



## IMPORTÂNCIA DA TERAPIA OCUPACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DE INDIVÍDUOS COM ESQUIZOFRENIA

Tatiane Mello de MIRANDA<sup>1</sup>  
Adriane de Lima Vilas Boas BARTZ<sup>2</sup>

### RESUMO

A esquizofrenia é um transtorno que tem como principais características: alucinações, delírios, embotamento afetivo, falta de interesse e a perda do contato com a realidade, de modo que o esquizofrênico não consegue diferenciar o que é falso e o que é verdadeiro, pode afetar qualquer pessoa, independentemente de raça, cor ou nação, em qualquer faixa etária, porém é mais comum entre os cinco a oito anos de idade ou no período da juventude de quinze a dezoito anos. Para reconhecer os indivíduos com esquizofrenia é necessário conhecer seus sintomas, que podem ser diferentes de acordo com cada pessoa. Quando identificados devem ser encaminhados para instituições de saúde para analisar e diagnosticar o paciente, porém muitas vezes o paciente se recusa a buscar tratamento médico, pelo fato que para ele suas alucinações e delírios são reais, sendo extremamente difícil o convence-lo do contrário. O diagnóstico só pode ser prescrito pelo médico psiquiatra e psicólogo. A doença afeta a vida intelectual e social, desse modo a terapia ocupacional juntamente com o tratamento prescrito pelo médico, tem o intuito de melhorar os sintomas e a qualidade de vida desses indivíduos, de forma que o auxilia em realizar tarefas do cotidiano.

**Palavras-Chave:** Esquizofrenia. Terapia Ocupacional. Qualidade de Vida.

---

<sup>1</sup> Pedagoga, Faculdade Dom Bosco de Ubitatã, Especialista Educação Especial pela Faculdade Iguaçu tati\_m.miranda@hotmail.com

<sup>2</sup> Pedagogia FECILCAM - Campo Mourão, especialista em Ed Especial e Psicopedagogia pela FECILCAM, Especialização em Educação Especial com Ênfase em Transtorno do Espectro Autista pela Faculdade Iguaçu. Professora do Curso de Pedagogia da Faculdade Dom Bosco de Ubitatã, e-mail: dri\_bartz@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é um distúrbio mental grave, que afeta um por cento de toda a população mundial, de forma que prejudica sua vida intelectual, social e emocional, tendo mais prevalência em pessoas jovens, porém também a casos em que a doença se manifesta ainda na infância.

Os sintomas podem ser divididos em positivos com a presença de delírios e alucinações e também os sintomas negativos que são caracterizados pelo embotamento afetivo, falta de interesse e ausência de emoções, esses variam de acordo com cada indivíduo.

Tem como justificativa entender a importância da terapia ocupacional para melhorar sua autoestima, sua vida social, emocional e o tratamento de seus sintomas. Com isso, a fundamentação teórica possibilita dar suporte aos profissionais que atendem crianças e jovens esquizofrênicos, favorecendo a compreensão por meio de uma linguagem acessiva. Igualmente, favorece uma análise crítica de como a terapia ocupacional corrobora no atendimento desses indivíduos.

Tem-se como objetivos: conhecer os sintomas para identificar crianças e jovens com esquizofrenia; buscar melhorias no desenvolvimento da aprendizagem; abordar suas principais dificuldades e reconhecer a importância da terapia ocupacional.

## 1 IMPORTÂNCIA DA TERAPIA OCUPACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DE INDIVÍDUOS COM ESQUIZOFRENIA

### 1.1 A HISTÓRIA DA ESQUIZOFRENIA

Para uma compreensão sistematizada, é necessário conhecer a história da esquizofrenia, já que no passado ela era conhecida como “psicose de início tardio” e, por muitos anos, foi confundida com o autismo, da qual tinha quase sempre os mesmos sintomas. Entretanto, estudos feitos por Rutter e Kolvin provaram que essas duas doenças eram diferentes.

Lewis (1993) evidencia que:

Após a discriminação da síndrome adulta da esquizofrenia, foram feitas tentativas de estender o conceito às crianças. Durante muitos anos, o termo esquizofrenia da infância foi sinônimo de psicose da infância. No entanto, a esquizofrenia foi, pela primeira vez, nitidamente distinguida do autismo por Rutter (1967) e Kolvin (1971), na Inglaterra (LEWIS, 1993, p.367).

