

UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA – UNOESC  
CAMPUS DE XANXERÊ  
CURSO DE PSICOLOGIA

LEANDRO ZANON

ESQUIZOFRENIA:  
A Relação e o Convívio Familiar com a Doença

Xanxerê

2014

LEANDRO ZANON

ESQUIZOFRENIA:  
A Relação e o Convívio Familiar com a Doença

Projeto de Pesquisa apresentado ao Curso de Psicologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina, Área da Saúde – como requisito para a obtenção do grau de Psicólogo.

Orientadora: Leonora Vidal Spiller

Xanxerê

2014

*Mudos atalho afora, na soturnidade de alta noite,  
eu e ela caminhávamos.  
Eu, no calabouço sinistro de uma dor absurda,  
como de feras devorando estranhas,  
sentindo uma sensibilidade atroz morder-me, dilacerar-me.  
Ela, transfigurada por tremenda alienação, louca,  
rezando e soluçando baixinho rezas bárbaras.  
Eu e ela, ela e eu! – ambos alucinados, loucos,  
na sensação inédita de uma dor jamais experimentada.*

*Cruz e Sousa, (Balada de Loucos).*

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – O cérebro na Esquizofrenia.....	14
Figura 2 – O cérebro na Esquizofrenia (tradução) .....	14
Figura 3 – Neurotransmissores Diferentes, os Mesmos Resultados.....	15
Figura 4 – Neurotransmissores Diferentes, os Mesmos Resultados (tradução) .....	15
Figura 5 – Pílulas Azul e Vermelha.....	65

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Sintomas kraepelinianos, bleulerianos e schneiderianos .....	11
Tabela 2 – Os Tipos I e II de Crow .....	11
Tabela 3 – Os principais sintomas do pródromo da esquizofrenia.....	18
Tabela 4 – Exemplo de Tipos de Delírios .....	20
Tabela 5 – Os Tipos de alucinações de acordo com o sentido .....	21
Tabela 6 – Subtipos da Esquizofrenia segundo o DSM-IV-TR e o CID-10 .....	23
Tabela 7 – Tabela de Critério Diagnóstico para Esquizofrenia segundo o DSM-IV-TR.....	24
Tabela 8 – Critérios diagnósticos dos subtipos da Esquizofrenia segundo o DSM-IV-TR. ....	25
Tabela 9 – Evolução Pós-Surto (5 anos). .....	36
Tabela 10 – Fatores de contribuem para um bom ou mau prognóstico na esquizofrenia .....	36
Tabela 11 – Antipsicóticos de Primeira de Segunda Geração.....	37
Tabela 12 – Principais Antipsicóticos e Efeitos .....	38
Tabela 13 – Antipsicóticos de Longa Duração: Apresentação e Doses .....	39

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>6</b>
1.1 JUSTIFICATIVA .....	7
1.2 OBJETIVOS .....	8
<b>1.2.1 Objetivo Geral</b> .....	<b>8</b>
<b>1.2.2 Objetivos Específicos</b> .....	<b>8</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>9</b>
2.1 ENTENDENDO A ESQUIZOFRENIA .....	9
2.2 SINTOMAS .....	16
<b>2.2.1 Sintomas Pré-mórbidos e Prodrômico</b> .....	<b>17</b>
<b>2.2.2 Sintomas Positivos</b> .....	<b>19</b>
<b>2.2.3 Sintomas Negativos</b> .....	<b>22</b>
2.3 TIPOS DE ESQUIZOFRENIA .....	23
<b>2.3.1 Esquizofrenia Paranoide</b> .....	<b>26</b>
<b>2.3.2 Esquizofrenia Desorganizada ou Hebefrênica</b> .....	<b>26</b>
<b>2.3.3 Esquizofrenia Catatônica</b> .....	<b>27</b>
<b>2.3.4 Esquizofrenia Residual ou Simples</b> .....	<b>27</b>
<b>2.3.5 Esquizofrenia Indiferenciada</b> .....	<b>27</b>
2.4 ESTIGMA NA ESQUIZOFRENIA .....	28
2.5 REFORMA PSIQUIÁTRICA: UMA LEI EQUIVOCADA!?	29
2.6 ESQUIZOFRENIA PELA VISÃO DE UM ESQUIZOFRÊNICO .....	33
2.7 ESQUIZOFRENIA E A FAMÍLIA .....	35
2.8 CURSO E PROGNÓSTICO .....	36
2.9 TRATAMENTO .....	37
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>41</b>
3.1 TIPO DE PESQUISA .....	41
3.2 DELINEAMENTO .....	42
3.3 SUJEITOS .....	42
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	43
3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS .....	43
3.6 ANÁLISE DOS DADOS .....	44
3.7 IMPLICAÇÕES ÉTICAS .....	44
<b>4 RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO</b> .....	<b>45</b>
4.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....	45
4.2 RELATO DE EXECUÇÃO .....	45
<b>4.2.1 Registro dos dados coletados</b> .....	<b>47</b>
4.2.1.1 Família Um .....	47
4.2.1.2 Família Dois .....	49
4.2.1.3 Família Três .....	51
4.3 ANÁLISE DOS DADOS .....	53
<b>4.3.1 A Perda do filho idealizado</b> .....	<b>53</b>
<b>4.3.2 Estrutura Familiar</b> .....	<b>55</b>
<b>4.3.3 Dificuldades na Convivência</b> .....	<b>57</b>
<b>4.3.4 Reorganização familiar</b> .....	<b>60</b>
4.4 ANÁLISE DO PROCESSO .....	63
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>66</b>
<b>ANEXO A – DISCURSO DEPUTADO GERMANO BONOW</b> .....	<b>70</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo busca saber como é o cotidiano de indivíduos diagnosticados com esquizofrenia e de seus familiares, bem como suas reações com o diagnóstico e as mudanças ocorridas após o diagnóstico. Irá identificar e compreender os fatores que dificultam o convívio social de indivíduos com esquizofrenia.

O trabalho trará também uma contextualização geral acerca da esquizofrenia. Sua história, como ela se inicia no paciente, os tipos, os sintomas, além da visão do próprio esquizofrênico sobre essa doença que causa grande sofrimento psíquico.

Desta forma, o tema desta pesquisa refere-se às possíveis mudanças nos aspectos físicos, sociais e emocionais que podem ocorrer a partir do diagnóstico de esquizofrenia. Aspectos estes que podem ter modificado a rotina, forma de pensar, sentir e agir, não só do indivíduo com esquizofrenia, como também de todos familiares envolvidos no convívio com a doença.

Por ser uma doença crônica, a esquizofrenia, em muitos casos, deixa o doente incapacitado, tornando-o dependente dos outros membros da família. Cabe então a estes prover o sustento, procurar serviços e profissionais a fim de conduzir possíveis tratamentos para o membro doente. Porém, nem todas as famílias possuem condições financeiras e emocionais para realizar um acompanhamento satisfatório em todos os aspectos que envolvem a convivência com essa doença (VILLARES, REDKO e MARI, 1999). Por isso, esse trabalho buscará verificar a importância da presença dos familiares no apoio e incentivo ao paciente e seu prognóstico.

Essa pesquisa tem como objetivo geral compreender como se dá o convívio de esquizofrênicos e familiares com a doença a fim de entender os prejuízos bio-psico-social e financeiros que a doença traz a ambas as partes. Para isso, a pesquisa buscará registrar a forma como a família recebeu a notícia da doença; conhecer as mudanças ocorridas no convívio familiar depois da manifestação da doença; descrever a forma como a doença é vista pelos familiares e identificar os fatores dificultadores no convívio dos familiares com o esquizofrênico e vice-versa.

A pesquisa será do tipo qualitativa exploratória com estudo de caso, pois, assim será possível o levantamento de mais dados a respeito da temática, obtendo uma maior compreensão a respeito dos processos decorrentes em relação ao problema levantado, pelo maior contato com os entrevistados.

O presente trabalho traz uma breve contextualização histórica acerca da esquizofrenia, sobre como ela foi sendo caracterizada e definida até chegar aos dias atuais. Irá trazer também uma lista dos sintomas que acometem as pessoas que sofrem com essa doença fazendo uma diferenciação entre os vários subtipos da esquizofrenia bem como as formas de tratamento conhecida até o momento. Trará uma breve discussão sobre a lei da reforma psiquiátrica e a visão da esquizofrenia feita por um ex-repórter diagnosticado com esquizofrenia que escreveu um livro. Por fim, e o mais importante, abordará a discussão sobre a importância da família no acompanhamento do paciente com esquizofrenia.

A pesquisa, de início, não tinha um rumo definido exceto que seria algo envolvendo a esquizofrenia pelo interesse no tema. Com a leitura de livros e artigos percebe-se que os problemas a investigar são diversos, porém, muitos questionamentos seguiam um rumo parecido e acabavam em discussões em qual seria o papel da família nisso tudo. Dessa forma, conseqüentemente surgiu o desejo de investigar como se dá o convívio dentro de uma família que possui um membro diagnosticado com esquizofrenia?

## 1.1 JUSTIFICATIVA

O interesse pelo tema deve-se ao fato da esquizofrenia ser uma doença crônica que, devido ao seu quadro de sintomas, se não acompanhada, pode tornar-se um risco à sociedade. Além disto, apesar das dificuldades encontradas pelos esquizofrênicos e familiares, e por não ter cura, a esquizofrenia é um tema pouco trabalhado; a maioria das pessoas não compreende do que se trata, e até no meio acadêmico não existem muitas informações sobre a doença e como lidar com a mesma.

O preconceito e o medo que a população em geral tem em relação às pessoas com esquizofrenia, vem em grande parte pela falta de informação que existe sobre a doença, pois a maioria das pessoas desconhece o quadro de sintomas que acomete os indivíduos com essa doença. Parece ser da natureza humana temer aquilo que não entende.

A intenção do trabalho é possibilitar aos atores envolvidos neste processo (paciente e familiares), informação sobre a doença que afeta todo o sistema familiar, emocional e financeiramente, procurando evitar a estigmatização dos esquizofrênicos e o medo na família e na sociedade, uma vez que se não trabalhada pode vir a isolar o indivíduo, causando, muitas vezes, danos irreversíveis.



É muito importante salientar que o acompanhamento do psiquiatra, do psicólogo e principalmente da família, ficando atentos às mudanças que possam ocorrer por causa da doença e como lidar com esses comportamentos, pode garantir a esses indivíduos qualidade de vida e até mesmo seguir um curso de vida normal. Esta informação poderia evitar o medo das pessoas e até mesmo facilitar o convívio com os familiares.

Estudos tem mostrado que é fundamental o papel da família na estabilização da esquizofrenia e na prevenção de recaídas. Porém, para isso é necessária uma atitude positiva, compreensiva e afetuosa dos familiares. Ao contrário, uma atitude negativa cheia de conflitos e estresse podem levar o paciente a novas recaídas (PALMEIRA, GERALDES E BEZERRA, 2009). Dessa forma vê-se a possibilidade e a importância de conhecer como estão se relacionando algumas famílias do nosso município que possuem um membro diagnosticado com esquizofrenia mostrando assim a importância desse estudo para nossa sociedade.

Esse estudo se mostra relevante tanto para a sociedade como para comunidade científica uma vez que a esquizofrenia é um tema ainda de certa forma novo e com uma quantidade de trabalhos nessa área infinitamente menor se comparado a outros transtornos psiquiátricos. Uma doença como a esquizofrenia com múltiplos subtipos e múltiplos sintomas e que traz tamanho sofrimento psíquico ao paciente requerem um maior investimento em pesquisas.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo Geral

Analisar o convívio de esquizofrênicos com seus familiares.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Descrever a forma como a doença é compreendida pelos familiares;
- ✓ Registrar a forma como familiares e “doente/esquizofrênico” receberam a notícia da doença;
- ✓ Conhecer as mudanças ocorridas no convívio familiar depois da manifestação da doença;

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 ENTENDENDO A ESQUIZOFRENIA

Já no século XIV a.C. eram descritos sintomas semelhantes ao que hoje conhecemos por esquizofrenia. A partir do século II a.C., as doenças psiquiátricas eram vistas como possessões demoníacas ou bruxaria, e o destino das pessoas era a fogueira ou então eram mantidos longe dos olhos da população em confinamentos sob condições sub-humanas (DEITOS, 2005).

Através da literatura podemos encontrar vários indícios de que as psicoses já eram reconhecidas há muito tempo, um bom exemplo de descrição de esquizofrenia crônica é do *Pobre Tom no Rei Lear* de Shakespeare. Um jovem adulto que não tinha cuidados com sua higiene pessoal e teve a perda de seu *status* socioeconômico devido às crises de delírios, alucinações e comportamento bizarro (DEITOS, 2005). Ronald David Laing (1927-1989) via na loucura de Lear uma tentativa de voltar ao seu estado de saúde natural. Para Laing, o homem era levado a loucura por circunstâncias difíceis, e os episódios psicóticos representam tentativas de comunicar preocupações, muito embora são expressões difíceis de compreender pois cada paciente possuía seu próprio simbolismo pessoal da linguagem (COLLIN, *et al*, 2012).

Muito embora os quadros psiquiátricos já eram percebidos na antiguidade, foi só a partir do século XIX que eles começaram a ser descritos. Hecker em 1871 descreveu um quadro psicótico deteriorante, a Hebefrenia<sup>1</sup> (loucura da infância) e Kahlbaum em 1874 descreveu a Catatonia<sup>2</sup> (tipo de esquizofrenia que o paciente ficava totalmente parado). Benoit Morel englobou-as como demência precoce, a fim de distingui-las dos quadros de demências provocados pelo envelhecimento (DEITOS, 2005; ELKIS, 2012).

Emil Kraepelin (1856-1926), observou que pacientes jovens sofriam um declínio psíquico após passarem por um período psicótico, porém não se tornavam dementes. Percebeu

---

<sup>1</sup> **Hebefrenia** – Termo resultante dos étimos gregos *hebe* (= mocidade) + *frenos* (= mente) + o sufixo *ia*. O prefixo *hebe* vem de *Hebe*, que na mitologia grega é o nome da deusa da juventude, que servia néctar aos demais deuses. É uma modalidade da esquizofrenia que surge inicialmente com sintomas mais evidentes nos adolescentes (ZIMERMAN, 2012).

