

**FIBRA – FACULDADE DO INSTITUTO BRASIL
INSTITUTO BRASIL DE CIÊNCIA & TECNOLOGIA LTDA
ENFERMAGEM**

ROSIMEIRE TAVARES CORDEIRO OLIVEIRA

ESQUIZOFRENIA PERCEPÇÃO E VIVÊNCIA DO FAMILIAR CUIDADOR

**ANÁPOLIS – GO
2016**

ROSIMEIRE TAVARES CORDEIRO OLIVEIRA

ESQUIZOFRENIA PERCEPÇÃO E VIVENCIA DO FAMILIAR CUIDADOR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Faculdade FIBRA, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a M.Sc. Mariangela Sousa R. dos Santos.

**ANÁPOLIS – GO
2016**

FACULDADE DO INSTITUTO BRASIL – FIBRA
BACHAREL EM ENFERMAGEM

ROSIMEIRE TAVARES CORDEIRO

ESQUIZOFRENIA PERCEPÇÃO E VIVÊNCIA DO FAMILIAR CUIDADOR

Orientadora: Prof. M.sc. Mariangela Sousa R. dos Santos.

Prof. Esp. Andreia Rosa de S. Campos.

Prof. M.Sc. Sara Fernandes Correia

ANÁPOLIS: ___/___/___

NOTA: _____

ANÁPOLIS

2016

DEDICATÓRIA

À Deus que nos criou e foi criativo nesta tarefa. Seu fôlego de vida em mim me foi sustento e me deu coragem para lutar para uma realidade tão sonhada. As minhas filhas que ficaram ao meu lado nos piores momentos, aos meus pais toda gratidão por me tornar essa mulher que sou, meu muito obrigada.

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A esta faculdade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ético aqui presente.

À minha orientadora, Mariângela Sousa R. dos santos, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

As minhas filhas: Camila e Milena Maria , pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

*A arte ser louco é jamais cometer a loucura de ser um
sujeito normal*

(Raul Seixas).

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: O Cérebro na Esquizofrenia

Figura 2: Fluxograma da metodologia utilizada no desenvolvimento neste estudo

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Sintomas da Esquizofrenia.

Tabela 2: Síntese dos artigos selecionados sobre: Paciente e família do portador de esquizofrenia.

RESUMO

A esquizofrenia é uma doença mental crônico-degenerativa, em que o portador apresenta dificuldades para o autocuidado. Por esta razão, a vivência cotidiana acarreta sobrecarga aos familiares. Essa pesquisa teve como objetivo descrever a experiência de viver com esquizofrenia na visão dos familiares cuidadores. A metodologia utilizada foi de revisão da literatura em artigos científicos, consultados no idioma português nas bases de dados: Scientific Electronic Library online (Scielo) e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), incluindo estudos de 2000 a 2016.

Palavras-chave: Família. Esquizofrenia. Cuidado.

ABSTRACT

Schizophrenia is a chronic-degenerative mental illness, in which the patient presents difficulties for self-care. For this reason, daily living entails overloading relatives. This research aimed to describe the experience of living with schizophrenia in the view of family caregivers. The methodology used was to review the literature in scientific articles, consulted in the Portuguese language in the databases: Scientific Electronic Library online (SciELO) and Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), including studies from 2000 to 2016.

Keyword: Family. schizophrenia, experiences .

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
INTRODUÇÃO	13
2.REFERENCIAL TEORICO	14
2.1 Conceito de esquizofrenia	14
2.2 Sintomas relacionados a esquizofrenia.....	15
2.2 Sintomas relacionados a esquizofrenia.....	16
Tabela.....	17
Ilustrações.....	18
2.3 comportamento manifestado no portador de esquizofrenia.....	19
2.4 fatores relacionados ao surgimento da esquizofrenia.....	19
2.5 informações epidemiológicas sobre a esquizofrenia.....	20
2.6 famílias do portador de esquizofrenia.....	20
2.6 famílias do portador de esquizofrenia.....	21
2.6 famílias do portador de esquizofrenia.....	22
3 OBJETIVO	23
3.1 Objetivos geral.....	23
3.2 objetivos específico.....	23
4. justificativa.....	24
5. Metodologia.....	25
Fluxograma.....	26
6. resultados.....	27
6. Resultados.....	28
7. Discussão.....	29
7. Discussão.....	30
7. Discussão.....	31
7. Discussão.....	32
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICO	34 a 38
ANEXOS	
Le nº10.2016 de 6 de abril de 2001.....	39 a 41

1. INTRODUÇÃO

Sabe-se que hoje grande parte das doenças psíquicas e físicas é influenciada por uma junção de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Nossa compreensão do relacionamento entre saúde mental e física vem crescendo rapidamente. Sabemos que os transtornos mentais resultam de multifatores e têm a sua base física no cérebro. Entendemos que eles podem afetar a todos, em toda parte e que, mais frequentemente do que se pensa, podem ser tratados eficazmente (OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

Silveira (2011) argumenta que o termo esquizofrenia, foi descrito por Eugen Bleuler, médico psiquiatra, que referenciou a patologia, como um conjunto de psicoses que poderia desenvolver quadros crônicos ou descontínuos com percas de acesso da realidade, o que poderia atrapalhar no processo de reabilitação do portador de esquizofrenia.

De acordo com, Giacon e Galera (2012), a esquizofrenia é um transtorno, ocasionado por elementos biológicos e psicossociais, manifesta-se na fase adulta, podendo acometer também, crianças e adolescentes, ainda é considerado uma doença mental crônica, de baixa incidência na população brasileira, e a busca pelo tratamento é de extrema importância, quando ocorre o surto psicótico pela primeira vez, para que não haja rompimento dos níveis psíquicos, deixando seu portador incapacitado de desenvolver suas funções.

Reis e Arruda (2011) corroboram que a esquizofrenia, é um transtorno mental crônico que acomete um por cento da população no mundo, e em alguns dos pacientes está associada a outras comorbidades, como a depressão, uso de drogas, problemas cardíacos, obesidade e outros, acredita-se que alterações neuroquímicas, favorecem o aumento desses sintomas.

De acordo com Menezes (2012), o índice de mortalidade, entre os portadores de esquizofrenia é elevado, em relação a população geral, onde estudos relatam que a proporção de suicídio, é maior nesses pacientes, devido a isso é importante o profissional da saúde, colher e anotar a história pregressa do paciente, realizando uma anamnese detalhada e registrando em fichas e prontuários dos respectivos pacientes, onde essas informações irão contribuir, para um planejamento estratégico, favorecendo nas mudanças, de tratamentos e avaliações mais eficazes,

e acompanhamento dessa população, com o objetivo de prestar cuidados mais satisfatórios diminuindo os riscos.

