

DOI: 10.33947/1980-6469-v14n1-2893

UMA REVISÃO HISTÓRICA E PSICANALÍTICA DA ESQUIZOFRENIA: A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA E DA FÉ NA ADESÃO AO TRATAMENTO**A HISTORICAL REVIEW AND PSYCHOTHERAPY OF SCHIZOPHRENIA: THE IMPORTANCE OF FAMILY AND OF FAITH IN TREATMENT ADHERENCE**

Danillo Rodrigues Alves¹, Joyce Schuler da Silva², Luzia Pereira de Oliveira Santos³,
Renata Passos Cavalcante Guedes⁴, Silvia Suely Souza Maia⁵

RESUMO

Tendo como título, “Uma revisão histórica e psicanalítica da esquizofrenia: a importância da família e da fé na adesão ao tratamento”, este trabalho tem como proposta integrar a família na nova realidade do paciente acometido pela esquizofrenia, sendo que sua maior contribuição para um resultado satisfatório, é o bom relacionamento entre os membros da referida família, que envolverá o paciente, fazendo com que ele neste contexto sinta-se acolhido, integrado e aceito com as novas características que esta doença lhe trouxe e, a partir desta aceitação e integração familiar, contando também com o auxílio da fé, que atuará junto a esta família como fonte renovadora de energia e ampliando seu olhar para ver além de si, suas expectativas e idealizações a respeito deste familiar, para que possa enxergá-lo como pessoa, por se tratar de um ente querido. A terapia ocupacional também se apresenta como auxílio à família e ao paciente, pois permite que este se expresse, dando vazão à sentimentos e emoções, muitas vezes difíceis de serem mostrados, fazendo desta maneira com que este possa ficar calmo, se mantenha organizado psicologicamente e emocionalmente, prolongando os períodos de bem-estar para o sujeito e familiares visando a qualidade de vida e principalmente evitando novas recaídas.

PALAVRAS-CHAVE: Esquizofrenia. Família. Auxílio

ABSTRACT

With the title, “A historical and psychoanalytical review of schizophrenia: the importance of family and faith adherence to treatment”, this paper aims to integrate the family in the treatment of patients affected by schizophrenia, and his greatest contribution to the result satisfactory, is the good relationship between the members of that family, which will involve the patient, making it in this context feels welcomed, integrated and accepted with the new features that this disease brought him and, from this acceptance and family integration, also counting on the help of faith, to act together to this family as renewing energy source and expanding its look to see beyond themselves, their expectations and idealizations about this family, so you can see him as a person, because it of a loved one. Occupational therapy is also presented as an aid to the family and the patient, as it allows this to express, giving vent to feelings and emotions, often difficult to be shown, making this way that it can stay calm, stay organized psychically and emotionally prolonged periods of wellness to the subject order and family life and the quality of mainly preventing new relapses.

KEYWORDS: Schizophrenia. Family. Help.

¹ Bacharel em Psicologia pela Universidade UNIVERITAS/UNG (UNG). Psicólogo clínico.

² Bacharel em Psicologia pela Universidade UNIVERITAS/UNG (UNG).

³ Graduada em Psicologia pela Universidade UNIVERITAS/UNG. Psicóloga clínica.

⁴ Graduada em Psicologia com aperfeiçoamento em TEA – Transtorno do Espectro Autista.

⁵ Docente há 27 anos no curso de Psicologia. Mestre em Psicologia da Saúde pela Universidade Metodista de São Paulo (2001) e Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade UNIVERITAS/UNG (2001). Especialização em Psicologia Clínica Preventiva pela USP e em Psicodiagnóstico da Personalidade, pelo Instituto Sedes Sapientiae. Formada em Pedagogia em 1985. Coordenadora da Clínica-escola de Psicologia da Universidade Mackenzie e da Universidade UNIVERITAS/UNG. Coordenadora dos Estágios curriculares em Psicologia Clínica da Universidade UNIVERITAS/UNG. Supervisora de Estágio em Psicologia Clínica em Psicoterapia Breve de Adulto e Psicoterapia Breve Infantil. Docente na disciplina de Exploração e Diagnose em Psicologia Clínica e na disciplina de Psicoterapia Breve. Diretora do Colégio Farias Brito. Responsável pelo S.O.E. (Serviço de orientação ao estudante) do Colégio Farias Brito.

1 INTRODUÇÃO

No campo das doenças mentais graves, a esquizofrenia está entre as que mais comprometem a vida mental do indivíduo. Esta patologia pode comprometer várias funções do psiquismo humano alterando e modificando o comportamento das pessoas acometidas por ela. Esse transtorno causa prejuízo na vida profissional, relacional e social, sendo que os sujeitos acometidos pela esquizofrenia podem apresentar afeto inadequado, ansiedade, raiva entre outros, todavia, esse conceito passou por diversas modificações e compreensões até os dias atuais (APA, 2014).

Segundo pesquisa realizada por Eskinazi (2011), a esquizofrenia atinge cerca de 1% da população mundial sendo que no Brasil a esquizofrenia preenche 30% dos leitos psiquiátricos hospitalares e ocupa o segundo lugar das primeiras consultas psiquiátricas ambulatoriais. Os pacientes com esquizofrenia segundo esse mesmo autor, tendem a possuir uma expectativa de vida 20% menor em relação aos indivíduos não portadores da doença em decorrência do estilo de vida pouco saudável.

Não só os modelos biomédicos buscaram explicar as doenças mentais, mas também as teorias psicológicas a partir da década de 40 buscaram explorar esse assunto para melhor entender o sujeito e as possíveis causas desse transtorno (SILVIA, 2006).

Desta maneira, a esquizofrenia passou a ser esclarecida a partir dos relacionamentos patológicos das famílias e dos padrões de comunicação interpessoais que influenciaram algumas escolas do pensamento psiquiátrico. Nesta mesma década surgiu o pensamento da mãe esquizofrênica, que por apresentar alguns comportamentos como a rejeição e agressividade, poderiam desenvolver a referida patologia em seus filhos, mas por conta da falta de comprovação científica desta teoria, a mesma caiu em desuso (SILVIA, 2006).

A esquizofrenia causa um grande impacto na rotina dos familiares diagnosticados com esta doença mental. Existem muitas categorias de mudanças e sofrimentos já conhecidas, algumas são citadas na pesquisa desenvolvida pelos autores citados acima como: sofrimento por algo inesperado e tão diferenciado do que o almejado para os filhos, a sensação de esgotamento por não poder realizar as antigas tarefas, não

poder se afastar do doente e até mesmo de sair da rotina e esquecer da sua vida pessoal. O isolamento foi algo a ser citado também, pois os pais e cuidadores destes doentes muitas vezes preferem se afastar, se isolar em época de crise, ou até mesmo em sua rotina, não podendo comparecer a compromissos sociais ou até mesmo pessoais (ZANETTI; GALERAC, 2007).

Entre tantas ações que podem auxiliar no tratamento do esquizofrênico a orientação familiar, grupo de ajuda, abordagem psicossocial em instituições são algumas formas citadas pelos autores (SHIRAKAWA, 2000).

Levou-se ao questionamento de que seria de fato o papel da religião no viver do ser humano doente, e segundo Corrêa (2006), o destaque é que procuram no sagrado a solução fazendo valer do processo terapêutico, o abrigo para enfrentamento e promoção da cura, trazendo seus efeitos sobre o mal-estar da mente e corpo e praticam a fé religiosa em Deus que é capaz de levá-los ao melhor convívio devido a força que esta exerce sobre o psiquismo humano, somado ao papel de apoio emocional no momento da angústia e incerteza da recuperação, demonstrando que este trabalho contribui para conscientização de que esta prática é muito comum a família de pacientes que já passaram e/ou estão passando por este processo e que sem reservas recorrem a religiosidade.

A psicoterapia pode auxiliar na melhora dos sintomas, assim como auxiliar na prevenção de recaídas. A psicoterapia pode ser realizada individualmente como uma forma de apoio e escuta ao paciente, como em grupo, onde o terapeuta precisa ser mais enérgico para incentivar a conversa, o entrosamento e parceria de todos (SHIRAKAWA, 2000).

