



LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE – UNI-RN
CURSO DE ENFERMAGEM

ALINNY RENNALY PEREIRA

PROF.^a MSC. NEYLA IVANETE GOMES DE FARIAS ALVES BILA

Participação familiar no tratamento de pacientes esquizofrênicos

Natal/RN

2013

ALINNY RENNALY PEREIRA

Participação familiar no tratamento de pacientes esquizofrênicos

Artigo científico apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNIRN, como requisito final para conclusão da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso – II.

Prof^a. Msc. Neyla Ivanete Gomes de Farias Alves Bila

Natal/RN

2013

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	06
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	09
3 MATERIAL E MÉTODO.....	16
4 RESULTADO E DISCUSSÃO.....	17
4.1 COMPREENDENDO A ESQUIZOFRENIA.....	19
4.2 FAMÍLIAS X TRATAMENTO.....	20
5 CONCLUSÃO.....	22
REFERÊNCIAS	

Alinny Rennaly Pereira¹

Neyla Ivanete Gomes de Farias Alves Bila²

RESUMO

O estudo aborda a inserção da família no tratamento de pacientes esquizofrênicos. Tem como objetivo avaliar a participação familiar no tratamento da Esquizofrenia; descrever os tipos, fatores predisponentes, sintomatologia, e modalidades de tratamento, enfatizando a importância da família no tratamento desse transtorno mental. Trata-se de uma pesquisa do tipo bibliográfica descritiva baseada em pesquisas de materiais científicos já existentes, se baseando em seleções de artigos nas bases de dados Scielo (Scientific Eletronic Library Online), LILACS (Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe), entre outros, que se deu no período de março a novembro de 2013. Segundo os autores citados no presente estudo apontam que um ambiente sem clima de hostilidade, a compreensão e o apoio da família atua positivamente no tratamento e favorece uma melhor qualidade de vida ao portador dessa psicose. Contata-se que essa doença é uma das psicoses mais graves, pois quando não tratada adequadamente leva o indivíduo a deterioração psicomotora, contudo há várias formas de tratamento para esse distúrbio. Hoje a família é uma peça fundamental no tratamento da Esquizofrenia, pois atua diretamente com emocional do paciente doente. A participação familiar no tratamento dessa psicose está centralizada no apoio psicológico, ajudando seu ente a compreender e controlar esse distúrbio, proporcionar ao esquizofrênico um ambiente tranquilo e saudável são formas de garantir e promover uma melhor qualidade de vida para o mesmo. Por fim podendo afirmar que esse transtorno mental é bem controverso, pois o indivíduo pode apresentar apenas um surto em toda sua vida e outros apresentarem mais de um surto.

Palavras-chave: Enfermagem. Saúde mental. Esquizofrenia. Família e o paciente mental.

Alinny Rennaly Pereira¹

Neyla Ivanete Gomes de Farias Alves Bila²

ABSTRACT

The study addresses the family involvement in the treatment of schizophrenic patients . Aims to assess family involvement in the treatment of schizophrenia ; describe the types , risk factors , symptoms , and treatment modalities , emphasizing the importance of family in the treatment of this mental disorder . This is a descriptive research literature type based on surveys of existing scientific materials , based on selections from articles in the databases SciELO (Scientific Electronic Library Online) , LILACS (Scientific and Technical Literature of Latin America and the Caribbean) data , among others , which occurred in the period from March to November 2013. According to the authors cited in this study indicate that an environment without climate of hostility , understanding and support of the family is effective in the treatment and promotes a better quality of life to the bearer of this psychosis. Contact is that this disease is one of the most severe psychoses because Guando not handled properly leads the individual psychomotor deterioration , however there are several forms of treatment for this disorder . Today the family is a cornerstone in the treatment of schizophrenia , because it works directly with the emotional ill patient . Family participation in the treatment of this psychosis is centered on psychological support , helping your loved one's understanding and controlling this disorder , schizophrenic to provide a peaceful and healthy environment are formed to ensure and promote a better quality of life for the same. Finally can say that this mental disorder is very controversial, because the person may have only one outbreak in their whole life and others present more of an outbreak .

Keywords : Nursing . Mental health. Schizophrenia. Family and mental patient.

1 INTRODUÇÃO

Desde antigamente a humanidade tem dificuldade em lidar com as diferenças e o convívio em comum. O tratamento da loucura foi fundado na exclusão do doente, baseado por vezes na dificuldade da sociedade em aceitar o portador de transtorno psiquiátrico (CARDOSO; GALERA, 2011).