Mesmo com o avanço dos estudos em relação a esquizofrenia, ainda não foi possível concluir sobre as causas que provocam a doença, mas sabe-se que fatores ambientais, genéticos, alterações cerebrais e bioquímicas, estão relacionadas com seu desenvolvimento. Outro fator preponderante é que indivíduos que possuem parentesco de primeiro grau tem maior chance de serem afetados devido a aproximação genética (ALVES; SILVA, 2010).

De acordo com Morais (2012), alguns estudos relatam que devido a problemas familiares, a esquizofrenia é desencadeada, pois é nesse contexto que geralmente ocorre o desenvolvimento e o aprendizado de cada indivíduo, devido a isso é importante o profissional da saúde apto para a função, colher uma história pregressa detalhada, onde seja possível avaliar as características, dos pais e como são os padrões de vida, referentes a essa família, pois são dados relevantes, para o tratamento desse portador de esquizofrenia.

Segundo Amalsan e Gimenes (2012), os tipos de tratamento para a esquizofrenia, incluem farmacoterapia, psicoterapia individual e em grupos, intervenções familiares e tratamento hospitalar, mas para que haja êxito no tratamento é relevante, reconhecer as necessidades específicas de cada paciente, para que seja traçado um plano de cuidados junto a uma equipe multidisciplinar que possa acompanhar e avaliar esse paciente .

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Conceito de Esquizofrenia

A esquizofrenia é um transtorno mental intrigante, antiga e complexa. A primeira referência científica aquilo que hoje se chama de esquizofrenia deve-se ao médico inglês Willis (1602), que descreveu um quadro clínico que afetava jovens e quase sempre os conduziam à demência. No século XIX Emil Kraepelin e Eugen Bleuler tiveram considerável relevância na construção e formação do conceito da atual esquizofrenia. Baseados no conceito médico traçaram uma meta através das causas e sintomas da doença existentes e pré-existentes (TONINI, et al., 2015).

Eugen Bleuler no início do século XX introduziu o termo Esquizofrenia (esquizo = divisão; frenia = mente). Primeiro conhecido como *dementia praecox* (demência precoce), ele resolveu mudar o termo, pois compreendia que a doença é vista atualmente como “uma psicose crônica idiopática, aparentando ser um conjunto de diferentes doenças com sintomas que se assemelham e se sobrepõem” (SILVA, 2011) não atingia só os jovens, além de ter relação com uma dissociação do pensamento, com confusões de sentimentos e pensamentos internos e externos. Dissociação essa, percebida internamente, entre o indivíduo e o ser que ocupa seu corpo (SANTOS; SILVA, 2013).

Emil Kraepelin (1896), numa perspectiva evolutiva, considerou também que doenças tão diferentes, como a demência precoce, hebefrenia, catatonia e a demência paranoide pertenciam a um mesmo grupo de doenças (CARDOSO, 2013).

Com a nova expressão, esquizofrenia é entendida como separação corpo e mente, onde os dois caminham separadamente um do outro. A mente perde sua capacidade de comando e não tem domínio sobre seu pensamento e corpo, tornando-se um ser apático e inerte ao mundo que vive (SANTOS; SILVA, 2013).

2.2. Sintomas relacionados a esquizofrenia

A divisão de sintomas da esquizofrenia é conceituada como “síndromes da esquizofrenia”. Elkis define que na síndrome positiva os indivíduos apresentam uma grande chance de reverter o quadro agudo, com uma resposta satisfatória ao tratamento neuroléptico ou antipsicótico (ELKIS, 2000).

A atividade terapêutica dos antipsicóticos está relacionada, principalmente, com o bloqueio da dopamina nos receptores pós-sinápticos do esquizofrênico, sendo estes antipsicóticos eficazes em mais de 80% dos pacientes com esquizofrenia, atuando predominantemente nos sintomas chamados produtivos ou positivos (alucinações e delírios) e, em grau muito menor, nos chamados sintomas negativos (apatia, embotamento e desinteresse) (GLASSER, 2010).

Já na dimensão negativa da síndrome, (ELKIS, 2000) afirma que os sintomas se caracterizam como estados estáveis de defeito ou déficit, que se transformam em bases sobre o qual os sintomas agudos, fragmentados e plenos da esquizofrenia se sobrepõem, tendo estes sintomas no esquizofrênico então uma pouca resposta ao tratamento, início que necessita de insistência, prognóstico desfavorável a longo prazo e anormalidade na estrutura cerebral.

Contemplada pelo acompanhamento de sintomas psicóticos como delírios e alucinações proeminentes, a esquizofrenia é um “conjunto das doenças mentais graves que provocam uma modificação profunda e duradoura da personalidade” (STERIAN, 2008). Há uma compreensão da maioria dos relatos de alienação psicológica caracterizada pelo meio da desagregação mental que pode ser nomeada de demência precoce, discordância intrapsíquica ou, de um melhor conceito, de dissociação autista de personalidade (STERIAN, 2008).

Elkis (2013) descrevem que delírios são crenças ou ideias falsas ou alteradas, muito fortes e difíceis de serem contrariadas mesmo com dados da realidade. Um delírio muito corriqueiro presente na esquizofrenia é o de perseguição (ou persecutório). A pessoa acredita que está sendo perseguida por alguém (ou várias pessoas) que quer lhe fazer mal, prejudicá-la de alguma maneira ou até mesmo matá-la. Pode-se também encontrar presentes delírios bizarros, como acreditar que está sob controle de extraterrestres, ou delírios de identidade, como crer que é outra pessoa. (p. ex., Jesus Cristo).

As alucinações são distorções sensoriais que podem ocorrer em relação a qualquer órgão dos sentidos, as mais comuns são as auditivas (ouvir vozes). No entanto, alucinações visuais (ver pessoas, objetos, etc.), táteis (sensações corporais), olfativas (sentir cheiros) e gustativas (sentir gostos estranhos na boca) também podem fazer parte do conjunto. Nas alucinações auditivas, o conteúdo das vozes habitua-se a ser muito negativo, com humilhações, xingamentos, deboches sarcásticos e pregações (ELKIS, 2013).