A terapia ocupacional também é recomendada no tratamento de diagnóstico de esquizofrenia. Esta terapia envolve atividades que não servem somente para descontração, mas sim para os pacientes que se sentirem mais ativos, úteis, se envolverem em rotinas com pessoas e ações (SHIRAKAWA, 2000).

A esquizofrenia é uma doença que abrange muitas áreas no seu tratamento e estudo, havendo a necessidade de uma equipe multidisciplinar em seu tratamento. A doença compromete as relações de seu portador, por isso a necessidade de não somente o tratamento médico, mas também a organização do retornar a vida rotineira deste paciente. Neste sentido

a abordagem psicossocial deve estar presente lado a lado com o tratamento médico na evolução do paciente (SHIRAKAWA, 2000).

1.1 Problematização

De que forma a fé e a família, aliadas a terapias ocupacionais, podem auxiliar no tratamento do paciente com esquizofrenia?

1.2 Justificativa

O empenho deste trabalho é produzir resultados de bem-estar ao indivíduo envolvido em alguma esfera de sofrimento psíquico bem como para sua família, partindo deste princípio traremos algumas ferramentas que poderão auxiliar as famílias a lidar com este sofrimento e reconstruir, a partir desta realidade, um novo ambiente familiar.

Tais indivíduos estão submetidos às regras e normas de convívio social, impostas pela sociedade, porém muitas vezes, sem compreender as origens da doença, seu processo evolutivo ou sua cura, caso esta for possível, ficam comprometidos e, muitas vezes, estagnados.

Existem várias pesquisas que apontam a importância das terapias ocupacionais, trabalhos com grupos, e até mesmo ações que proporcionem o trabalho ocupacional a estes pacientes, trazendo respostas positivas no tratamento podendo torná-lo mais eficiente.

Para distinguir o problema real do estrutural, necessitamos contar com um ambiente empático e a fé, assim como as terapias ocupacionais, podem promover este auxílio à família, uma vez que atuam no âmbito grupal e social, devolvendo reflexões sobre a prática do bem, utilizando-se de orientações e ações comunitárias, promovendo acesso ao tratamento e algumas vezes como geradora de esperança prolongando a motivação para as atitudes necessárias tanto no caso de pacientes com esquizofrenia, como em qualquer caso de sofrimento psíquico.

Podemos observar um grande número de pessoas que possuem algum tipo de patologia mental, porém, indivíduos com transtornos graves como a esquizofrenia tendem a sofrer muito com tal distúrbio, parte desses indivíduos, ao chegar à idade adulta, apresentam dificuldades que sujeitos considerados normais

não apresentariam logo no início da doença o impacto pessoal, social e econômico junto ao empobrecimento dos vínculos familiares contribuem para piora do paciente (CORDEIRO et al., 2000).

Famílias equilibradas emocionalmente podem ajudar na melhora de alguns sintomas da doença, pois assim elas interagem positivamente com estes familiares, acolhendo-os, inclusive em suas recaídas. É importante que a família aprenda a olhar além de sua dor, é fundamental que saibam mais que tolerar, usufruir da ansiedade e da dor que tornam a vida real. As situações vividas por estas famílias devem fazê-las crescer e independente de sentimentos opressores, elas precisam sempre criar um ambiente calmo e sadio para seu convívio (NAVARINI; HIRDES, 2005).

A terapia ocupacional mostra sua importância junto aos pacientes portadores de esquizofrenia. Em um estudo realizado para averiguar a ação da terapia ocupacional como agente auxiliar no tratamento psicofarmacológico de pacientes com esquizofrenia, observou-se que estes pacientes em um espaço de tempo desenvolveram melhores relacionamentos interpessoais, inclusive com o terapeuta, assim como no desenvolvimento de trabalhos prestados (BUCHAIN; VIZZOTO; NET, 2003).

No estudo desenvolvido por Cirineu et al. (2013), ressaltou-se a importância das atividades grupais, assim como o contato com o terapeuta grupal. As atividades grupais trazem situações de atividades reais levando os integrantes do grupo a despertarem uma maior atenção para as atividades de interesse, desenvolvendo melhor a autoestima, atenção com os cuidados pessoais, assim como maior autonomia nas escolhas e iniciativas.

Ávila (2007), ainda nos diz que podemos expressar a vivência religiosa apenas por meio de aproximação, pois temos realidades e culturas diferentes e da mesma maneira linguagens simbólicas variadas, assim como dimensão social, compreende-se a diversidade de expressão contribuindo para representação não só própria e íntima, mas sim compartilhada com outros, podendo desenvolver um diálogo e outras formas de interação como a oração comum. Há uma crescente complexidade no campo de estudo, que nem sempre apresentam resultados comparáveis, porém com boas consequências para vida do sujeito.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo primário

Compreender a esquizofrenia fundamentada na psicanálise e esclarecer como a relação familiar, a fé e as terapias ocupacionais contribuem na manutenção do bem-estar do paciente com esquizofrenia.

1.3.2 Objetivos secundários

- Descrever a esquizofrenia sob a ótica da psicanálise.
- Destacar os benefícios que a família pode trazer ao paciente com esquizofrenia.
- Compreender as contribuições que a fé promove às famílias com pacientes em sofrimento psíquico.
- Transcorrer sobre as possíveis terapias ocupacionais utilizadas na recuperação de pacientes com esquizofrenia e suas possíveis contribuições.

2 ESQUIZOFRENIA: ESFORÇO HISTÓRICO

Antes de entrarmos no conceito e na história da esquizofrenia se faz importante falar um pouco sobre a loucura, desta maneira no campo das doenças mentais. Podemos observar que historicamente existem algumas controversas não somente no simbólico da sociedade e da cultura, mas também na área epistemológica na construção desse conhecimento (OLIVEIRA, 2002).

Entretanto é nessa inconsistência que segue a história da loucura onde a opressão se fez presente, um dos críticos contemporâneo em relação a essa prática foi o filósofo Michel Foucault. A história da loucura percorreu uma parte fundamental da história nas sociedades em suas concepções ideológicas e técnicas terapêuticas (OLIVEIRA, 2002).

Segundo Oliveira (2002), na Grécia antiga a loucura era considerada uma doença mental, porém com uma distinção primária entre os distúrbios mentais que eram acompanhados de doença física e outro que não ocorriam na presença de qualquer mal físico, desta forma predominava a concepção que a origem da doença mental era de causas sobrenaturais de natureza mística, desta maneira as pessoas com doenças mentais sobre essa ótica eram possuídas por espíritos malig-

nos e estavam vulneráveis a ira dos deuses.

Contraopondo esta visão Hipócrates compreende a mente perturbada de outra forma, elaborando uma concepção e uma explicação mais racionalista, segundo esse mesmo autor as doenças mentais teriam causas e efeitos naturais as explicações e concepções demoníacas da loucura foram postas de lado. O tratamento proposto era por meio de drogas e regimes específicos e outras formas de tratamento era explicar para doente o seu padecimento (OLIVEIRA, 2002).

A esquizofrenia foi anteriormente conhecida como demência precoce pelo psiquiatra alemão Emil Kraepelin no século XIX, quando percebeu que alguns indivíduos ainda jovens após um surto psicótico sofriam um decréscimo psíquico, mas que não necessariamente eram considerados dementes, desta maneira Kraepelin em seus escritos colocou a demência precoce entre os processos degenerativos, sendo assim a demência foi separada do transtorno maníaco depressivo que se manteve ao longo de seu trabalho (ELKIS, 2000).

Segundo Silvia (2006), Kraepelin tinha um propósito de descrever doenças com etiologia, sintomatologia e resultados comuns, sendo assim observou que as causas eram endógenas, os transtornos apareciam mediante as causas internas. Foram distinguidas por Kraepelin três formas do transtorno, sendo esta a hebefrênica, catatônica e paranóide que até então eram descritas como patologias separadas que posteriormente foram agrupadas como demência precoce.