<sup>2</sup> **Catatonia** – Tem sua etimologia derivada do grego *katá* (estado de regressão ou de cima para baixo) + *tonos* (pode ser o tônus muscular). O termo é usado para designar uma forma de esquizofrenia que se manifesta por um estado em que o paciente está desligado da realidade e engloba manifestações na musculatura.

também que a doença costumava se manifestar entre o final da adolescência e o início da vida adulta e era marcada por confusões mentais e comportamento antissocial. Então em 1893, classificou a demência precoce em um grupo de transtornos degenerativos (ELKIS, 2012; COLLIN, *et al*, 2012).

A crença de Kraepelin nas origens biológicas de várias doenças mentais teve um impacto duradouro na psiquiatria devido às investigações *post mortem* comprovarem a existência de anormalidades estruturais e bioquímicas, além de problemas funcionais nos cérebros de esquizofrênicos. O sistema de classificação de Kraepelin dos transtornos psiquiátricos segue até os dias atuais (2014), influenciando classificações psiquiátricas como: a Classificação Internacional de Doenças (CID) que é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Suíça e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*), publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) (DEITOS, 2005; COLLIN, *et al*, 2012).

Porém, foi Bleuler em 1908, quem propôs o conceito de esquizofrenia, não como uma oposição ao de demência precoce, mas sim uma mudança em relação a alguns aspectos da doença (ELKIS, 2012). Mudança essa que postula a esquizofrenia não como uma só patologia, mas como um grupo de patologias com características comuns. Bleuler usou o termo esquizofrenia para representar que o transtorno básico da patologia era a cisão. A origem do termo vem justamente daí, (*esquizo* = cisão; *phrenos* = alma). Ele dividiu os sintomas em: primários, causados diretamente pela patologia; e em secundários, derivados dos sintomas primários e destacou ainda que devido a patologia não aparecer como uma enfermidade “normal” e sem como um grupo patológico devíamos nos referir a ela como: ESQUIZOFRENIAS, no plural (DEITOS, 2005; ELKIS, 2012).

Kurt Schneider em 1948 fez a distinção entre os sintomas primários e secundários ao publicar os Sintomas de Primeira Ordem (SPOs). Muito embora no início os SPOs de Schneider fossem considerados de grande influência na psiquiatria britânica, novos estudos mostraram que os SPOs ocorriam com frequência em outras psicoses, perdendo assim todo seu valor prognóstico (ELKIS, 2012).

A base para compreensão da esquizofrenia foi construída através dos conceitos de sintomas de Kraepelin, Bleuler e Schneider que pode ser visto na *Tabela 1*.

Tabela 1 – Sintomas kraepelinianos, bleulerianos e schneiderianos		
Kraepelin, 1913	Bleuler, 1911	Schneider, 1948
<p><b>Síndromes</b></p> <p><b>1. Avolucional</b> "O enfraquecimento das atividades emocionais que formam as molas propulsoras da volição."</p> <p><b>2. Síndrome da perda da unidade interna</b> "A perda da unidade interna das atividades do intelecto, emoção e volição."</p>	<p><b>Fundamentais (6 "As")</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Distúrbios das <b>A</b>ssociações do pensamento</li> <li>- <b>A</b>utismo</li> <li>- <b>A</b>mbivalência</li> <li>- Embotamento <b>A</b>fetivo</li> <li>- Distúrbio da <b>A</b>tenção</li> <li>- <b>A</b>volição</li> </ul> <p><b>Acessórios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Delírios</li> <li>- Alucinações</li> <li>- Sintomas do humor</li> <li>- Sintomas catatônicos</li> </ul>	<p><b>Sintomas de Primeira Ordem (SPOs)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sonorização do pensamento</li> <li>- Escutar voz sob forma de argumento e contra-argumento</li> <li>- Escutar vozes que comentam os atos</li> <li>- Vivências de influência corporal</li> <li>- Roubo de pensamento</li> <li>- Sensações de influência</li> <li>- Percepção delirante</li> </ul>
Fonte: Elkis e Colaboradores (2012, p. 24).		

A partir de 1980, Crow introduziu o conceito das dimensões tipo I e tipo II o qual pode ser observado na *Tabela 2*. Influenciados por esse conceito, Andreasen e Olsen propuseram os subtipos: positivo, negativo e misto. Outros autores como Liddle também criaram novos modelos em três dimensões: positiva, negativa e de desorganização. Esses modelos foram replicados nas últimas décadas de forma a influenciar o entendimento e também a busca por um melhor tratamento para a esquizofrenia (ELKIS, 2012).

Tabela 2 – Os Tipos I e II de Crow		
	Tipo I	Tipo II
<b>Sintomas Característicos</b>	Delírios, alucinações, distúrbios do pensamento	Embotamento afetivo, pobreza do discurso, avolição
<b>Formas clínicas</b>	Esquizofrenia aguda	Esquizofrenia crônica Defeito esquizofrênico
<b>Resposta ao tratamento antipsicótico</b>	Boa	Ruim
<b>Evolução</b>	Reversível	Irreversível (?)
<b>Deterioração intelectual</b>	Ausente	Às vezes presente
<b>Processo patológico postulado</b>	Aumento dos receptores dopaminérgicos	Morte celular, Alterações cerebrais e estruturais
Fonte: A partir de Crow (ELKIS, 2012, p. 27).		

A esquizofrenia é uma doença mental de origem biológica que envolve fatores genéticos e ambientais no seu desenvolvimento. Ela acomete cerca de 1% da população indiferente da classe social, sexo ou etnia. A idade para manifestação da doença costuma ocorrer entre 15 e 25 anos para homens e entre 25 e 35 anos para mulheres, sendo extremamente raro que a doença se inicie antes dos 10 anos ou após os 60 anos de idade (PALMEIRA, GERALDES E BEZERRA, 2009; SADOCK E SADOCK, 2007).

Culturalmente a esquizofrenia é a personificação do “louco”, um indivíduo que é afetado em toda sua estrutura vivencial, produtor de grande estranheza social devido a sua fuga da realidade. O esquizofrênico age como quem rompeu suas correntes da concordância cultural e social, vivendo em um mundo que menospreza a razão, porém, pagando um alto preço por essa liberdade – a impossibilidade de fugir de suas fantasias (BALLONE, 2008).

Indivíduos com esquizofrenia tem maior risco de envolverem-se com drogas, de desenvolverem um transtorno depressivo e tem altas taxas de risco de suicídio. Em torno de 20% dos pacientes com esquizofrenia tentam ao menos uma vez na vida cometer suicídio, e aproximadamente 6% do total de pacientes cometem o suicídio. A expectativa de vida também é reduzida em pacientes com esquizofrenia em até 20 anos a menos do que em relação a população geral devido as condições médicas que são mais comuns na esquizofrenia do que na população geral, tais como: ganho de peso, diabetes, síndrome metabólica e doença cardiovascular e pulmonares (NOTO E BRESSAN, 2012; DSM-IV-TR, 2002).

O fluxo de consciência do esquizofrênico é constantemente perturbado por vivências parasitas que ganham vida em seu psiquismo devido a uma desconexão ou desordem em algumas áreas do cérebro. Áreas como o hipocampo<sup>3</sup> e tálamo<sup>4</sup> tornam-se hiperativas e profundamente alteradas e por fazerem parte do sistema límbico, fazem emergir vivências passadas carregadas de conteúdo emocional. Em uma mente sadia nossa memória de trabalho sai “pegando” conceitos, vivências, experiências, situações pelo cérebro de forma linear como se fosse um trem andando pelos trilhos e o maquinista a coletar novas peças para ir dando

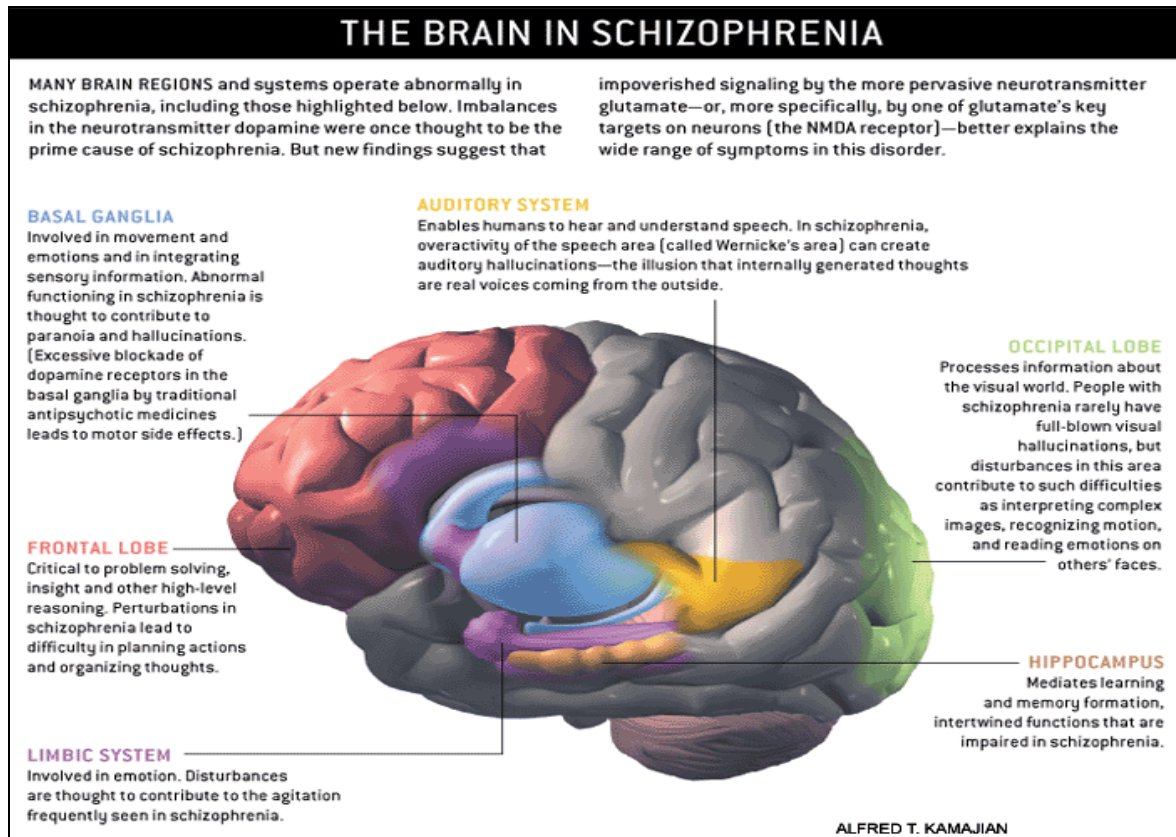
---

<sup>3</sup> **Hipocampo** – Sua etimologia é de origem Grega (*hippos* = cavalo, *kampi* = monstro) é uma criatura mitológica descrito como cavalo na parte anterior do seu corpo como peixe na parte posterior, como um cavalo-marinho. É uma estrutura localizada nos lobos temporais do cérebro humano, considerada a principal sede da memória e importante componente do sistema límbico. É no hipocampo que as situações ou objetos atuais da vivência são “checados” e acoplados com o que já existe dentro do cérebro, com o que já foi percebido, pensado e sentido antes. É nele que fica armazenada a “experiência atual” do organismo ao mesmo tempo em que todo cérebro trabalha para dar significado cognitivo e emocional para o que está sendo vivenciado (CAIXETA et al, 2007; SIMÕES, BARACAT e LIMA, 2014)

<sup>4</sup> **Tálamo** – do grego Thalamos, quarto de dormir. Para os gregos, o thalamos era o principal quarto da casa, onde geralmente o casal dormia. O tálamo é um centro de organização cerebral, como um entroncamento de diversas vias neuronais em que podem influenciar-se mutuamente antes de serem redistribuídas (CAIXETA et al, 2007; SIMÕES, BARACAT e LIMA, 2014).

continuidade a novos trilhos. Na esquizofrenia o que existe é um trem descarrilhado e o resultado é que o individuo pega qualquer conceito, qualquer palavra que surja em sua mente e adiciona a uma vivência ou experiência totalmente fora do contexto original (CAIXETA et al, 2007).

Várias são as teorias sobre o desenvolvimento da esquizofrenia. Alguns estudos neuropatológicos tem mostrado alterações celulares em diversas areas como a: frontal, temporal, talâmico, e cerebelar. O sistema limbico também parece estar fortemente envolvido devido à vivencias emocionais bizzaras bem como devido a sua ligação com outras areas (CAIXETA et al, 2007). Nas figuras a seguir pode-se observar essas areas.



**Figura 1 – O cérebro na Esquizofrenia**

Fonte: Alfred T. Kamajian em <http://schizophrenia.com/schizpictures.html>

Muitas regiões e sistemas cerebrais funcionam anormalmente na esquizofrenia, incluindo as destacadas a seguir. Desequilíbrios no neurotransmissor dopamina já foram pensadas para ser a principal causa da esquizofrenia. Mas novas descobertas sugerem que a sinalização empobrecida pelo neurotransmissor glutamato mais difundida, ou, mais especificamente, por um dos principais alvos do glutamato nos neurônios (o receptor NMDA) - explica melhor a grande variedade de sintomas da doença.

**Gânglios da Base** – Envolvido em movimento e emoções e na integração de informações sensoriais. O funcionamento anormal na esquizofrenia contribui para a paranóia e as alucinações. (O bloqueio excessivo de receptores de dopamina nos gânglios basais por medicamentos antipsicóticos tradicionais levam a efeitos colaterais motores)

**Lobo Frontal** – Fundamental para a resolução de problemas. Perspicácia e outro de alto nível de raciocínio levam a dificuldade no planejamento de ações e organizar os pensamentos.