O paciente é capaz, ainda, de ouvir vozes de pessoas que conhece ou mesmo desconhecidas, claramente compreensíveis de tal forma ou apenas murmúrios incompreensíveis (ELKIS, 2013).

Com embotamento afetivo, o paciente possui dificuldade em expressar emoções e sentimentos, enfraquecendo a maneira que ele se expressa emocionalmente. O embotamento afetivo se caracteriza pelo fato de o rosto da pessoa mostrar-se imóvel e indiferente, sem expressão de alegria, tristeza, espanto, decepção, à alguma situação (SANTOS; SILVA, 2013). Já a avolição é a incapacidade de iniciar e persistir em atividades dirigidas a um objetivo, ou seja, não ter força de vontade em algo. De acordo com Santos e Silva (2013), a avolição se muito severa pode ser considerada patológica, sendo invasiva e impedindo a pessoa de realizar tipos diferentes de atividades (por ex., trabalho, realizações intelectuais, higiene).

A desorganização do pensamento (transtorno do pensamento formal, afrouxamento de associações) é defendida por Bleuler como o aspecto mais importante da Esquizofrenia. Em vista da dificuldade inerente ao desenvolvimento de uma definição objetiva de transtorno do pensamento, e uma vez que em um contexto clínico as inferências sobre o pensamento estão baseadas primariamente no discurso do indivíduo, o discurso dos indivíduos com esquizofrenia pode ser desorganizado de variadas maneiras (TONINI, et al.; 2015).

A pessoa pode sair dos trilhos, saltando de um assunto para outro (descarrilamento ou associações frouxas); as respostas podem estar obliquamente relacionadas ou não ter relação alguma com as perguntas (tangencialidade); raramente, o discurso pode estar desorganizado de forma tão severa, que é praticamente incompreensível e se assemelha à afasia receptiva em sua desorganização linguística (incoerência, salada de palavras) (GLASSER, 2010).

Os sintomas da Esquizofrenia serão descritos na tabela 1.

Tabela1: Sintomas da Esquizofrenia.

Delírios, onde o indivíduo acredita em falsas ideias, sem nexos e são temas místicos de grandeza e perseguição.

Alucinações, o paciente percebe estímulos que na verdade não existem como ouvir vozes ou pensamentos, enxergar pessoas ou vultos, que na verdade não existe, deixando-o assustado.

Falas e ideias desorganizadas, o portador de esquizofrenia conversa sem lógica e de forma desconexa o que mostra o comprometimento de organizar as ideias de forma lógica e em sequência.

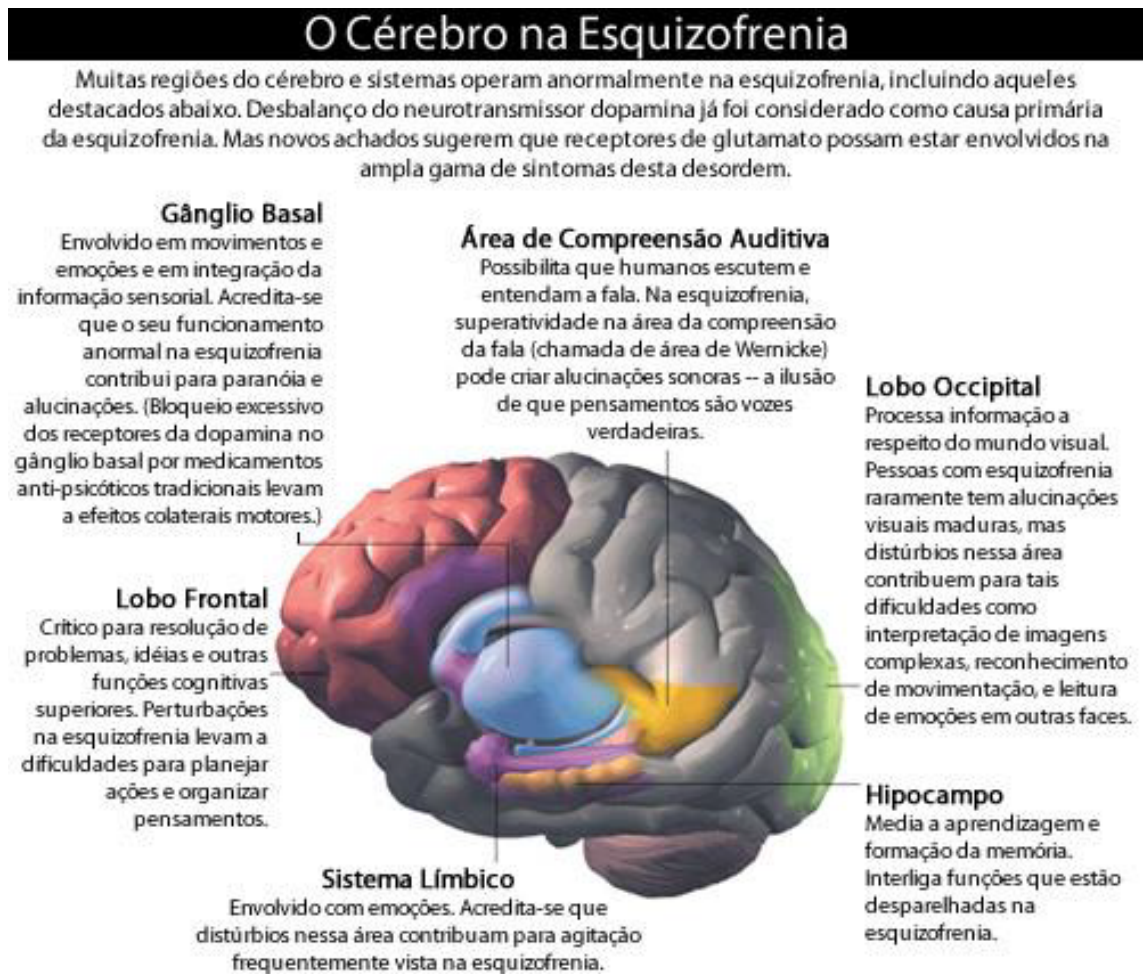
Reflexo das emoções, o portador de esquizofrenia tem dificuldade de expressar a emoção que sente, não consegue mostrar se está alegre ou triste, pois tem dificuldade de identificar o afeto em seu contexto, e devido a isso, mostrando-se indiferente as situações relativas ao seu cotidiano.