Para esse autor como para a medicina nenhum sintoma poderia caracterizar uma patologia mental por conta da instabilidade, em seu último trabalho descreveu os sintomas que hoje conhecemos na esquizofrenia como o enfraquecimento das atividades emocionais e a perda da unidade interna das atividades do intelecto, emoção e volição, mas não delimitou qualquer um deles para o diagnóstico (ELKIS, 2000).

O conceito de esquizofrenia foi cunhado por Eogem Bleuler, entre (1857-1939) que substituiu o termo demência precoce pelo fato da demência não se aplicar a todos os casos, em sua trajetória passou por diversos países como Paris, Londres e Munique retornou a Zurique para assumir um cargo no hospital universitário no qual se tornou professor de psiquiatria (SILVEIRA, 2009).

Para Silveira (2009), Bleuler percebeu uma ex-

pansão na idade a qual a doença se manifestava e constatou que a esquizofrenia nem sempre aparecia em indivíduos muito jovens, isso fez com que o psiquiatra suíço não aceitasse muito o termo precoce e a demência como deterioração progressiva ocorria eventualmente e não como uma regra. Desta maneira Bleuler elucida a esquizofrenia como um conjunto de psicoses podendo ser crônico ou intermitente estagnar ou retroceder a qualquer momento, para esse autor a doença caracterizava por um tipo específico de alteração sendo este o pensamento, sentimento e a relação com o mundo exterior.

Bleuler teve duas hipóteses para descrever o processo de ruptura das associações dos pacientes esquizofrênicos, uma seria o processo orgânico e a outra o complexo ideo-afetivo que tornaria secundariamente patogênico ou a catexia afetiva contida no complexo ideo-afetivo que se tornaria alta e causaria a ruptura das associações (SILVEIRA, 2009).

Vale ressaltar que para esse autor a doença mental consistia em uma causa orgânica, porém, se interessava pelos conteúdos dos sintomas e pela ligação deles com os acontecimentos da vida psíquica do indivíduo para Bleuler a questão era a afetividade e interessou-se pelas questões psicológicas e não só orgânicas de seu paciente (SILVEIRA, 2009).

A Esquizofrenia vem do grego onde esquizo é divisão e frenia quer dizer mente, Bleuler utilizou esse termo para referir a uma separação entre pensamento e emoção e comportamento nos indivíduos afetados, afim de esclarecer sua teoria da divisão descreveu sintomas específicos da esquizofrenia a dissociação de ideia, ambivalência, autismo, embotamento afetivo, distúrbio da atenção e da vontade considerados como sintomas primários da doença (SILVIA, 2006).

Pode-se perceber que a dissociação traz em si uma concepção dinâmica da doença aspecto que traz a influência psicanalítica sobre o autor, desta maneira relata sintomas secundários como alucinações, delírios, distúrbio do humor ou catatonia (SILVIA, 2006).

3 ESQUIZOFRENIA E PSICANÁLISE

Dentre as psicoses mais conhecidas, a esquizofrenia é a mais grave, resultando no embotamento afetivo e consequentemente na perda do interesse no

mundo exterior e com isso a formação dos sintomas delirantes. Nas análises observou-se que o delírio é como um reparo colocado onde originalmente ocorreu uma cisão na relação entre o eu e o mundo externo (FREUD 1923/ 1925).

Antes de seguirmos com esse texto se faz necessário falar sobre a neurose e a psicose, que segundo Freud (1923/1925) a neurose seria o conflito entre o eu e o id enquanto a psicose seria semelhante, porém há uma perturbação nos laços entre o eu e o mundo externo. Tanto a neurose quanto a psicose se opõe ao mundo exterior por ser incapaz de se adaptar as exigências da realidade, são análogas, mas na sua primeira reação do que na segunda reação onde ocorre o processo de reparo.

Na neurose o fragmento da realidade é evitado pelo mecanismo de fuga, tendo em vista que ela não repudia a realidade externa apenas a ignora, já a psicose renuncia essa realidade e tenta substituí-la. Podemos dizer que o surgimento da neurose foi uma tentativa de repressão fracassada do ego com o intuito de reprimir o impulso instintual, enquanto que a psicose como dita anteriormente é similar ao processo neurótico, porém distinta na mente (FREUD, 1923/1925).

A primeira etapa da psicose é afastar o ego da realidade o mesmo que ocorre nas neuroses, a distinção aparece na segunda etapa que é reparar os danos causados e reestabelecer a relação do sujeito com a realidade criando uma nova realidade e não opondo a antiga. Tanto a neurose quanto a psicose servem ao desejo de poder do id (FREUD, 1923/1925).

Voltando ao primeiro parágrafo, a libido que retorna para o próprio ego resulta na perda de interesse no mundo externo desvitalizando os objetos e concentrando-se inteiramente na imagem de si mesmo, Zimerman (1999) em seu livro Fundamentos Psicanalíticos cap.5 pag. 78 alude que as energias psíquicas demandam gratificações imediatas sem levar em conta a realidade exterior, o bebê por meio da satisfação alucinatória substitui o seio pelo polegar, no entanto a satisfação mágica é frustrante por não suportar as exigências da realidade.

O texto Introdução ao narcisismo de 1914 traz a questão da libido na esquizofrenia, este aponta que a megalomania própria deste estado mostra o caminho, ela originou-se à custa da libido objetal que retirada do

mundo externo foi voltada para o próprio eu momento pelo qual chamamos de narcisismo, ainda relata que a megalomania não é uma criação nova e sim um estado a qual já havia existido antes levando a observar que o narcisismo que surge dos investimentos objetivos são secundários edificados sobre o narcisismo primário que foi ofuscado por diversas influencias (FREUD, 1914/1916).

Freud retrata que o sujeito toma seu próprio corpo como sendo ao mesmo tempo uma fonte e um objeto de desejo da libido sexual, desta maneira contestou o desafeto de Jung, esse pensamento vem a ser conceituado pelo pai da psicanálise como sendo o narcisismo primário que inicialmente seria uma etapa evolutiva sucedendo outra pelo qual denominou de autoerotismo, há teóricos que contrapõe Freud, diz que o narcisismo primário original e o da vida intrauterina Freud expõe, que nesse tipo de narcisismo aconteceria uma total indiferenciação entre o ego submetido e confundido com id e a realidade exterior (ZIMERMAN, 1999).

A primeira singularidade que essa postulação ocasionou nos estudiosos é que o bebê não poderia ignorar a mãe pelo fato de precisar da relação real com ela, Freud, se defendendo da questão usa a seguinte metáfora, o corpo humano seria como uma ameba que se liga aos objetos pelos seus pseudópodos, partindo disto o bebê está em interação com a mãe enquanto que do ponto de vista dele a mãe não é mais que uma extensão dele, o narcisismo secundário como o próprio nome o indica remete a uma espécie de movimento de energia pulsional, que após ter investido e ocupado os objetos externos padece de um desinvestimento libidinal, que quase sempre é devido as grandes decepções com objetos externos provedores que retornam para o seu lugar original o próprio ego (ZIMERMAN, 1999).

Devemos considerar o que Freud referiu ao caso Shereber que a introversão da libido sexual conduz ao efeito da perda da realidade e do mundo externo, o texto exemplifica que uma pessoa que padece de uma doença orgânica abandona o interesse pelas coisas que não dizem respeito ao seu sofrimento, em estudos observou-se que esses indivíduos retiram o interesse dos objetos amorosos e sessão de amar enquanto sofrem, como observado o doente retira o investimento libidinal depositando-o no próprio eu e

posteriormente é redirecionado depois que curar-se (FREUD, 1914/1916).

Freud salienta em seus estudos sobre o inconsciente que nos casos de neurose, a libido que é retirada do objeto real retorna em direção ao objeto que existe na fantasia e vai de encontro ao objeto recalçado, no entanto com a esquizofrenia ocorre diferente o mecanismo de negação e distinto, após o acontecimento do recalque a libido se recolhe do eu e passa a não investir carga no objeto onde se estabelece um estado de narcisismo primário sem objeto sua particularidade é incapacidade de transferência, rejeição ao mundo externo, sobre investimento no próprio eu e apatia total (PEREZ, 2012).

