

A ESTIGMATIZAÇÃO DA ESQUIZOFRENIA COM ENFOQUE NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

DAMHA, Ana Carolina¹
COSTA, Samara Miquelin²
ZANLUCA, Andressa Pelissaro³
MADUREIRA, Eduardo Miguel Prata⁴
LISE, Andrea Maria Rigo⁵

RESUMO

A esquizofrenia é o transtorno psiquiátrico em que o paciente mais sofre preconceito. Além de ser o mais correlacionado com a loucura, acaba gerando uma exclusão e uma consequente discriminação social. O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão da literatura referente à estigmatização da esquizofrenia, na população em geral, com enfoque nos profissionais da área da saúde. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica. O estigma é a marca do descrédito que define uma pessoa entre as demais e normalmente está mais relacionado com o contexto do que com a aparência de um indivíduo. A experiência do estigma se revela por culpa, isolamento, exclusão social, estereótipos e discriminação. A resposta adaptativa é o encobrimento da doença, a vergonha, a recusa em saber mais sobre o problema e partilhar a situação com terapeutas e com o grupo. O papel dos profissionais da saúde é desmystificar a doença e romper com seus próprios mitos e preconceitos, transformando as suas maneiras de prestar assistência, garantindo ao paciente, segurança e confiança no profissional. A partir da realização dessa pesquisa bibliográfica, conclui-se que, apesar da relevância do assunto em discussão, é escassa a literatura que trata da relação entre a estigmatização da esquizofrenia e profissionais da saúde. Os doentes mentais pertencem a uma população com alto grau de vulnerabilidade e precisam de uma atenção maior, melhor e menos preconceituosa dos profissionais que os atendem e de suas famílias.

PALAVRAS-CHAVE: esquizofrenia, profissionais da saúde, estigmatização, preconceito.

THE STIGMATIZATION OF SCHIZOPHRENIA WITH FOCUS ON HEALTH PROFESSIONALS

ABSTRACT

Schizophrenia is a psychiatric disorder that most suffers prejudice. Besides being the most correlated with the madness, it generates a consequent social exclusion and discrimination. The aim of this study was to review the literature on stigmatization of schizophrenia in the general population, focusing on health professionals. It is a bibliographical research. Stigma is a mark of discredit that sets a person among the other and usually has more to do with the context than about the appearance of an individual. The experience of stigma is revealed by guilt, isolation, social exclusion, stereotypes and discrimination. The adaptive response is the disclosure of disease, shame, refusing to learn more about the problem and share the situation with therapists and with the group. The role of health professionals is to demystify the disease and break with its own myths and prejudices, making their ways to provide assistance to ensure patient safety and confidence in the professional. From the realization of this literature review, we conclude that, despite the relevance of the subject under discussion, there is little literature on the relationship between the stigmatization of schizophrenic and health professionals. The mentally ill belong to a population with a high degree of vulnerability and need more attention, better and less prejudiced the professionals who serve them and their families.

KEYWORDS: schizophrenia, health professionals, stigmatization, preconception.

1. INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é um transtorno que afeta a zona central do “eu” e altera toda a estrutura vivencial, causa déficits biopsicossociais, os quais prejudicam a qualidade de vida do doente e das pessoas que vivem no seu entorno, principalmente, sua família (BALLONE, 2005). A American Psychiatric Association (1994), afirma que a epidemiologia deste distúrbio psiquiátrico é de 1% na população mundial, ele inicia-se entre a adolescência e a vida jovem adulta (em torno dos 13 aos 28 anos), e traz diversos prejuízos em atividades sociais, como, estudar, namorar e interagir em grupos de amigos (FONTANA, 2005).

A esquizofrenia é definida por um conjunto de sintomas, mas nenhum deles pode ser considerado patognomônico. Para fazer o diagnóstico é necessária a presença de dois sintomas psicóticos, pelo período de um mês, os quais devem ficar proeminentes por pelo menos seis meses (LARA, 2004). A doença é separada entre sintomas positivos e negativos/ cognitivos. Dentre os positivos podem ser listados a agitação psicomotora, os delírios e as alucinações. Já os negativos/ cognitivos incluem o embotamento afetivo, o autismo, o empobrecimento do discurso, a ambivaléncia, a falta de espontaneidade, a dificuldade em estabelecer relações e alterações de memória e atenção (JAVITT *et al.*, 2004).

