA & OLIVEIRA (2012) A OMS (Organização Mundial da Saúde) compreende qualidade de vida como a saúde física, a saúde mental, o grau de independência que o indivíduo consegue ter em relação aos demais, as relações sociais e os mais diversos tipos de crenças, podendo-se considerar ainda o trabalho e as relações familiares.

Entretanto, para uma boa qualidade de vida, não se trata somente de sobreviver, mas também de viver prazerosamente e de forma agradável, não é suficiente existir, é necessário viver bem. Todo ser humano, de toda raça, cor, etnia, nacionalidade, tem direito a uma vida digna, merecedor de alguma qualificação e de um determinado bem.

No entanto com o doente mental especificamente o portador da esquizofrenia não é diferente, mas ele precisa do apoio familiar para ter uma qualidade de vida digna e agradável, obtendo seus direitos como cidadão.

SANTOS (2012) O paciente com doença mental necessita da presença da família no tratamento para conseguir êxito e qualidade de vida, esta, é o grande e

mais importante vínculo de carinho, segurança e amor que pode transformar processos lentos de tratamento em uma nova alternativa do modo de se viver.

A família é responsável pela constituição da personalidade do portador da esquizofrenia, uma vez que dependendo do grau dos sintomas da doença, ele torna-se incapaz de realizar suas obrigações e seus cumprimentos com a sociedade. Assim a família é a principal responsável pelo doente, ela que vai dá a possibilidade a ele como verdadeiro cidadão. No momento em que esse indivíduo adoecer, não sendo considerado “normal” para a sociedade, os familiares têm um valor importante na recuperação, no tratamento e na reabilitação psicossocial deste paciente.

JÚNIOR, FACINA & OLIVEIRA (2012) No caso da doença mental, trabalhar torna-se mais complicado porque são vários os motivos que prejudicam a sua realização como o medo de errar, a baixa autoestima e a dificuldade de viver de maneira independente.

Com isso, não se descarta a possibilidade e o bem estar do esquizofrênico em fazer um passeio familiar a bosques, zoológicos, cinemas, shoppings, já que fazem o uso de fármacos e suas medicações para estabilização dos sintomas da doença. A família sendo conhecedora de que o paciente pode “surtar” a qualquer momento, é de crucial que tenham o entendimento de como lidar com o enfermo.

É importante que as atividades que o portador da esquizofrenia consiga realizar sejam reconhecidas. O autocuidado é uma delas e pode ser entendido como a capacidade de cuidar de si mesmo nos diversos aspectos de sua vida. O interessante é fazer com que se sintam ativos na construção de suas próprias histórias.

9.1 Proteções ao portador de Transtornos Mentais Diante da Lei 10.216/2001

De acordo com A Presidência da República, Casa Civil, a Lei 10.216/2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O Congresso Nacional decretou no Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

FILHO (2000) A Organização Mundial de Saúde (OMS) denota a compreensão desta pluralidade: "saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou incapacidade". A saúde dessa maneira é, percebida como multifatorial. Além deste perfil físico, propõe-se considerar o mental e a socialidade. O indivíduo, portanto, teria sua saúde resultante da agregação de aspectos corporais ou físicos, psíquicos e sociais. Estes são os domínios benéficos do estado sanitário.

Em todo o país, as leis e normas têm importância fundamental para garantir direitos e deveres de todos em nossa sociedade. Quando se trata de pessoas com transtornos mentais têm-se que ter em mente que estas pessoas precisam ser reconhecidas como iguais e ser respeitadas por suas diferenças e são essas que tornam os indivíduos iguais, as leis se tornam ainda mais fundamentais. Por outro lado, se não houver compreensão, consciencialização e bom senso de cada pessoa em cumprir seus papéis na sociedade, não adiantaria existir as leis e normas.

9.2 O Portador da Esquizofrenia e a Sociedade

BEZERRA (2009) A esquizofrenia pode causar a deterioração do comportamento social. O paciente começa a se isolar no mundo que constrói com seus delírios e alucinações e fica inacessível ao mundo exterior. Ele começa a ter menos iniciativa e pode ainda transgredir regras sociais, como despir-se em público. Podem ser surpreendidos falando sozinho, gesticulando e tendo expressões faciais impróprias. Há aqueles que passam a ser descuidados com sua higiene pessoal ou a se vestir de forma inapropriada.

Sabe-se que no decorrer da história da humanidade, o “doente mental” era visto como um ser incapaz, algo negativo para a comunidade e quando a família não aceitava um filho “louco”, o mesmo era jogado nas ruas afastando-o do convívio social e passava ser um problema para a sociedade.