Os processos de condensação e deslocamento trazem as marcas das mobilidades das cargas de investimento de energia que escoam pela barreira, mas os mecanismos de condensação e deslocamento procuram reinvestir nas representações ligadas as experiências de satisfação próprio do desejo, Freud nos adverte dizendo que no caso da esquizofrenia as palavras são submetidas ao mesmo processo que nos pensamentos oníricos latentes que são transformados em imagens oníricas (PEREZ, 2012).

O investimento libidinal de representação de palavras não faz parte do ato de recalcar, mas representa a primeira das tentativas de cura que predominam no quadro clínico da esquizofrenia (PEREZ, 2012).

3.1 Compreensão dos benefícios que a família pode trazer ao paciente com esquizofrenia

A partir das colocações de Pimenta e Romagnoli (2008), uma das propostas da Reforma Psiquiátrica, é trazer a loucura para o ambiente familiar. Observa-se então uma grande transformação, se antes este indivíduo era afastado por ser uma “ameaça” para a família, agora é incluído nesse grupo, que pode lhe proporcionar condições para uma vida em sociedade. A partir desta mudança, surgem as dificuldades que os familiares enfrentam diante desta nova responsabilidade: lidar com a loucura de forma tão próxima e, além disso, ser protagonista na tarefa de reinserir o portador de transtorno mental na sociedade.

Em virtude dessas alterações realizadas em vários setores da saúde mental, o cuidado do paciente

com transtorno mental no domicílio se tornou difícil. Esse acontecimento deve-se ao fato de que tanto o paciente, quanto seus familiares devem buscar um convívio harmonioso em seu lar, desta forma fazendo com que neste ambiente haja espaço para o diálogo, discussão e oportunidades de expressão e de posicionamento, diferentes formas de pensar ou se posicionar em quaisquer situações cotidianas. Todos devem entender-se, respeitar-se, para que haja consenso entre estes, de modo que o portador de transtorno seja respeitado e aceito com as limitações que a patologia lhe impõe (BRISCHILIARI; WAIDMAN, 2012).

Assis, Vilares e Bressam (2013), compreendem que a esquizofrenia não caracteriza o sujeito, que por sua vez possui seu próprio jeito de ser, seus desejos, suas qualidades e defeitos como qualquer outra pessoa. O indivíduo com esquizofrenia necessita receber cuidados por parte de seus familiares, mas também precisa compartilhar a vida com sua família. Esta doença muitas vezes torna a pessoa exilada dentro de sua própria casa e essa situação precisa mudar.

A esquizofrenia afeta várias áreas do funcionamento da pessoa, dificultando relacionamentos e causando desorientação a todos os membros da família. A superação é um processo que proporciona aprendizado, através das situações do cotidiano e promove o convívio que permite aceitar as limitações e aumentar as potencialidades de cada membro da família. Nessa perspectiva, o indivíduo com esquizofrenia poderá se beneficiar com o convívio familiar (ASSIS; VILARES; BRESSAM, 2013).

Nesse instante exercitar a convivência e adaptação entre estes familiares, se faz necessário para que, portadores e familiares busquem um bom relacionamento, e os familiares do portador de transtorno mental devem conhecê-lo em sua singularidade, procurar avaliar sua experiência de sofrimento diante do contato cotidiano, valorizando aspectos importantes para sua vida, como a prática de esportes, o namoro, relacionamento familiar, o estudo, o trabalho e o lazer. Além da inserção nestes campos relacionais, é preciso que este membro da família atue de forma ativa no dia a dia da família, como a participação na divisão de tarefas (BRISCHILIARI; WAIDMAN, 2012).

Desta forma, compreende-se que não se pode separar a doença do contexto familiar e por ser um ele-

mento importantíssimo neste contexto, a família precisa ser vista pela equipe de saúde, como uma aliada, que atua promovendo conforto para o paciente e contribua para que este possa adquirir confiança e possa acreditar e trabalhar pela sua recuperação (NAVARINI; HIRDES, 2005).

De acordo com Simonton (1990), o diagnóstico também pode trazer ganhos, pode aumentar de forma significativa a qualidade de vida tanto do paciente, como dos outros membros da família. Isto não significa que todos os aspectos negativos de uma doença grave sejam descartados, mas que sempre há dois lados em todas as questões, e que até a doença traz algo de positivo e que pode ser um ganho permanente para a família.

Tomando em consideração que a maioria dos transtornos psiquiátricos tem características ocasionais, é necessário que haja uma monitoração cautelosa, e ação rápida, a fim de identificar a aparição de sintomas precoces. É fundamental para evitar recaídas e re-hospitalizações, comumente as famílias mantêm um contato mais próximo com os pacientes do que os profissionais de saúde mental. Desta forma, uma das metas da psicoeducação é fazer com que os familiares se tornem aptos a monitorar a doença e alertar os profissionais de saúde para possíveis recaídas. Com a educação sobre o tratamento farmacoterápico, os familiares também podem, se atentar na monitoração da aceitação ao tratamento, podendo também atuar no controle dos efeitos colaterais das medicações. A partir desse envolvimento mais efetivo da família no tratamento, poderá ter consequências significantes na evolução da doença a longo prazo (YACUBIAN; LOTTUFO, 2001).

Shirakawa (2000) propõe que a conscientização é muito importante, tanto do portador, como da família para que juntas possam encontrar meios para combater a doença, se a ação não for conjunta, este processo será dificultado. Estudos internacionais mostram que as recaídas acontecem com mais frequência, quando o ambiente familiar é estressante. Assim, as intervenções feitas com as famílias, chamadas de: programas de tratamento psicopedagógico, têm como finalidade diminuir as tensões no ambiente familiar e melhorar o funcionamento social do paciente. Alguns programas são realizados com a presença conjunta dos portadores e dos demais membros da família, enquanto outras

metodologias têm propostas diferentes, onde a orientação aos familiares é feita, sem a presença dos portadores. Nestes dois casos, esses programas têm os seguintes objetivos:

1. reduzir o custo da doença (por exemplo, uma família bem orientada contribui para reduzir as possibilidades de recaídas e reinternações);
2. orientar a família sobre o programa medicamentoso e de atividades da vida diária;
3. ajudar o portador a colaborar com o tratamento e a assumir responsabilidades, dentro do possível;
4. verificar se está havendo resposta ao tratamento e comunicar as mudanças que surgirem;
5. estar informado sobre os sinais e os sintomas precoces de recaídas;
6. encorajar o portador a tornar-se independente, para suprir suas necessidades básicas como casa, comida e dinheiro;
7. familiares muito exigentes devem ser orientados a serem menos exigentes;
8. familiares ausentes devem ser orientados para serem mais participantes (SHIRAKAWA, 2000, p. 05-06).

Estudos apontam que trabalhando os conceitos de remissão ou recuperação, grande parte dos pacientes tem boa evolução, alcançando estabilidade da doença por longos períodos, obtendo grandes chances de reabilitação, chegando a alcançar altos níveis de funcionamento dentro da sociedade e da família. Aprendem a lidar com a doença, conseguem ter mais auto reconhecimento e a ser mais determinados, se tornam capazes de acreditar numa vida saudável e próspera, mesmo tendo que conviver com as limitações da doença (PALMEIRA; GERALDES; BEZERRA, 2013).

3.2 Contribuições que a fé promove às famílias com pacientes em sofrimento psíquico

Temos por definição ao termo fé, segundo Ferreira (1999), crença religiosa, conjunto de dogmas e doutrinas que constituem um culto, adesão e anuência pessoal à morada de Deus, seus desígnios e manifes-

tações. Confiança e asseveração de um fato, acreditar em fazer fé em.