Emil Kraepelin famoso psiquiatra alemão denominou a demência precoce (antigo sinônimo de esquizofrenia) como uma doença em que apareciam alterações de personalidade e que evoluía para um curso crônico. Fez uma diferenciação entre a demência precoce e a psicose maníaco depressiva, na qual verificou que a demência tinha um pior prognóstico comparado com a psicose. Eugen Bleur, 1908, foi quem substituiu o termo demência precoce por

¹ Acadêmica do curso de Medicina da Faculdade Assis Gurgacz (FAG). E-mail: damhacarol@hotmail.com

² Acadêmica do curso de Medicina da Faculdade Assis Gurgacz (FAG). E-mail: andressazanluca@hotmail.com

³ Acadêmica do curso de Medicina da Faculdade Assis Gurgacz (FAG). E-mail: samaramcosta@hotmail.com

⁴ Orientador. Economista. Mestre em Desenvolvimento Regional. Professor da Faculdade Assis Gurgacz e da Faculdade Dom Bosco. E-mail: eduardo@fag.edu.br

⁵ Professor co-orientador, docente do curso de Medicina Faculdade Assis Gurgacz (FAG) E-mail: andrealise2094@hotmail.com

esquizofrenia, por se tratar de uma cisão (esquizo) das mentes (frenia), para ele a doença pode ter um prognóstico variável confrontando o pensamento de Kraepelin (FONTANA, 2005).

A esquizofrenia é o transtorno psiquiátrico em que os pacientes mais sofrem preconceito. Além de ser o mais correlacionado com a loucura, gera um descompasso com o andar social levando o esquizofrênico se tornar um alvo fácil de identificação de diferenças, para uma exclusão e uma consequente discriminação social (LOCH, 2013). O rótulo de periculosidade a aqueles que cercam o paciente esquizofrônico pode piorar o prognóstico da doença e trazer estereótipos negativos, desencadeando reações de medo e distanciamento social (ANGERMEYER *et al.*, 2003).

O estigma é a marca do descrédito que define uma pessoa entre as demais e normalmente está mais relacionado com o contexto do que com a aparência de um indivíduo. A experiência do estigma se revela por culpa, isolamento, exclusão social, estereótipos e discriminação. A resposta adaptativa é o encobrimento da doença, a vergonha, a recusa em saber mais sobre o problema e partilhar a situação com terapeutas e com o grupo (BYRNE, 2001).

O estigma atribuído a indivíduos com esquizofrenia é tido como um fator que pode piorar o prognóstico do transtorno. Os estudos promovidos por Staring (2007, *apud* HENGARTNER, 2012) têm mostrado que depressão, autoconfiança e qualidade de vida, por exemplo, são piores para aqueles que experimentam preconceito do que para aqueles que não o experimentam.

Segundo Silva *et al.* (2000) a esquizofrenia, ainda é tratada como loucura e o papel dos profissionais da saúde é desmistificar a doença e romper com seus próprios mitos e preconceitos, transformando as suas maneiras de prestar assistência, garantindo ao paciente, segurança e confiança no profissional.

2. METODOLOGIA

Para a construção da pesquisa foi realizado, primeiramente, o levantamento bibliográfico da literatura sobre o tema escolhido, a partir de artigos científicos, livros e teses publicadas no período de 1990 A 2013. Os livros, teses e artigos utilizados foram encontrados nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS, SCIELO e Google Acadêmico, utilizando as palavras chave: esquizofrenia, estigma, saúde mental, profissionais da saúde. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, retrospectiva, de natureza descritiva, com abordagem quantitativa.

Após o levantamento bibliográfico dos artigos, fez-se, a leitura prévia do material para selecionar aqueles que ajudariam na construção do estudo. Para a seleção desse material, foram descartados textos que não abordavam o tema sob a ótica desejada, e priorizados os trabalhos com menos de 25 anos de publicação. Foram selecionados 23 artigos, 6 livros, 4 teses e realizada leitura crítica e o levantamento dos dados a serem trabalhados.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A esquizofrenia é uma doença bastante prevalente dentre as condições psiquiátricas. É a maior causa de internamentos em hospitais psiquiátricos. No Brasil são diagnosticados cerca de 75.000 novos casos desse transtorno por ano, o que representa 50 casos para cada 100.000 habitantes (OMS, 2000). É importante um novo olhar para os portadores da esquizofrenia, ao considerar a complexidade, a severidade, o intenso sofrimento e os inúmeros prejuízos que pode causar-nos diversos aspectos da vida de seus portadores (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