JANETE (2011) Aos olhos da sociedade o doente mental nunca foi visto como igual ou normal, ele sempre foi encarado como um ser diferente, isso porque ele desobedece às regras sociais, e estas devem ser aceitas e cumpridas por todos, e quem não se enquadra nesse padrão social é excluído do convívio com a sociedade.

BEZERRA (2009) relata que uma moça chamada Diva tinha um filho mais velho, Marcelo, esse que não tirava o uniforme da escola de futebol que frequentou até os 16 anos, quando começou a apresentar os sintomas. Até que na comemoração de seu décimo sétimo aniversário ele apareceu no playground com a roupa completa, meia até o joelho e chuteiras, mas a festa não era temática. O rapaz não ficou para cortar o bolo, não suportou as risadas dos convidados e passou

a noite trancado no quarto. Esta foi a primeira vez que Diva viu o filho isolar-se, e desde então a comunicação com Marcelo foi ficando cada vez mais prejudicada.

Dessa forma, os amigos da família, os vizinhos e parentes do portador da esquizofrenia, serão os mais próximos ao paciente que se acharam no direito de fazerem com o doente, chacotas, caçoadas e gracejos, por o mesmo está diante a uma existência que somente para o esquizofrênico seja real. A doença por sua vez traz consigo delírios fora da realidade. Os leigos por ignorância sempre charão o doente de “doido.”

MARINHO, RODRIGUES, LIMA & BARROS (2012) Diz que a hipótese de que os sintomas da esquizofrenia podem ser expressos diferentemente em cada cultura, vem sendo estudada por psiquiatras transculturais. Esta hipótese levanta a questão do relativismo cultural, que é representado através das seguintes ideias: mesmo que o quadro clínico aparente ser ligeiramente diverso a forma da esquizofrenia é universal, desde que se leve em consideração linguagem e cultura; aceitam a possibilidade de que a cultura apresenta uma influência importante na programação do cérebro; a esquizofrenia é exclusivamente concebida enquanto produto de atributos sociais, já que a cultura é caracterizada pela forma de sentir, pensar e agir. Assim através da cultura tentam explicar a razão dos sintomas dos esquizofrênicos.

A questão cultural é muito complexa, é por meio da cultura que percebemos o mundo que nos cerca, ou seja, a sociedade. Damos a ela valores, crenças, costumes, leis, a moral, a diversificação das línguas faladas, dentre outros. Neste sentido é meio que impossível afirmar que algum indivíduo não tenha cultura. E, é através da cultura que nos comportamos na sociedade. É o grupo social que vai transmitir significados de um comportamento “diferente” no que se diz cultural, portanto se é aceito ou não. Pelo fato de um esquizofrênico se comportar fora dos padrões das normas e leis da sociedade conforme sua raiz cultural, ele será visto como um insano, demente, ou desequilibrado, afastando e isolando o portador da esquizofrenia do convívio social.

MARINHO, RODRIGUES, LIMA & BARROS (2012) A psicologia e a medicina há muitos anos tentam explicar e entender a esquizofrenia, na tentativa de responder à sociedade suas dúvidas. Segundo alguns pensadores da área da psicologia, o problema da doença mental parece estar no olhar, na maneira de encarar a realidade: visão de si mesmo, do outro, da sociedade e das coisas ao seu redor. Este olhar do esquizofrênico possui como principal aspecto a percepção da

realidade alterada. Em outras palavras, a realidade seria diferente para o esquizofrênico. Isto envolve enxergar em sua vida coisas ora assustadoras, ora prazerosas, mas que aos olhos dos demais não existem. E também envolve não conseguir perceber o que todas as demais pessoas enxergam, do mesmo modo que elas compreendem os fatos como certo ou errado, justo ou injusto, bom ou ruim e assim por diante.

Desta maneira a pessoa que padece da esquizofrenia percebe-se rejeitada e abandonada por não conseguir adquirir e partilhar do mesmo olhar da sociedade, e, sob outra perspectiva sentir-se mal compreendida em sua visão particular. Viver em um mundo individual onde nenhuma pessoa enxerga o que se pode "ver" em seus delírios é em si ocasionador de sofrimento. Visto que o ser humano tem necessidade de fazer parte de um grupo, envolvido, amado e aceitável. Além disso, necessita, se sentir similar a outras pessoas em alguma aparência, para adquirir uma identidade social, considerando que o ambiente social deve ser bem sustentável e estruturado.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidentemente, a contribuição da família para a qualidade de vida do portador da esquizofrenia é de suma importância, visto que existe uma ligação maior entre o esquizofrênico e o âmbito familiar. É com a família que o doente passa parte do seu tempo configurando sintonia que a sociedade não oferece, portanto o elo atencioso primeiramente parte dos familiares, mesmo alguns dos membros rejeitando-o, mas conhece que o enfermo precisa ser compreendido.