Em relação às internações psiquiátricas, vários são os questionamentos com base na dupla finalidade de sua aplicação, a pretensão de tratar, cuidar e proteger o paciente contra seus próprios comportamentos ou limitar sua autonomia (CARDOSO; GALERA, 2011).

Nos tempos antigos os doentes mentais eram vistos como pecadores, lunáticos e insanos, com base nessa crença eram jogados em masmorras, porões e templos. Nesses locais recebiam tratamentos delicados como luz solar, água pura, a severos como sangrias, camisa de força, acorrentamento, jejum. Eram tratados por carcereiros e padres, pois a sociedade acreditava que eles eram perigosos (LOBO; MATTIOLI; SANTOS, 2008).

No século XIX na América Latina, foi fundado o primeiro hospital público para tratar de pessoas com doença mental, com isso iniciaram projetos para arrecadação de verbas para a construção de novos hospitais. Porém havia a desvantagem de favorecer o prolongamento da internação hospitalar do paciente psiquiátrico (LOBO; MATTIOLI; SANTOS, 2008).

No Brasil, o Imperador Dom Pedro II em 1841 criou o Hospício Pedro II, no Estado do Rio de Janeiro, como dependência da Santa casa. Com isso veio os inúmeros problemas, tais como superlotação, maus tratos e a ausência da cura. Mediante esses fatos em 1890 o hospício foi desanexado da Santa casa, passando a se chamar de Hospício Nacional dos Alienados, tendo como gerencia as religiosas atribuídas aos médicos (LOBO; MATTIOLI; SANTOS, 2008).

A Esquizofrenia é um distúrbio mental grave, caracterizado por um mosaico de sinais e sintomas, onde o paciente acometido esporadicamente encontra-se fora da realidade, trazendo inúmeros transtornos no relacionamento cotidiano, familiar e social (LOBO; MATTIOLI; SANTOS, 2009).

Também conhecida como transtorno de pensamento e definida como psicose a Esquizofrenia transtorna o pensar, o sentir e o relacionamento com o mundo exterior. Essa psicose pode manifestar-se sob a forma de surto ou cronicamente, pode ser classificada como primária e secundária de acordo com a sintomatologia (LOBO; MATTIOLI; SANTOS, 2009).

Esquizofrenia é um assunto bastante controverso, mas existem dois fatores gerais com aceitação entre os clínicos. O primeiro é que não existe uma causa única, mas provavelmente decorre de uma série de combinação de predisposição genética, disfunção bioquímica, fatores fisiológicos e psicossociais. Segundo fator é que não existe cura e provavelmente nunca haverá a cura para esse distúrbio (TOWNSEND, 2002).

A Lei 10.216, de 2001 é uma carta de princípios. O Projeto de Lei 3.657/89 representou a necessidade urgente de reformar a assistência psiquiátrica e de lutar pela garantia dos direitos de cidadania dos doentes mentais (CARDOSO; GALERA, 2011).

De acordo com o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil, é importante que aconteça mudanças culturais em relação ao doente mental com a sociedade, onde a família é a protagonista dessas mudanças no cuidado, focada na acolhida, escuta e convívio (MORENO; ALENCASTRE, 2003).

A partir dessas premissas a autora vislumbra a necessidade de aprofundar essa temática, para melhor compreensão da mesma, podendo levar aos leitores maiores esclarecimentos de como se desenvolve o transtorno, sua sintomatologia, entre outros. Buscando maior entendimento, participação da família, para uma atenção digna e correta, que visa à dignidade desses pacientes.

Diante do exposto este estudo intenta demonstrar, através de revisão da literatura, as resposta para os seguintes questionamentos: O que se entende por esquizofrenia? Qual a importância da participação da família no tratamento desse transtorno?

Dessa forma, traça-se como objetivo geral desse estudo, avaliar a participação da família no tratamento do paciente esquizofrênico; e como objetivos específicos, descrever tipos, fatores predisponentes, sintomatologia, e modalidades

de tratamento para a esquizofrenia e entender como se dá e enfatizar a importância da participação da família no tratamento desse transtorno.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O histórico sobre o conceito da esquizofrenia teve início em meados do século XIX, onde sua primeira nomeação foi dada pelo psiquiatra alemão Emil Kraepelin, chamada de demência precoce. Anos depois o psiquiatra suíço Paul Eugen Bleuler acreditando no conceito de Kraepelin aprofundou os estudos sobre esse transtorno e renomeou essa demência em esquizofrenia, baseada na coleção de sintomas dessa psicose (RHODEN; GENTILIN, 2009).