**Sistema Límbico** – Emoção envolvida. Distúrbios nessa área contribuem para a agitação frequentemente vista na esquizofrenia.

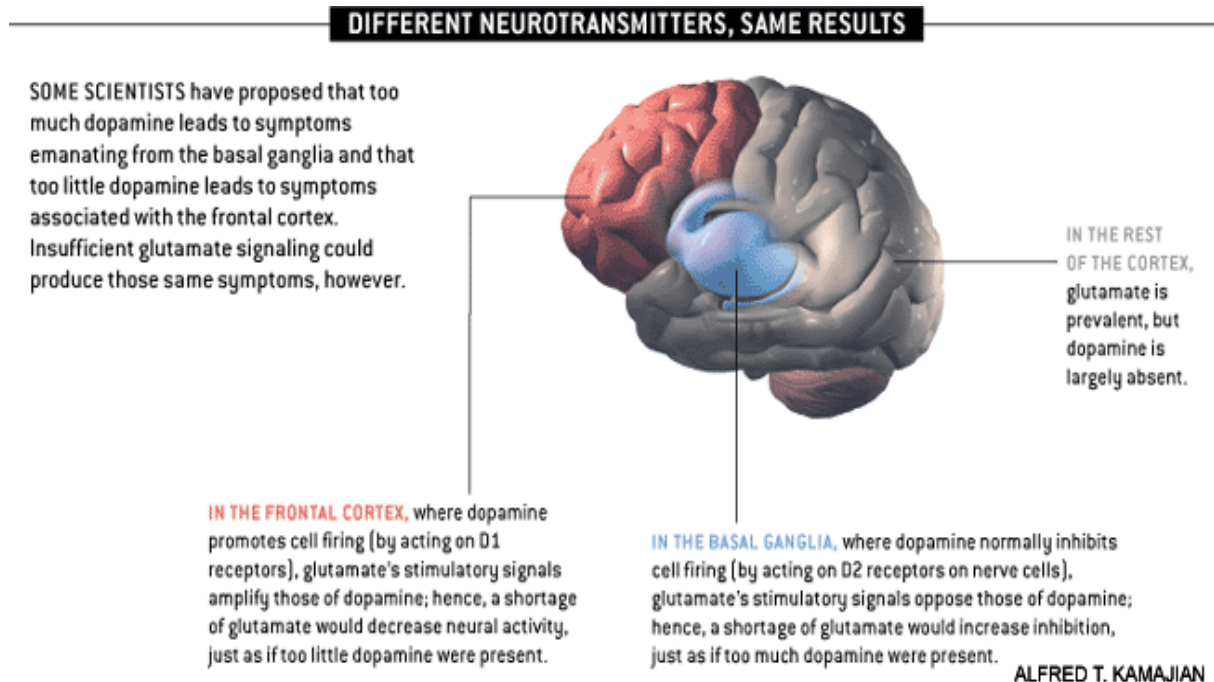
**Sistema Auditivo** – Permite aos seres humanos ouvir e entender a fala. Na esquizofrenia, hiperatividade da área da fala (chamada de área de Wernicke) pode criar alucinações auditivas - a ilusão de que os pensamentos gerados internamente são vozes reais que vêm de fora.

**Lobo Occipital** – Processa informações sobre a palavra visual. Pessoas com esquizofrenia raramente têm alucinações visuais completas, mas distúrbios na área contribuem para dificuldades na interpretação de imagens complexas, reconhecer o movimento, e ler as emoções de outros rostos. A maioria dos esquizofrênicos tem um acompanhamento visual lento.

**Hipocampo** – Media a aprendizagem e a formação de memória. Funções interligadas que estão prejudicadas na esquizofrenia. Há hipóteses de que, na esquizofrenia, a transmissão glutamatérgica esteja alterada no interior do hipocampo

**Figura 2 – O cérebro na Esquizofrenia (tradução)**

Fonte: Alfred T. Kamajian em <http://schizophrenia.com/schizpictures.html>



**Figura 3 – Neurotransmissores Diferentes, os Mesmos Resultados**

Fonte: Alfred T. Kamajian em <http://schizophrenia.com/schizpictures.html>

#### Neurotransmissores Diferentes, os Mesmos Resultados

Alguns cientistas propuseram que o excesso de dopamina conduz assim os sintomas que emanam dos gânglios da base e que muito pouca dopamina leva a sintomas associados com o córtex frontal. Entretanto a insuficiência de glutamato pode produzir os mesmos sintomas.

**No Córtex Frontal** – Onde a dopamina promove células disparando (atuando em D1 receptor), glutamato sinal estimulante ampliam os princípios da dopamina; portanto, uma falta de glutamato se diminuir a actividade neuronal, tal como se muito pouco dopamina estavam presentes.

**No Resto do Córtex** – O glutamato é prevalente, mas a dopamina é praticamente inexistente.

**Nos Gânglios da Base** – A dopamina normalmente inibe o disparo das células (por atuar em D2 receptores nas células nervosas). Sinais estimuladores de Glutamato se opõem aos da dopamina; portanto, a falta de glutamato aumentaria a inibição, mesmo com muita dopamina estando presentes.

**Figura 4 – Neurotransmissores Diferentes, os Mesmos Resultados (tradução)**

Fonte: Alfred T. Kamajian em <http://schizophrenia.com/schizpictures.html>



Embora acometa apenas 1% da população mundial a esquizofrenia é um grave problema social. Em países desenvolvidos cerca de 60% da população que vive nas ruas são esquizofrênicos que foram abandonados pelas famílias ou que acabaram fugindo de suas casas. Em países como o Brasil, devido à desigualdade social onde muitas pessoas saudáveis vivem nas ruas por conta da miséria esse número fica em torno de 20 a 30%. A esquizofrenia custa para o governo dos Estados Unidos da América (EUA), 40 bilhões de dólares (PALMEIRA, GERALDES E BEZERRA, 2009). O custo para tratamento é alto, cerca de 5.000,00 dólares anual para cada paciente, isso sem contar as perdas salariais e horas gastas pelos familiares cuidando do paciente. No Brasil, não existem números oficiais, mas estima-se que existam dois milhões de pessoas com esquizofrenia (PALMEIRA, GERALDES E BEZERRA, 2009; LOUZÃ, 1995).

O curso da doença é dividida em quatro fases. A primeira é a pré-mórbida, que se estende desde o período intrauterino até adolescência onde é caracterizada pela exposição aos fatores de risco. A segunda fase é a prodrômica, fase essa onde já surgem os sintomas atenuados e inicia o declínio funcional. Na terceira fase, é onde acontece o primeiro episódio psicótico, geralmente após o uso de alguma substância ou de algum evento estressor. Na quarta fase ocorre o platô: os sintomas positivos diminuem e os negativos se acentuam mais (ORTIZ, LACAZ, 2012).

## 2.2 SINTOMAS

A palavra sintoma vem dos étimos gregos syn (= com) + piptein (= cair) e indica que existe um signo, sinal de que há algo, sentido ou observado, que está anunciando uma possível doença (ZIMERMAN, 2012). De acordo com o Dicionário Online de Português (2014), sintoma refere-se a uma indicação, intuição, manifestação, mostra, palpite, pressentimento, sinal ou suspeita. Na área da medicina refere-se às manifestações que, (dor, febre, náuseas etc.), indicadas por determinadas doenças, auxiliam no estabelecimento de um diagnóstico, ou ainda numa acepção mais extensa, ato que consiste na manifestação de modificações orgânicas ou funcionais.

Após a doença propriamente dita se manifestar de vez no indivíduo o quadro de sintomas da esquizofrenia são divididos em dois grupos: Positivos e Negativos. Porém, é demasiadamente importante conhecer os eventos que antecedem o primeiro surto. Dessa forma o aparecimento da doença poderia ser antecipado.

### 2.2.1 Sintomas Pré-mórbidos e Prodrômico

Já em 1909 Emil Kraepelin afirmava que o surgimento da doença é lento e pode durar décadas. O surgimento da esquizofrenia é precedido por uma série de eventos que os familiares relatam dificuldade em perceber alterações no comportamento, tanto é comum ouvir frases como “ele sempre foi diferente” (MORIYAMA, 2012).

De acordo com os estudos, sinais e sintomas pré-mórbidos aparecem antes da fase prodrômica. A personalidade da pessoa costuma ser silenciosa, passiva e introvertida, tendo geralmente poucos amigos na infância. Na adolescência podem não ter amigos próximos nem interesses românticos e também evitar esportes de equipe, buscam atividades isoladas socialmente tais como assistir filmes, ouvir musica ou jogar *games* de computador (SADOCK E SADOCK, 2007).

Os sentimentos que os pacientes experimentam também são vários, alguns relataram que no começo da doença sentem um sentimento de estranheza, uma confusão sobre de onde vem os sintomas e se perguntam o porque tem ocorrido mudanças na sua vida diariamente. Intensifica-se a sensação de serem diferentes e passam a se isolar e evitar o contato com outros. A vida cotidiana é povoada por uma sensação geral de mal estar e ansiedade, evidenciando os períodos de terror intenso devido a um mundo onde tudo parece perigoso e incontrolável (BALLONE, 2008).

Em 1958, Klaus Conrad Escreveu o livro, *La Esquizofrenia Incipiente*, onde deu exemplos e descreveu o que se passa na mente de um esquizofrênico antes do primeiro surto. Para Conrad, o esquizofrênico sente-se como se fosse o centro do universo. Tudo ao seu redor tem um significado especial que precisa ser decifrado. Por isso, é comum uma tendência ao isolamento e a busca por leituras de temas que exijam maior introspecção como filosofia, religião, ocultismo, entre outros. São vários os sintomas que podem anteceder o primeiro surto, pois não existe um padrão sintomático pré estabelecido pela doença. Cada sujeito é único e a maneira como a doença vai se manifestar também. A *Tabela 3* exemplifica os principais sintomas do pródromo<sup>5</sup> da esquizofrenia (PALMEIRA, GERALDES E BEZERRA, 2009).

---

<sup>5</sup> Na medicina, pródromo é um sinal ou grupo de sintomas que pode indicar o início de uma doença antes que sintomas específicos surjam.

Tabela 3 – Os principais sintomas do pródromo da esquizofrenia			
Pensamento	Cognição / Percepção	Humor	Comportamento
Idéias estranhas, incomuns.	Dificuldade de concentração.	Preocupação, ansiedade, tensão, humor instável.	Inquieto, agitado.
Idéias vagas, de que alguma coisa está errada.	Esquecido, confuso, atrapalhado.	Sentimento de vazio, de irrealidade.	Impulsivo, agressivo.
Medos incomuns. Desconfiança, paranóia, idéias de autorreferência.	Desrealização, despersonalização	Irritabilidade. Sente-se cansado, sem energia.	Isolamento, evita mais as pessoas.
Ciúme, sentimento de culpa, grandiosidade.	Distorções da percepção, ilusões.	Rompantes emocionais.	Parece preocupado e com medo.
Pensamento mágico, pensamento obsessivo.		Apatia.	Descuidado da higiene e da aparência.
Novos interesses como filosofia, religião, ocultismo.		Alegre, animado.	Argumenta e discute mais.
		Perplexo.	Necessita que alguém lhe tranquilize.
		Hostil, agressivo.	Prejuízos na escola ou no trabalho.
			Piora do sono e do apetite, perda de peso.
			Fala de maneira confusa, sem nexos.
			Rotina rígida ou imprevisível.

Fonte: Palmeira, Geraldês e Bezerra (2009, p. 24).

Nesse período, o indivíduo busca o isolamento, demonstra perda de interesse nas suas atividades como estudo e trabalho, descuida-se da sua higiene pessoal, por isso, é frequentemente diagnosticado com depressão. Também podem aparecer sintomas físicos de ansiedade tais como taquicardia, tremores e falta de ar. Em alguns casos mais graves, podem ocorrer crises de pânico, desmaios entre outros. O que se observa é que o quadro de sintomas vai se intensificando a medida que o primeiro surto se aproxima (PALMEIRA, GERALDES E BEZERRA, 2009).

O período que antecede a eclosão da doença, chamado de Primeiro Episódio Psicótico (PEP), é um momento crítico com altos níveis de estresse e de incerteza para o paciente e para a família. É também um momento oportuno de se buscar ajuda e realizar um tratamento para diminuir os efeitos devastadores da esquizofrenia, permitindo assim ao paciente um maior entendimento e uma vida mais saudável (PAN, ZUGMAN E CHAVES, 2012). Esse é tema importante que será aprofundado mais adiante.

### 2.2.2 Sintomas Positivos

Os sintomas positivos são atípicos a população e são mais facilmente reconhecidos, incluem delírios, alucinações, ideias bizarras, comportamentos bizarros, agitação psicomotora e produção linguísticas novas (*neologismo*<sup>6</sup> e *parafasia*<sup>7</sup>) (PALMEIRA, GERALDES E BEZERRA, 2009).

Por definição de Delírio, temos uma falsa crença baseada na percepção incorreta sobre a realidade externa capaz de interferir no comportamento, nas atitudes, nas relações e na forma da pessoa avaliar e julgar uma determinada situação (PALMEIRA, GERALDES E BEZERRA 2009; SADOCK E SADOCK, 2007). A palavra *delírio* é formada a partir dos étimos latinos *de* (= sair de, afastado de) + *lira* (= sulco feito pelo arado), ou seja: sair da rota traçada no arado, ou como se diz em nossa gíria popular: “fora da casinha”. É ainda derivada do latim *deliriu*, que tem significado de perturbação mental, podendo ter características variáveis qualitativas e quantitativas. Em termos qualitativos assumem a forma de perseguição, grandeza, ciúme, etc., já em termos quantitativos, os delírios podem vir acompanhados de alucinações em quantidade tão intensa que deixa o paciente desorganizado e podendo entrar num estado de agitação psicomotora (ZIMMERMAN, 2012).