No século XIX os pacientes eram retirados da sociedade e abrigados em hospitais e asilos como uma forma de humanização e atenção, para terem um tratamento digno, entretanto, a mídia em geral mostrava a negligência, a exclusão social e a repressão que tais indivíduos sofriam. Durante o século XX, houve um fechamento gradativo de hospitais e asilos levando estes doentes mentais a retornarem a sociedade de uma forma desorganizada e marginalizada, muitas vezes acabando a deriva nas ruas. Com isso conseguiu-se somente uma discreta discussão sobre a qualidade de vida dos doentes mentais que não surtiu efeito para melhoria da situação social deles (LOCH, 2013). As abordagens psicossociais são capazes de proporcionar ao paciente uma melhor integração social, profissional e, consequentemente, uma melhor qualidade de vida de acordo com os limites impostos pela doença (LOUZÁ, 2007).

O adoecimento de um membro representa um forte abalo para a família, sendo que, muitas vezes, os familiares sentem-se incapacitados para enfrentar a doença e para realizar qualquer tipo de intervenção (MELMAN, 2001). Um aspecto relevante, segundo Borba, Schwartz e Kantorski (2008), é a presença do paciente esquizofrônico no ambiente familiar, a qual provoca mudanças nas rotinas, hábitos e costumes da família. Com o diagnóstico é necessário uma adaptação a essa nova situação, o estigma social, a dependência e as implicações da cronicidade do quadro clínico podem produzir sobrecarga, conflitos, sentimentos de incredulidade, perda do controle e medo, visto que a família vivencia uma situação de desgaste.

As famílias vivenciam sentimentos de apatia, aflição, espanto, depressão, isolamento, raiva, angústia, devastação, contradição, frustração, incerteza, culpa, tristeza crônica, bem como aceitação e esperança para o futuro durante a convivência com a esquizofrenia (SAUNDERS, 2003). É comum observar familiares se distanciando das atividades sociais, acabarem sobrecarregados pelas demandas como acompanhar seus parentes adoecidos, cuidar deles e

arcar com os encargos econômicos, pelo custo com medicações e pela impossibilidade de acesso ao trabalho (MELMAN, 2001).

Caldwell e Gottesman (1990) verificaram dentro da equipe de saúde, médicos generalistas, psiquiatras, enfermeiros e psicólogos, que a equipe de enfermagem é a que tem a pior crença sobre o prognóstico da esquizofrenia. Segundo Maglano (2012) tais crenças dos profissionais de saúde podem influenciar a população em geral para uma péssima aceitação social dos pacientes. Para um bom prognóstico e uma boa reinserção social do esquizofrênico é necessário assistência de uma enfermagem qualificada juntamente com o tratamento medicamentoso e o apoio familiar, consequentemente, tais ações auxiliam na diminuição das reinternações psiquiátricas. É papel do enfermeiro, ouvir a família do esquizofrênico, compreender e acolher, para que a vida de seus familiares não se torne difícil, desgastante e muitas vezes insustentável (COLVERO, IDE e ROLIM , 2004).

A assistência dos profissionais na saúde mental sempre foi um grande desafio, em suas formações foi dado muito mais ênfase para outras especialidades. Com o advento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, felizmente os portadores de doença mental grave, como os esquizofrênicos ganharam os espaços das unidades básicas de saúde, das maternidades, hospitalares, laboratórios, clínicas de todas as especialidades e, portanto, requerem assistência e cuidados com qualidade igual aquela oferecida à comunidade em geral (FARIA e CHICARELLI, 2009).

A prática em enfermagem psiquiátrica contribui no controle do surto da doença, tornando-a estabilizada, bem como, ajuda na integração social do indivíduo após o diagnóstico, além de cooperar na adesão ao tratamento e na adaptação do novo modo de vida. Estas são ações que visam melhorar a condição da qualidade de vida do paciente e de sua família (GIACON e GALERA, 2005).

O enfermeiro e a equipe de saúde precisam dirigir suas ações para atender as necessidades individuais apresentadas pelo esquizofrênico; devem acreditar principalmente na remissão dos sintomas e na capacidade de inserção social do paciente psiquiátrico (OLIVEIRA e ALESSI, 2003). Muitos enfermeiros, mesmo os mais antigos, ainda têm medo de lidar com pacientes esquizofrênicos. O comportamento agressivo, o delírio e as alucinações são fatores que trazem insegurança para a equipe de enfermagem. O profissional tem que estar ciente que é responsável por encorajar e apoiar o paciente e a família, facilitando assim a aceitação da doença. Existe um grande estigma vinculado a uma visão socialmente negativa, com preconceitos que dificultam uma real inserção do paciente em sua comunidade (FARIA e CHICARELLI, 2009).