Relativamente não é fácil para a família do portador da esquizofrenia construir vínculos de afeto com o mesmo, na maioria das vezes a família não quer ter o trabalho de cuidar desse paciente em surto psicótico, e o abandona em hospitais psiquiátricos, nas ruas e abrigos, o que gera um problema para a sociedade, que por sua vez tem regras e normas a serem cumpridas, e ao redor ter uma pessoa "diferente" que acaba não cumprindo em segui-las. Não é fácil ter parentesco com uma pessoa esquizofrênica, uma vez que junto ao doente, a família também é vítima de injúrias e sofre com os preconceitos do corpo social. O familiar

por sua vez busca ajudas e entende que esse enfermo necessita de cuidados e tratamento. Assim como todo indivíduo, o portador da esquizofrenia precisa ter uma qualidade de vida digna e agradável, obtendo seus direitos como cidadão.

A esquizofrenia é um problema imprescindível de saúde pública, onde a gestão de saúde de cada Estado brasileiro se remete a defender um dos esforços organizados pela sociedade quando se adocece, trabalhando assim para acolher, promover, proteger e restaurar a saúde de sua população, através de postos de saúdes, unidades de pronto atendimento, internações em hospitais, dentre outras instituições. Oferecendo assim o bem estar.

O tratamento da esquizofrenia é de fundamental importância, ele que dará uma qualidade de vida ao doente junto aos cuidados da família. Se medicado de forma correta, o enfermo terá por tempo prolongado ou até anos uma vida ressocialização, longe dos preconceitos sociais e dependente deste cuidado, a família ficará segura de eventos ocasionais do próprio transtorno. O paciente poderá ir e vir de forma livre, proporcionando assim o seu bem estar.

Ao indivíduo com transtorno mental tem-se uma lei aprovada pela Presidência da República, Casa Civil, a Lei 10.216/2001 que vai reconhecê-lo como cidadão e digno de seus direitos.

Em última instância, a regeneração da esquizofrenia não tem por conceito simplesmente a estabilização ou cura das manifestações dos sintomas e a retomada do comportamento anterior à crise. Ela tem significado mais relevante e abrangente, que necessita ser desenvolvido com o doente junto a família durante seu tratamento. Trata-se de uma modificação pessoal na maneira de se sentir, de se perceber e de olhar o mundo além da sua volta, tem que partir do indivíduo e não só ficar no seu particular, tem que ir em direção ao coletivo. Diante disso, é necessário pleitear frente ao estigma e o preconceito que existe dentro de si próprio e do corpo social, cultivar a confiança e aumentar o direito e a emancipação pessoal, através de afinidade com outros indivíduos, criando laços de amizade e ir as instituições que pode frequentar, as igrejas, os clubes de passeios, os centros de ressocialização, shopping, cinemas dentre outros. Pretende-se que o paciente seja decisivo ativamente nas decisões que envolvam sua vida, seu tratamento e experimente uma vida de “nova” com participação na sociedade.

Para uma boa qualidade de vida do portador da esquizofrenia, não se trata somente do sobreviver, mas também de viver prazerosamente sendo aceito

com sua dessemelhança no âmbito familiar, não só basta existir e nem estar ali de enfeite e sem comunicação numa coletividade, é necessário viver e se sentir bem e aceito por todos.