Segundo Lewis (1993), depois da comprovação de que a esquizofrenia só dava seus primeiros indícios na adolescência, as pesquisas científicas foram voltadas para as crianças, pois, por vários anos, a esquizofrenia na infância foi denominada “psicose na infância”. Mais tarde, Rutter (1967) e Kolvin (1971) provaram, na Inglaterra, que a esquizofrenia e o autismo não eram a mesma doença. Dessa forma, graças a eles, esses dois transtornos não foram mais confundidos.

Lewis (1993) reitera que a esquizofrenia é:

Uma condição de início precoce, com aparecimento antes de 3 anos da idade (chamada naquela época “psicose infantil”), parecia ter todas as características do autismo, enquanto que uma situação de começo tardio, iniciado depois dos 8 anos de idade (chamada naquela época “psicose de início tardio”), parecia ter todas as características da esquizofrenia observada em adultos (LEWIS, 1993, p.367).

Em conformidade com Lewis (1993), compreende-se que naquela época havia uma doença chamada de “psicose infantil”, que tinha início quando a criança estivesse com aproximadamente três anos de idade e apresentava as mesmas características de uma criança autista. Havia, também, uma doença chamada de “psicose de início tardio”, cujos sintomas se manifestavam quando o indivíduo estava com aproximadamente oito anos de idade; suas características eram muito parecidas com as de pessoas com esquizofrenia, que era observada em adultos.

Lewis (1993) ainda aponta que:

Com o efeito, o que era então chamado de “psicose de início tardio” é agora considerado esquizofrenia de surgimento precoce ou de surgimento na infância, uma psicose completamente distinta e diferente do autismo, que agora é considerada um transtorno global de desenvolvimento (LEWIS, 1993, p.367).

Conforme Lewis (1993), o que antigamente era chamado de “psicose de início tardio”, atualmente é chamada de “esquizofrenia do surgimento precoce” e ocorre também na infância, e é diferente do autismo. Atualmente, é compreendida como distúrbio completo do desenvolvimento. Além disso, a esquizofrenia apresenta características próprias, podendo-se verificar como sinal indicativo da doença a alteração do psiquismo da pessoa.

## 1.2 O QUE É ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia é um transtorno mental, que faz parte de um grupo de psicoses, que possui como principal característica a perda de contato com a realidade, de forma que o mesmo não consegue distinguir o real, de suas alucinações.

Com isso, Melvin (2011) afirma que:

A esquizofrenia compõe o grupo das psicoses (incapacidade de distinguir entre a realidade e a imaginação) e é encarada como um transtorno mental que afeta processos cognitivos, comportamentais e emocionais. Atualmente é definida através de sintomas como delírios, alucinações, comportamento e discurso desorganizado, isolamento social, estados de catatonia e embotamento afetivo. Geralmente se manifestando entre o final da adolescência e o início da vida adulta, entre os 15 e 25 anos de idade, atingindo cerca de 1% da população. Os primeiros sinais de que uma pessoa pode manifestar uma crise psicótica estão ligados à deterioração das relações sociais, descuido com a higiene, pensamentos mágicos, comportamento estranho (completamente desarrumada, que grita e se mostra agitada), distorção do afeto (dificuldade em expressar sentimentos e emoções, perda da vontade), do discurso (fala desorganizada) e das percepções (a pessoa pode ter percepções sem estímulo externo, ouvir vozes sem ninguém falando, ter visões sem objetos reais) (MELVIN, 2011, p.5).

Em consonância com Melvin (2011), a esquizofrenia compreende um grupo de psicoses, que compromete o comportamento do indivíduo, seus processos emocionais e também cognitivos. Tendo como sintomas mais frequentes: as alucinações, os delírios, desordem de comportamentos e vocabulário, perda da afetividade, catatonia e dificuldades de socialização.

Está presente em cerca de aproximadamente 1% de toda a população mundial, de forma que acomete geralmente na juventude, por volta de 15 a 25 anos de idade. Geralmente quando a doença dá seus primeiros sinais, é comum que o indivíduo tenha crises psicóticas, dificuldades nas relações sociais, dificuldades de manifestar sentimentos e emoções, ouvir vozes, falta de cuidados com sua higiene pessoal, devaneios mágicos, comportamentos anormais, agitação psicomotora, perda da vontade de desenvolver tarefas do seu cotidiano, entre outros sintomas.

### 1.3 SINTOMAS E DIAGNÓSTICO

Para reconhecer os indivíduos com esquizofrenia é necessário conhecer seus sintomas, que podem ser diferentes de acordo com cada pessoa. Quando identificados devem ser encaminhados para instituições de saúde para analisar e diagnosticar o paciente.