A esquizofrenia é uma doença com grande importância na história da psiquiatria, pois constitui um problema social, uma vez que esses pacientes são isolados da sociedade (LOPES, 2010).

A esquizofrenia é uma distonia entre corpo e a alma, entre pensamento e sentimento. Uma fragmentação da estrutura básica dos processos de pensamento, acompanhada pela dificuldade em estabelecer a distinção entre experiências internas e externas. (LOPES, 2010, p. 10).

Trata-se de um transtorno psíquico grave, causado por diversos fatores, tais como, genéticos, bioquímicos, ambiental e social. Caracteriza-se pelo seu mosaico de sintomas como: alterações de pensamento, alucinações e delírios, incapacidade do senso da realidade (LOPES, 2010).

Doença psicótica bastante complexa que acarreta ao indivíduo inúmeros danos, prejudicando o seu convívio familiar e seu desenvolvimento na sociedade, onde não se sabe sua verdadeira causa, contudo acredita-se que esse distúrbio se desenvolve por combinações genéticas e biopsicossociais. Antigamente os pacientes psiquiátricos eram jogados em sanatórios, afastados de toda sociedade em tempo integral a mercê da sua própria sorte. Hoje se sabe que um dos principais tratamentos dessa psicose está voltado à terapia de grupo e familiar (TOWNSEND, 2002).

A Esquizofrenia é uma doença incapacitante e tem como uma das principais características a perda parcial ou total da personalidade do indivíduo com alteração da realidade (SANTOS; CAPOCCI, 2006).

Causa em seu portador a perda de associar ideias, alucinações, alóias, delírios, pensamentos ilógicos. Devido a sua sintomatologia a mesma não segue um

padrão típico ela varia de indivíduo para indivíduo. Em alguns pacientes causa apenas um surto na vida, em outros vários surtos (GIACON; GALERA, 2006).

Tem início entre a adolescência e a vida adulta jovem (normalmente entre 13 e 28 anos), desencadeando uma série de prejuízos afetivos, intelectuais e sociais na vida do portador desse distúrbio, tendo como principal característica do prognóstico da esquizofrenia a deficiência do convívio social (MOLL; SAEKI, 2009).

O início agudo da Esquizofrenia é caracterizado pelo aparecimento repentino dos sintomas, tais como, regressão, confusão e ansiedade evoluindo para um estado de pânico, delírio febril, excitação motora, insônia e atitudes catatônicas. Já o início insidioso caracteriza-se com a sintomatologia de dificuldade na afetividade e linguagem, mudança de humor, obsessões e compulsões, tem a normalidade no desenvolvimento psicomotor, ou seja, aparece de forma mais leve, porém com desvios extremos no emocional e intelectual (GIACON; GALERA, 2006).

Considerada um dos mais graves tipos de transtornos psíquicos, por não haver causas orgânicas demonstráveis ou déficit intelectual, esta doença afeta todas as dimensões da existência do indivíduo. Percebe-se uma perturbação da personalidade e perda da capacidade para interferir na realidade, entretanto não existem evidências de relações entre o transtorno e os processos físicos do cérebro (TRAJANO, 2008).

Hoje a Esquizofrenia ganha uma maior atenção da saúde pública, apesar de ter baixa incidência tem uma longa duração e traz grande sofrimento para o portador e seus familiares, fazendo-se necessários investimentos da assistência de saúde (GIACON; GALERA, 2006).

Por se tratar de um transtorno de longa duração, durante esse período o portador passa por inúmeras crises e remissões, causando o mau funcionamento do paciente, contribuindo com a diminuição das habilidades do paciente, o relacionamento social e senso do pensamento (GIACON; GALERA, 2006).

Por apresentar diversos sintomas, na Esquizofrenia não existe um padrão, variando de indivíduo para indivíduo. Tem portadores que apresenta apenas um surto na vida, já outros experimentam vários surtos na vida (GIACON; GALERA, 2006).

De acordo com a DSM-IV (2002), a Esquizofrenia é uma psicose com duração mínima de seis meses, incluindo um mês de sintomas na fase ativa.

Segundo o CID-10 (1993), os subtipos da esquizofrenia são definidos de acordo com sua sintomatologia mais frequente, são classificadas em: paranoide (F20.0), hebefrênica (F20.1), catatônica (F20.2), indiferenciada ou residual (F20.3) e simples (F20.6).

A sintomatologia da Esquizofrenia é classificada em três grupos: sintomas positivos (delírios; alucinações; manifestações catatônicas e agitação), sintomas negativos (embotamento afetivo; avolição; tangencialidade; apatia e anedonia) e relacionamentos pessoais desordenados (isolamento; expressões inadequadas de agressões e sexualidade), já os sintomas abruptos, agudos e insidiosos possuem características próprias evoluindo para uma deterioração, exigindo um tratamento imediato (LOBO; MATIOLLI; SANTOS, 2008).