Mudanças de comportamento, os pacientes mostram-se impulsivos, agitados, retraídos, e em algumas situações apresentam risco de suicídio ou agressão, e muitas vezes até exposição moral pois falam sozinhos, em voz alta e até andar sem roupa em público.

Dificuldades de concentração, e também dificuldades para dormir.

Fonte: Silva, 2012.

Figura 1: O Cérebro na Esquizofrenia.



Fonte: Infomédica Wiki, 2015.

2.3. Comportamento manifestado no portador de esquizofrenia

Segundo o DSM-IV (1994), a manifestação dos comportamentos ocorre de variadas maneiras, desde o comportamento tolo e pueril até a agitação imprevisível. Podem ser notados problemas em qualquer forma de comportamento dirigido a um objetivo, acarretando dificuldades no desempenho de atividades da vida diária, tais como organizar as refeições ou manter a higiene. A pessoa pode parecer mostrar-se acentuadamente desleixada, vestir-se de modo incomum, pode exibir um comportamento sexual inadequado ou uma agitação imprevisível e sem um desencadeante.

O comportamento muito desorganizado é diferente de um comportamento meramente desprovido de objetivos e do comportamento organizado motivado por crenças delirantes. Similarmente, alguns casos de comportamento inquieto, irado ou agitado não devem ser considerados evidência de Esquizofrenia, especialmente se a motivação for compreensível (DSM-IV, 1994).

Os correlatos comportamentais da esquizofrenia incluem isolamento social, comportamento bizarro e desorganizado e declínio tanto no funcionamento vocacional quanto no social (GLASSER, 2010).

2.4. Fatores relacionados ao surgimento da esquizofrenia

As causas da esquizofrenia são ainda desconhecidas. É provável que fatores múltiplos tanto biológicos (genéticos) quanto individuais ou ambientais possam influenciar no desenvolvimento da esquizofrenia. É de consciência da área médica que vários neurotransmissores estão alterados no cérebro dos pacientes. Os resultados de exames neuropsicológicos tendem a mostrar danos nas habilidades cognitivas que incluem a memória, a capacidade psicomotora e a atenção (GOLDENSTEIN, 2011).

Há diferentes fatores de risco para a esquizofrenia: fatores precoces como complicações na gravidez ou na hora do parto; fatores de risco na infância manifestados por sintomas neurológicos leves, como alterações motoras e por fim

também fatores de risco tardios como o uso de drogas (CARDOSO, 2013). Além disso, existem várias teorias que tentam explicar como se dá a esquizofrenia, como a teoria genética, a hipótese dopaminérgica e teorias psicológicas (SILVA, 2012).

2.5. Informações epidemiológicas sobre a esquizofrenia

A esquizofrenia é um transtorno mental crônico que atinge 1 em 100 habitantes, um estudo feito foi observado que a prevalência do transtorno nos países e estados desenvolvidos do que estão em desenvolvimento. Estudos realizados em alguns estados do Brasil como, Brasília, São Paulo, Porto Alegre demonstraram que a incidência da esquizofrenia está na população jovem acima dos 15 anos, no Estado de São Paulo atingindo 1,9% daquela população do sexo masculino (REIS; ARRUDA, 2011).

De acordo com Dessen (2012) a esquizofrenia é uma doença que tornou habitual e mundial, que cerca de 1% do indivíduo humano sofre, acontece em todos os povos, raças e culturas, classe social, em cada 100 mil pessoas aparecem 30 a 50 novos casos por ano. Se formos analisar a população universal 5% tem esquizofrenia, e no Brasil isso traduz que 800 mil habitantes são portadores do transtorno da esquizofrenia.

2.6. A família do paciente portador de esquizofrenia

A família nos olhos da sociedade é responsável pela transferência de valores e crença atuando como patrono influenciando nas questões culturais, e onde ocorre a primeira relação de formato afetivo e a busca do bem-estar, e proteção dos componentes daquele grupo social chamado família (DESSEN, 2012).

De acordo com Moraes (2012) estudos evidenciam no momento em que um do grupo familiar adoece o resto do grupo sofre simultaneamente, pois a uma mudança nas atividades sócias e rotineiras, pois o doente requer mais cuidados do cuidador. O portador de esquizofrenia quando doente afeta a família, tanto o indivíduo e a família sofre mudanças drásticas.

De acordo com Santos e Silva (2013) a esquizofrenia quanto a uma doença crônica e incapacitante, traz consequência não somente ao portador, mas toda a sua família estudos voltados para os cuidadores têm crescido recorrente alguns aspectos relacionado a sobrecarga no cuidado do doente mental. O convívio com uma realidade desconhecida que não conhecem e os rótulos sociais que acompanha os transtornos psiquiátricos, os estudos com cuidadores constantemente enfatizam o alto nível de sobrecarga, gerada pelo convívio com o portador de esquizofrenia. O nível elevado de sobrecarga familiar está relacionado a diminuição de ser parte da família para ser cuidador.

Na maior parte das vezes os cuidadores não estão preparados para executar a função que lhe foi dada ou obrigada a pegar causando um grande impacto na sua vida e na família. Estudos apontam uma necessidade de apoio aos cuidadores para evitar danos futuros a família (SILVEIRA, 2011).

Vários fatores podem influenciar a sobrecarga dos cuidadores, tais como características dos pacientes, grau de parentesco, frequência do convívio entre cuidadores e pacientes, a personalidade dos cuidadores, suporte social, estrutura e adequação do serviço de saúde (ALVES; SILVA, 2010).

Para Santos e Silva (2013) na civilização e cultura em que vivemos na maioria das vezes cabe a mãe os cuidados com os filhos doentes e com ela fica a maior parcela de sobrecarga de cuidado. A debilidade sentimental fica mais vulnerável e exposta ao estresse crônico decorrente da atenção e necessidades especiais do filho doente.

A sobrecarga refere às consequências da alteração da rotina e dos projetos de vida do familiar cuidador, e da diminuição da vida social, da supervisão de comportamentos problemáticos, crises, e uma vigilância constante dentre outros. O cuidado com o paciente portador de esquizofrenia requer adaptações na vida diária, e os cuidadores acabam por desistir ou mudar os seus objetivos, deixando de viver sua realidade e passando a viver uma realidade construída a partir do convívio com o paciente (GIACON; GALERA, 2012).