Dessa forma Matos (2007) expõem os sintomas:

Sintomas característicos: [...] (1) Delírios (2) Alucinações (3) Discurso desorganizado (por exemplo, frequente descarrilamento ou incoerência do discurso verbal) (4) Comportamento marcadamente desorganizado ou catatônico (falta de iniciativa motora, o paciente permanece imóvel, por vezes em posições bizarras) (5) Sintomas negativos: diminuição da afetividade, falta de motivação ou vontade, empobrecimento do pensamento (MATOS, 2007, p.33).

A esquizofrenia pode vir acompanhada também dos seguintes sintomas: alucinações, delírios, fala desorganizada, comprometimento motor, comportamento catatônico, permanecendo no

mesmo local e mesma posição por muito tempo, sendo muitas vezes posições atípicas, falta de afetividades até mesmo com pessoas de sua família, perda da vontade de desenvolver tarefas do cotidiano, enfraquecimento do pensamento, falta de estímulo, entre outros sintomas.

Outros sintomas característicos de acordo com Matos (2007) são:

Os principais sintomas para o diagnóstico destes quadros psicopatológicos são as ideias delirantes e as alucinações. Ideias delirantes ou delírios são crenças falsas, convicções infundadas, interpretações incorretas da realidade. Por exemplo, a pessoa acredita que o “Diabo” a está a perseguir, que é uma pessoa especial com uma missão muito importante nesta vida, etc. As alucinações são percepções falsas, erros de reconhecimento que resultam da transformação de percepções reais. Na ausência de estímulo concreto, material, a pessoa percebe objetos que não existem na realidade. Existem vários tipos de alucinações, tais como as alucinações auditivas, visuais, tácteis, olfativas e gustativas (MATOS, 2007, p.27).

De acordo com Matos (2007) os principais sintomas são as alucinações e delírios. Ainda destaca que os delírios são um comprometimento do pensamento, de forma que, acreditam em crenças e ideias irreais, que não possui nenhum fundamento com a realidade. Tendo como exemplo: acreditar que está sendo perseguido por um demônio, ou ter manias de grandeza, como pensar que tem um papel muito importante em sua vida, entre outros.

Já as alucinações são comprometimento dos sentidos e da percepção, com isso o indivíduo possui erros no reconhecimento, acreditando que suas alucinações são verdadeiras. Podem acontecer de forma auditiva, ele escuta vozes, pessoas que comentam sobre o seu comportamento, etc.

Assim as alucinações visuais, ou seja, ele vê coisas que não existem, como por exemplo: animais, vultos, luzes e até mesmo seres que não existem na realidade, etc. Expõem-se também de formas tácteis, ele sente quando é tocado por sua alucinação, ou que algum bicho está andando sobre sua pele, etc. Por fim pode acontecer de forma gustativa e olfativa, isto é, sente gostos e cheiros, como por exemplo: gosto de sangue, cheiros que outras pessoas não sentem, etc.

Matos (2007) ainda evidencia que:

Existem ainda outros tipos de alucinações, como por exemplo, as alucinações do esquema corporal, que são caracterizadas por experiências físicas localizadas no interior do corpo. É por exemplo o caso dos pacientes que se queixam de sentir a cabeça aumentar ou diminuir de tamanho, sensação de nó na garganta, “algo” a mexer-se dentro do peito ou estômago, sentir energias a percorrer o corpo, sensação de que “está amarrado” ou “preso”, etc (MATOS, 2007, p.28).

Em conformidade com Matos (2007) ainda existem os sintomas de alucinações corporais, caracterizados pela sensação de que há algo errado dentro si mesmo. Tendo com exemplo: ter a

impressão que sua cabeça está crescendo ou diminuindo o tamanho, ter a percepção que há algo se mexendo dentro dele, ter a sensação que está preso ou amarrado, sentir que está com um nó na garganta, também pode ter a impressão que energias estão percorrendo o seu corpo, entre outras.

Quando identificados os sintomas, o mesmo deve ser encaminhado para uma consulta psiquiatra, onde o profissional irá analisar um conjunto de critérios de acordo com o DSM (Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), dessa forma se verifica os sintomas e sua duração.