As práticas integrais na atenção básica do tratamento físico e mental diminuem o estigma, permitem o acesso fácil para rotina e crises dos pacientes e são capazes de abordar todas as dimensões dos problemas sociais, físicos, ambientais que envolvem os enfermos, seus familiares e sua comunidade. Uma série de vantagens foi identificada na utilização dos cuidados primários integrados na Saúde Mental, podem melhorar a adesão aos medicamentos e a satisfação com os cuidados, aumentam os conhecimentos dos profissionais ao lidar com os aspectos psicosociais do cuidado, treinamento e transferência de expertise entre os membros da equipe, conseguem promover satisfação com o trabalho e fazem uma abordagem de baixo custo a qual justifica a sua adoção em longo prazo (ALMEIDA, 2010).

Loch (2013) descreveu que quanto maior o contato com o esquizofrênico menor é a discriminação e a restrição social, todavia, para Lauber (2008) que avaliou 1737 pessoas da população, em geral, o desejo por distância social aumentava conforme o contato com a esquizofrenia.

Em pesquisa realizada por Thornicroft *et al.* (2009), dois importantes domínios de discriminação (trabalho e relações pessoais) foram antecipados antes da experimentação. Este achado indica a importância de incluir nas estratégias para a redução do estigma métodos que aumentem a autoestima de pessoas com doença mental e tem implicações importantes para a educação de empregadores sobre a doença mental.

Os pacientes entrevistados por Oliveira *et al.* (2012), demonstraram conhecimento sobre a doença, sendo que muitos atribuíram sua ocorrência a fatores orgânicos, chegando a evitar o uso da palavra "esquizofrenia" para se referir à doença, preferindo a utilização de termos mais abrangentes e menos impactantes. No entanto, apesar de evitarem o uso do nome da doença, mostraram como a convivência com ela os ajudou a conhecê-la em seus diferentes aspectos, inclusive ajudando-os na prevenção de crises. A religião também foi lembrada como auxílio na convivência com a esquizofrenia, tendo como aspecto negativo a influência de algumas pessoas que incentivam o doente a abandonar os remédios e procurar apenas a cura divina.

A sobrecarga objetiva da maioria dos familiares fica evidenciada pela grande dependência dos pacientes para realizar atividades de vida diária como pentear o cabelo, tomar banho e vestir-se. Os portadores de esquizofrenia tendem a apresentar perturbações no comportamento funcional referentes aos cuidados pessoais, apresentando fracos hábitos de higiene e arrumação pessoal, e durante o período de crise o paciente necessita de cuidados higiênicos frequentes, devido à perda de algumas habilidades psicomotoras que fazem o paciente exigir cotidianamente cuidados físicos e higiênicos (SOUZA FILHO *et al.*, 2010). A sobrecarga objetiva se refere às consequências da alteração da rotina e dos projetos de vida, da diminuição da vida social, da supervisão de comportamentos problemáticos, dentre outros. A sobrecarga subjetiva se refere a distúrbios emocionais experienciados pelo cuidador ou às percepções, preocupações, sentimentos negativos e incômodos gerados pelo fato de ter que cuidar de um paciente esquizofrênico (ALMEIDA, 2010).

A necessidade de lembrar ou encorajar o paciente a tomar seus medicamentos, dar o medicamento pessoalmente ou às escondidas foi outro aspecto que representou elevada sobrecarga objetiva e subjetiva para os familiares avaliados.

É notório que a falta de adesão ao tratamento medicamentoso entre portadores de esquizofrenia é elevada e deve ser considerada em qualquer programa de tratamento. Também deve ser destacado que as dificuldades no cuidado desses indivíduos resultam não apenas dos efeitos indesejáveis da farmacoterapia, mas também do fato de a pessoa com comprometimento mental tender a não se aceitar como doente e passar a não assumir o tratamento medicamentoso (SOUZA FILHO *et al.*, 2010).