De acordo com Morais (2012) deparando com tal enfermidade, a família, por muitas vezes, torna-se pessimista, desmotivada, quanto à possibilidade de melhora do familiar. Entre esses sentimentos como fracassos, as recaídas, abandonos de tratamento, são o mais comum encontrado pelas famílias, completamente

desacreditada tornam resistentes e temerosas em relação a qualquer proposta de mudança vinda dos trabalhadores e dos serviços de saúde mental.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Descrever a experiência de viver com esquizofrenia na visão dos familiares cuidadores.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Caracterizar a esquizofrenia;
- ✓ Descrever a importância da família no tratamento da esquizofrenia.

4. JUSTIFICATIVA

A esquizofrenia demonstra-se um desafio para todos os profissionais da saúde que trabalham com Saúde Mental. Apesar de várias abordagens sobre o assunto, ainda é um transtorno mental de difícil compreensão. Esta doença gera um grande impacto não apenas no portador da doença, mas em toda sociedade e principalmente a família.

Percebem-se grandes dificuldades e limites para se estabelecer um diagnóstico de agravos à saúde mental, por isso, uma identificação, diferenciação e categorização desses agravos necessitam da assimilação dos sinais e sintomas, distinção de outras variáveis e avaliação da realidade e da subjetividade do paciente.

Investigar como se dá a assistência de enfermagem aos portadores e como eles convivem com a doença é necessário, para que se possam promover estratégias adequadas de atendimento, tanto para o paciente quanto aos seus familiares, podendo assim, inseri-los na sociedade de forma digna.

5. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica de publicações entre 2000 a 2016, utilizando publicações selecionadas através de buscas nos bancos de dados do Lilacs e Scielo.

Foram encontrados 81 artigos, dos quais foram selecionados 43, sendo que 20 foram excluídos, pois continham dados que não relacionavam com o tema proposto.

- ✓ Optou-se pela inclusão dos 43 artigos que tratavam exclusivamente de:
 - Artigos publicados entre os anos de 2000 a 2016.
 - Ter sido divulgados em língua portuguesa.
 - Estar disponível na íntegra.
 - Apresentar um ou mais descritores pertinentes a proposta deste estudo.

- ✓ Foram excluídos:
 - Artigos publicados nos anos anteriores a 2000 e 2016.

Destes 43 artigos incluídos, apenas 18 foram selecionados e utilizados para a averiguação do estudo e serão apresentados no fluxograma abaixo.

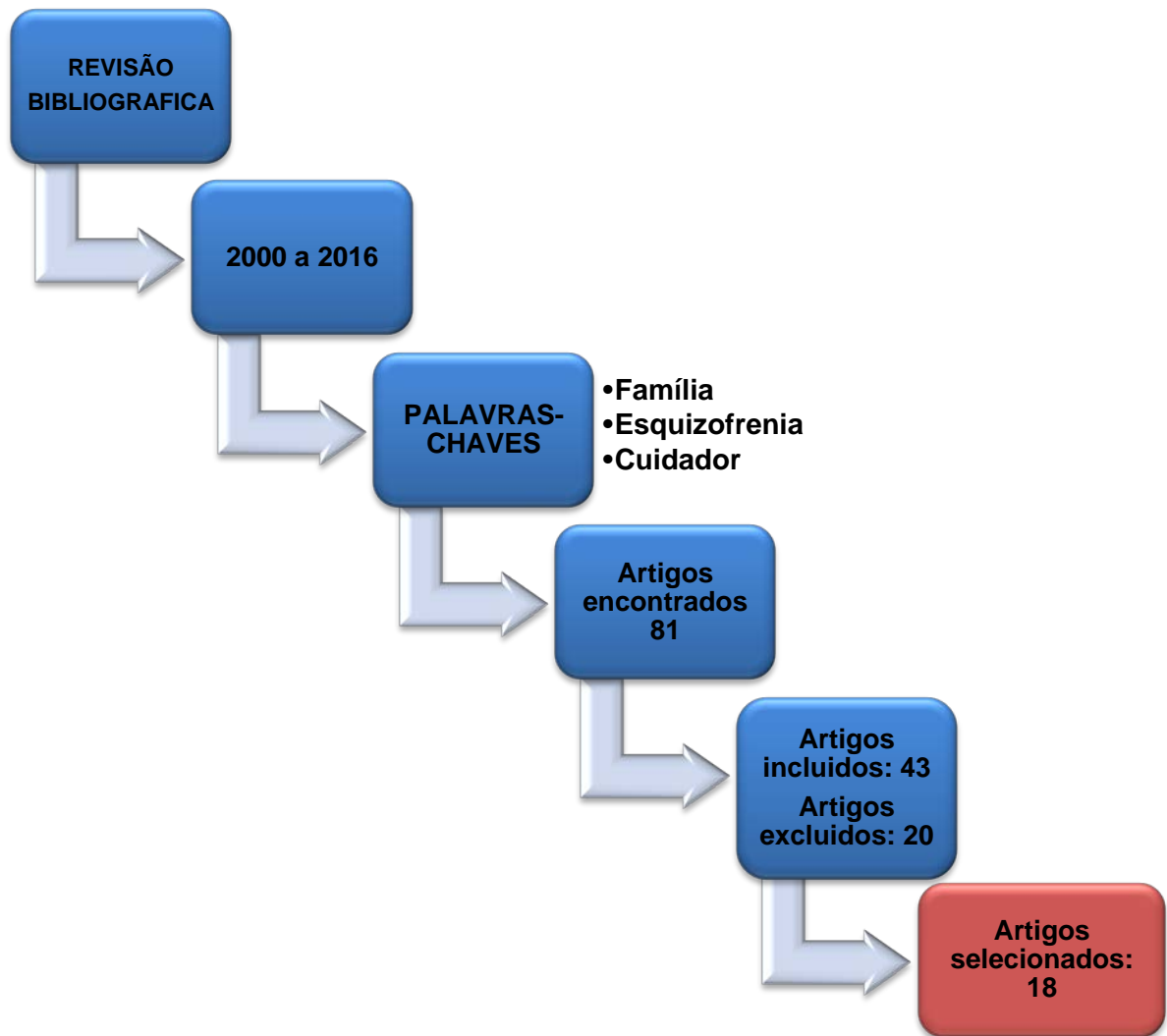


Figura 2 – Fluxograma da metodologia utilizada no desenvolvimento neste estudo.

6. RESULTADOS

Os dados coletados nos artigos selecionados para o estudo estão descritos na tabela 2.

Tabela 2 – Síntese dos artigos selecionados sobre: Paciente e família do portador de esquizofrenia.