Em seguida, ainda por definição segundo Ferreira (1999), o termo religião refere-se à crença em uma força sobrenatural, considerada criadora do Universo e que como tal deve ser adorada com o culto que lhe é devido. Qualquer filiação a um sistema específico de pensamento ou crença entorna de uma posição filosófica, ética, metafísica etc. Modo de pensar ou de agir por princípios. Concluídas as definições aos dois termos, os mesmos serão intercalados neste objetivo, para compreensão de suas contribuições aos familiares e pacientes em sofrimento psíquico.

A doença mental em suas diversas características pode ser apontada com perfil de sinais manifestos, sendo citados pensamentos alterados, assim como alteração da fala, do aparelho motor, das emoções entre outras (FRAYZE-PEREIRA, 2002).

Em quadro nosográfico, para uma constituição de sintomas, e em fases de variações classificatórias, utilizam-se alguns termos como histeria, obsessões, mania, depressão, paranoia, hebefrênico, catatônico etc. No caso das três últimas sob um modelo de patologia doentia temos a esquizofrenia, cujo fenômeno se caracteriza por fragmentação do fluxo do pensamento e ruptura do contato afetivo com o ambiente (BLEULER; 1911 apud FRAYZE-PEREIRA, 2002).

Ao depararmos com um paciente com algum tipo de patologia mórbida é impossível não associarmos tal indivíduo a sua família como sendo coparticipante de seu sofrimento psíquico, é neste momento que a religião tem o seu papel de contribuição, ajudando no enfrentamento da aflição, permitindo ao paciente e familiar apoderar-se de um espaço único, considerando todo o enredo dando sentido e repartindo o sofrimento (SILVA; MORENO, 2004).

Com a postura de lutar pela vida, o homem volta-se para religião, em nome de uma necessidade biológica de ir contra os poderes que o estão ameaçando (LEUBA; 1925 apud AVILA, 2007).

Sob o prisma freudiano, em *O mal-estar na civilização* a religião salva o homem de prováveis neuroses resultante de uma exigência ética elevada, pois a cultura atual impõe limites de todo tipo no indivíduo, atribuindo um alto grau de culpabilidade (FREUD, 1930/1948).

Determinadas práticas religiosas não vem para competir com a ciência e sim complementar, não buscando a perda da identidade, mas compreender a dinâmica da doença, deste modo esta sinergia potencializa a recuperação do adoecido, trazendo tal possibilidade por outros meios, caso a proposta da ciência não se concretize, a fé proporciona o transcendente da limitação da medicina trazendo alívio as aflições e sofrimentos através do “sobrenatural” ou sagrado apto para solucionar seu problema levando em conta que a complementação entre elas pode facilitar o processo de adesão ao tratamento e o objetivo é que um não atrapalhe o outro e sim proporcione resultado recíproco e o convívio solidário com as diferenças (CORRÊA, 2006).

Segundo Souza (2013), a coexistência de dois princípios como o corpo e alma, espírito e matéria é resultado de uma evolução do pensamento reducionista de que o homem é um ser racional em sua essência. A tecnologia revolucionaria meios de comunicação sofisticados, padroniza valores e costumes que levam o homem a correr o risco de negar sua imagem, não o integrando como um ser bio-psico-social-espiritual, e o impedem de torná-lo uma pessoa humanizada. Se o reduzirmos a apenas uma destas esferas arriscamos encobrir as diferenças e diminuir sua real capacidade de completude.

Com auxílio de depoimentos, para Corrêa (2006), nota-se que em concordância com a doutrina cristã católica carismática, Deus entendido como sagrado, é representado por uma experiência de fé em Jesus Cristo, sendo esta única, onipotente com profundidade histórica, readquirindo a saúde por meio do acesso a Deus. Tal movimento do indivíduo ao reunir-se a vida religiosa, atribui ao sagrado um Ser tão importante, em que sem Ele as demais coisas perdem o sentido, e esta busca dos adeptos pode representar mudanças sociais e espirituais.

Segundo Chagas (1976 apud CORRÊA, 2006) desenvolvidas em uma socialização proximal diferenciada, partilhando alegrias e tristezas para que em cada vivência reconheçam Deus de maneira paradoxalmente singular.

Por conseguinte, para Silva e Moreno (2004), considera-se que família tem conhecimento sobre a função centralizadora do médico e que a este pertence a evolução do tratamento a doença, não sendo relevante

qualquer empenho familiar que promova plena recuperação. Todavia possuem diferentes deveres família e paciente, isto é, cabe ao médico dar a direção correta do tratamento e ao paciente acatar, e como pano de fundo a religião permite alcançar a cura por meio de um exercício diário de fé. A família atribui ao médico o papel de curador, partindo do conhecimento da Bíblia.

Segundo Froimitchuk (1998), quando faz referência ao terreno da experiência humana, não podemos decompor a subjetividade da objetividade, isto só faria sentido em termos teóricos, pois tamanho é o enlace entre essas duas situações no que se refere ao homem com todo modo de conhecimento. Sendo assim, toda ação reverbera em um ponto a ser observado, necessitando olhares e estudos objetivos, porém considerando a subjetividade inerente ao ser humano, que não o deixa de ser por estar em sofrimento psíquico. Sabemos que a doença pode ser a mesma, entretanto a pessoa não.

De acordo com Oliveira, Facina e Siqueira (2012), utiliza-se a fé como fonte de amparo para o paciente com doença mental, a intensidade de aproximação da religião produz relações sociais bem estabelecidas diminuindo o tempo de internação comprovadamente, segundo apresentado pelos fiéis, embora sendo uma doença geralmente de desenvolvimento lento e de longa duração, a urgência da cura é vista com mais esperança, embora não garantida, tornando assim a religião uma espécie de “pronto-atendimento espiritual” tanto ao paciente quanto ao familiar.

3.3 Possíveis terapias ocupacionais utilizadas na recuperação de pacientes com esquizofrenia e suas possíveis contribuições

Nota-se na prática que a qualidade de vida de usuários de saúde mental e suas famílias não se mostra satisfatória, ocorrendo a falta de tratamento e cuidados a estes (CIRINEU et al., 2013).

Uma forma citada pelos autores acima são as abordagens psicossociais que podem auxiliar no tratamento, se tornando essenciais na vida dos usuários de doença mental.

O ser humano tem uma necessidade inata de se sentir útil através de seu trabalho. É como se fosse uma forma de dar razão a existência humana, traba-

lhar e desenvolver atividades. Muitas razões levam o indivíduo a perder essa capacidade de autonomia, de produtividade e podem levar o indivíduo ao sentimento de uma vida abandonada, sem sentido (BORBA; SILVA; WAGNER, 2015).

A pesquisa desenvolvida por Borba, Silva e Wagner (2015), mostra a dificuldade inicial dos pacientes portadores de doença mental. A mudança na rotina, o sentimento de uma vida sem sentido, o mundo se tornando vazio pela perda da vida ocupacional, a necessidade de medicamentos e a perda de uma vida social e laços afetivos que até então faziam parte da rotina.

Para Borba, Silva e Wagner (2015), as poucas oportunidades do indivíduo ocupar-se após o momento do diagnóstico torna este momento de traumas e desafios, trazendo o estereótipo de incapaz junto a este, que parece estar designado a reclusão doméstica, sem oportunidades de questionamentos, pensamentos livres, reflexões.

Freud (1930), em *Mal-estar da civilização*, fala a respeito do propósito de vida do ser humano, e a forma como é regido pelo princípio do prazer. Traz um estudo sobre o sofrimento do ser humano, como este se desenvolve como funciona no aparelho mental e as formas de distanciar este sofrimento do indivíduo.

Mostra que o sofrimento se manifesta por três caminhos: do nosso próprio corpo, do mundo de fora deste corpo, e dos nossos relacionamentos com os outros homens. (FREUD, 1930).