Os principais fatores de risco dos transtornos mentais graves são: a história familiar (1º grau) de psicose; personalidade vulnerável (esquizotípica e esquizoide); funcionamento pré-mórbido alterado; antecedentes de traumatismo craniano (TC) e quociente de inteligência baixo (SILVEIRA; et al, 2011, p. 28).

O tratamento dessa psicose baseia-se nas terapias medicamentosas, de grupos, psicossocial, com o auxílio imprescindível de uma equipe multiprofissional (GIACON; GALERA, 2006).

Giacon e Galera (2006) acreditam que a intervenção correta para pacientes esquizofrênicos consiste no tratamento com antipsicóticos, terapias sociais e o apoio familiar.

No tratamento farmacológico são usados dois tipos de drogas: antipsicóticos típicos ou convencionais que atuam como antagonista da dopamina, e os atípicos que inibem os receptores da dopamina e serotonina (GIACON; GALERA, 2008).

Segundo Lobo; Matioli; Santos (2008) há diversas formas de tratamento, são elas: Tratamento farmacológico; Eletroconvulsoterapia (ECT); Intervenção familiar; tratamentos psicológicos e sociais; Oficina abrigada; acompanhamento terapêutico; Intervenções hospitalares e extra-hospitalares; hospital dia (HD); Hospital noite (HN) e Pensão protegida (PP); Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

A intervenção psicossocial é uma forma de tratamento baseado na inclusão do indivíduo na sociedade, através de atividades sociais e terapias comunitárias, buscando a recuperação e aceitação da doença. A intervenção familiar tem se tornado uma arma poderosa na recuperação do paciente esquizofrênico, atuando diretamente na promoção da educação sobre a doença, sua sintomatologia, as limitações do doente (Giacon; Galera, 2006).

O método psicossocial tem como principal objetivo proporcionar ao paciente, ações capazes de melhorar o relacionamento social e profissional de acordo com a limitação da doença, com isso patrocinando uma melhor qualidade de vida ao cliente (MOLL; SAEKI, 2009).

Em 1989 foi dada entrada no Congresso Nacional o projeto de lei n.º 10.216/2001 propondo a extinção dos manicômios e a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais, mas só em 2001 a referida lei redirecionada à assistência em saúde mental. A partir desse momento foram criados os Núcleos de Apoio Psicossociais (NAPS), que futuramente transformaram-se nos (CAPS) com a função de prestar atendimento clínico em regime de atenção diária promovendo a inserção da sociedade no tratamento desses pacientes (SILVEIRA; et al, 2011).

Com a Lei n. 10.216 da Reforma Psiquiátrica, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) vem ganhando força com o novo modelo de assistência mental, visando o tratamento e a reabilitação do paciente, traz em sua bagagem o oposto do modelo hospitalar (CAMPO; FURTADO, 2006).

O CAPS é uma rede de serviços comunitários ambulatoriais, onde o paciente receberá consultas médicas, atendimentos terapêuticos individuais e/ou em grupos, atividades recreativas, inserindo a família nesse novo modelo de atenção, com o principal intuito de tratar e reabilitar psicossocialmente a clientela (CAMPO; FURTADO, 2006).

Os CAPS são uma nova arquitetura clínica e institucional, que se faz necessário à produção de novas práticas sociais para o paciente psicótico, introduzindo em seu contexto a interdisciplinaridade de seus profissionais em seu atendimento (CAMPO; FURTADO, 2006).

Os CAPS são distribuídos de acordo com características discriminadas no atendimento a pacientes com transtornos graves e persistentes. Têm-se três modalidades de serviços estabelecidos: CAPS I – Serviço de Atenção Psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios

com população entre 20.00 e 70.000 habitantes; CAPS II – Serviço de Atenção Psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.00 habitantes; CAPS III – Serviço de Atenção Psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes. Também são disponibilizados os CAPS, para o atendimento de crianças e adolescentes, e o CAPS/AD, que é o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (SILVEIRA et al, 2011, p. 29).

A família é uma instituição social, que se modifica com o passar do tempo, apesar de seus conflitos, ela atua diretamente na prevenção e promoção da saúde, proporcionando confiança para o paciente, sendo assim torna-se uma aliada imprescindível à equipe de saúde. Então cabem somente a ela o desenvolvimento social, afetivo e o bem-estar físico dos seus entes, principalmente na infância e adolescência (NAVARINI; HIRDES, 2008).