Itens	Autor/Ano	Título do artigo
1	ALMEIDA, et al.; (2015)	A sobrecarga de cuidados de paciente com esquizofrenia.
2	ALVES, et al.; (2010)	Qualidade de vida dos familiares doentes portadores de esquizofrenia.
3	DSM IV, (2013)	Manual, diagnóstico e estatística de transtorno mentais.
4	ARARIPE, et al.; (2011)	Fisiopatologia da esquizofrenia: Aspectos atuais.
5	BALLONE; MOURA (2012)	Transtorno de conduta.
6	BALLONE ; ORTOLANI (2011)	Psicofarmacologia para não psiquiatras.
	CARDOSO, (2010)	Os caminhos da esquizofrenia.
8	DEBIASI, (2012)	Fatores que determina a interrupção do tratamento farmacológico em paciente esquizofrênico.
9	DESSE, et al.; (2011)	A família e a escola como contexto desenvolvimento.
10	ELKIS, (2010)	A evolução do conceito de esquizofrenia neste século.
11	KAUFFMAN; HELITO (2011)	Entendendo as doenças.
12	PONTES; ELKIS (2013)	Treinamento de atenção e memória na esquizofrenia

13	PINKHAM, et al.; (2011)	Esquizofrenia: teoria cognitivo-comportamental.
14	SANTOS; SILVA (2013)	Alucinação e delírio na esquizofrenia.
15	SILVIA, (2012)	Esquizofrenia uma revisão psicológica.
16	STERIAN, (2010)	Esquizofrenia.
17	SANTOS, et al.:(2011)	Álbum de família e esquizofrenia, esquizofrenia dando vós a mãe cuidadora.
18	TONINI, et al.; (2014)	Inserção de paciente com esquizofrenia no meio familiar.

Fonte: Do Autor, 2016.

7. DISCUSSÃO

Entre diversas leituras realizada, verifica-se alguns consensos entre os autores, quanto a esquizofrenia ser uma doença mental que apresenta estudos relativamente novos, desde o seu conceito aos avanços encontrados principalmente na forma de entender esta psicopatologia e no tratamento aos pacientes não chegam a dois séculos (CARDOSO, 2010).

As bases para compreensão da doença foram conceituadas por três psiquiatras que mudaram a visão do mundo a seu respeito, sendo eles: Kraepelin, Bleuler e Schneider. Apesar de todos os avanços na compreensão da esquizofrenia, este transtorno continua sendo uma das doenças psiquiátricas mais graves e desafiadoras (STERIAN, 2010).

Diversos autores descrevem a prevalência da doença de 1% na população mundial, de forma que pode ser encontrada em todas as sociedades e áreas geográficas, sendo negro ou branco, de classe alta ou baixa, jovem ou idoso, ou seja, a doença pode afetar qualquer indivíduo. Esse transtorno é prevalente tanto no sexo masculino como no sexo feminino, se diferenciando apenas em início e curso da doença, com início precoce no sexo masculino e o sexo feminino tem seu segundo pico na meia-idade, sendo que a primeira ocorrência é por volta dos 15 aos 25 anos (SILVA, 2012).

Tonini, et al.; (2014) explicitam em seus trabalhos a respeito do diagnóstico, refere-se que a esquizofrenia ainda é uma patologia difícil de diagnosticar e quando diagnosticado é um impacto para família e para o próprio indivíduo, porém , se diagnosticado precocemente é mais fácil de lidar e de se tratar, para que o indivíduo tenha uma maior qualidade de vida. O diagnóstico da esquizofrenia é dividida em vários tipos de acordo com o comportamento, sinais e sintomas do paciente e cada tipo é tratado, conforme sua manifestação.

A família é um organismo vivo, um sistema aberto que se desenvolve e se transforma com o tempo (não nasce e não morre) surge de famílias e se desfaz, transformando-se em novas famílias. A esquizofrenia é uma doença incapacitante, e aos familiares cabe cuidar ou administrar, de alguma maneira, o membro da família que sofre, fica dependente e desorganizado. À família cabe promover o contato entre o doente e os serviços de saúde existentes (ALMEIDA, et al .; 2015).

Balone e Moura (2012) em seu estudo destacam alguns pontos de maior importância sobre a relação da família e paciente, os quais são: Doença da família, sobrecarga ou fardo e intervenções psicossociais. O trabalho dos profissionais está relacionado a dar suporte a família em relação ao familiar doente, para que os familiares não se sintam carregando um fardo.

Cardoso (2010) aborda que a família passou a ser alvo de investigação no tratamento das doenças mentais. Foram desenvolvidas inúmeras teorias buscando relacionar a família e o entendimento das psicoses e das esquizofrenias, ressaltaram que o crescimento da terapia familiar. Partindo do pressuposto da multifatorialidade das esquizofrenias devemos entendê-las, de uma forma bem sintética como dependentes de fatores genéticos e ambientais integrados – incluindo - se nos fatores ambientais os fatores psicológicos, familiares, sociais e culturais.

Santos e Silva (2013) relata que existem algumas evidências da relação família e esquizofrenias com as seguintes afirmações: (1) os pais de esquizofrênicos apresentam mais distúrbios psiquiátricos que os pais de filhos normais; (2) mães de esquizofrênicos são super protetoras e preocupadas que as mães de normais, tanto pré e pós-ocorrência da doença.

Para Araripe, et al.; (2011) essa interação entre paciente e família é um fator agravante em sua evolução. Algumas famílias manifestam o alto grau de crítica, hostilidade com o paciente, este sofre recaídas mais frequentemente que aquelas pessoas com os mesmos problemas cujas famílias tendem a ser menos expressivas emocionalmente. Isso ocorre porque os familiares não tem conhecimento sobre a patologia e não sabem como trabalhar com esse membro da família.

Santos e Silva (2013), destacam o conceito de fardo ou sobrecarga, estudos sobre as famílias de pacientes com esquizofrenia discutiram a distinção entre fardo ou sobrecarga objetiva e sobrecarga subjetiva dos familiares, a distinção entre elas são importantes: **sobrecarga objetiva** pode ser encontrada sem a presença nos familiares do sentimento de satisfação ou insatisfação; por esta razão este termo foi substituído por apoio:

(1) ajudar nos cuidados pessoais – tomar banho, vestir-se, comer, levantar da cama, usar o banheiro, serviços domésticos, administração do dinheiro, lazer e uso de medicação;

(2) comportamento social difícil – distúrbio noturno, comportamento sexual inapropriado, vergonha em público, fala de suicídio, paciente que não pode ser deixado sozinho.