Os delírios que o paciente apresenta não são decorrentes de traumas ou experiências de vida da pessoa e não podem ser explicadas ou modificadas através do uso da lógica de terceiros, ela simplesmente surge espontaneamente (PALMEIRA, GERALDES E BEZERRA 2009). São vários os tipos de delírios que o paciente pode apresentar, na *Tabela 4*, podem ser visualizados alguns exemplos.

---

<sup>6</sup> **Neologismo** - É a ação de atribuir novos significados (ou sentidos) a palavras que já existem na língua, devido à necessidade de designar novos objetos ou novos conceitos. Utilização de novas palavras, compostas a partir de outras que já existem, num mesmo idioma ou não (DICIONÁRIO, 2014).

<sup>7</sup> **Parafasia** – Distúrbio de linguagem, que consiste na troca e na deformação de palavras (DICIONÁRIO, 2014)

Tabela 4 – Exemplo de Tipos de Delírios	
Tipo de Delírio	Exemplo
<b>Delírio de Perseguição</b>	Falsa crença de que está sendo assediado, enganado ou perseguido. Popularmente conhecido como paranoia ou mania de perseguição, é o tipo mais comum na esquizofrenia, particularmente na esquizofrenia paranoide.
<b>Delírio de Autorreferência</b>	Decorre da crença de que o paciente é o centro das atenções, como se ele fosse o centro das atenções. O mais comum é a pessoa achar que estranhos estão comentando a seu respeito e o olhando na rua. A pessoa pode ficar com medo de sair de casa, ou sair disfarçado para que ninguém o identifique.
<b>Delírio Místico ou Religioso</b>	O tema mais comum em nossa cultura está ligado a Bíblia e às religiões cristãs. Alguns pacientes desenvolvem o hábito de lê-la exaustivamente e a fazer interpretações literais. Ele passa a falar de Deus ou a pregar a palavra divina compulsivamente, pode acreditar ser um messias, ou um enviado de Cristo, ser um apóstolo ou o próprio Jesus.
<b>Delírio de Grandeza</b>	Concepção exagerada acerca da própria importância, poder ou identidade. Uns acreditam ter dons especiais, como prever o futuro, influenciar pessoas, clima, guerras, ou acreditam ser alguém famoso ou personagens históricos, como Napoleão, Hitler, Jesus, etc.
<b>Delírio de Possessão</b>	Quando o paciente acredite estar possuído por um espírito ou encarnado em outra pessoa, não reconhecendo seus atos e pensamentos próprios.
<b>Delírio da Influência ou do Controle</b>	Quando o paciente acredita ser capaz de influenciar ou está sendo influenciado por outras pessoas, através de telepatia. Através desse dom é possível: ouvir, remover, implantar ou controlar o pensamento e as emoções de alguém.
<b>Delírio Sistematizado</b>	Crença ou crenças falsas unidas por um único evento ou tema (ex. a pessoa está sendo perseguida pela CIA, FBI ou máfia)
<b>Delírio Bizarro</b>	Falsa crença, estranha e totalmente absurda (ex. invasores do espaço implantaram eletrodos no cérebro de alguém).
Fontes: Palmeira, Geraldine e Bezerra, 2009, p. 53-57 Sadock, Sadock, 2007, p. 314-315	

As *Alucinações*<sup>8</sup> são falsas percepções sensoriais de objetos, sem associação a estímulos externos reais e que possuem as mesmas características das percepções reais. Por serem sensoriais pode afetar qualquer um dos cinco sentidos: audição, visão, olfato, paladar e tato, sendo que as mais comuns são as auditivas. São resultado de um funcionamento anormal no cérebro que cria falsas percepções internas como sendo externas. Por exemplo, o paciente pode confundir seus pensamentos com vozes externas e acreditar que alguém esteja falando

<sup>8</sup> Alucinações – o verbo alucinar deriva de *a* (privação de) + *lucinare*, do latim *lux* e genitivo *lucis*, isto é luz, ou seja, uma percepção distorcida devida a uma falta de luz (ZIMERMAN, 2012).

com ele. Esse fenômeno é chamado de sonorização do pensamento, é um fenômeno alucinatório e é raramente encontrado em outras doenças psiquiátricas que não seja na esquizofrenia (PALMEIRA, GERALDES E BEZERRA, 2009; LOUZÃ, 1995).

Na *Tabela 5* podem-se ver exemplos dos tipos de alucinações que acometem os indivíduos com esquizofrenia.

Tabela 5 – Os Tipos de alucinações de acordo com o sentido		
Sentidos	Classificação da alucinação	Exemplos
Audição	Alucinações auditivas	Escuta barulhos estranhos, vozes de pessoas comentando a seu respeito ou ameaçando-o, murmúrios ou vozes cochichando.
Visão	Alucinações visuais	Vê cores ou pontos luminosos, vê pessoas estranhas, bichos, objetos, vultos.
Olfato	Alucinações olfativas	Sente cheiro de podre, de carniça, de urina, de fezes, de perfume, de produtos químicos.
Paladar	Alucinações gustativas	Sente o gosto de estragado, de urina, de fezes, de produtos químicos, de venenos.
Tato	Alucinações táteis	Sente arrepios, queimação, agulhadas, sensações de bichos andando pela pele
Funcionamento corporal	Alucinações cenestésicas	Sensações bizarras como o intestino se contorcendo, o coração explodindo, o cérebro de derretendo, bichos andando dentro do corpo.
Fonte: Exemplos dos tipo de alucinações de Palmeira, Gerales e Bezerra (2009, p. 62).		

Vale ressaltar que as alucinações assim como os delírios podem ocorrer em outros distúrbios psiquiátricos (depressão, transtorno bipolar, alcoolismo) e neurológicos (isquemia ou derrame cerebral, demência, tumores, esclerose múltipla) (PALMEIRA, GERALDES E BEZERRA, 2009).

Quanto à *Organização do Pensamento*, na esquizofrenia todos os elementos linguísticos necessários para uma boa comunicação podem estar alterados. Por isso, é comum, especialmente em momentos de crise, que o discurso de alguns pacientes seja totalmente desconexo, confuso ou vago. O delírio e a forma de organização do pensamento embora sejam coexistentes, sofrem alterações independentes, de forma que um paciente que tenha um

conteúdo bastante fantasioso pode ter um discurso bem organizado e em contrapartida um paciente com pouco delírio pode ter um discurso pobre e confuso, alguns chegando a criar palavras novas (*neologismos*) ou dando novo sentido a palavras já conhecidas (PALMEIRA, GERALDES E BEZERRA, 2009). O paciente pode ainda sentir que seus pensamentos são bloqueados, influenciados, controlados ou roubados por outra pessoa (LOUZÃ, 1995).

O grau de desorganização do pensamento pode atingir vários níveis e é impossível prever qual será o grau de cada paciente devido a complexidade do quadro de sintomas que acomete a esquizofrenia.

### 2.2.3 Sintomas Negativos

Nos sintomas negativos estão presentes o humor deprimido, pobreza da fala, apatia, incapacidade de expressar as emoções e o isolamento social. São mais duradouros e estáveis e podem se tornar crônicos e são geralmente confundidos com preguiça, má vontade, depressão por isso torna-se mais difícil o diagnóstico. Devido a menor resposta aos medicamentos o paciente vai, gradativamente, empobrecendo o seu cotidiano (PALMEIRA, GERALDES E BEZERRA, 2009).

Afetividade é a função psíquica responsável pela forma como vamos expressar nossas emoções e sentimentos. Chamamos de afeto a forma como vamos expressar essa afetividade, e quando existe uma coerência no afeto, podemos perceber sem a necessidade de verbalização se é algo que está agradando ou não ao outro. Muitas vezes um olhar de reprovação, um gesto ou uma cara feia de um pai, por exemplo, é o suficiente para chamar a atenção de um filho desobediente (PALMEIRA, GERALDES E BEZERRA, 2009).

A pessoa com esquizofrenia tem grande dificuldade de moldar seus afetos, isto é, perde a capacidade de expressar suas emoções, ficando indiferente a todos a sua volta. Pode ocorrer também a incongruência afetiva, onde o paciente apresenta reações afetivas não adequadas ao contexto, por exemplo, rir de uma situação triste (LOUZÃ, 1995).

A vontade é uma função psíquica que nos move em direção a nossos objetivos. Na esquizofrenia os pacientes tornam-se inertes, não se envolvem em atividades, ficam a maior parte do tempo ociosos e tem grande dificuldade em iniciar, persistir e concluir algo. Muitas pessoas tomam esse sintoma como “preguiça”, porém, essa falta de vontade é um sintoma que faz parte do quadro negativo. A falta de vontade faz com que a pessoa não tome banho, não cuide da sua higiene e da aparência, geralmente ajudam pouco nas atividades de casa e

reclamam quando são cobrados ou forçados a colaborar (PALMEIRA, GERALDES E BEZERRA, 2009).

Outros sintomas podem ser observados em pacientes com esquizofrenia tais como alterações da motricidade, onde o paciente pode apresentar posturas estranhas, ficar sem falar ou andar, ou até ficar parados como uma “estátua” por horas. Podem ainda, apresentar dificuldade de atenção e concentração, dificuldades de memórias, apresentar comportamentos bizarros ou excêntricos, utilizar roupas diferentes, trocar o dia pela noite, entre outros (LOUZÃ, 1995).

### 2.3 TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

Segundo os critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), a esquizofrenia pode ser dividida em cinco subtipos: paranóide, desorganizada, catatônica, indiferenciada e residual. A Classificação Internacional de Doenças (CID 10), por sua vez, usa nove subtipos de esquizofrenia: paranóide, hebefrênica, catatônica, indiferenciada, depressão pós-esquizofrênica, residual, simples, outras esquizofrenias e esquizofrenias não especificadas (SADOCK BEN E SADOCK VIR, 2007).

Tabela 6 – Subtipos da Esquizofrenia segundo o DSM-IV-TR e o CID-10			
Segundo o DSM-IV-TR		Segundo o CID-10	
295.10	Tipo Desorganizado	F20.0	Esquizofrenia paranóide
295.20	Tipo Catatônico	F20.1	Esquizofrenia hebefrênica
295.30	Tipo Paranóide	F20.2	Esquizofrenia catatônica
295.60	Tipo Residual	F20.3	Esquizofrenia indiferenciada
295.90	Tipo Indiferenciado	F20.4	Depressão pós-esquizofrênica
		F20.5	Esquizofrenia residual
		F20.6	Esquizofrenia simples
		F20.8	Outras esquizofrenias
		F20.9	Esquizofrenia não especificada

Fonte: DSM-IV-TR (2002, p. 308); CID-10 (1993).



Tabela 7 – Tabela de Critério Diagnóstico para Esquizofrenia segundo o DSM-IV-TR

<p>A. <i>Sintomas característicos</i>: No mínimo dois dos seguintes quesitos, cada qual presente por uma porção significativa de tempo durante um período de um mês (ou menos, se tratados com sucesso):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>[1] delírios</li> <li>[2] alucinações</li> <li>[3] discurso desorganizado (p. ex., frequente descarrilamento ou incoerência)</li> <li>[4] comportamento acentuadamente desorganizado ou catatônico</li> <li>[5] sintomas negativos, isto é, embotamento afetivo, alogia ou abulia</li> </ul> <p><b>Nota:</b> apenas um sintoma do Critério A é necessário quando os delírios são bizarros ou as alucinações consistem em vozes que comentam o comportamento ou os pensamentos da pessoa, ou duas ou mais vozes conversando entre si.</p> <p>B. <i>Disfunção social/ocupacional</i>: Por uma porção significativa do tempo desde o início da perturbação, uma ou mais áreas importantes do funcionamento, tais como trabalho, relações interpessoais ou cuidados pessoais, estão acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início (ou quando o início se dá na infância ou adolescência, incapacidade de atingir o nível esperado de realização interpessoal, acadêmica ou profissional).</p> <p>C. <i>Duração</i>: Sinais contínuos da perturbação persistem pelo período mínimo de seis meses. Esse período de seis meses que deve incluir pelo um mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que satisfazem o Critério A (i. e., sintomas da fase ativa) e pode incluir períodos de sintomas prodrômicos ou residuais. Durante estes períodos, os sinais da perturbação podem ser manifestados apenas por sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas relacionados no Critério A presentes de forma atenuada (p. ex., crenças estranhas, experiências perceptuais incomuns).</p> <p>D. <i>Exclusão de transtorno esquizoafetivo e transtorno do humor</i>: O transtorno esquizoafetivo e o transtorno do humor com características psicóticas foram descartadas porque (1) nenhum episódio depressivo maior, maníaco ou misto ocorreu concomitantemente aos sintomas da fase ativa; ou (2) se os episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, sua duração total foi breve com relação à duração dos períodos ativo e residual.</p> <p>E. <i>Exclusão de substâncias/condição médica geral</i>: A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex., uma droga de abuso, um medicamento) ou a uma condição médica geral.</p> <p>F. <i>Relação com um transtorno global do desenvolvimento</i>: Se existe história de transtorno autista ou de outro transtorno global do desenvolvimento, o diagnóstico adicional de esquizofrenia é feito apenas se delírios ou alucinações proeminentes também estão presentes pelo período mínimo de um mês (ou menos se tratados com sucesso).</p> <p><b>Classificação do curso longitudinal</b> (pode ser aplicada somente após um ano do aparecimento dos sintomas da fase ativa):</p> <p><b>Episódio com sintomas residuais entre os episódios</b> (os episódios são definidos pelo ressurgimento de sintomas psicóticos proeminentes); especificar também se: Com predomínio de sintomas</p> <p><b>Episódio sem sintomas residuais entre os episódios</b></p> <p><b>Contínuo</b> (sintomas psicóticos proeminentes estão presentes durante todo o período de observação); especificar também se: Com predomínio de sintomas negativos</p> <p><b>Episódio único em remissão parcial</b>; especificar também se: Com predomínio de sintomas negativos</p> <p><b>Episódio único em remissão completa</b></p> <p><b>Outro padrão ou padrão inespecificado</b></p> <p>Fonte: DSM-IV-TR (2002, p. 315-316).</p>
---

Tabela 8 – Critérios diagnósticos dos subtipos da Esquizofrenia segundo o DSM-IV-TR.