Antigamente a família era responsabilizada pela causalidade da Esquizofrenia, seguindo esse pensamento a mãe de um indivíduo acometido por esse transtorno era descrita como dominadora, autoritária, enquanto o pai era passivo, ausente e indiferente. Hoje sabemos que essa doença é de causa multifatorial e que a família pode atuar favoravelmente no tratamento desse transtorno (SILVA; SANTOS, 2009).

Segundo Albuquerque (2010) até os anos 80 a família não participava do tratamento da Esquizofrenia, muitas vezes vetadas qualquer aproximação maior com o paciente, restringindo as visitas nos hospitais e as cartas emitidas pela família aos pacientes não eram entregues, pois acreditavam que a família era a causadora da doença devido à educação falha imposta pela família.

Em 1950 iniciou a manifestação para que a família estivesse inserida na recuperação dos portadores de transtornos mentais. Só na década de 80 alguns estudiosos constataram que a família estava conseguindo prestar os cuidados, tais como: alimentar, administrar os medicamentos e o conforto do familiar doente. Com essa inclusão observou positivamente a diminuição das reinternações dos pacientes mentais (NAVARINI; HIRDES, 2008).

A família tornou-se uma grande aliada no tratamento de pacientes psíquicos, ocupando um lugar privilegiado na luta para obtenção de um novo modelo de atenção e assistência à saúde mental. Com o término da internação, surgiram novas

teorias para uma compreensão dos familiares que possuem um parente esquizofrênico (MORENO; ALENCASTRE, 2003).

A interação família e paciente é um fator agravante na evolução da doença, uma vez que pais de esquizofrênicos apresentam mais distúrbios psiquiátricos que os pais de filhos normais, e as mães de esquizofrênicos são mais superprotetoras e preocupadas que as mães de filhos normais (SANTOS; CAPOCCI, 2003).

Com a integração da família no tratamento de pacientes esquizofrênico busca fortalecer o elo do paciente com seu parente, minimizar o clima de hostilidade, adotar e empregar limites no comportamento da família e do paciente (SANTOS; CAPOCCI, 2003).

Silva e Santos (2009) referem que isso desencadeia a deficiência dos cuidadores a desempenharem suas funções, estando pouco amparada pela rede pública de saúde. E ainda que, quando diagnosticado, a família retrata sua experiência como se fosse “tempo de catástrofe”, caracterizando uma fase na qual se encontram fragilizado com a concretização de seus tremores.

A interpretação dada pelos membros do grupo familiar é crucial de modo que influencia diretamente nas práticas de cuidado adotadas com relação ao paciente esquizofrênico, pois o sucesso na reabilitação depende das relações estabelecidas entre aquele que cuida e o que é cuidado. Através das dúvidas e incertezas da família, aliado a falta de conhecimento acerca de um assunto tão cheio de estigmas e sofrimento é que surge o profissional da saúde para orientar e tratar da mesma junto aos que convivem com o paciente. Por isso se faz tão necessária à caracterização dos familiares que convivem com o paciente, como também a análise das percepções destes acerca do transtorno mental de seu ente (TRAJANO, 2008).

A família do paciente necessitará de condições estruturais, econômicas e emocionais, devendo saber lidar com seu sofrimento e expectativas para poder conviver com a doença, buscando apoio em seus amigos e conhecidos, em algum sistema de crenças e em tratamentos alternativos. Assim, os membros do grupo familiar deverão influenciar um ao outro positivamente com influência recíprocas (TRAJANO, 2008).

Um ambiente familiar desfavorável é um fator a ser considerado como de suma importância para indivíduos biologicamente vulneráveis, podendo colaborar

para o início da doença. Portanto, o profissional da saúde deverá investigar a constelação familiar do portador de esquizofrenia através de diálogos compartilhados por pelo menos um dos seus membros, sendo sugestiva e instigante a investigação científica desta possível interferência (TRAJANO, 2008).

Revela-se assim, a importância do acompanhamento da enfermagem especializada em saúde mental, seja no âmbito da promoção, tratamento ou na reabilitação da saúde do portador e de sua família. O esquizofrênico é um ser dotado de necessidades especiais que necessita de um tratamento diferenciado e de um profissional não só técnico como também humano, para assumir a posição de um profissional de referência, já que ouve e presencia com frequência as manifestações sadias e patológicas de clientes e familiares, compartilhando angústias, temores e fantasias (TRAJANO, 2008).