Sobrecarga subjetiva ou simplesmente sobrecarga familiar é conceituado como medida auto-relatada pelos familiares relativas ao distúrbio sobre a saúde, funcionamento e vida familiar atribuída ao paciente, a sobrecarga sentida pelos familiares por cuidar de uma pessoa mentalmente doente e isso pode contribuir para um ciclo vicioso de exacerbação dos sintomas da esquizofrenia, recaídas e reinternações (SANTOS, SILVA, 2013).

Para Ballone e Moura (2012), as intervenções psicossociais se baseiam em alguns pressupostos sobre a etiologia da esquizofrenia e sobre o papel dos familiares em relação ao início e desenvolvimento da doença. A esquizofrenia é vista como uma doença que pode se manifestar em indivíduos biologicamente nos quais um ambiente afetivo familiar pode colaborar para o início da doença ou para recaídas, procura-se, ao contrário, reconhecer as dificuldades que a família passa a ter com a presença de um membro com grave incapacitação mental.

Tonini, et al.; (2014) relata a mãe de um paciente esquizofrênico pode ser ou se tornar agressiva pelo desespero e preocupação de ter um filho doente, a mãe é insegura e tem medo do seu filho ser incapaz de ter e manter uma relação com as demais pessoas. Todos os esquizofrênicos sempre tem uma família com sérios problemas emocionais e assim essas famílias optam pela internação do paciente. A reação emocional dos familiares é de tristeza/alívio e preocupação quando o paciente tem alta, pois, a família não tem suporte para lidar com esse familiar doente e a intervenção psicossocial serve exatamente para dar esse suporte.

A família apoiando o paciente com esquizofrenia faz com que esse paciente consiga se desenvolver a ponto de ter inter-relações humanas com as demais pessoas. Isso ocorre naquelas famílias que não estão sobrecarregadas, pois, as que se encontram sobrecarregadas, fazem com que o paciente tenha mais recaídas pela influência do ambiente (PINKHAM, et al.; 2011).

.Debiasi (2012) aborda que a família de um paciente com esquizofrenia é doente emocionalmente e não conseguem lidar com o mesmo, a sobrecarga ou fardo ocorre pela falta de suporte emocional e de conhecimento, pois, com a responsabilidade vem junto o medo e a insegurança de cuidar de um membro

familiar mentalmente enfermo e a missão das intervenções psicossociais é ajudar os familiares emocionalmente, fazendo com que eles conheçam um pouco da patologia e que não se sintam culpados por terem um parente doente.

Segundo Elkis (2010), os profissionais da saúde ainda não estão qualificados para trabalhar com a família juntamente com o paciente; mais eles sendo bem orientado vão ter condições de serem qualificados para utilizarem as intervenções psicossociais e dessa forma os resultados no tratamento com o paciente irá ser satisfatórios.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a esquizofrenia é a doença mais desafiadora na área da psiquiatria e conseqüentemente a que mais desperta atenção e interesse, isso se deve não somente ao fato da sua incidência mundial (1% da população mundial, ou seja, aproximadamente 70 milhões de pessoas), do prejuízo causado ao seu portador e família, da sua origem incerta (multifatorial) e da sua complexidade, mas sem dúvida ao fato de muito ainda se ter a descobrir.

É uma síndrome clínica complexa com manifestações psicopatológicas variadas de pensamento, percepção, emoção, movimento e comportamento. Sua origem ocorre de diversos fatores biopsicossociais que interagem, criando situações, as quais podem ser favoráveis ao aparecimento do transtorno, tais como lesão ou anormalidade de estruturas cerebrais, deficiência em neurotransmissores, ansiedade acentuadas, estado de estresse elevado, fobia social e situações sociais e emocionais intensas.

Há uma variedade de sinais e sintomas como alucinações, delírios, desorganização do pensamento, dificuldade de expressão das emoções, apatia, isolamento social e um sentimento profundo de desesperança, a esquizofrenia é um transtorno cerebral grave de evolução crônica, duradoura e debilitante que causa grande sofrimento psíquico, podendo levar o indivíduo principalmente ao suicídio, visto ser um transtorno de longa duração no qual o indivíduo experimenta períodos de crises e remissões que resultam em deterioração do seu funcionamento e de sua família, causando diversos danos e perdas nas habilidades de todo grupo.

Conhecer a esquizofrenia é de essencial relevância na área da saúde para entendimento da doença em si, acompanhamento do paciente e forma adequada de tratamento que pode ser composto pela terapêutica medicamentosa, psicoterápica e socioterápica a fim de poder proporcionar uma melhor qualidade de vida e sociabilidade ao paciente e sua família.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMASAN, D. A; GIMENEZ, R. M. Formas de tratamento do paciente esquizofrênico. **Revista Científica Eletônica de Psicologia**, n.7, nov. 2012.

ALMEIDA, M. M; SCHALI, T. V; MARTINS, M. A; MODENA, M. C. *A sobrecarga de cuidados de pacientes com esquizofrenia*. Rev. Psiq. Rio Gd do sul jan 2015. P.74 Disponível em: celina@cpqrr.focruz.br. Acesso em 30/11/2016.

ALVES, N. F; SILVA, F. R. R. (2010). Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(6), 859- 862.

ALVES, R. C; COELHO, L. S; FIALHO, J. B; SCOTA, M; PIN, J. G. *Qualidade de vida dos familiares de doentes portadores de esquizofrenia*. Uni do vale do Paraíba 2010.

ARARIPE, N. A. G. A; BRESSAN, R. A; BUSATTO, F. G. Fisiopatologia da esquizofrenia: aspectos atuais. *Rev. psiquiatr. clín. São Paulo*, v.34, supl. 2, 2011. Disp. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000800010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 nov 2016.

BALLONE G. J; MOURA E. C. Transtornos de Conduta. *Psiqu Web, Internet*, 2012. Disponível em <www.psiqweb.med.br>. Acesso em: 26 nov 2016.

BALLONE G. J; ORTOLANI, I. V. Psicofarmacologia para Não Psiquiatras, Antipsicóticos. *Psiqu Web, Internet*, 2011. Disponível em <www.psiqweb.med.br> Acesso em: 25 nov 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Esquizofrenia e Transtornos Esquizoafetivos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Lei nº10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 6 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 10 nov 2016.