Estudos internacionais afirmam que os esquizofrênicos são perigosos e imprevisíveis, a exemplo disso tem-se um estudo feito na Alemanha, no qual as pessoas com esquizofrenia foram descritas como imprevisíveis e incompetentes, criando um estereótipo destes doentes mentais. Em uma avaliação na Suíça com 90 psiquiatras e 786 indivíduos em geral notou-se que ambos os grupos avaliados preferiam um distanciamento social com os esquizofrênicos, os psiquiatras avaliados ainda afirmaram que eram a favor da psiquiatria comunitária, entretanto, que não houvesse um contato social direto com os pacientes (LOCH, 2013). Em estudo comparativo de profissionais de saúde mental suíços com profissionais de saúde mental brasileiros, os suíços preferiram ter uma distância social significativamente maior do que profissionais brasileiros. Foram comparadas também amostras de estudantes de farmácia na Austrália, Bélgica, Estônia, Finlândia, Índia e Latv, os resultados mostraram que o grau de atitudes estigmatizantes foi semelhante entre os países, e os estudantes da Índia relataram menor distância social (HENGARTNER *et al.*, 2012).

A Alemanha mostrou maior nível de distanciamento social com a esquizofrenia quando comparada a uma amostra da população geral da Rússia ou Mongólia. Foi sugerida que a influência da mídia na difusão de crimes cometidos por doentes mentais na Alemanha aumentaram essa relação distância social em relação aos outros países (HENGARTNER *et al.*, 2012).

Um estudo realizado por Loch *et al.* (2013), na cidade de São Paulo mostrou que a população em geral acredita que tratamentos religiosos, físicos e psicoterápicos tragam mais benefícios para o doente mental do que o tratamento médico. Na pesquisa com 1001 psiquiatras, 76,9% dos participantes da pesquisa tiveram algum contato familiar com doença mental. Segundo os psiquiatras avaliados os três estereótipos negativos mais comuns na esquizofrenia foram “esquisito” (70%), “imprevisível” (60%) e “sem higiene” (47%), para os positivos mantiveram relação semelhante com a população em geral nos quesitos criatividade e talento. Quanto ao estudo sobre o preconceito 21% dos psiquiatras afirmaram que em nenhuma ocasião alguém da família se casaria com um esquizofrênico.

Dentre os psiquiatras estudados por Lopes (2011) o discurso mais marcante foi dizer que o diagnóstico de esquizofrenia tem um peso muito grande. Os participantes da pesquisa ressaltam que este é um diagnóstico que costuma levar mais tempo para ser concluído, que tentam esgotar todas as possibilidades antes de diagnosticar a esquizofrenia e, confessam que na maioria dos casos ficam na torcida para que seja, por exemplo, o abuso de substâncias que esteja provocando o quadro psicótico. Dizem que o diagnóstico de esquizofrenia dá direito a benefícios sociais, como passe de ônibus e aposentadoria pelo Instituto Nacional De Seguro Social (INSS), para dar um incentivo aos pacientes, não demonstrando somente o lado ruim da doença e acreditam que o Centro De Atenção Psicossocial (CAPS) é o lugar do esquizofrônico, onde ele tem mais direito, onde as equipes tendem ter maior tolerância com estes pacientes quando sabem de seu diagnóstico. Os psiquiatras de Campinas que participaram da pesquisa lembram também que alguns pacientes buscam e têm acesso a outras fontes de informações que não seja as da equipe de cuidados, por exemplo, os livros e a internet e que estas informações podem também levar a conclusões muito pessimistas.

O CAPS é uma instituição brasileira que visa à substituição de hospitais psiquiátricos – antigos hospícios ou manicômios – e de seus métodos para cuidar de afecções psiquiátricas. O CAPS, instituído juntamente com os Núcleos de Assistência Psicossocial, através da Portaria SNAS Nº 224 - 29 de janeiro de 1992 é uma unidade de saúde local que conta com população definida pelo nível local e que oferece atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional, constituindo-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental. A equipe multiprofissional deveria ser constituída por psiquiatras, neurologistas, enfermeiros, farmacêuticos, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, musicoterapeutas, terapeutas ocupacionais, auxiliares de enfermagem, monitores e estagiários, entre outros. Os princípios do CAPS, em outras palavras, constituem um serviço comunitário que tem como papel cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes. Devem ser obedecidos alguns princípios básicos, dentre os quais se responsabilizarem pelo acolhimento de 100% da demanda de portadores de transtornos severos de seu território, garantindo a presença de profissional responsável durante todo o período de funcionamento da unidade e criar ambiência terapêutica acolhedora no serviço que possa incluir pacientes muito desestruturados, que não consigam acompanhar as atividades estruturadas da unidade (OLIVEIRA e FREITAS, 2008).