O aparelho mental do indivíduo aceita influências, tanto para satisfação quanto para o sofrimento. Uma das formas citadas por Freud (1930), de como podemos nos afastar de nossos sofrimentos é agindo sobre os impulsos instintivos, onde o aparelho sensorial tenta ter em poder “as fontes internas de nossas necessidades”. Cita a ioga como um método de total aniquilamento dos instintos, sendo uma forma de diminuir o sofrimento atuando em cima de nossos impulsos instintivos.

Uma outra forma de distanciar o sofrimento do indivíduo está no deslocamento de libido que o aparelho mental pode proporcionar pela sua maleabilidade. Nesse processo ocorre a sublimação dos instintos, que redirecionam os objetivos instintivos clareando as frustrações que ocorrem no mundo externo. Um exemplo é o artista e sua criação, a felicidade dando vida

as suas obras, também o cientista em desbravar um mundo e decodificar as verdades descobertas para os outros (FREUD, 1930).

As obras de arte também satisfazem os seus artistas e permitem que seus admiradores participem desta fantasia, trazendo satisfações internas a quem produziu e a quem somente a observa. Leva o indivíduo a buscar a satisfação interna, por meio de suas ilusões, não diferenciando realidade e ilusão (FREUD, 1930).

Em algumas entrevistas realizadas com portadores de doença mental, estes experimentaram no início do diagnóstico o sentimento de não se sentirem úteis, se sentirem incapaz, trazendo consigo uma falta de esperança no futuro com aquela patologia. Após entrarem em um tratamento de rede social e profissional este sentimento se modificou dando espaço a novas expectativas, de uma vida que tem sentido e razão para lutar (BORBA; SILVA; WAGNER, 2015).

Os participantes da pesquisa realizada pelos autores citados acima, notificaram a importância do trabalho protegido na rotina do indivíduo para conviver com a doença. Pode se observar a importância desta atividade na elevação da autoestima, no resgate a cidadania e de sua importância na sociedade e na família, para eles terem um papel e uma contribuição, alcançando assim uma segurança pessoal, dando continuidade à sua vida ocupacional com mais qualidade de vida (BORBA; SILVA; WAGNER, 2015).

No programa trabalho protegido as pessoas são inseridas nas organizações através da lei de cotas número 8213 de 1991 para indivíduos com deficiências, compreendendo que estas possuem uma deficiência psicossocial (BORBA; SILVA; WAGNER, 2015).

O indivíduo que apresenta uma deficiência pode desenvolver atividades laborais, sendo este local de trabalho um ambiente que permita acessibilidade para o trabalho ser desenvolvido satisfatoriamente. Mesmo apresentando uma limitação funcional a atividade desenvolvida pode ser realizada com sucesso (BORBA; SILVA; WAGNER, 2015).

Muitas vezes os familiares e pessoas próximas prejudicam o processo de readaptação do indivíduo por que se sentem inseguros em deixá-los sozinhos, assumem assim uma posição de proteção que não auxilia a pessoa ao retorno a vida social (BORBA; SILVA; WAGNER, 2015). Segundo Câmara (2002), Nise

da Silveira é considerada uma das primeiras mulheres a trabalhar com terapia ocupacional no Brasil. Iniciou seu trabalho no centro psiquiátrico Pedro II do Rio de Janeiro em 1944. Nesta época a mesma criou a Seção de terapêutica ocupacional que era composto por vários setores destinados a terapias e reabilitação do hospital em questão, sendo o setor de atividades de pintura que mais chamou a atenção na instituição, ganhando destaque com a produção dos pacientes com doença mental que traziam o material a respeito das imagens vindas da psicose dos pacientes.

Para Nise da Silveira a terapia ocupacional era uma forma de psicoterapia sem a necessidade da fala para o paciente era a forma mais específica até mesmo considerando a terapia ocupacional a única forma para reabilitar os psicóticos. Justificava esta importância pela distância da terapia que ultrapassava as psicoterapias convencionais. A autora defendia que os esquizofrênicos não poderiam realizar uma atividade com comunicação no início do tratamento, que não conseguiriam este contato (CÂMARA, 2002).

Nise da Silveira não concordava com a opinião de os esquizofrênicos possuírem embotamento afetivo, até mesmo por que para ela as atividades realizadas com terapia ocupacional mostravam ao contrário, nas atividades artísticas os esquizofrênicos colocavam a afetividade protegida por eles no seu íntimo. Acreditava que os psicóticos não eram apenas um montante de sintomas positivos e negativos, mas que sim deveriam ser tratados em um ambiente onde pudessem encontrar o apoio afetivo que os auxiliassem a retomar para o mundo de fora (CÂMARA, 2002).

Nise da Silveira também trabalhou com cachorros e gatos para trabalhar a afetividade dos psicóticos, tentando buscar um vínculo destes com o mundo real (CÂMARA, 2002).

Nas atividades de pacientes com saúde mental, o terapeuta ocupacional junto as instituições atualmente vem desenvolvendo atividades não somente com o paciente, mas sim com sua família, e também a comunidade que está inserido. Desenvolve trabalhos junto a equipe multidisciplinar, podendo ser em grupos ou individuais, aplicando diversas ferramentas e formas de ação. Estas equipes que desenvolvem trabalhos junto a terapia ocupacional, necessitam de novas formas de cuidar destes pacientes, novas técnicas que se dife-

renciem daquelas utilizadas até então pelos serviços ambulatoriais (CIRINEU et al., 2013).

No estudo desenvolvido pelos autores citados acima, pode se observar que as atividades grupais trazem benefícios para o indivíduo, este redescobrimo seu espaço e autonomia, que as atividades desenvolvidas em grupo proporcionem uma melhor forma de educação, uma forma mais positiva de se relacionar com as pessoas, de observar o próprio transtorno, o próprio corpo assim desenvolver com mais facilidade suas habilidades pessoais observando seus papéis na sociedade.

Os mesmos resultados também foram alcançados no estudo desenvolvido por Montrezor (2013), que mostrou a importância da terapia ocupacional e sua colaboração nos resultados obtidos com pacientes internados. Os pacientes que participaram ativamente das atividades obtiveram um melhor resultado em sua saída da instituição, permanecendo por muito mais tempo fora do hospital, conseguindo conviver por mais tempo e de uma forma mais saudável em sociedade.

Montrezor (2013) finaliza seu trabalho ressaltando a importância e a eficiência dos grupos terapêuticos no tratamento de pacientes de saúde mental, já que estes trabalhos levaram os indivíduos a receberem alta do hospital no tempo certo, tanto quanto auxiliaram no melhor resultado do seu quadro clínico.

No trabalho desenvolvido pelo autor citado acima, foram desenvolvidas atividades ocupacionais realizadas dentro de uma instituição de internação intensiva em Santos, SP. A frequência destes grupos terapêuticos era em média duas atividades diárias, entre elas o grupo de reflexão, grupo operativo, oficina de desenho e oficina de artes.

No grupo de reflexão os exercícios eram voltados para o indivíduo, seus sentimentos quanto ao mundo externo, a sua doença, a insegurança, os desafios, e também ao mundo interno seus medos, seu autoconhecimento. Estes podiam ser expressos com arte, desenhos, e até mesmo um caderno de anotações (MONTREZOR, 2013).

No grupo operativo eram desenvolvidas atividades onde os pacientes precisavam trabalhar em sincronia, cada um com uma função específica, que necessitava da atividade concluída do outro, como plantação de flores, de alimentos, etc.. Os pacientes que participaram destas oficinas de grupo consegui-

ram expor seus sentimentos e pensamentos vividos por eles, ordenando a forma de pensar, conseguindo uma linha de raciocínio, trazendo melhores resultados para o quadro clínico e levando este paciente mais sereno e sensato para conviver em sociedade (MONTREZOR, 2013).

Já no grupo de desenho e oficina de artes as atividades eram desenvolvidas de formas manuais e artesanais, sendo utilizadas técnicas ricas de exploração, onde desenvolviam desde desenhos com carvão, por exemplo, a confecção de bijuterias, bolsas, porta-retratos, etc... O objetivo era os pacientes terem conhecimento e capacidade de produzir objetos para seu uso pessoal após a saída da instituição (MONTREZOR, 2013).