**295.30 – Tipo Paranóide**

- A. Preocupação com um ou mais delírios ou alucinações auditivas frequentes
- B. Nenhum dos seguintes sintomas é proeminente: discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatônico ou afeto embotado ou inadequado.

**295.10 – Tipo Desorganizado**

- A. Todos os seguintes sintomas são proeminentes:
  - [1] discurso desorganizado
  - [2] comportamento desorganizado
  - [3] afeto embotado ou inadequado
- B. Não são satisfeitos os critérios para o Tipo Catatônico.

**295.20 – Tipo Catatônico**

Ocorre predomínio de no mínimo dois dos seguintes sintomas:

- [1] imobilidade motora evidenciada por cataplexia (incluindo flexibilidade cérea ou estupor)
- [2] atividade motora excessiva (aparentemente desprovida de propósito e não influenciada por estímulos externos)
- [3] extremo negativismo (uma resistência aparentemente sem motivo a todo e qualquer instrução, ou manutenção de uma postura rígida contra tentativas de mobilização) ou mutismo
- [4] peculiaridades dos movimentos voluntários evidenciadas por posturas (adoção voluntária de posturas inadequadas ou bizarras, movimentos estereotipados, maneirismos ou trejeitos faciais proeminentes)
- [5] escolalia ou ecopraxia

**295.90 – Tipo Indiferenciado**

Um tipo de esquizofrenia no qual os sintomas que satisfazem o Critério A estão presentes, mas não são satisfeitos os critérios para os Tipos Paranóide, Desorganizado ou Catatônico.

**295.60 – Tipo Residual**

- A. Ausência de delírios e alucinações, discurso desorganizado e comportamento amplamente desorganizado ou catatônico proeminentes.
- B. Existem evidências contínuas da perturbação, indicadas pela presença de sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas relacionados no Critério A para Esquizofrenia, presentes de forma atenuada (p. ex., crenças estranhas, experiências perceptuais incomuns).

Fonte: DSM-IV-TR (2002, p. 317-320).

### **2.3.1 Esquizofrenia Paranoide**

Presença marcante de delírios de perseguição, de grandiosidade e alucinações. Esses pacientes tem geralmente seu primeiro episódio da doença em idade mais avançada do que os tipos catatônicos ou desorganizados. Tem a sua afetividade mais preservada e uma menor regressão das faculdades mentais do que em outros tipos de esquizofrenia. Devido a ser influenciado pelos delírios e alucinações, seu comportamento torna-se comprometido, apresentando-se tensos, desconfiados, reservados, hostis ou agressivos, mas também com capacidade para comportarem-se de forma relativamente “normal” em algumas situações sociais (PALMEIRA, GERALDES E BEZERRA, 2009; SADOCK BEN E SADOCK VIR, 2007; HOLMES, 1997).

Seu comportamento pode ser mais entendido levando-se em consideração os sintomas que o acometem. Um paciente pode se vestir de Rei por acreditar ser um monarca; pode se identificar como um messias por acreditar que Deus está falando com ele; pode ficar ouvindo musica alta constantemente numa tentativa de silenciar as vozes em sua cabeça, ou ainda pedir para que um familiar lhe retire um chip que alienígenas tenham implantado em sua cabeça, por exemplo.

### **2.3.2 Esquizofrenia Desorganizada ou Hebefrênica**

São frequentemente incoerentes, apresentam humor embotado ou inadequado, discurso desconexo, socialmente retraídas e apresentam comportamentos bizarros tais como trejeitos e maneirismos incomuns (p. ex., sorrisos e caretas incongruentes, ou explodir em risos frequentemente). Possuem o pensamento muito desorganizado o que faz com que apresentem poucos delírios, já que para construção de uma fantasia bem articulada é necessário boa organização. Tem seu início geralmente antes dos 25 anos de idade e possuem uma regressão acentuada para um comportamento mais primitivo, tendo aspectos infantis tanto na expressão de sentimentos e emoções quanto na mímica facial e nos gestos. Sua aparência pessoal é desleixada (descuido da higiene, da maneira de se vestir e da aparência). Seu comportamento social é inadequado, geralmente chamando a atenção e causando constrangimento aos familiares (HOLMES, 1997; PALMEIRA, GERALDES E BEZERRA 2009; SADOCK BEN E SADOCK VIR, 2007).

### **2.3.3 Esquizofrenia Catatônica**

São caracterizados por um distúrbio psicomotor grave que podem variar de imobilidade até hiperatividade e agitação. O paciente pode ficar horas em uma posição incomoda ou bizarra sem qualquer tipo de interação com as demais pessoas, e podem exibir rápidas alternâncias entre os extremos de excitação e estupor. O mutismo também é uma forte característica desse tipo de esquizofrenia. Embora esse tipo fosse bastante comum há várias décadas, atualmente indivíduos com esse tipo de transtorno são raros. A razão para o declínio está aparentemente ligada à melhora das medicações atualmente disponíveis (HOLMES, 1997; SADOCK BEN E SADOCK VIR, 2007).

### **2.3.4 Esquizofrenia Residual ou Simples**

Esses indivíduos tiveram pelo menos um episódio esquizofrênico no passado, e atualmente apresentam alguns sinais de esquizofrenia. É raro observar delírios, alucinações, comportamento desorganizado, pensamento desagregado ou catatonia; por outro lado, observa-se prejuízo nas atividades de vida, perda de interesse, anedonia<sup>9</sup>, pobreza de discurso, embotamento afetivo, retraimento social e comportamento excêntrico (HOLMES, 1997; SADOCK BEN E SADOCK VIR, 2007).

### **2.3.5 Esquizofrenia Indiferenciada**

Consiste na combinação de sintomas de outros subtipos, que não podem ser classificados em qualquer das outras categorias, ou os sintomas satisfazem mais que um tipo de esquizofrenia, não podendo assim ser definido uma especificamente, é o popularmente conhecido “lata-de-lixo” (HOLMES, 1997; SADOCK BEN E SADOCK VIR, 2007).

---

<sup>9</sup> Anedonia – Do grego *hedoné* (prazer). Significa falta ou perda da capacidade de sentir prazer e/ou satisfazer-se, geralmente presente em pessoas diagnosticadas com depressão (ZIMERMAN, 2012).

## 2.4 ESTIGMA NA ESQUIZOFRENIA

A palavra “estigma” vem do grego e simbolizava uma marca ou sinal feito através de um corte ou queimadura com ferro em brasa nas pessoas para distinguir uma condição social inferior como: escravos, criminosos ou traidores. Na Era Cristã, as marcas ganharam o sentido de “graça divina” devido às chagas de Cristo. Já com a medicina, o termo foi usado para definir uma perturbação física, ganhando assim novamente uma conotação negativa (MELO, 2014; VILLARES, ASSIS E BRESSAN, 2012).

Estigmatização é uma condição totalmente incerta de acesso ao poder social, econômico e político, o que permite a identificação das diferenças, a construção de estereótipos, a separação de pessoas rotuladas dentro de uma categoria, o desaprovar, a rejeição, a exclusão e a discriminação (LINK & PHELAN, 2001, p. 367 *apud* SIQUEIRA & CARDOSO, 2011, p. 98).

O estigma é uma das maiores dificuldades encontradas no tratamento das doenças mentais, pois a sociedade estabelece seus modelos padrões de “normalidade” e categoriza as pessoas dentro dele. Os indivíduos que demonstram não se encaixar nesses padrões são excluídos (MELO, 2014; VILLARES, ASSIS e BRESSAN, 2012).

Em nossa sociedade, podemos observar diversas categorias que são estigmatizadas e excluídas socialmente, mas como nosso foco são as doenças mentais e mais especificamente a esquizofrenia, abordaremos somente ela.

O preconceito, o estigma, nasce de velhos ditos populares, velhos tabus, velhos conceitos de que a esquizofrenia é a doença da loucura. Esse preconceito ganha força com a falta de informação que as pessoas tem sobre o quadro de sintomas que acometem os indivíduos com essa doença. Somos culturalmente e socialmente ensinados a não aceitar e a excluir os considerados diferentes.

A esquizofrenia é uma doença mental complexa e com sintomas que vão além da nossa experiência pessoal. Podemos ter compreensão, por exemplo, de transtornos de ansiedade e depressão porque muitos de nós já experimentamos seus sintomas. Porém, uma doença que provoca alucinações e delírios é mais difícil de ser compreendida (HOLMES, 1997).

O doente frequentemente tem comportamentos e atitudes que não são normalmente aceitas, então, como acolher alguém que não negocia suas crenças e ve aos demais como adversários? O que fazer diante de comportamentos que geram vergonha, perplexidade ou assustam? Como se aproximar se tem momentos que a pessoa parece não falar a mesma

língua? Esses são alguns dos pontos que tornam a esquizofrenia uma das doenças mentais com maior estigma (VILLARES, ASSIS E BRESSAN, 2012).

A estigmatização, muitas vezes, começa dentro da própria casa com a família por falta de informação acerca da doença. Ouve-se falar de muitos casos que por não entender o que está acontecendo e acharem que o paciente está “possuído”, familiares procuram ajuda em igrejas, centros espíritas entre outras práticas. O mais impensável é que acabam encontrando “ajuda” para realizar sessões de exorcismo ou descarrego (dependendo da crença) tratando assim o doente e a doença como faziam a cerca de mil anos atrás – possessão demoníaca ou bruxaria, por sorte a inquisição não existe mais.

Muitas pessoas com esquizofrenia nunca chegam a ser diagnosticadas ou tratadas. Algumas vivem exiladas em suas próprias casas, outros são abandonados, enquanto uns fogem do convívio familiar tornando-se moradores de rua, os popularmente conhecidos “loucos de rua” (VILLARES, ASSIS E BRESSAN, 2012). Toda cidade tem o seu “louco”, que é bem atípico e conhecido – ou vários. Possivelmente, ao ler isso você deve estar se recordando de algum. Infelizmente, como já citado anteriormente por Palmeira, Geraldine e Bezerra (2009), boa parte dos moradores de rua são pessoas com esquizofrenia.

Todos os problemas que a doença traz, somadas à falta de um sistema de apoio que auxiliem as suas necessidades especiais, faz aumentar a solidão e a contribuição para prováveis fracassos em suas tentativas de levar uma vida “normal”. Dessa forma, fica fácil entender porque tantas pessoas com esquizofrenia preferem o isolamento social (VILLARES, ASSIS E BRESSAN, 2012).

## 2.5 REFORMA PSIQUIÁTRICA: UMA LEI EQUIVOCADA!?

Impulsionado pelas reformas que Franco Basaglia iniciou na Itália, o Brasil também começou um movimento de Reforma Psiquiátrica no final do anos 70, iniciando um período de denúncias sobre violências e maus tratos que ocorriam nos manicômios. Porém, só em 1989 é que o deputado Paulo Delgado (PT/MG) deu entrada no projeto de Lei que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país (BRASIL, 2005).

A Lei Federal 10.216 do deputado Paulo, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas acometidas por transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental foi aprovada somente em 2001, porém, desde o início dos anos 90, os movimentos

sociais já vinham ganhando força com a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental com a criação dos primeiros CAPS, NASF e dos Hospitais-dias (BRASIL, 2005).

Nessa mesma época, foi criado o programa “De Volta para Casa”. Um processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas, uma forma de garantir ao paciente que ele não acabasse sendo isolado do convívio da sua família e também da sociedade (BRASIL, 2005). Para muitos, apenas uma forma do governo diminuir seus gastos.

Em abril de 2009, o poeta, colunista da Folha de São Paulo e também pai de dois filhos com esquizofrenia Ferreira Gullar<sup>10</sup>, publicaria um inflamado artigo intitulado “Uma Lei Errada”, onde ele faz duras críticas à reforma psiquiátrica, dizendo ser um “produto” que veio do exterior e fora apresentado a classe média burguesa do Brasil, o qual cega aos seus encantos acabou comprando e usando o tal produto que resultou na lei 10.216/2001 também conhecida como: *Lei da Reforma Psiquiátrica*. Para Gullar (2009), cabe então indagar:

[...] por que esse horror à hospitalização do doente mental, quando isso sucede naturalmente com qualquer outro tipo de enfermo, se se faz necessário. A quem ocorreria chamar de antidemocrática a internação de um paciente que contraiu malária ou pneumonia? Se a doença, porém, for esquizofrenia, a coisa muda de figura: para a "psiquiatria democrática", interná-lo é atentar contra a sua liberdade. É que, na verdade, para os antimanicomiais, a esquizofrenia não é uma doença, como o é, por exemplo, a tuberculose ou a diabetes. Para eles, trata-se apenas de um "transtorno" psicológico, cujas causas estão fora do indivíduo: estão na família e na sociedade. Família e sociedade que, para ocultar sua culpa, o internam.

Como Gullar mesmo nos coloca, se um rim, um coração ou um pulmão pode adoecer e a pessoa pode ser internada para ser tratada, por que o cérebro não pode também adoecer? E porque a pessoa não pode ser internada para cuidar do mal que acometendo esse cérebro sem que se tenha que achar culpados por isso. Nenhum pai ou mãe quer abandonar seu filho (a), mas pessoas de baixa renda simplesmente não tem estrutura para cuidar sozinhas de uma pessoa com um transtorno grave como a esquizofrenia. Por isso, a grande discussão é em relação à população que não tem condições de pagar um internamento em uma clínica particular e tinham como única opção o serviço público.

---

<sup>10</sup> **Ferreira Gullar** – pseudônimo de José Ribamar Ferreira é um poeta, crítico de arte, biógrafo, tradutor, memorialista e ensaísta brasileiro e um dos fundadores do neoconcretismo. Nascido em São Luís, 10 de setembro de 1930 é considerado o maior poeta brasileiro vivo. É o postulante da cadeira 37 da Academia Brasileira de Letras. Foi militante do Partido Comunista Brasileiro e, exilado pela ditadura militar, viveu na União Soviética, na Argentina e Chile. O neoconcretismo foi um movimento artístico-literário, surgido como uma forma de reagir aos excessos trazidos pelo concretismo. Enquanto o concretismo era extremamente racional, o neoconcretismo trouxe a subjetividade de volta para o processo de criação artística.