Entre as evidências que dão maior suporte ao conceito de estereótipo na doença mental estão aquelas que consideram o doente mental como assassino maníaco, indulgente, libidinoso, patético, bobo, desonesto que se esconde sob o rótulo da doença ou a proteção dos médicos. Os fatores que mais influenciam o julgamento das posturas estigmatizantes são ser do sexo masculino, ter aparência desleixada, estar em surto, ser pobre, ser crônico, necessitar de medicamentos para ficar bem e ser percebido como agressivo, violento ou criminoso (BYRNE, 1997).

As expressões “débil mental”, “imbecil”, “idiota” e “cretino” são, em sua origem, termos médicos que até a década de 1960 indicavam diferentes graus de condições mentais. A literatura médica demonstra a presença do estigma estrutural, em especial contra a esquizofrenia, nos meios de comunicação de massa ao redor do mundo, apresentando-o

sob duas facetas: em primeiro lugar, a atribuição do diagnóstico de esquizofrenia em casos cotidianos sem nenhum rigor médico ou científico – diagnósticos dados pela opinião leiga de autoridades policiais, vizinhos ou familiares de personagens de histórias reais; em segundo lugar, um uso recorrente metafórico do termo “esquizofrenia”, com significados depreciativos como contraditório, insano, incompreensível. Além disso, os artigos científicos mais atuais sobre o tema chamam a atenção para a baixa frequência de histórias jornalísticas positivas sobre a esquizofrenia e a alta prevalência de notícias relacionando violência e transtorno mental. Constata-se, ainda, a ausência de discussão aprofundada com especialistas no campo da saúde mental e o caráter impessoal das reportagens de cunho científico, como o desenvolvimento de novas medicações ou opções de tratamento (GUARNIERO, et al., 2012).

O uso metafórico da palavra “esquizofrenia” e, principalmente, “esquizofrênico (a)”, nos sentidos de “absurdo”, “incoerente” e “contraditório”, é recorrente nas colunas de política, de economia, mas, principalmente, nas editorias de artes e espetáculos. É no contexto de violência e criminalidade que se dá a mais intensa estigmatização do portador de esquizofrenia. Por mais que os especialistas em saúde mental se esforcem em dizer que esse paciente raramente é violento, a mídia insiste em falar o contrário. Além disso, a literatura mostra que crimes violentos ocorrem principalmente entre os pacientes com esquizofrenia que tenham abuso de substâncias e estão sem tratamento apropriado. Ou seja, o tratamento médico adequado reduziria a violência de pacientes psicóticos (GUARNIERO, et al., 2012).

Além do tratamento medicamentoso, que tem grande valia e grande resposta, os psiquiatras afirmam que também faz parte do tratamento da esquizofrenia a estimulação de tentar manter a pessoa na sociedade, fazer pequenas coisas que estimulem sua independência, como retirar dinheiro, andar de ônibus, fazer feira, ir ao supermercado. Já no caso de pacientes mais crônicos, ou que passaram por longos períodos de internação em manicômios, os psiquiatras se perguntaram até que ponto é possível haver reabilitação. Por vezes receitam altas doses de medicação e tentam diferentes associações, mas nada traz uma mudança significativa para a qualidade de vida do paciente. Afirmam que com estes pacientes, o trabalho da reabilitação é evitar a agitação, estimular o desejo (para que a pessoa possa, por exemplo, escolher o que tem vontade de comer), e ensinar coisas bem concretas do cotidiano (LOPES, 2011). Quando tratada, a evolução da recuperação é completa ou quase completa (OMS, 2000), sendo que 25% dos casos são curáveis e em outros 50% os pacientes podem viver em sociedade (ABP, 2009).

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2009) ainda expõe outros dados relacionados à psicose: 90% das pessoas não sabem o que é a enfermidade e há um grande número de portadores não diagnosticados devido ao estigma relacionado à doença. Muitos pacientes param o tratamento por não aceitarem que têm o distúrbio e/ou porque a família nega que há entre eles um portador de transtorno mental e, para não assumir o fato à sociedade, deixa-o recluso e sem atendimento. Isto se dá em função do medo de assumir que um comportamento fora do padrão social ocorre em seu grupo social ou família, o que fortaleceria a discriminação.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Do exposto, pode-se perceber que a esquizofrenia é um transtorno mental grave que torna o paciente frágil as circunstâncias ambientais, de forma a comprometer sua autonomia, afetando várias esferas de sua vida (MOLL, 2008). A falta de conhecimento acerca da doença pode ser um dos fatores causais da estigmatização pelas ideias preconceituosas, assim como o temor daquilo que não se conhece e de suas consequências (GRAHAM et al., 2007).