REFERÊNCIAS

- ARCHIVE, Admin; Associação Brasileira de Psiquiatria: **Entendendo a Esquizofrenia**. Publicado em 11 de Maio de 2012. Disponível em < <http://www.abpcomunidade.org.br/site/?p=263> > Acessado em: 30/10/2015.
- BEZERRA, E; SAÚDE MENTAL. **Esquizofrenia: vivendo dentro e fora da realidade**. Publicado em 08 de Abril de 2009. Disponível em: < <http://opiniaoenoticia.com.br/vida/saude/esquizofrenia-vivendo-dentro-e-fora-da-realidade/> > Acessado em: 05/11/2015.
- Dicionário InFormal (SP). **Significado de diagnóstico**. Publicado em 30 de Novembro de 2009. Disponível em: < <http://www.dicionarioinformal.com.br/diagn%C3%B3stico/> > Acessado em: 16/11/2015.
- ELKIS, H.; ROSA, M.A; REVISÃO DA LITERATURA. **Adesão em Esquizofrenia**. Insitute de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Publicado em 2007. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s2/a08v34s2.pdf> > Acessado em 17/11/2015.
- FERNANDES, F; PSICOLOGADO, **Psicopatologia: Introdução e Definição**. Publicado na Edição de Agosto de 2008. Categoria Psicopatologia. Disponível em: < <https://psicologado.com/psicopatologia/psicopatologia-introducao-e-definicao> > Acessado em: 30/10/2015.
- FILHO, de A.; REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA. O Conceito de Saúde: Ponto-Cego-da-Epidemiologia? Rev. bras. epidemiol. vol.3 no.1-3 São Paulo: Apr. Publicado em 2000. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2000000100002&script=sci_arttext > Acessado em: 30/10/2015.
- GALERA, S.A.F; GIACON, B.C.C; REVISÃO DE LITERATURA. **Primeiro Episódio da Esquizofrenia e Assistência de Enfermagem**. Revista Esc. Enfermagem USP publicada em 2006. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/18.pdf> > Acessado em: 16/11/2015.
- HANSEN, C.; NÃO TEM CURA. Esquizofrenia Atinge 1% da População Mundial: **Doença causa alucinações, delírios e distorções do pensamento, mas surtos não são comuns**. Publicada em 06 de Fevereiro de 2014. Disponível em: < <http://zh.clicrbs.com.br/rs/vida-e-estilo/vida/noticia/2014/02/esquizofrenia-atinge-1-da-populacao-mundial-4411664.html> > Acessado em 18/11/2015.

JANETE; SAÚDE MENTAL. **O Doente Mental na Sociedade**. Publicado em 27 de Janeiro de 2011. Disponível em < <http://saudementalunb.blogspot.com.br/2011/01/o-doente-mental-na-sociedade.html> > Acessado em: 16/11/2015.

JÚNIOR, A.C.S.; FACINA, P.C.B.R; OLIVEIRA, R.M. PESQUISA. **A Realidade do Viver com Esquizofrenia**. Publicado em 30 de Maio de 2012. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a17.pdf> > Acessado em: 17/11/2015.

LOUZÃ, M. R. **Convivendo com a esquizofrenia: um guia para portadores e familiares** – São Paulo: Prestígio, 2006.

MARINHO, T.P; RODRIGUES, T.A; LIMA, de M.C.V; BARROS, E; PSICOLOGADO, **A Esquizofrenia e seus Aspectos de Inclusão**. Publicado na edição de Maio de 2012. Categoria: Transtornos Psíquicos. Disponível em: < <https://psicologado.com/psicopatologia/transtornos-psiquicos/a-esquizofrenia-e-seus-aspectos-de-inclusao-social> > Acessado em: 05/11/2015.

Presidência da República Casa Civil; Subchefia para Assuntos Jurídicos; **Lei Nº 10.216, De 06 de Abril de 2001**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm > Acessado em: 05/11/2015.

SANTO, S.A.d; MATTIOLLI, T.C; LOBO, G.d.O; **ESQUIZOFRENIA: Perspectiva Histórica e Assitência de Enfermagem**. Enfermeiras graduadas pela Faculdade de Educação São Luiz - Jaboticabal SP. Publicado em 2008. Disponível em: < <http://unifipa.com.br/ner/pdf/ed03enfpsite.pdf#page=79> > Acessado em 18/11/2015.

SANTOS, G.de S; **Conversando sobre a esquizofrenia**. Arquivado no Curso de Enfermagem na UNG. Publicado em 2010. Disponível em: < <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAywkAH/conversando-sobre-a-esquizofrenia?part=2> > Acessado em 30/11/2015.

SANTOS, T.C.; **A Importância da Família na Qualidade de Vida das Pessoas com Doença Mental**. Publicado em 2012. Disponível em < <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/%20ETIC/article/viewFile/2195/2343> > Acessado em 30/10/2015.

SHIRAKAWA, I.; MARI, JJ.; CHAVES, A. **O desafio da Esquizofrenia**. São Paulo: Lemos Editorial. 1988.

SILVA da, C.B; Esquizofrenia: Uma revisão. Psicol. USP vol.17 no.4 São Paulo 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642006000400014 > Acessado em: 30/11/2015.

TELES, M.S; GALLO, A.R.d.S. **Entendendo a esquizofrenia.** Publicado em 2013. Disponível em: < <http://www.uff.br/psienf/esquizofrenia.pdf> > Acessado em: 18/11/2015.