No caso das famílias mais pobres, isso não é tão simples, já que saem todos para trabalhar e o doente fica sozinho em casa. Em alguns casos, deixa de tomar o remédio e volta ao estado delirante. Não há alternativa senão interná-lo. Pois bem, aquela campanha, que visava salvar os doentes de "repressão burguesa", resultou numa lei que praticamente acabou com os hospitais psiquiátricos, mantidos pelo governo. Em seu lugar, instituiu-se o tratamento ambulatorial (hospital-dia), que só resulta para os casos menos graves, enquanto os mais graves, que necessitam de internação, não têm quem os atenda. As famílias de posses continuam a por seus doentes em clínicas particulares, enquanto as pobres não têm onde interná-los. Os doentes terminam nas ruas como mendigos, dormindo sob viadutos. É hora de revogar essa lei idiota que provocou tamanho desastre (GULLAR 2009).

Gullar, assim como muitos adeptos à suas críticas, acreditam que o serviço ao invés de ter sido extinto da maneira como foi, poderia ter sido reformulado e melhorado, bastando para isso que o governo injetasse uma verba nesse setor. Porém, estamos vivendo sob um regime capitalista neoliberalista, onde a premissa é ser um estado parco, ou seja, poucos gastos com políticas públicas. Coincidentemente, ou não, o projeto de lei foi sancionado justamente no período do então presidente Fernando Henrique Cardoso, presidente esse, que deu início ao neoliberalismo no Brasil.

Em 2009, o então deputado federal Germano Bonow<sup>11</sup>, (DEM-RS) que também é médico, viria a criticar a reforma psiquiátrica (conforme Anexo A) e a participar de uma discussão juntamente com o poeta Ferreira Gullar e o psiquiatra Leonardo Palmeira sobre a redução dos leitos psiquiátricos, onde viria expor alguns dados relevantes.

Em 1989, existiam 120 mil leitos psiquiátricos no país. Em 2009, 20 anos mais tarde 80 mil leitos já foram fechados. Os pacientes desses leitos fechados deveriam ser atendidos no programa recém criado justamente para atender esses pacientes, os CAPS. Porém dos 1400 CAPS que existem no país, 660 não tem psiquiatra, porque são do tipo um e existe uma portaria do ministério da saúde onde diz que não há necessidade de ter um psiquiatra, pode ser um médico treinado em saúde mental. O CAPS do tipo três que devem ter dois psiquiatras e atendem 24 horas por dia, sete dias por semana, é um ambulatório para a cidade que serve de retaguarda para os postos de saúde, 20 anos depois da criação do projeto ainda existem 16 estados no país que não possui nenhum CAPS III (ESQUIZOFRENIA, 2009).

O Hospital Psiquiátrico São Pedro, de Porto Alegre, em 1972, tinha 5500 pacientes, hoje (em 2009), tem 140 pacientes. Na época criou-se um programa chamado residência terapêutica, em que esses pacientes que saíssem de hospitais como o São Pedro e precisassem

---

<sup>11</sup> **Germano Bonow** – Médico, formado pela Faculdade Católica de Medicina de Porto Alegre e com especialização em Saúde Pública, nasceu em Porto Alegre em 05 de abril de 1942. Trabalhou como médico e professor, além de ter sido eleito Deputado Estadual por quatro mandatos consecutivos, de 1987 a 2002, e Deputado Federal de 2006 a 2010. Foi por repetidas vezes secretário da saúde e do meio-ambiente do estado do Rio Grande, e ocupou cargos no INPS e BRDE.



de um apoio, iriam para uma residência que comportaria até oito pacientes e contariam com uma supervisão. Junto com esse programa teria o programa De Volta Para Casa, onde os pacientes voltariam para a casa de seus familiares e ainda receberiam uma ajuda financeira em torno de R\$ 400,00 por mês. Somando os beneficiários dos Dois programas no país inteiro não chega a 6 mil pacientes em 2009, onde que em um único hospital tinham 5500 pacientes, então a pergunta que o deputado deixa é: onde estão os doentes mentais? Será que estão sendo tratados de forma adequada? (ESQUIZOFRENIA, 2009).

Como já exposto anteriormente, existem dados que indicam que boa parte da população de rua é composta por pessoas com esquizofrenia. A princípio, tirar as pessoas dos hospitais psiquiátricos parecia ser algo muito bom, mas se olharmos com outros olhos será que muitas dessas pessoas que estavam internadas não estão agora perambulando pelas ruas? Será que “libertar” esses pacientes realmente foi algo bom? Não seria melhor uma reforma na maneira como as pessoas eram tratadas lá dentro?

Voltar no tempo é impossível, então qual seria a solução? Um aumento dos leitos psiquiátricos? A criação de hospitais especializados em atendimento psiquiátrico talvez? Na Europa, antes de ser implantada a reforma psiquiátrica, as famílias foram preparadas para receber os pacientes de volta. No Brasil não. Talvez aí é que esteja a grande diferença.

Após a reforma psiquiátrica, os familiares passaram a ter um envolvimento afetivo e social que antes não tinham e na maioria das vezes essas pessoas ainda não estão adaptadas a essa situação (ALMEIDA, 2010). É necessário investir na capacitação e no atendimento dos familiares, para que eles possam suportar a carga emocional em lidar com os pacientes.

Esse é um tema polêmico, que divide opiniões, porém não cabe nesse momento aprofundar mais. No entanto, vale a reflexão!

## 2.6 ESQUIZOFRENIA PELA VISÃO DE UM ESQUIZOFRÊNICO

Embora sentindo com maior ou menor intensidade, pessoas com transtornos mentais graves, fatalmente irão sofrer os efeitos da ansiedade, e terão que aprender a lidar com ela todos os dias, pois um dia nos remete ao outro e a novos fatos, a novas descobertas, gerando novas ansiedades e novas angústias. Quanto mais ansiosos e angustiados estivermos, mais suscetíveis a uma luta de forças antagônicas em nosso aparelho psíquico (CORREA, 2012).

Para Correa<sup>12</sup> (2012), existem quatro estágios no aparelho psíquico: o *Esquizofrênico* (psicoses), onde existe uma substituição de uma realidade por outra; o *Depressivo*, que é inerente a cada um e existe um contato com a realidade pré-estabelecida; o *Eufórico*, definido pela alegria, felicidade e euforia; e o *Nirvana*; que seria a paz ou o a tranquilidade absoluta.

Essas forças antagônicas nada mais são que dualidades como o amor e o ódio; a loucura e a lucidez; a vida e a morte; o bom e o mau, etc. Essas lutas podem ocorrer em nossa mente até nas coisas mais simples durante nosso dia a dia e podem tanto ser benéficas como maléficas. Não saber lidar com nossas forças antagônicas pode acarretar em uma neurose, em uma desestruturação do aparelho psíquico induzindo o indivíduo a criar uma nova realidade que confronte com o pensamento normal, levando o indivíduo a fugir dos padrões vigentes na sociedade (CORREA, 2012).

Enclausurar a psicose e o fato da mudança da realidade é condenar o psicótico à irracionalidade sem remédio, é não reconhecer o significado e o seu padecimento no desajuste psíquico, frente aos padrões pré-estabelecidos, é deixa-lo aprisionado ao seu código particular, sem poder traduzir numa linguagem compartilhada aquilo que se expressa com tanta veemência e desespero (CORREA, 2012, p. 54).

O fato da dificuldade nos esquizofrênicos em aderir ao tratamento medicamentoso reside justamente nesse medo de perder seus pensamentos, que pra eles são tão importantes. Correa (2012), acredita que a expressão dos pensamentos é uma forma de criação artística e que médicos psiquiatras e psicólogos muitas vezes na ânsia de ajudar, acabam por excluir e causar mais dor e sofrimento a esses pacientes.

---

<sup>12</sup> **Correa** – Jorge Correa (nuninho) o esquizofrênico como ele mesmo se intitula, é um ex-reporter que trabalhou na Rede Globo nos anos 80 e devido ao consumo excessivo de drogas ilícitas acabou desenvolvendo esquizofrenia. Hoje morador de uma cidade do Oeste Catarinense, escreveu um livro ainda não publicado no qual descreve seus pensamentos, a sua mente esquizofrênica atormentada em busca de alívio. Tivemos o prazer de conhecer Nuno (como gosta de ser chamado) em 2010 quando apresentou-se para nossa turma em formação de psicologia trazendo um relato de sua vida pessoal, sobre como a esquizofrenia se manifestou e mudou todo o curso da sua vida.

Da mesma forma pensava o psiquiatra Escocês Ronald David Laing (1927-1989), que embora tenha sido desacreditado pelo sistema psiquiátrico por não ter sido capaz de desenvolver uma alternativa viável ao tratamento médico convencional, acreditava que a esquizofrenia não é algo herdado, mas sim uma reação a situações impossíveis de serem vividas. Laing argumentava que os remédios prejudicam a capacidade cognitiva e, interferiam no processo natural de cura, pois para ele o comportamento anormal e a fala confusa dos esquizofrênicos nada mais é que expressões validas de angústias (COLLIN, 2012).

Para Frederick J. Frese III<sup>13</sup>, que tem esquizofrenia, é importante que a pessoa tenha consciência da natureza e das particularidades da doença que o acomete a fim de que se possa desenvolver suas próprias estratégias de enfrentamento. Ele coloca que por conta do transtorno é difícil fazer uma distinção do que é um comportamento normal de um “anormal”, por isso é necessário e muito útil ter uma pessoa normal – e por normal queremos dizer sem esquizofrenia – e confiável ao lado para que possa orientar quais pensamentos podem ser partilhados e quais seriam melhor guardar para si mesmo. Por exemplo, se você está ouvindo vozes, o mais sábio é não responder a elas enquanto houver outras pessoas por perto. Frese coloca que da mesma maneira que os cegos aprendem a usar bengalas e cães, e pessoas com limitações físicas aprendem a usar muletas e cadeira de rodas; esquizofrênicos podem adquirir um auto conhecimento, e se beneficiar de um feedback de familiares. Obviamente nem sempre um feedback vai ser suficiente e devido a complexidade da esquizofrenia, haverá momentos que a razão será sobrepujada, e nessa hora é necessário alguma compreensão por parte das demais pessoas no ambiente (HOLMES, 1997).

Embora atualmente todos os tratamentos para esquizofrenia envolvam o uso de remédios, não se pode negar a importância do tratamento psicoterápico e que muitas vezes estamos tão preocupados em “curar” o paciente que nos esquecemos do afeto envolvido e que mesmo eles estando nessa condição patológica complexa, para eles aquilo tudo é normal. Por isso, um trabalho em conjunto e apoio da família é essencial no tratamento de um paciente com esquizofrenia, pois é no seio familiar onde os laços afetivos mais fortes podem ser desenvolvidos.

---

<sup>13</sup> **Frederick J. Frese III** – Ph.D. é um psicólogo que se especializou na área de esquizofrenia há mais de 40 anos. Diagnosticado com a doença quando tinha 25 anos, ele tem trabalhado incansavelmente como praticante e defensor dos pacientes e suas famílias. Apesar da sua deficiência graduou-se em psicologia na American Graduate School of International Management, em Phoenix, AZ; e um doutorado em psicologia da Universidade de Ohio. Criou uma estratégia ambiciosa para envolver os cidadãos, profissionais em diversas áreas, e os formuladores de políticas em todos os níveis de governo. O objetivo do projeto é promover o consenso sobre a forma de melhorar os tipos de apoio e tratamento disponíveis para as pessoas com doença mental. Fred é chamado de "um tesouro nacional." Um escritor prolífico e um orador excepcional, venerado tanto por seu senso de humor e sua notável capacidade de traduzir a investigação e as políticas públicas em informação útil.

## 2.7 ESQUIZOFRENIA E A FAMÍLIA

São três as formas adotadas pelas famílias de comportamento perante a doenças crônicas como é o caso da esquizofrenia. Na primeira estão presentes as atitudes tradicionais de isolamento ou segregação do paciente. Muitas vezes amarrados ou acorrentados, os doentes eram escondidos e isolados em quartos sem janelas, solitárias, ou cômodos no fundo de quintais. Essa prática que servia para proteger a família de possíveis agressões era mais comum em zonas rurais, porém também são encontradas nas áreas urbanas e na verdade elas mais protegem a família da vergonha de ter um membro “louco” (LOUZÃ, 1995).

Na segunda, os pacientes são rejeitados pela família. Eles acabam sendo destinados a hospitais psiquiátricos onde são abandonados e esquecidos. Já na terceira forma, busca-se integrá-lo na família e na comunidade, pois o paciente é visto como um sujeito passível de uma vida normal (LOUZÃ, 1995).

Cada um tem seu papel social determinado, seja prover o sustento da casa, cuidar dos filhos, organizar o lar, estudar, entre outros. As pessoas sentem-se valorizadas e motivadas quando conseguem cumprir com seu papel. Na esquizofrenia os indivíduos apresentam certas dificuldades em executar determinadas tarefas, o que pode acarretar em desinteresse em certas atividades e em sentimentos de menos valia. A falta de receptividade e estímulo acabam por aumentarem sua baixa autoestima, fazendo com que cada vez mais o paciente se retraia (PALMEIRA, GERALDES E BEZERRA, 2009).

Nas atuais abordagens, cada vez mais se tem levado em conta o papel da família como principal suporte aos indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia. Holmes (1997), coloca a importância do envolvimento da família com os pacientes destacando três elementos que devem estar envolvidos. O primeiro seria educar paciente e família para que possam entender a doença de forma a torná-la menos assustadora e poder lidar com ela de forma mais realista. O segundo elemento trata de reduzir o estresse de forma a tornar o clima emocional menos exacerbado, pois um clima familiar desfavorável pode piorar os sintomas. A terceira meta é ensinar aos pacientes estratégias para lidar com os sintomas de forma que o paciente possa evitar ambientes superestimulantes.