Matos (2007) orienta que:

[...] inclui pelo menos um mês de sintomas da fase activa, em que a pessoa apresenta dois ou mais dos seguintes sintomas: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento amplamente desorganizado ou catatônico, e perda de faculdades intelectuais. Estão também incluídos nesta secção vários subtipos de Esquizofrenia: Paranoide, Desorganizada, Catatônica, Indiferenciada e Residual (MATOS, 2007, p.29-30).

Para realizar o diagnóstico, o psiquiatra deve analisar criteriosamente os sintomas e a duração deles, dessa forma, Matos (2007) afirma que os sintomas citados acima devem ocorrer por cerca de pelo menos um mês. Também deve-se verificar qual dos subtipos de esquizofrenia o indivíduo contém, que podem ser do tipo Residual, Paranoide, Catatônico, Desorganizado ou Residual.

#### *1.4 Formas de Esquizofrenia*

De acordo com Maltese (s/d), a esquizofrenia pode ser dividida em quatro formas diferentes: as formas simples, formas hebefrênicas, formas catatônicas e formas paranoides. Ele distingue essas formas da seguinte maneira:

“Formas simples”: sem a exteriorização das ideias delirantes ou de distúrbios sensoriais, a doença evolui para uma dissociação das faculdades afetivas, morais e intelectuais. Predominam: apatia, falta de interesse, puerilidade, torpor intelectual. “Formas hebefrênicas”: caracterizam-se por excitação psicomotora, ideias de perseguição ou de grandeza, indiferença emocional, perda do juízo crítico. Os atos impulsivos tornam esses doentes perigosos para o meio. As formas hebefrênicas manifestam-se na adolescência (MALTESE, s/d, p.131).

Maltese, nesse trecho, aponta a primeira forma de esquizofrenia, a forma simples, como sendo aquela em que o indivíduo não exterioriza suas ideias alucinadas ou seus transtornos de sensações; com o desenrolar da doença, ocorre uma degradação de seu sistema sentimental, mental

e moral, de forma que prevalecem a insensibilidade, a infantilidade e também a ausência de interesse e a indolência mental.

Em segundo lugar, o autor cita a forma hebefrênica, ou seja, é aquela que, apresentando-se apenas na puberdade, causa perturbações mentais que ocorrem ao término da puberdade, e tem por características: o indivíduo tem um alvoroço psicomotor, ele pensa estar sempre sendo perseguido, tem mania de grandeza, torna-se uma pessoa fria em relação a suas emoções e, por fim, apresenta a perda de seu senso crítico. Como o indivíduo é muito impulsivo, pode representar perigo para as pessoas que estão próximas a ele.

Maltese ainda completa:

“Formas catatônicas”: caracterizam-se pela presença de sinais somáticos e grande tendência para o estupor físico e psíquico (ver catatonia a catalepsia). Também faz parte do quadro catatônico nas fases mais avançadas da doença, a estereotipia representada por momentos sistematizados, expressivos ou não, e que consiste em ajoelhar-se, repetir frases sem significado, catar objetos do chão, arrancar cabelos, tais movimentos são uniformes e frequentes (MALTESE, s/d, p.131).

O terceiro tipo de esquizofrenia, citado anteriormente, é a forma catatônica, a qual, além de vários sinais, também apresenta um aumento em sua aptidão física e mental. O indivíduo apresenta estados de catatonia, caracterizados por períodos de passividade e que rapidamente podem evoluir para uma grande excitação, e catalepsia, que é caracterizada pela rigidez dos músculos, ou seja, a pessoa permanece na mesma posição por muito tempo. Em períodos mais avançados do transtorno, aparece também a presença de estereotipia, que é quando o indivíduo repete os mesmos movimentos por várias vezes, acompanhados de gestos ou não, como falar coisas sem significado, ajoelhar-se constantemente, entre outros.

Maltese continua:

“Formas paranoides”: ocorrem após aos 25 anos de idade. No início, os doentes apresentam insônia, modificações do caráter e ideias lúbeis, absurdas de perseguição. O agravamento do quadro traduz-se por alucinações visuais, auditivas, tácteis, genitais, marcado pelo egocentrismo, tendendo, muitas vezes, para o misticismo (MALTESE, s/d, p.131).

Por fim, a quarta forma de esquizofrenia, de acordo com Maltese, é a chamada forma paranoide, ou seja, uma suspeição ou desconfiança, que acontece em idade normalmente posterior aos 25 anos. No começo, o indivíduo sofre de insônia, tem alteração de caráter e em suas ideias e sempre tem a impressão de estar sendo perseguido.