4 Discussão

Podemos observar com clareza partir de Oliveira (2002), que o pensamento místico da antiguidade no que se refere à doença mental passou por mudanças significativas, porém ainda hoje há pensamentos enigmáticos em relação às patologias mentais, mas com o avanço da medicina no que concerne às doenças psiquiátricas se modificaram contrapondo as ideias da época.

De acordo com Oliveira (2002) Hipócrates cogitou no passado que a doença mental tinha causas e efeitos naturais descartando a concepção mística, não só a medicina, mas também as teorias psicológicas também se detiveram dessa evolução obtendo várias compreensões sobre o fenômeno da esquizofrenia.

Com o pensamento revolucionário de Hipócrates criaram-se medicamentos para o tratamento e vejo a psicologia entrar em cena com um método que hoje conhecemos como psicoeducativo, da mesma forma como é realizado nos dias atuais embora feito por médicos, na época para informar o paciente sobre sua própria enfermidade. Observamos que nesse momento o paciente começa a ser tratado como portador de uma doença mental concreta e pensando-se em uma estratégia de intervenção (OLIVEIRA, 2002).

Séculos depois segundo Silva (2006) foram diferenciadas por Kraepelin três formas do transtorno hebefrênica, catatônica e paranoide que ainda não era considerada a esquizofrenia, mas demência precoce.

Em seu trabalho vemos os sintomas a qual conhecemos hoje nos pacientes portadores da patologia como o enfraquecimento da atividade emocional, perda da unidade interna das atividades do intelecto e emoção, no entanto não delimitou nenhum deles para o diagnóstico.

Bleuler com sua visão diferenciada de Kraepelin retrata que a doença pode se manifestar em algum momento da vida e não necessariamente em indivíduos jovens e elucida a esquizofrenia como um conjunto de psicoses podendo ser crônica ou intermitente estagnar ou retroceder a qualquer momento, desta forma constata que a doença caracteriza por uma alteração do pensamento, dissociação de ideias, ambivalência, autismo, embotamento afetivo, distúrbio da atenção e da vontade sendo este descrito pelo autor como sintomas primários da esquizofrenia os secundários entrariam as alucinações, delírios e distúrbio do humor (SILVEIRA, 2009).

A partir dos estudos de Freud sobre o narcisismo de (1914/1916) abriu-se um novo campo de compreensão sobre o fenômeno da esquizofrenia e sua sintomatologia, a libido que é retirada do mundo externo e voltada para o próprio ego ocorrendo o desinteresse nos objetos externos ou não, dando lugar para os sintomas da esquizofrenia com o propósito de reparar o dano causado.

Atualmente a esquizofrenia é um dos principais problemas de saúde pública e causa grande sofrimento para o doente e sua família por apresentar longa duração, com períodos de crise e recuperação. Apenas uma pequena parte destes doentes tem um único surto durante a vida, a outra grande maioria apresenta vários surtos. A família passa por uma situação intensa de estresse, que modifica todo o grupo, exigindo um ajustamento para manter o equilíbrio, aprendendo a experimentar limitações e perdas, mas também possibilidades e esperanças, que permitem aliviar o sofrimento e viver o presente (GIACONI; GALERA, 2013).

A esquizofrenia como qualquer outro transtorno mental, num primeiro momento costuma abalar as famílias, porém existem dois caminhos a seguir após o diagnóstico, afastar-se e mostrar-se indiferente ao ente querido portador da doença, deixando-o praticamente a própria sorte ou se envolver de forma sensível, com o objetivo de ajudar o familiar a compreender sua nova condição e aprender a conviver com ela.

Navarini e Hirdes (2005), concluem que a família tem sofrido modificações em sua estrutura através da história, contudo ainda tem um papel predominante no desenvolvimento social e afetivo de seus integrantes. A partir da década de 80, os pesquisadores observaram que as famílias, começaram a buscar respostas às necessidades do seu familiar doente, para poder oferecer a ele o cuidado necessário, confirmando como positiva a inclusão da família no tratamento e cuidado com o doente.

Conforme Froimtchuk (1998) consideramos que a subjetividade está implícita na objetividade do diagnóstico, desta maneira a fé contribui de modo significativo para o enfrentamento da aflição que este sofrimento psíquico pode causar em alguns momentos da vida, tanto ao paciente quanto ao familiar.

Ao se complementarem, ciência e religião, potencializa-se a recuperação do adoecido, auxiliando nas representações simbólicas de suas emoções, pois as diferenças causadas pelo sofrimento são aceitas no ambiente dito sagrado, integrando este indivíduo ao seu conteúdo bio-psico-social-espiritual, proporcionando real aceitação de si e do outro (SOUZA, 2013).

A participação da família em todas as atividades e fases do paciente com esquizofrenia é uma chave fundamental no seu tratamento e na sua qualidade de vida. A forma como a doença é vista e convivida dentro do lar pelos familiares que assistem o esquizofrênico, pode influenciar na reabilitação deste (FERNANDES; SANTOS, 2012)

O passar do tempo e a rotina da família pode trazer distorções nas relações entre os cuidadores e o paciente com esquizofrenia. Desenvolver um trabalho satisfatório auxilia muito na qualidade de vida desta família contribuindo para uma melhoria do estado mental. Apesar de no Brasil há pouco tempo considerar a qualidade de vida como referência para avaliação do tratamento, crê-se que tendo um bom conhecimento sobre a doença, sua recuperação e formas para esta, é possível a família e o esquizofrênico manterem uma melhor forma de bem-estar no seu cotidiano (FERNANDES; SANTOS, 2012).

O indivíduo com esquizofrenia precisa se sentir ativo, útil para se sentir bem. A perda da rotina, do trabalho diário, dificulta a adaptação do indivíduo com a sua nova fase, retira sua autonomia, tendo à falta des-

tas atividades a possibilidade de desenvolver ruptura dos laços sociais dificultando sua adaptação as condições do adoecimento (ROCHA; SILVA, 2013).

A família muitas vezes querendo ajudar superprotege os esquizofrênicos e acabam por dificultar esta nova fase que o paciente se encontra e que precisa se readaptar com todas as suas limitações, dúvidas e dificuldades. A infantilização frente a doença ainda é algo frequente que prejudica na autonomia e tira o lugar deste doente dentro da família e no mundo, tornando os muitas vezes novamente dependentes de seus cuidadores. (ROCHA; SILVA, 2013).

Existem formas diversas do paciente com esquizofrenia se readaptar a nova fase e tentar manter uma rotina ativa e mais produtiva. Entre algumas oportunidades estão o trabalho assistido onde empresas oferecem trabalhos remunerados a portadores de doenças mentais com um certo grau, onde atividades mais leves e de acordo com as condições do empregado são desenvolvidas (BORBA; SILVA; WAGNER, 2015).

Assim como as terapias ocupacionais também trazem bons resultados com os pacientes com esquizofrenia que desenvolvem trabalhos manuais, individuais e em grupos, onde podem se relacionar e manter laços afetivos (MONTREZOR, 2013).

A esquizofrenia é um transtorno mental incurável, em contraponto a esse aspecto, trabalha-se na criação e manutenção da qualidade de vida do indivíduo com esquizofrenia. A partir desse princípio é importante envolver a família, que tem na fé e nas terapias ocupacionais instrumentos que trazem acalanto e oferecem condições ao indivíduo e a família de se relacionar melhor entre si e com a sociedade em geral.