Muitos pesquisadores apontam o comportamento e os sintomas do paciente como a causa da sobrecarga familiar. A forma como o paciente se comporta, resulta na quebra da rotina do lar e o cuidado que os familiares próximos têm gera essa sobrecarga. Outra corrente considera que o cuidado do paciente pode resultar em sobrecarga de papéis desempenhados porque ele se somaria a papéis definidos culturalmente dos familiares. Já outra parte dos pesquisadores prefere acreditar que o disfuncionamento do paciente e suas diferentes consequências causam estresses crônicos com os quais os familiares devem aprender a lidar (RODRIGUES, 2008).

De fato, existem poucos estudos disponíveis sobre o que exatamente constitui os diferentes domínios da prestação de cuidados e como esses se relacionam à angústia do cuidador. Apesar do que conceito mencionar uma sobrecarga 'familiar', como já mencionamos, os autores informam que grande parte dos estudos trabalha com cuidadores primários. Por outro lado, a sobrecarga do cuidador teria uma abrangência menor do que a sobrecarga familiar, pois esta estende as consequências para outros membros da família, tais como as relações interpessoais dentro da família, as consequências para os filhos do paciente, e a rede de suporte social de toda a família (RODRIGUES, 2008).

3 MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo é uma pesquisa do tipo bibliográfica descritiva baseada em pesquisas de materiais científicos já existentes e que tratam sobre a temática proposta, analisando, observando e correlacionando as variáveis sem alterá-las (CERVO, 1996).

O estudo foi realizado no período de março de 2013 até novembro de 2013, se baseando em seleções de artigos nas bases de dados Scielo (Scientific Eletronic Library Online), LILACS (Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe), entre outros. Também foram consultados livros e revistas que abordam sobre o tema. Foram utilizados as palavras chaves enfermagem, saúde mental, Esquizofrenia, família e o paciente mental.

Foram excluídos artigos com o ano de publicação anterior a 2001, textos que não foram disponibilizados na íntegra, que não possuam tradução em português, e como critérios de inclusão, serão selecionados trabalhos publicados no período de 2008 a 2013, salvo alguns com a data de publicação anterior a 2007, pois possuíam grande relevância sobre o assunto.

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

Para o referido estudo bibliográfico foram pesquisados 100 artigos, onde foram excluídos os artigos em outros idiomas e com o ano de publicação inferior a 2007, exceto aqueles que traziam informações relevantes ao tema proposto, resultando em um número final de 46 artigos selecionados, sendo apenas 11 artigos utilizados como resultados. Para facilitar essa pesquisa foram utilizadas as palavras chaves enfermagem, saúde mental, esquizofrenia, família e o paciente mental.

Tabela 1

Base de Dados	Editora	Ano	Autor	Título
Livro da biblioteca da UNI-RN	Guanabara Koogan	2002	Townsend	Enfermagem Psiquiátrica
Scielo	Estudos de Psicologia	2009	Gisele da Silva e Manoel Antônio dos Santos	Esquizofrenia: dando voz à mãe cuidadora
Scielo	Revista Escola de Enfermagem	2003	Vânia Moreno e Márcia Bucchi Alencastre	A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico
Scielo	Revista espaço acadêmico	2008	Elziane Mota dos Anjos Trajano	Avaliação da concepção familiar sobre a esquizofrenia
Scielo	ENSP	2008	Maria Goretti Andrade Rodrigues	“Estudos sobre Intervenção Familiar na Esquizofrenia: subsídios para sua implantação nos centros de

				atenção psicossocial”
Scielo	Universidade Candido Mendes	2010	Luzia De Fatima Barbosa Lopes	Tratamento da Esquizofrenia: Interfaces entre o papel da família e dos profissionais de saúde mental
Scielo	Cuidarte Enfermagem	2008	Gisele de Oliveira Lobo, Tatiani Cristina Mattioli e Sinval Avelino dos Santos	Esquizofrenia: perspectiva histórica e assistência de enfermagem
Scielo	CESUMAR	2009	Emanuele Rhoden e Rafael Adrian Gentilin	Diálogo sobre Esquizofrenia
Scielo	Texto Contexto de Enfermagem	2008	Vanessa Navarini e Alice Hirdes	A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos
Lilacs	Revista Escola de Enfermagem	2006	Bianca Cristina Ciccone Giacon e Sueli Aparecida Frari Galera	Primeiro episódio da Esquizofrenia e assistência de Enfermagem
Scielo	Revista Enfermagem UNISA	2003	Solange Silva Santos e Pollyanna Oliveira Capocci	Importância do apoio familiar aos pacientes com Esquizofrenia

4.1 COMPREENDENDO A ESQUIZOFRENIA

Rhoden e Gentilin, (2009) em seus estudos nos levam ao século XIX, onde a Esquizofrenia era conhecida como demência precoce, nomeação dada pelo psiquiatra alemão Emil Kraepelin, e posteriormente estudos baseado no conceito de Kraepelin feitos pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler renomeou a demência precoce em Esquizofrenia.