Quando o quadro de esquizofrenia se agrava, o doente acaba tendo alucinações, ele vê coisas ou pessoas que na verdade não existem, escuta e sente essas pessoas, apresenta propensão para o egocentrismo e, várias vezes, tende também para o misticismo, acreditando em entidades ou em forças sobrenaturais.

## 1.5 EDUCAÇÃO

Em decorrência da falta de conhecimentos, grande parte da população acredita que pessoas com esquizofrenia são “incapazes”, estes com acompanhamento podem estudar, trabalhar quando esse indivíduo está seguindo todas as prescrições médicas, ele pode sim conviver em sociedade e desenvolver sua aprendizagem.

Melvin (2011) evidencia que:

De maneira geral são pessoas bastante inteligentes, mas muitos pacientes com esquizofrenia podem apresentar prejuízos cognitivos significativos, especialmente em relação à memória, à atenção e ao funcionamento executivo (Monteiro, 2007). Apesar de um grande número de pesquisas descreverem alterações cognitivas na esquizofrenia, ainda não há uma concordância em relação ao padrão desses déficits. Podem apresentar dificuldades como: se concentrar na leitura de um livro, aprender novas informações, solucionar problemas, realizar escolhas, manter uma conversa, entre outras (MELVIN, 2011, p. 07).

Em conformidade com Melvin (2011), muitas pesquisas desenvolvidas nas áreas cognitivas, apontam que os pacientes com esquizofrenia podem ter algum tipo de dano cognitivo, principalmente prejuízos relacionados à memória, ao funcionamento executivo e a atenção, todavia, ainda não há nenhuma confirmação a um padrão desses déficits, sendo assim o mesmo pode ser muito inteligente. Podendo apresentar dificuldades de concentração, de assimilação de novos conhecimentos, na resolução de problemas, entre outros.

Para que esse indivíduo consiga desenvolver sua aprendizagem a equipe pedagógica da escola pode criar meios de melhorar sua vida acadêmica.

Com isso, Melvin (2011) esclarece que:

A aceitação do indivíduo com esquizofrenia pelas pessoas a sua volta é de suma importância. Ainda existe muito preconceito em relação à esquizofrenia. Parte da solução envolve medidas como o entendimento do transtorno pela comunidade acadêmica, a discussão e auxílio ao estudante para a participação nos contextos de ensino, pesquisa e extensão. É importante, incentivar e manter com esse estudante, atividades que o reintegrem e o restabeleçam na retomada e manutenção de uma vida regular (MELVIN; AUSEC, 2011, p.11).



Na sociedade atual, os esquizofrênicos além de sofrer com os sintomas da doença, ainda convivem com um quesito muito difícil, que é o de preconceito, isso ocorre muitas vezes pela falta de conhecimento. A escola pode desenvolver projetos, com o intuito de mostrar aos demais alunos o que são os transtornos, quais os motivos do mesmo, e mostrar a eles, que todos estão sujeitos há um dia, desenvolver algum tipo de processo de sofrimento mental.

Melvin e Ausec (2011) ainda relata que, na vida acadêmica pode-se desenvolver auxílio para esse estudante especial, de modo que o incentive, criando atividades que o ajudem a retomar sua vida, criando possibilidade para que o indivíduo se socialize com os demais, permitindo manter-se na escola, evitando a evasão escolar. Portanto é de extrema importância para pessoas com esquizofrenia a aceitação da sociedade e de indivíduos próximo a eles.

Portanto, pode-se considerar que a educação é assegurada por lei, é um direito de todos, inclusive para pessoas com algum transtorno mental. Para isso as instituições escolares devem se adaptar de acordo com as peculiaridades de cada um.

## 1.6 IMPORTÂNCIA DA TERAPIA OCUPACIONAL PARA ESQUIZOFRÊNICOS

A terapia ocupacional é uma grande contribuidora para o tratamento de pessoas com esquizofrenia, tem o intuito de recuperar, readaptar e reinserir o esquizofrênico na sociedade, de forma que, auxilia na sua compreensão de mundo interno e externo.

Almeida (2013) relata que:

Segundo a Federação Mundial de Terapia Ocupacional (World Federation of Occupational Therapists WFOT, 2012), Terapia Ocupacional é uma disciplina da saúde direcionada a pessoas com deficiência ou incapacidade física ou mental, temporária ou permanente. O terapeuta envolve o paciente em atividades destinadas a promover o restabelecimento o melhor uso das suas funções, ajudando assim a enfrentar ambientes de trabalho, social, pessoal ou doméstico (ALMEIDA, 2013, p.27).