Dentre as enfermidades psiquiátricas os sintomas provocados pela esquizofrenia são os mais severos e temidos, pois as pessoas se veem frente a uma inundação de pensamentos desconexos e de percepções até então desconhecidas e significam a perda do controle da vida e das emoções (COELHO e HOLLANDA, 2002). O indivíduo perde a noção do que é ou não é real, passando a viver num mundo substituto repleto de percepções visuais, auditivas e sensitivas que somente ele vê, somente ele ouve e somente ele sente, ou seja, os sentimentos ocasionados pela nova realidade são vividos de forma solitária (DIATKINE et al., 1993).

A família é importante por ser considerada uma continuidade do paciente. O modo de pensar e agir do familiar afeta diretamente o ente adoecido. No entanto, não é sempre que os familiares estão dispostos a se envolver com os problemas do paciente psiquiátrico e com seu tratamento.

A não aceitação por parte da família é prejudicial para o portador de doença mental, visto que ele pode se sentir desamparado. A dificuldade de aceitação do doente no convívio familiar ficou bastante evidente na pesquisa (OLIVEIRA, et al., 2012).

As consequências da estigmatização para o doente são a perda da autoestima, a perda da dignidade, os sentimentos de desesperança, o afastamento das relações sociais, a perda da cidadania e de seus direitos, diminuindo as possibilidades de ressocialização, uma vez que, na visão da sociedade, estes indivíduos fogem das normas sociais (SPADINI, 2006).

A partir da realização dessa pesquisa pode-se concluir que, apesar da relevância do assunto em discussão, é escassa a literatura que trata da relação entre a estigmatização da esquizofrénia e profissionais da saúde.

Percebeu-se que o assunto não é muito divulgado, por girar em torno de preconceitos enraizados na sociedade em geral, de que o paciente esquizofrônico é sinônimo de loucura e perigo. Os doentes mentais pertencem a uma

população com alto grau de vulnerabilidade e precisam de uma atenção maior e melhor dos profissionais que os atendem e de suas famílias.

Os profissionais de saúde têm muitos preconceitos com os pacientes psiquiátricos, como se pôde perceber, muitos afirmam que não os têm, mas preferem manter uma relação de distanciamento com o paciente. Os médicos psiquiatras foram os mais estudados nas pesquisas, pois são eles que mantêm uma relação mais próxima com o a esquizofrenia.

O profissional deve estar atento aos aspectos que foram levantados aqui, na busca de prestar uma assistência digna e de qualidade àqueles pacientes que através da história já tiveram usurpados seus direitos fundamentais, inclusive aquele relativo à saúde.

Esta revisão bibliográfica mostra a carência de estudos sobre a temática, levantando à necessidade e à urgência de se repensar a relação entre estigmatização da esquizofrenia e os profissionais da saúde. O momento é de reflexão e de transformação da prática hoje existente.

REFERÊNCIAS

- ABP – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Manual para a imprensa: boas práticas de comunicação e guia com recomendações para um texto claro e esclarecedor sobre doenças mentais e psiquiatria.** Rio de Janeiro, 2009.
- ALMEIDA, G. H. Acolhimento e tratamento de portadores de esquizofrenia na Atenção Básica: a visão de gestores, terapeutas, familiares e pacientes. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.** São Paulo, v. 32, n. 3, 2010.
- AMERICAN PSYCHIATIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statics manual of mental disorders.** 4. ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
- ANGERMEYER, M. C. et al.. The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 108, p. 304–309, 2003.
- BALLONE, G.J. Esquizofrenias. **PsiqWeb**, Campinas, 2005.
- BORBA, L.O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L.P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paulista de Enfermagem.** São Paulo, v. 21, n. 4, 2008.
- BYRNE, P. Psychiatric stigma: past, passing and to come. **J. R. Soc. Med.** v. 90. n. 11, p. 618-621, 1997
- BYRNE, P. Psychiatric stigma. **Br. J. Psychiatry**, v. 178, n. 3, p. 281-284, 2001.
- CALDWELL C.B. GOTTESMAN II. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. **Schizophr Bull**, v. 16, n. 4, p. 571-589, 1990.
- COELHO, V, L. D, HOLLANDA , D.M. Quando o usuário é autor: reflexões sobre depoimentos redigidos por pacientes com esquizofrenia. **J Bras Psiquiatr**, v. 51, n. 6, p. 341-52, 2002.
- COLVERO, L.A.; IDE, C.A.C.; ROLIM, M.A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev. Escola Enfermagem USP**, v.38, n. 2, p. 197-205. 2004.
- DIATKINE R, et al.. **Psicose e mudança.** São Paulo: Casa do Psicólogo; 1993.
- FARIA, F. E ; CHICARELLI, M. A. Assistência de enfermagem ao paciente portador de esquizofrenia: o desafio do cuidado em saúde mental. **Revista Tecer**, Belo Horizonte, v. 3, n. 2, nov. 2009.
- FONTANA, A. M. **Manual de clínica em psiquiatria.** São Paulo: Atheneu, 2005.
- GIACON, B.C.C.; GALERA, S.A.F. Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. **Rev. Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, 2006.
- GRAHAM .N, et al.. Redução da estigmatização e da discriminação das pessoas idosas com transtornos mentais: uma declaração técnica de consenso. **Rev Psiquiatr Clín**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 39-49, 2007.