Townsend (2002), afirma que há controvérsias na Esquizofrenia quanto sua causa, porém afirma que a Esquizofrenia é desencadeada por predisposição genética, disfunção bioquímica, fatores fisiológicos e psicossociais e que não existe a cura e provavelmente nunca haverá a cura para esse distúrbio.

Santos e Capocci (2003) descrevem a Esquizofrenia é uma doença incapacitante, caracterizada pela perda parcial ou total da personalidade do indivíduo, acarretando ao indivíduo inúmeras dificuldades com a sociedade. Fazendo necessária a integração familiar no tratamento de pacientes esquizofrênicos, visando o fortalecimento do elo do paciente com seu parente.

De acordo com Giacon e Galera (2006), a Esquizofrenia é a incapacidade de associar ideias, alucinações, delírios, pensamentos ilógica. Com sua potente carga sintomatológica faz com que essa doença não siga um padrão normal, variando sua intensidade de indivíduo para indivíduo.

Segundo Lopes (2010) a esquizofrenia é um transtorno psíquico grave bastante complexo, causado por fatores bioquímicos, sociais, ambientais e genéticos, que tem como principal característica sua coleção de sintomas e por não ter a cura, assim prejudicando o convívio familiar e seu desenvolvimento social.

Lobo; Mattioli e Santos (2008) conceituam a Esquizofrenia como um distúrbio mental grave, que tem como principal característica um mosaico de sintomatologia. Retrata a imaturidade e crueldade da sociedade antiga mediante a um doente mental, onde os mesmos eram presos em masmorras, porões e templos, pois acreditavam que o indivíduo acometido por doença mental era pecador e perigoso para a sociedade retrata a imaturidade e crueldade da sociedade antiga mediante a um doente mental, onde os mesmos eram presos em masmorras, porões e templos,

pois acreditavam que o indivíduo acometido por doença mental era pecador e perigoso para a sociedade.

4.2 FAMÍLIAS X TRATAMENTO

Já Navarini e Hirdes (2008), apontam que em 1950 tem início as manifestações para a inserção da família na recuperação dos pacientes mentais. Com a participação familiar no tratamento do esquizofrênico notou-se uma grande melhora no quadro clínico dos pacientes.

Moreno e Alencastre (2003) segue a mesma linha de pensamento, pois ambos acreditam que a família é uma aliada poderosa para a recuperação e na luta de um novo modelo assistencial à pacientes psíquicos.

Giacon; Galera (2006) e Moll; Saeki (2009) defendem o método psicossocial como uma forma de tratamento eficaz, capaz de promover ações para inserir do doente na sociedade e melhorar sua qualidade de vida.

Santos; Capocci (2003) observam que mães de pacientes esquizofrênicos são mais susceptíveis a desenvolver um distúrbio psiquiátrico, são superprotetoras. Então com a integração da família no tratamento da esquizofrenia só tem se destacado positivamente, pois tem como principal objetivo fortalecer os laços da família com o portador desse transtorno, visando minimizar o clima hostil e inserindo limites para os mesmos.

Silva e Santos (2009) revelam que nos tempos antigos a falha na educação, a superproteção, o autoritarismo da mãe, juntos a ausência do pai eram a causa do indivíduo desenvolver a esquizofrenia. Porém na atualidade vários estudos comprovam que esse transtorno mental não tem uma causa isolada e sim um leque de fatores que contribuem para o desenvolvem esse distúrbio, e hoje a principal aliada no tratamento dessa doença é a família.

De acordo com Trajano (2008) é essencial à família atuar no tratamento da Esquizofrenia, pois um ambiente desfavorável pode influenciar negativamente no curso da doença. A família necessitará de condições estruturais, econômicas e emocionais para promover uma melhor qualidade de vida ao seu parente doente.

Rodrigues (2008) concorda com a importância familiar no tratamento da Esquizofrenia, relaciona a quebra da rotina do lar com o comportamento do Esquizofrênico. Porém alerta para a temática da sobrecarga familiar.

5 CONCLUSÃO

A Esquizofrenia é uma doença com alto grau de complexidade, baseado em sua sintomatologia característica, seus surtos e formas. Não se sabe a causa específica desse distúrbio, mas autores afirmam que a Esquizofrenia é desencadeada por um mosaico de fatores psicológicos, fisiológicos, ambientais e sociais.