Em conformidade com Almeida (2013), e com a Federação Mundial de Terapia Ocupacional, a terapia ocupacional é uma especialidade médica, que visa atender indivíduos com algum tipo de incapacidade mental ou física e deficiência. Trabalha com diversos tipos de exercícios, que proporcionam utilizar suas capacidades da melhor forma, ajudando-o em ambientes familiares, sociais, profissionais e pessoais e desenvolvendo suas especificidades.

Almeida (2013) realça que:

[...] entende por ocupação tudo aquilo que a pessoa realiza com o intuito de cuidar de si própria (autocuidado), desfrutar da vida ou contribuir para o desenvolvimento da

comunidade. Estas ocupações distribuem-se entre tarefas tão simples como alimentar-se ou vestir-se, ou até ao desempenho de uma atividade laboral (ALMEIDA, 2013, p.27).

A ocupação compreende tudo que está voltado para o autocuidado, onde o indivíduo realiza atividade para si mesmo, também de acordo com Almeida (2013) é uma forma de usufruir de sua vida, e cooperar com a sociedade. Tais tarefas são desenvolvidas de forma simples como: se vestir, se alimentar e até mesmo alguma atividade trabalhista.

Dessa forma, Almeida (2013) reafirma Villares (2001) ao dizer que:

No entender de Villares (2001), entre o processo de reabilitação e o tratamento da esquizofrenia, a terapia ocupacional tem um papel importante, pois o terapeuta funciona como um mediador entre o espaço individual do indivíduo e o espaço coletivo, através do vínculo que estabelece com o indivíduo. O indivíduo psicótico está muitas vezes afastado das tarefas do quotidiano, no entanto, a terapia ocupacional pode ajudar estes indivíduos a integrar atividades diárias que sejam significativas [...] (VILLARES (2001) *apud* ALMEIDA (2013), p.28).

Almeida (2013) em conformidade com Villares (2001), a terapia ocupacional analisa elementos que influenciam a ocupação humana, com a finalidade de desenvolver suas competências e reestabelecer funções perdidas. E para pessoas com esquizofrenia ela ocupa um papel fundamental, onde o terapeuta ocupacional media o ambiente coletivo e individual, por meio do vínculo que cria com cada paciente.

A esquizofrenia tem como um dos sintomas negativos, a perda do interesse e da vontade de realizar tarefas do seu cotidiano, porém a terapia ocupacional auxilia no desenvolvimento de suas capacidades, permitindo que ele consiga realizar qualquer tarefa.

Almeida (2013) ainda afirma que:

O processo de terapia ocupacional, possibilita ao indivíduo a participação em atividades que sejam relevantes para um melhor ajuste da sua vida diária (Finlay, 2004). Em Portugal, segundo o Diário da República (1999), a definição de terapia ocupacional passa por avaliação, tratamento e habilitação de indivíduos com disfunções físicas ou mentais, de desenvolvimento ou sociais, através de técnicas selecionadas mediante o objetivo, proporcionando ao indivíduo o máximo de desempenho e autonomia nas suas funções pessoais e sociais, permitindo assim uma sólida melhoria da qualidade de vida (FINLAY (2004) *apud* ALMEIDA, (2013), p.28).

A atividade de terapia ocupacional é relacionada com a vida cotidiana do indivíduo, afirmam Finlay (2004) *apud* Almeida (2013). O conceito de terapia ocupacional em Portugal advém de avaliação, tratamento e aptidão do sujeito com problemas de desenvolvimento social, mental e

físico, por meio de metodologias distintas. Dessa forma auxilia na sua independência e desempenho, de modo que melhora sua vida.

Almeida (2013) continua:

Num estudo realizado por Buchain, Vizzotto, Neto e Elkis (2003), os autores investigaram o efeito da Terapia Ocupacional como auxílio do tratamento psicofarmacológico da esquizofrenia, no qual foi possível verificar que a terapia ocupacional associada à medicação apropriada estava associada à melhoria do desempenho ocupacional e dos relacionamentos interpessoais dos doentes (BUCHAIN *et al.*, 2003, *apud* ALMEIDA, 2013, p.28-29).

Em correspondência com os autores citados acima, que investigaram a funcionalidade da terapia ocupacional, afirmam que a mesma em parceria com o tratamento farmacológico, tem gerado bons resultados. Portanto a TO juntamente com os medicamentos prescritos pelo médico, beneficiam sua qualidade de vida.