5 Considerações finais

Neste trabalho abordamos os assuntos da esquizofrenia complementando com os termos de família, terapia ocupacional e a fé. Pode se concluir que a loucura passou por diversas transformações e nos dias atuais ainda há muito o que se conhecer sobre este fenômeno. Os enfermos eram oprimidos e afastados da sociedade, e a partir das considerações do filósofo Michel Foucault abriu-se novas possibilidades de tratamento e a família passou a ter um papel muito importante na vida desse indivíduo. A partir dessas mu-

danças passaram a se utilizar técnicas terapêuticas, e atividades desenvolvidas diariamente que fazem o paciente com esquizofrenia consiga se sentir mais motivado, recuperando sua autoestima e permanecendo na sua rotina com seu tratamento, sendo relevante a socialização acolhedora proporcionada pela fé, colaborando na integração ao reunir-se como um ser bio-psico-social-espiritual.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ASSIS, C. A. J; VILARES, C. C; BRESSAM, A. R. **Entre a razão e a ilusão: desmistificando a esquizofrenia**. 2. ed. Tradução de Jorge Cândido de Assis, Cecília Cruz Villares e Rodrigo Affonseca Bressan. Porto Alegre: Artmed, 2013. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?isbn=8582710070>>. Acesso em: 08 set. 2016.
- AVILA, A. **Para conhecer a psicologia da religião**. São Paulo: Loyola, 2007.
- BRISCHILIARI, A; WAIMAN, M. A. P. O portador de transtorno mental e a vida em família. **Revista enfermagem** v. 16, n. 1, p, 148, 2012. Disponível em: <http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=736>. Acesso em: 07 set. 2016.
- BORBA, E. C.; SILVA, M. S; WAGNER, L. C. Inclusão ocupacional: perspectiva de pessoas com esquizofrenia. **Centro Universitário Metodista IPA**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 82-93, 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/25522/pdf_13>. Acesso em: 24 set. 2016.
- BUCHAIN, P. C; VIZZOTTO, A. D. B; NET, J. H. Randomizado controlado da terapia ocupacional em pacientes com esquizofrenia resistente ao tratamento: estudo aleatorizado e controlado empregando a terapia ocupacional em pacientes com esquizofrenia refratária em um tratamento antipsicótico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, n. 1, p. 193-198, 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S151644462003000100006>>. Acesso em: 07 set. 2016.
- CÂMARA, F. P. História da psiquiatria: vida e obra de Nise da Silveira. **Psychiatry Brasil**, v. 7, n. 9, p. 124-128. Set. 2002. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano02/wal0902.php>>. Acesso em: 24 set. 2016.
- CIRINEU, C. T. et al. Contribuição de grupos de atividades de terapia ocupacional na evolução de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia refratária usuárias de clozapina. **Revista de terapia ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 191-198, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/69286/>>. Acesso em: 07 set. 2016.
- CORDEIRO, Q. et al. Modalidade esquizofrênica. **Arquivo médico Hospital Faculdade Ciências Médicas Santa Casa de São Paulo**, v. 57, n. 3 p. 119-126, 2000. Disponível em: <http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Arquivos_medicos/2009/54_3/vlm54n3_7.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2016.
- CORREA, D. A. M. Religião e saúde: um estudo sobre as representações do fiel carismáticos obre os processos de recuperação de enfermidades nos grupos de oração da RCC em Maringá, PR. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 5, supl. p. 134-141, 2006.
- ELKIS, H. A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v. 22, n. 2, p. 23-26. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s1/a09v22s1.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2016.
- ESKINAZI, B. G. **Consumo de lipídeos e obesidade em pacientes com esquizofrenia**. 2011. 69 f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Nutrição) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina Curso de Nutrição, Porto Alegre, 2011.
- FRAYZE-PEREIRA, J. **O que é loucura**. 10. ed. São Paulo: Brasiliense, 2002.
- FERNANDES, M. C.; SANTOS, S. A. Importância da família na qualidade de vida dos portadores de esquizofrenia. **Cuidarte Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 86-90, 2012. Disponível em: <<http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/CuidarteEnfermagemv6n-2juldez2012.pdf#page=35>>. Acesso em: 19 Jan. 2017.
- FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.
- FREUD, S. (1930) O mal-estar na civilização In: FREUD, S. **Obras completas**. Hogarth Press e Institute of Psycho-Analysis. Nova Iorque: Cape and Smith, 144 pags. (Trad. de Joan Riviere.).

FREUD, S. **Obras Completas**: o Eu e o Id, autobiografia e outros textos (1923-1925). São Paulo: companhia das Letras, 2011. v. 16, p. 158-164.

FREUD, S. **Obras completas**: introdução ao narcisismo ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916). Tradução: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das letras, 2010. v. 12, p.11-37.

FROIMTCHUK, R. Subjetividade e objetividade na pratica analítica. **Revista Brasileira de Psicanalise**, v. 32, n. 4, p. 769-779, 1998.

GIACON, B. C. C; GALERA, S. A. F. Ajustamento familiar após o surgimento da esquizofrenia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 3, p. 321, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000300003&script=sci_abstract&lng=pt> Acesso em: 19 jan.2017.

MONTREZOR, J. B. A terapia ocupacional na prática de grupos e oficinas terapêuticas com pacientes de saúde mental. **Caderno Terapia Ocupacional UFS-Car**, São Carlos, v. 21, n. 3, p. 529-536, 2013. Disponível em: <<http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2013.055>>. Acesso em: 24 Set. 2016.

NAVARINI, V; HIRDES, A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, v.17, n.4, p.681-686, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/08.pdf>>. Acesso em: 07 set, 2016.

OLIVEIRA, R. M.; FACINA, P. C. B. R.; JUNIOR, A. C. S. A realidade do viver com esquizofrenia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 2, p. 309-316, 2012.

OLIVEIRA, S. S. Trechos da história da loucura. **Revista Article**, n. 3 p. 106-120, 2002. Disponível em:< Interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/viewFile/52/54>. Acesso em: 30 set. 2016.

PALMEIRA, T. L; GERALDES, M. T. A; BEZERRA, C. B. A. **Entendendo a esquizofrenia**: como a família pode ajudar no tratamento?. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2013.

PEREZ. O. D. **Para ler Freud o inconsciente**: onde mora o desejo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012. p. 133-138.

PIMENTA, E. S; ROMAGNOLI, R. C. **A relação com as famílias no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial**, 2008. Disponível em: <[https://www.google.com.br/#q=a+rela%C3%A7%C3%A3o+das+fam%](https://www.google.com.br/#q=a+rela%C3%A7%C3%A3o+das+fam%20)

>Acesso em: 07 set. 2016.

ROCHA, T. H. R; SILVA, M. R. A estrutura familiar e a infantilização no cuidado de sujeitos psicóticos. **Analytica Revista de psicanálise**, v. 2, n. 2, p. 37-48, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2316-51972013000100007>. Acesso em: 19 jan. 2017.

SHIRAKAWA. I. Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, s. 1, p. 05-06, 2000.

Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-4446200000500019&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em: 15 set. 2016.

SIMONTON, M. S. **A família e a cura**: o método Simonton para famílias que enfrentam uma doença. 2. ed. São Paulo: Summus,1990.

SILVA, L.; MORENO, V. A religião e a experiência do sofrimento psíquico: escutando a família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 3, n. 2, p. 161-168, 2004.

SILVEIRA, D. R. Psicanálise e psiquiatria nos inícios do século XX: a apropriação do conceito de esquizofrenia no trabalho de Hermelino Lopes Rodrigues. **Revista Latinoam Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 582-596, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v12n3/v12n3a13.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2016.

SILVIA, B. C. R. Esquizofrenia: uma revisão. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 263-285, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642006000400014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 ago. 2016.

SOUZA, E. A. de. **Todos juntos pela vida: a luz da análise de Viktor Frankl**. Ribeirão Preto: Laguna, 2013.

YACUBIAN, J; LOTUFO. F. N. Psicoeducação familiar. **Revista da Universidade Federal do Paraná**. 2001. p.104. Disponível em:<https://www.google.com.br/?gws_rd=ssl#q=psicoeduca%C3%A7%C3%A3o+familiar+esquizofrenia>. Acesso em: 15 set. 2016.

ZANETTI, A. C. G; GALERAC, S. A. F. O impacto da esquizofrenia para a família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 2 n. 3, p. 385-392, 2007.

ZIMERMAN. D. E. **Fundamentos psicanalíticos**: teoria e prática: uma abordagem didática. Porto Alegre: Artimed,1999.