CARDOSO, C. M. Os caminhos da esquizofrenia. 2010. 410 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade do Porto, Portugal, 2010. Disponível em: <<http://dited.bn.pt/31216/2202/2705.pdf>> Acesso em: 28 novembro 2016.

CARDOSO, M. C. **Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados**. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, v. 3, 2013.

DSM-IV - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION Manual Diagnóstico e estatístico de Transtornos Mentais. 2013. Disp: <<http://www.psiqweb.med.br/site/DefaultLimpo.aspx?area=ES/VerClassificacoes&idZClassificacoes=184>> Acesso em: 25 nov 2016.

DEBIASI, H. P. *Fatores que determina a interrupção do tratamento farmacológico em paciente esquizofrênico*. Universidade do extremo sul catarinense- UNESC 2012 Disponível em: [hlenapizzolatteDeiasi-Pdf](#). Acesso em: 03/11/2016.

DESSE, A. L. M; POLONIA, C. G. Y; MOURA, K. T. R. *A família e a escola como contexto de desenvolvimento humano* Universidade de Brasília, Distrito Federal Brasil mar/mai 2011. Acesso em: 08/11/2016. Disponível em: www.rbfarma.org.br (67)3341 14 51.

DESSEN, M. A. Y. K. Estudando a família em desenvolvimento: desafios conceituais e teóricos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 30, p. 202-219, dez. 2012. Disp: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414

DSM-IV- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. trad. Cláudia Dornelles; - 4.ed. rev. - Porto Alegre: Artmed,1994.

ELKIS H. Os conceitos de esquizofrenia e seus efeitos sobre os critérios diagnósticos modernos. J Bras. Psiquiatria; 2000; 39:221-7.

ELKIS, H. Esquizofrenia na atualidade Brasileira. Revista brasileira de Psiquiatria, vol.22. São Paulo. Maio/2013. Disponível em: Acesso em: 18/11/2016.

ELKIS, H. A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2010, v. 22, n. 1, p. 23-26.

GIACON, U. T. K; GALERA, S. A. F. Avaliação construtiva de uma intervenção de enfermagem junto a famílias que tem um portador de esquizofrenia entre seus membros [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2012.

GLASSER, W. Saúde mental ou doença mental? : a psiquiatria ao alcance de todos. Rio de Janeiro: Record, 2010.

GOLDENSTEIN, N. Dementia Praecox: a loucura moderna? Rev bras Psiq. S.P, 2011.

http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/FWkFz5z2GTQFN4v_2

INFOMEDICA WIKI. **O cérebro na esquizofrenia**. 2015. 1 figura, color. Disponível em: < <http://pt-br.infomedica.wikia.com/wiki/Esquizofrenia>>. Acesso em: 04 nov. 2015.

KAUFFMAN, P; HELITO, A. S. A Saúde, entendendo as doenças, a enciclopédia médica da família. São Paulo: Nobel, 2011.

MENEZES, R. M. F. A realidade do viver com esquizofrenia. Rev. bras. enferm. vol.65, no.2. Brasília, Mar./Apr. 2012.

MORAIS, D. L. C. (2012). O desafio da clínica na atenção psicossocial. Arquivos Brasileiros de Psicologia, 60(2), 32-39. Acedido em 10 de novembro de 2016 em <http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/243/203>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório sobre a saúde no mundo 2008. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. World Health Report: Genebra, Suíça, 2008. Disponível em: <<http://www.abebe.org.br/wpcontent/uploads/oms2001.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2016.

PINKHAM, A. E; PENN, D. L; ROBERTS, D. L. Esquizofrenia: teoria Cognitivo-Comportamental em Grupos. Porto Alegre, RS: Artmed, 2011, p. 320-370.

PONTES, L. M. M; ELKIS, H. Treinamento de atenção e memória na esquizofrenia: um manual prático. Porto Alegre: Artmed, 2013.

REIS, E. P. T; ARRUDA, A. M. O. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: comparação entre diferentes tipos de cuidadores. J. bras. psiquiatr. vol.59, no.4. Rio de Janeiro, 2011.

SANTOS, A. L; SILVA, G. H. O. *Álbum de família e esquizofrenia, esquizofrenia dando voz a mãe cuidadora*. Mar: 2013 Disp: <http://www.rbfarma.org.br/files/rbf-2011-92-3-6.pdf>>. Acesso em 18/11/2016.

SANTOS, A. M, SILVA; G. L. CARVALHO, P. I. Y. *Álbum de família e esquizofrenia, esquizofrenia dando voz a mãe cuidadora*. mar 2011. Disp: gisele95@yahoo.com.comUSP . Acesso em 18/11/2015.

SANTOS, C. C; SILVA, S. R. Alucinação e Delírio na Esquizofrenia. 2013 Disp: <http://www.ufrgs.br/psicopatologia/wiki/index.php/Alucina%C3%A7%C3%A3o_e_DeI%C3%ADrio_na_Esquizofrenia>. Acesso em: 26 nov 2016.

SILVA, K. U. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev Esc Enferm USP**. 2011; 38(2) p.264.

SILVA, R. C. B. Esquizofrenia: uma Revisão. *Revista Psicologia USP*, 2012, v. 17, n. 4, p. 263-285.

SILVA, R. C. B. Schizophrenia: a review. **Psicologia USP**, n. 17, v. 4, p. 263-285, 2012.

SILVEIRA, N. Considerações teóricas e práticas sobre a ocupação terapêutica. *Revista de Medicina, Cirurgia e Farmácia*. Rio de Janeiro, n. 194, p. 263-272, jun. 2011.

STERIAN, A. Esquizofrenia (Coleção Clínica Psicanalítica). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

STERIAN, A. P. Entendendo a esquizofrenia. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

TONINI, S. N; ZACK, T. B; DIAS, M. G; CONSTANTINE, C. M. *Conhecendo pacientes com esquizofrenia na sociedade e no meio familiar*: universidade são paulo (2015) USP.

TONINI, S. Z. T; DIAS, M. G; CONSTANTINE; C. M; CARDOSO, T. U. W. *Inserção de pacientes com esquizofrenia no meio familiar*. universidade estadual do oeste do Paraná (2014) UNIOESTE. Acesso em 18/11/16.

ANEXO

LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

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

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

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

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

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

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

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

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

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

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

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

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

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

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

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Fonte: BRASIL. **Lei nº10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 6 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 10 nov 2016.