### 1.7 Percurso Metodológico

O presente artigo foi desenvolvido por meio de pesquisas bibliográficas qualitativas e pesquisa de campo em forma de questionário aos profissionais do Centro de Atendimento Psicossocial de Ubitatã (CAPS), e aos profissionais da Escola Especial Jesus Menino (APAE). Dentre esses profissionais estão pedagogos, assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo e enfermeiros, de forma que os questionamentos abordaram a importância a Terapia Ocupacional para alunos e pacientes com o quadro clínico de esquizofrenia.

Sobre a pesquisa bibliográfica, Santos (2007) afirma que:

Pesquisa bibliográfica é um tipo de pesquisa obrigatório a todo e qualquer modelo de trabalho científico. É um estudo organizado sistematicamente com base em materiais publicados. São exigidas a busca de informações bibliográficas e a seleção de documentos que se relacionam com os objetivos da pesquisa (SANTOS, 2007, p.127).

Sendo assim, o autor acima corrobora o fato de que a pesquisa bibliográfica é imprescindível para toda pesquisa científica, sendo organizada por meio de publicações. Dessa forma, o presente artigo utilizou matérias de revistas, livros de medicina, artigos publicados por estudantes de universidades na internet e documentos. Para a pesquisa de campo, a investigação sobre o tema foi realizada por meio de questionário e entrevistas com profissionais da área da educação.

Santos (2007) explica que:

Pesquisa de campo é investigação prática realizada em um local previamente definido que atende aos objetivos propostos na pesquisa. É caracterizada também pela observação de fatos tal como ocorrem espontaneamente. Os instrumentos utilizados para coletar dados em campo podem ser: observações, questionários, formulários, entrevistas, entre outros (SANTOS, 2007, p.127).

Em conformidade com Santos (2007), a pesquisa de campo é um meio de investigação efetuada em um estabelecimento determinado que consegue atender aos propósitos pesquisados, de forma que se observa fatos, com o intuito de coletar informações vivenciadas, por meio de entrevistas, questionários, observações entre outras formas.

Em relação ao questionário, Silva (2003) ressalta:

O questionário é um meio de obtermos respostas com questões que o próprio informante preenche. Contém um conjunto de questões logicamente relacionadas a um problema central. O questionário é elaborado de modo a aparecer (ser impessoal). A impessoalidade ajuda a avaliar de maneira uniforme os resultados obtidos (SILVA, 2003, p.108).

Em síntese, é por meio do questionário que o investigador terá o conhecimento sobre o que o entrevistado realmente sabe sobre o assunto, a fim de obter conhecimentos e informações sobre o problema. Assim a pesquisa ocorreu na Escola de Educação Básica Jesus Menino – Educação Infantil, Ensino Fundamental Anos Iniciais, Educação de Jovens e Adultos e Profissional na Modalidade de Educação Especial, telefone (44) 35431569, localiza-se na Avenida João Medeiros, área industrial nº1, bairro Recife, no município de Ubatã-PR, na zona urbana. É mantida pela APAE (Associação de Pais e Amigos do Excepcional), pelo Poder Público Municipal, Estadual e Federal. A escola atende, atualmente, 135 alunos.

Já o Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), telefone (44) 3543-2925, localiza-se na Rua Ernesto Novais de Souza, nº1498, bairro Jardim São Paulo, no município de Ubatã-PR, na zona urbana. É mantida pelo Governo Federal e também pela Prefeitura do município de Ubatã (Secretaria de Saúde). O Centro atende 432 pacientes entre crianças, adolescentes, adultos e idosos, com transtornos mentais graves e persistentes e também problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

Foram aplicados questionários aos profissionais do CAPS assistente social, psicóloga, enfermeiro e pedagogo; os profissionais da Escola Jesus Menino que responderam o questionário foram à psicóloga e a terapeuta ocupacional.

No questionário indagou-se: Quais são as formas de terapia ocupacional e quais são os benefícios para o individuo com esquizofrenia?

A assistente social Franciely, a psicóloga Sabrina Kelly, a enfermeira Ariady e o pedagogo Antonio afirmaram que o tratamento psicossocial se dá por meio do atendimento em grupo, além do uso de farmacológicos, terapia ocupacional, psicoterapia, entre outros.

Em Ubitatã, existe o CAPS I, que oferece o acompanhamento psicossocial por meio de terapia ocupacional, sendo esses atendimentos individuais ou em grupo, também suporte familiar, visita domiciliar, busca ativa e medicação assistida.