Da mesma forma, Abreu (2006), propõe que a terapia familiar é útil na promoção de mudança de comunicação, reduzindo o nível de emoção expressa, aumentando o suporte social, possibilitando maior adesão ao tratamento.

## 2.8 CURSO E PROGNÓSTICO

A esquizofrenia é uma doença, até o momento, sem cura, ou seja, vai durar a vida toda, como a diabetes ou hipertensão. Seu curso normal é de exacerbação e remissão. Após o primeiro episódio psicótico, o paciente se recupera de forma gradual, porém as recaídas são comuns e a maioria vai necessitar de cuidados médicos e medicação pelo resto de suas vidas. O padrão da doença durante os primeiros cinco anos após o diagnóstico, geralmente indicam o curso do paciente (SADOCK E SADOCK, 2007; DEITOS, 2005).

Tabela 9 – Evolução Pós-Surto (5 anos).
17% - remissão completa (volta ao normal) após o primeiro surto sem outro surto.
13% - remissão parcial sem outros episódios psicóticos (surtos).
15% - pelo menos mais um episódio psicótico (surto) sem voltar totalmente ao normal (remissão completa).
33% - tem mais de um episódio psicótico (surto) sem remissão completa entre os episódios.
19% - continuamente psicóticos desde o início da doença (não volta mais ao normal).
Fonte: Deitos (2005, p. 152).

A cada nova recaída fica mais difícil para o paciente retornar ao nível de funcionamento anterior. Com o tempo os sintomas positivos tendem a ficar menos graves, mas os sintomas negativos geralmente ficam mais exacerbados. Por isso, familiares atentos podem perceber mudanças que estejam ocorrendo no paciente e buscar a intervenção médica antes de um novo surto (SADOCK E SADOCK, 2007; DEITOS, 2005).

Tabela 10 – Fatores de contribuem para um bom ou mau prognóstico na esquizofrenia	
Bom Prognóstico	Mau Prognóstico
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Início tardio</li> <li>• Fatores desencadeantes óbvios</li> <li>• Início agudo</li> <li>• Boa história social, sexual e profissional pré-mórbida</li> <li>• Sintomas de transtornos do humor (especialmente transtornos depressivos)</li> <li>• Estado civil casado</li> <li>• História familiar de transtornos do humor</li> <li>• Sistemas de apoio fortes</li> <li>• Sintomas positivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Início na juventude</li> <li>• Ausência de fatores desencadeantes</li> <li>• Início insidioso (apareceu lentamente)</li> <li>• História social, sexual e profissional pré-mórbida pobre</li> <li>• Comportamento retraído, autista</li> <li>• Estado civil solteiro, divorciado ou viúvo</li> <li>• História familiar de esquizofrenia</li> <li>• Sistemas de apoio fracos</li> <li>• Sintomas negativos</li> <li>• Sinais e sintomas neurológicos</li> <li>• História de trauma perinatal</li> <li>• Ausência de remissão durante três anos</li> <li>• Muitas recaídas</li> <li>• História de agressividade</li> </ul>
Fonte: Sadock e Sadock (2007, p. 522).	

## 2.9 TRATAMENTO

Em caso de surto, a hospitalização do paciente é indicada para estabilização da medicação, bem como segurança do paciente em caso de ideação suicida ou homicida e para comportamento altamente desorganizado ou impróprio como a incapacidade de lidar com suas necessidades básicas. O primeiro contato com o paciente também é muito importante ao passo que se possa construir uma boa relação médico-paciente para uma melhor aceitação da medicação (SADOCK E SADOCK, 2007; NOTO et al, 2012).

O uso de medicamentos antipsicóticos é essencial para o tratamento da doença, tanto na fase aguda como no período de manutenção para manter o equilíbrio químico. Porém, um acompanhamento psicossocial também é de grande ajuda no tratamento do paciente com esquizofrenia (SADOCK E SADOCK, 2007; DEITOS, 2005).

Os primeiros antipsicóticos surgiram a partir de 1950, e são chamados de Antipsicóticos de Primeira Geração (APGs), sendo a *clorpromazina* a primeira substância eficaz no controle dos sintomas positivos da doença (NOTO, 2012). Em testes realizados, tiveram um numero de 2 a 4 vezes maior de pacientes com recaídas entre os que tomavam apenas placebo comparados com os que estavam sendo tratados com fármacos. Cerca de 25% dos pacientes consegue recuperar um funcionamento mental normal e 50% dos pacientes mesmo com o tratamento tem a vida debilitada. Os efeitos colaterais mais comuns são acatisia e parkinsonismo (rigidez e tremor) (SADOCK E SADOCK, 2007).

Com a chegada dos Antipsicóticos de Segunda Geração (ASGs), houve uma animação inicial de que eles iriam ajudar também nos sintomas negativos, no entanto estudos mostraram pouca superioridade aos fármacos APGs. Apesar da controvérsia, o uso dos ASGs é recomendado por surtirem menor efeito colateral aos pacientes (NOTO et al, 2012).

Substâncias de Primeira Geração	Substâncias de Segunda Geração
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clorpromazina</li> <li>• Haloperidol</li> <li>• Levomepromazina</li> <li>• Periciazina</li> <li>• Pipotiazina</li> <li>• Pimozida</li> <li>• Sulpirida</li> <li>• Tioridazina</li> <li>• Trifluoperazina</li> <li>• Zuclopentixol</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amisulprida</li> <li>• Aripiprazol</li> <li>• Asenapina</li> <li>• Clozapina</li> <li>• Olanzapina</li> <li>• Quetiapina</li> <li>• Paliperidona</li> <li>• Risperidona</li> <li>• Ziprasidona</li> </ul>
Fonte: Adaptada de Araripe Neto e Attux (NOTO, 2012, p. 137).	

Tabela 12 – Principais Antipsicóticos e Efeitos
<b>Risperidona</b> – é um antipsicóticos eficaz com perfil leve de efeitos adversos. É indicado para pacientes com doença de leve a moderada em seu primeiro episódio e para aqueles com doença grave e refratária ao tratamento.
<b>Clozapina</b> – é mais eficaz para pacientes com doença grave, mas seu uso é complicado devido ao risco de efeitos adversos. Está associada à agranulocitose potencialmente fatal em 1 a 2% dos pacientes, o que requer o monitoramento semanal da contagem de neutrófilos. Também apresenta alto risco de convulsões e tem efeitos anticolinérgicos. No entanto, permanece útil para pacientes refratários a qualquer outro fármaco e para aqueles com discinesia tardia.
<b>Olanzapina</b> – tem perfil de efeitos adversos leves e menor probabilidade de produzir efeitos extrapiramidais, porém maior probabilidade de produzir sedação, ganho de peso, hipotensão ortostática e constipação.
<b>Sertindol</b> – tem perfil favorável de efeitos adversos, a maioria dos quais transitórios. Pode causar taquicardia sinusal, congestão nasal e diminuição do volume ejaculatório, pouco ganho de peso e não causa sintomas anticolinérgicos. Sua meia-vida de três dias o torna ideal para pacientes com baixa adesão
<b>Quetiapina</b> – não possui risco de sintomas extrapiramidais. Seus principais efeitos adversos incluem sedação, taquicardia, ganho de peso, e agitação.
<b>Ziprasidona</b> – apresenta benefícios adicionais para pacientes com sintomas afetivos, pois bloqueia a receptação da serotonina e da noradrenalina, e para aqueles com ansiedade. Seus efeitos adversos incluem sedação, náusea e tontura, mas não causa ganho de peso.
Fonte: SADOCK e SADOCK (2007, p. 535).

É muito comum que os paciente deixem de tomar a medicação após a remissão dos sintomas por não acharem mais necessário, e muitos familiares acabam concordando ou se descuidam no controle da tomada da medicação. A recaída pode não ser imediatamente após a parada do medicamento, pode durar até meses dando a falsa esperança para família de que o paciente está “curado”. Porém, a nova crise vem, e geralmente mais forte do que a anterior. A cada recaída, a recuperação pode ser mais lenta e a doença pode mostrar-se mais resistente ao tratamento (NOTO *et al.* 2012; PALMEIRA, GERALDES E BEZERRA, 2009).

Por isso, após a estabilização da doença é importante um acompanhamento multidisciplinar para a verificação dos efeitos colaterais do medicamento e uma reabilitação funcional. Os efeitos colaterais são responsáveis pela piora na qualidade de vida e, portanto, na baixa adesão ao tratamento, sendo os principais: sintomas extrapiramidais, ganho de peso e disfunção sexual (NOTO, 2012).

Os sintomas extrapiramidais costumam aparecer nos primeiros dias ou semanas do tratamento. Entre eles estão: parkinsonismo (tremor acenesia e rigidez), distonia (espasmo muscular involuntário) e acatisia (sensações subjetivas de inquietação). A síndrome metabólica afeta 52% das mulheres e 36% dos homens. O maior ganho de peso é relativo a clozapina e a olanzapina. Recomenda-se uma avaliação todos os meses durante o primeiro trimestre após o início ou troca de um antipsicóticos e, depois, a cada três meses. A implementação de mudanças no estilo de vida como adoção de uma dieta e atividade física também são indicadas. Já as disfunções sexuais estão mais relacionadas ao uso de APGs. A

risperidona e a olanzapina são entre as ASGs que estão mais relacionadas a disfunções sexuais (NOTO, 2012).

As crises devem ser evitadas a todo custo, pois deixam rastros por meses ou até anos, impondo cada vez mais obstáculos na reabilitação do paciente. Muitas vezes, a família tem expectativa de que o paciente melhore logo para poder reduzir ou mesmo retirar a medicação. Porém, além do processo ser lento, hora ou outra é necessário mudar o medicamento ou a dosagem, pois existem pacientes mais sensíveis e outros mais resistentes à medicação e isso desperta desconfiança da família e mesmo do paciente que cobram alívio rápido dos sintomas PALMEIRA, GERALDES E BEZERRA, 2009).

Além do tratamento farmacológico, são indicadas intervenções psicossociais para auxiliar paciente e familiares a reduzir a vulnerabilidade ao estresse, a melhorar a qualidade de vida do paciente e a adesão ao tratamento, a minimizar sintomas e riscos e facilitar a comunicação (NOTO, 2012).

Uma estratégia usada com pacientes que não conseguem se policiar e tomar regularmente o medicamento ou de não adesão, são os antipsicóticos de ação prolongada conforme exibidos na *Tabela 13*.

Tabela 13 – Antipsicóticos de Longa Duração: Apresentação e Doses		
Substancias	Apresentações	Doses
Flufenazina enantato	Ampolas: 25 mg/ml	12,5-50 mg a cada 14 dias
Flupentixol	Ampolas: 20 e 100 mg/ml	200-400 mg a cada 14 dias
Haloperisol decanoato	Ampolas: 50 mg/ml	50-200 mg a cada 28 dias
Paliperidona	Ampolas: 25, 50, 75, 100 e 150 mg/ml	50-150 mg a cada 28 dias
Penflurisol	Comprimidos: 20 mg	20-60 mg 1 vez por semana
Pipotiazina	Ampolas: 25 mg/ml	100 mg a cada 28 dias
Risperidona	Ampolas: 25 e 37,5 mg	25-50 a cada 14 dias
Zuclopentixol	Ampolas: 200 mg/ml	200 a 400 mg a cada 14 a 28 dias
Fonte: Adaptada de Araripe Neto e Moriyama (NOTO, 2012, p. 145).		

Trazer conhecimento sobre a doença, melhorar a taxa de adesão ao tratamento medicamentoso e diminuir a taxa de recaídas. Esses são alguns dos objetivos da psicoeducação que procura trabalhar com linguagem simples e de forma a ser útil a vida cotidiana do paciente (ASSIS, 2012). A educação do paciente e da família é utilizada de forma que ambos possam ter uma perspectiva mais realista, dessa forma o transtorno passa a ser menos assustador, e podem ser trabalhadas questões como ensinar paciente e família a reduzir o estresse que exacerba sintomas e ainda estratégias de como lidar com os sintomas que por ventura não desapareçam mesmo com o uso de medicamentos (HOLMES, 1997).



A reabilitação psicossocial é o conjunto de atividades de grupo com objetivo de reintegrar os pacientes na sociedade. No Brasil, essas atividades são desenvolvidas pelo CAPS e envolvem oficinas lúdicas e recreativas que estimulam o relacionamento pessoal proporcionando assim aos pacientes ampliarem o horizonte para além da doença. Ao passo que treinam novas habilidades, os pacientes desenvolvem um ambiente sociável onde podem se comunicar e organizar suas ideias melhor devolvendo assim sua autoestima. Essa iniciativa, além de uma melhora na qualidade de vida do paciente, também proporciona melhor adesão ao tratamento e alivia a sobrecarga familiar (PALMEIRA, GERALDES e BEZERRA, 2009).

É reconhecido por profissionais que deixar os pacientes se comportarem de forma passiva o dia inteiro, tem efeitos negativos no tratamento. Há evidências de que um ambiente socialmente estimulante pode não ser bom para todos os pacientes, porém, o uso da terapia ocupacional, musicoterapia, arteterapia, terapia recreacional, viagens, entre outras práticas tem sido consideradas experiências satisfatórias para a recuperação de uma parcela dos pacientes. A essas práticas foi dado o nome de ambientoterapia. O que parece ocorrer é que pacientes mais perturbados tem efeitos negativos com a ambientoterapia. Uma pesquisa realizada com pacientes mostrou que os extremos da ambientoterapia podem provocar efeitos negativos: um ambiente socialmente pobre pode resultar em retração social, por outro lado um ambiente muito estimulante pode exacerbar sintomas como alucinações, delírios e problemas de fala e linguagem (HOLMES, 1997). Ou seja, não existe uma fórmula padrão e eficaz no tratamento, para cada paciente deve-se construir um modelo diferenciado e adaptado as suas especificidades.