GUARNIERO, et al.. O estigma da esquizofrenia na mídia: um levantamento de notícias publicadas em veículos brasileiros de grande circulação. **Rev Psiq Clín**, v. 39, n. 3, p. 80-4, 2012.

HENGARTNER, M.P, et al.. Atitudes de profissionais de saúde mental em relação a indivíduos com esquizofrenia: uma comparação transcultural entre Suíça e Brasil. **Rev Psiq Clín**, v. 39, n. 4, p. 115-2, 2012.

JAVITT, D. C. et al.. **Deconding schizophrenia**. **Sci. Am**, v. 290, n.1, p. 48-55, 2004.

LARA, D. R. et al.. **Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

LAUBER, C. Stigma and discrimination against people with mental illness: a critical appraisal. **Epidemiologia e Psichiatria Sociale**, v. 17, n. 1, 2008.

LOCH, A. A, et al.. O estigma atribuído pelos psiquiatras aos indivíduos com esquizofrenia. **Rev Psiq Clín**. v. 38, n. 5, p. 173-7, 2011.

LOCH, A. A, et al... **Estereótipos e crenças relacionadas à esquizofrenia: um levantamento comparativo entre profissionais de saúde mental e a população geral do Brasil**. Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

LOPES, S. T. **Experiências e narrativas de psiquiatras trabalhadores de serviços públicos de saúde mental sobre a prática de cuidado da esquizofrenia**. Universidade Estadual de Campinas Faculdade de Ciências Médicas Departamento de Medicina Preventiva e Social, 2011.

LOUZÃ N, M. R.; ELKIS H. **Psiquiatria Básica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MAGLIANO, L, et al.. Contrarrestar el estigma hacia las personas con esquizofrenia en el ámbito sanitario: una experiencia piloto en una muestra de estudiantes italianos de medicina. **Psychology, Society, & Education**, v. 4, n. 2, 2012.

MELMAN J. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras; 2001.

MOLL M, F. **A vida social de pessoas com esquizofrenia, usuárias de um centro de atenção psicosocial**. Ribeirão preto, 2008.

OLIVEIRA, A. B.; ALESSI, N.P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. v. 11, n. 3. p. 333-340, Maio/Junho, 2003.

OLIVEIRA, C. A. P; FREITAS, M. R. Instrumento projetivo para implantação da atenção farmacêutica aos portadores de transtornos psicossociais; atendidos pelo centro de atenção psicossocial. SMAD. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, Ribeirão Preto , v. 4, n. 2, ago. 2008 .

OLIVEIRA, R. M, et al.. A realidade do viver com esquizofrenia. **Rev. bras. enferm**. v. 65, n. 2, p. 309-316, 2012.

OMS – Organização Mundial da Saúde (Coord.). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde - CID-10**. 8. ed. São Paulo: Edusp; 2000.

SAUNDERS, J. C. Families living with severe mental illness: a literature review. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 24, n. 2, p. 175-198, 2003.

SILVA, et al.. Comunicação e enfermagem em saúde mental: reflexões teóricas. **Rev. Latino Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto. v. 8, n. 5, out. 2000.

SOUZA FILHO et al.. Avaliação da Sobrecarga em familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos adultos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 3, p. 639-647, jul./set. 2010.

SPADINI, L. S. SOUZA, M, C, B. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 1, p. 123-7, 2006.

THORNICROFT, G; *et al.* Padrão global de discriminação experimentada e antecipada contra pessoas com esquizofrenia: estudo transversal. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.** v.12, n.1, 2009.