De acordo com a referida pesquisa, constatamos que essa doença é uma das psicoses mais graves, pois quando não tratada adequadamente leva o indivíduo a uma deterioração psicomotora. Há várias formas de tratamento e políticas públicas para essa psicose, tais como, tratamento medicamentoso, intervenção familiar, acompanhamento terapêutico, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospital dia (HD) e etc.

Com o advento da reforma psiquiátrica a família ganhou um papel importante no tratamento desse transtorno mental. Pesquisas já foram realizadas para comprovar a eficácia da participação familiar no tratamento, onde pacientes esquizofrênicos acompanhados pela família tem mais avanços positivos a nível psicológico, motor e social, enquanto aqueles que são abandonados pela família, sendo obrigados a internações prolongadas em hospitais psiquiátricos.

Já que a família se tornou uma aliada irrecusável no tratamento da esquizofrenia, dando suporte psicológico, afeto e compreensão ao paciente. É indispensável que a família esteja sempre a procura de informações e conhecimentos novos dessa psicose, para que possam aceitar e compreender melhor essa doença e seu parente acometido.

Hoje a família é uma peça fundamental no tratamento da Esquizofrenia, pois atua diretamente com emocional do paciente doente. A participação familiar no tratamento dessa psicose está centralizada no apoio psicológico, ajudando seu ente a compreender e controlar esse distúrbio, proporcionar ao esquizofrênico um ambiente tranquilo e saudável são formas de garantir e promover uma melhor qualidade de vida para o mesmo.

Por fim esclarecemos nossas dúvidas quanto a Esquizofrenia, podendo afirmar que esse distúrbio mental é bem controverso, pois o indivíduo pode

apresentar apenas um surto em toda sua vida e outros apresentarem mais de um surto. Por não apresentar um fator específico e não ter cura se faz necessário um tratamento contínuo.

REFERÊNCIAS

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. **Revsita Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 87-94, 2011.

CAMPOS, R. T. O.; FURTADO, J. P. **Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para a avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) DO Sistema Único de Saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, 2006. v. 22.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1996. 209 p.

CID-10. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento**. Tradução Dorgival Caetano. Porto Alegre, 1993.

DSM-IV. **Manual diagnóstico e estatístico de transtorno mental**. Tradução Cláudia Dornelles. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

GIACON, B. C. C.; GALERA, S. A. F. Primeiro episódio da Esquizofrenia e assistência de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 91-286, 2006.

LOPES, L. F. B. **Tratamento da esquizofrenia: interfaces entre o papel da família e dos profissionais de saúde**. Niterói: Universidade Candido Mendes, 2010.

LOBO, G. O.; MATIOLLI, T. C.; SANTOS, S. A. Esquizofrenia: perspectiva histórica e assistência de enfermagem. **Cuidarte Enfermagem**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 114-230, jun./dez. 2008.

MOLL, M, F.; SAEKI, T. A vida social de pessoas com diagnóstico de Esquizofrenia, usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 6, 2009.

MORENO, V.; ALENCASTRE, M. B. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 43-50, 2003.

NAVARINI, V.; HIRDES, A. **A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos**. 4 ed. Florianópolis: Texto contexto Enfermagem, 2008.

RHODEN, E.; GENTILIN, F. A. **Diálogo sobre Esquizofrenia**. Maringá, 2009.

RODRIGUES, M. G. A. “**Estudos sobre Intervenção Familiar na Esquizofrenia: subsídios para sua implantação nos centros de atenção psicossocial**”. Rio de Janeiro, 2008.

SANTOS, S. S.; CAPOCCI, P. O. Importância do apoio familiar aos pacientes com esquizofrenia. **Revista de Enfermagem UNISA**, São Paulo, v. 4, p. 6-13, 2003.

SILVEIRA, M. S.; et al. Caracterização dos usuários com Esquizofrenia e outros transtornos psíquicos dos Centros de Atenção Psicossocial. **Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 19, 2011.

SILVA, G.; SANTOS, M. A. **Esquizofrenia: dando voz à mãe cuidadora**. v. 26, n. 1, p. 85-92, jan-mar 2009.

SILVA, G; SANTOS, M. A. Álbum de Esquizofrenia: Convivência em retrato. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 83-91, jan-mar. 2009.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S. A., 2002. 8350.

TRAJANO, E. M. A. Avaliação da concepção familiar sobre a esquizofrenia. **Revista espaço acadêmico**, Piauí, 2008.