Para a psicóloga Mirian e a terapeuta ocupacional Mariana, os antipsicóticos, também conhecidos como neurolépticos, são os medicamentos utilizados no tratamento da esquizofrenia. Já o tratamento ocupacional, procura melhorar os sintomas da doença e resgatar a autonomia, a individualidade e a capacidade de socialização e relacionamento dos esquizofrênicos, por meio de oficinas terapêuticas que misturam arte, leitura, trabalhos manuais, música, dança, teatro, atividades físicas, reflexões e debates sobre a doença. O programa deve ser individualizado, levando-se em conta o potencial e as limitações de cada um. O treinamento de habilidades específicas ou o aprendizado de um ofício também pode e deve ser estimulado, visando a uma atividade produtiva ou mesmo a um trabalho no futuro.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com base nos autores mencionados neste artigo, pode-se considerar que a esquizofrenia é uma doença mental grave, que pode se desenvolver em qualquer pessoa. Tendo como principal característica a perda do contato com a realidade, de forma que o indivíduo não consegue distinguir o mundo real do fictício.

Seus sintomas se dividem em positivos, que são principalmente alucinações e delírios, e sintomas negativos, causando um embotamento afetivo e falta de interesse em atividades do seu cotidiano. Suas causas ainda não são precisas, mas podem estar ligadas a hereditariedade, fatores ambientais, alterações nos neurotransmissores no cérebro, entre outros.

O grau do transtorno é variável de acordo com cada indivíduo, porém, todos devem cumprir com o tratamento, de acordo com a prescrição médica. É necessário também um acompanhamento com os profissionais da saúde: psicólogos, terapeutas, psiquiatras e terapeuta ocupacional, pois o tratamento dos sintomas é mediado entre terapias, psicoeducação, oficinas, terapia ocupacional e principalmente com os medicamentos.

A terapia ocupacional diz respeito a atividades de autocuidado, e para esquizofrênicos é essencial, muito eficaz na maior parte dos casos, pois ela faz com que os sintomas melhorem, tem o intuito de melhorar a qualidade de vida, reestabelecer a socialização, fazendo com o indivíduo retomem amigos, consiga exercer alguma profissão, tenha relacionamentos afetivos, faça atividades físicas, tenha acesso à educação, entre outras atividades.

Nota-se que a esquizofrenia está rodeada de discriminação e preconceito, por causa do comportamento incomum, seu caráter histórico e cultural. Entretanto, isso acaba fazendo que ele se exclua ainda mais da sociedade, de forma que, acaba não frequentando diversos lugares. Para que esse sujeito se sinta mais aceito, é necessário que a sociedade conheça e entenda tal transtorno, pois, quanto mais informações, menos será o preconceito. Em instituições escolares, é importante que sejam desenvolvidos projetos, para promover a socialização de alunos com esquizofrenia com os demais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, T. A. S. **Esquizofrenia e Qualidade de Vida**: Estudo Comparativo entre participantes com e sem Terapia Ocupacional. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2013. Disponível em: <<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4068/1/tese.pdf>>. Acesso em: 05 Abr. 2018.
- LEWIS, M. L. **Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e adolescência**/ Melvim Lewis, Fred Volkmar; 3.ed. Artes Médicas. Porto Alegre, 1993.
- MALTESE, G. M. **Grande dicionário de medicina**. Editora Maltese, São Paulo, s/d.
- MATOS, J. Ms. **Esquizofrenia**: Bênção ou maldição? Como compreender e lidar com as perturbações mentais com origem espiritual/ José Matos 2.ed. Novembro. Edições mundo novo. São Paulo, 2007.
- MELVIN, E. AUSEC, I. **Núcleo de Acessibilidade da UEL**, (2011). Disponível em: <[http://www.uel.br/prograd/nucleo\\_acessibilidade/documentos/esquizofrenia\\_educacao\\_especial.pdf](http://www.uel.br/prograd/nucleo_acessibilidade/documentos/esquizofrenia_educacao_especial.pdf)>. Acesso em: 08 mar. 2018.
- SANTOS, A. R. dos. **Metodologia Científica**: a construção do conhecimento. 7.<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: DP&A editora, 2007.
- SILVA, A. C. R. da. **Metodologia da pesquisa aplicada à contabilidade** - orientações de estudos, projetos, artigos, relatórios, monografias, dissertações, te