A família, na grande maioria das vezes, não tem estrutura e não está preparada para lidar com uma doença complexa como é a esquizofrenia. Muitas vezes, na ânsia de querer ajudar e na própria negação da doença encorajam o paciente a retomar sua vida normal, criando situações estressantes e conflitos desnecessários. Dessa forma, a terapia familiar pode ajudar os familiares do paciente no enfrentamento das situações potencialmente estressantes que eventualmente surgirão dando o suporte que necessitam.

Experiências realizadas com pacientes e com seus familiares demonstraram que os pacientes que foram submetidos à terapia familiar, foram capazes de reduzir o uso de drogas no tratamento e apresentaram menor níveis de sintomas da esquizofrenia. Outro exemplo do benefício é que 11% dos pacientes em terapia familiar tiveram recaída, em comparação a 50% dos pacientes que realizavam apenas terapia individual (HOLMES, 1997).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

Para realização da pesquisa sobre a relação e o convívio familiar com a esquizofrenia, o método utilizado foi do tipo qualitativo. Pois entende-se que a partir da pesquisa qualitativa, é possível o levantamento de mais dados a respeito da temática da pesquisa, assim como, uma maior compreensão a respeito dos processos decorrentes em relação ao problema levantado, pelo maior contato com os entrevistados. Ou como nos ressalta Richardson (1999, p. 80) quando nos diz que:

Os estudos que empregam uma metodologia qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir no processo de mudança de determinado grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos.

A pesquisa qualitativa pode ser trabalhada com o universo dos significados, crenças, valores, virtudes, de forma mais profunda, que não pode ser reduzido a operacionalizações variáveis (MINAYO, 2001). Sendo assim, através da pesquisa qualitativa, alguns dados que não podem ser mensurados, reduzidos a variáveis, são analisados.

Já o caráter da pesquisa foi do tipo exploratório, pois como nos coloca Triviños (2007, p. 109):

Os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema. O pesquisador parte de uma hipótese e aprofunda seu estudo nos limites de uma realidade específica, buscando antecedentes, maiores conhecimentos para, em seguida planejar uma pesquisa descritiva ou de tipo experimental.

Para Gil (2011), as pesquisas exploratórias “envolvem levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso”. Elas servem geralmente como base para uma nova investigação de forma mais aprofundada além de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias.

### 3.2 DELINEAMENTO

Será realizado um estudo de caso, de forma que se possa fazer uma análise mais profunda como nos coloca Gil (2011, p. 57) onde diz que “O estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado.” Ou seja, a pesquisa não irá nos mostrar um resultado padrão de determinada categoria, mas sim um conhecimento sobre uma realidade.

Importante também ressaltar Trivinos (1987, p. 136) quando coloca que “um aspecto interessante do Estudo de Caso é o de existir a possibilidade de estabelecer comparações entre dois ou mais enfoques específicos”. Tendo assim também a possibilidade de enriquecer a pesquisa fazendo um comparativo com outra.

### 3.3 SUJEITOS

Os sujeitos da pesquisa serão três famílias que possuam um membro com esquizofrenia. O local será na própria residência da família para observar o contexto em que eles estão inseridos.

Os critérios para inclusão das famílias serão: a) que exista um indivíduo com diagnóstico de esquizofrenia na família; b) que todos os familiares estejam dispostos a participar da pesquisa; c) como a indicação das famílias disponíveis será feita pelo CAPS, e em contato já realizado anteriormente, foi informado que algumas famílias participam de grupos de apoio, será solicitado que uma das famílias indicadas esteja frequentando um grupo de apoio do CAPS, uma segunda família faça parte das famílias que já participaram dos grupos de apoio, mas que deixaram de comparecer, e a terceira família seja uma que nunca participou dos grupos de apoio. Caso não seja possível manter essa configuração será realizada uma escolha aleatória das três famílias.

Os critérios de exclusão serão: a) que não exista um indivíduo na família com diagnóstico de esquizofrenia; b) que os familiares não estejam dispostos a participar da pesquisa.

A indicação das famílias será através do CAPS da cidade de Xanxerê/SC e a escolha será realizada pelo pesquisador respeitando os critérios de inclusão e exclusão.

### 3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados a ser utilizado na pesquisa será uma entrevista semi-estruturada (Apêndice A – Roteiro de Entrevista) que irá abordar o cotidiano e a história familiar com questões abertas e fechadas. Triviños (1987, p. 146), nos define que:

Entrevista semi-estruturada é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, junto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que recebem as respostas do informante. Desta maneira o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

A utilização de uma entrevista como técnica investigativa é amplamente usada devida a sua flexibilidade, não só por psicólogos, mas também por outros profissionais que tratam de problemas humanos e também não só para coleta de dados, mas com objetivos de diagnóstico e orientação. A entrevista é uma técnica eficiente se for bem planejada, pois permite a obtenção de dados dos mais diversos aspectos acerca da vida social do entrevistado além poder captar traços do comportamento humano tais como expressão corporal, tonalidade de voz e ênfase nas respostas (GIL, 2011).

### 3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

O contato inicial com as famílias será feito através Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para verificar se existe a possibilidade e o interesse em participar da pesquisa.

Após a seleção das famílias participantes atendendo aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa, um contato inicial com as famílias será realizado pelo pesquisador com o intuito de explicar os objetivos da pesquisa e foi apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Autorização de Uso de Imagem (TAUI), e caso elas estejam de acordo em participar da mesma, já será agendado um possível dia e horário para realizar a coleta de dados.

A coleta de dados será através de uma entrevista semi-estruturada com a gravação da mesma para posterior transcrição.

A devolução dos resultados obtidos com a pesquisa será feita para famílias que participaram através de uma nova visita as mesmas.

### 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

A forma a ser utilizada será a análise de conteúdo. Bardin (1977) *apud* Triviños (1987, p. 160) diz que a análise de conteúdo consiste em "um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens".

Da mesma forma que Bardin, Minayo (2001, p. 74) diz que análise de conteúdo é “compreendida muito mais como um conjunto de técnicas”. A autora coloca ainda que tal método visa verificar hipóteses e descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto.

### 3.7 IMPLICAÇÕES ÉTICAS

Para garantir a integridade física, psíquica e moral dos sujeitos a pesquisa seguirá a Resolução 196/96 do Comitê de Ética visando não expor os indivíduos pesquisados a situações que atentem contra o respeito à proteção da vida, à preservação da intimidade e da vida pessoal.

Aos sujeitos envolvidos no processo será apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e o Termo de Autorização de Uso de Imagem (TAUI). Será ainda informado os objetivos da pesquisa bem como lhes garantido total sigilo e anonimato.

A pesquisa oferecerá riscos mínimos. Os familiares e o paciente poderão através da verbalização do problema vivenciado em decorrência da doença sentir um leve desconforto e angústia ou mesmo sentirem-se aliviados ao poderem falar sobre os problemas enfrentados no acompanhamento da doença.

Em possíveis casos que o sujeito sentir-se prejudicado pelo processo de pesquisa, poderá este, ser encaminhado para o Serviço de Atendimento Psicológico (SAP) da UNOESC – campus Xanxerê, para a averiguação e tratamento de qualquer prejuízo do tipo psicológico, decorrente de alguma lembrança traumatizante que poderia ser revivida através da entrevista proposta em pesquisa.

## **4 RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO**

### **4.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

O método utilizado nesta pesquisa envolveu uma abordagem qualitativa, sendo que para coleta de dados, foi utilizada uma entrevista semiestruturada (Apêndice A). Em sua aplicação foi pedido aos sujeitos de pesquisa à autorização para gravação da mesma, mediante Termo de Autorização de Uso de Imagem (TAUI), e logo após sua aplicação foi devidamente transcrita e analisada.

Os sujeitos de pesquisa foram três familiares de sujeitos que possuem diagnóstico de esquizofrenia, sendo que coincidentemente, ou não, todas eram mães dos indivíduos. A pesquisa ocorreu na própria residência de cada indivíduo.

Todos sujeitos de pesquisa concordaram com as condições impostas nos Termos de Autorização de Uso de Imagem (TAUI) e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo que nestes foram esclarecidos os objetivos da pesquisa; os procedimentos metodológicos; os riscos e benefícios; as formas de assistência; os custos da participação; a garantia de esclarecimento da pesquisa em qualquer etapa do estudo; de liberdade de recusa, assim, foi apontado sua liberdade em recusar-se a participar, a retirar seu consentimento e a interromper sua participação em qualquer momento da pesquisa; e foi garantido ao sujeito o sigilo e anonimato de sua identidade.

### **4.2 RELATO DE EXECUÇÃO**

Após definidos os objetivos da pesquisa, foi entrado em contato com a coordenadora de um CAPS do Oeste Catarinense para visualizar a possibilidade da indicação de alguns pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia para participação da pesquisa através de uma entrevista que iria ser realizada com familiares do paciente em suas próprias casas. Para isso, foi explicado quais seriam os objetivos a serem alcançados pela pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), sendo que o parecer da coordenadora foi positivo, bastando que para isso o projeto fosse aprovado pelo Comitê de Ética da Pesquisa (CEP).

O projeto de pesquisa foi submetido para avaliação do CEP no dia 02/06/2014 o qual liberou o seu Parecer no dia 15/08/2014 tendo sido aprovado em primeira instância sem Pendências ou Lista de Inadequações conforme Anexo E.

Com o parecer do CEP em mãos, um novo contato foi realizado com o CAPS a fim de selecionar as famílias participantes da pesquisa para que o pesquisador pudesse entrar em contato com as mesmas e então apresentar o projeto e seus objetivos.

Inicialmente, foram liberados os dados de duas famílias para que o pesquisador pudesse entrar em contato para apresentação do projeto. O contato inicial foi realizado por telefone, sendo que a primeira família a ser contatada, optou por não participar da pesquisa. A segunda família apesar de parecer um tanto quanto desconfiada aceitou participar da pesquisa. Posteriormente um segundo contato foi realizado alguns dias depois para confirmar a participação da pesquisa e marcar um dia para a realização da mesma.

No dia marcado estavam presentes o indivíduo com diagnóstico de esquizofrenia e sua mãe. A entrevista, que durou 20 minutos, contou com variáveis externas que não puderam ser controladas, como o excessivo barulho de máquinas que realizavam trabalho próximo a casa.

Posteriormente, duas novas famílias precisaram ser selecionadas pelo CAPS e sentiu-se a necessidade de que a abordagem inicial fosse realizada pessoalmente, pois percebeu-se que através do contato telefônico os objetivos da pesquisa não poderiam ser claramente expostos e o familiar contatado ficava receoso e com impressão que fosse algum trote.

Nos dois contatos que seguiram, a abordagem inicial foi realizada pessoalmente e após explicar os objetivos da pesquisa deu-se imediatamente o início da entrevista. Na segunda família entrevistada estavam presentes a mãe do sujeito e seu padrasto. O indivíduo não estava presente, pois naquele horário estava em aula. A entrevista que durou 60 minutos, deu-se de forma descontraída e bem humorada por parte da mãe do sujeito que demonstrou ter muita perseverança apesar do grave quadro da doença que acomete seu filho.

A terceira entrevista ocorreu também no mesmo dia do contato realizado e tão logo fosse explicado os objetivos da pesquisa, iniciou-se a entrevista que teve duração de 40 minutos, com a mãe do sujeito. O sujeito, segundo sua mãe, estava dormindo e ao me pedir se queria que lhe acordasse, respondi que não seria necessário, pois o objetivo era conversar com os familiares do esquizofrênico.

### 4.2.1 Registro dos dados coletados

O registro de dados coletados por meio de entrevistas semiestruturadas deu-se através da transcrição das verbalizações gravadas. Logo depois de transcritas, as informações foram analisadas e divididas em quatro categorias: A Perda do Filho Idealizado; Estrutura Familiar: Passado; Dificuldades na Convivência; Reorganização Familiar.

Para a segurança de anonimato da identidade dos sujeitos garantido mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi lhes atribuído na transcrição e análise dos dados em pesquisa, nomes fictícios, portanto os pesquisadores trataram a identidade dos participantes com padrões profissionais de sigilo. Para as famílias será usada a designação de: Família 1 (F1), Família 2 (F2) e Família 3 (F3).

#### 4.2.1.1 Família Um

Durante esse relato, os nomes reais dos participantes foram trocados de forma que fosse preservada a identidade dos mesmos. O paciente é do sexo masculino e tem hoje 24 anos o qual será chamado de Paciente 1 (P1) e mora atualmente com sua mãe que iremos chamar de Mãe 1 (M1) e uma irmã de 13 anos que não estava presente na hora da entrevista. Mora em uma casa no mesmo terreno outra filha de dona M1 que é casada e tem sua própria família.

P1 foi diagnosticado aos 17 anos de idade com esquizofrenia e passou a tomar remédios desde então. Quando criança, era considerado “normal”, brincava e tinha amigos, seu único problema era que nunca foi bem na escola. Os problemas começaram a partir dos 12 anos. Foi quando ele começou a mudar, ficava nervoso, brigava muito com seu padrasto e fugia de casa.

Um detalhe importante da família é que dona M1 era casada nessa época não com o pai de P1 e de seus outros irmãos, mas com um segundo marido, o qual era autoritário e exigia bastante de seus enteados, motivo esse das discussões com entre P1 e o Padrasto.

M1 conta que durante esse período ele era levado a psicólogos por acharem se tratar apenas de uma fase de rebeldia comum na adolescência, porém com o tempo foi piorando até eclodir de vez a esquizofrenia, onde sua mãe relata que após os surtos ele não lembrava de nada.



Após o diagnóstico, poucas informações sobre a doença foram passadas para M1. Disseram que ele ia ter que ficar mais com a família, que precisariam ter muita paciência com ele, pois ele ia se comportar de forma meio estranha às vezes, de que não deveriam dar bronca nele, que ele necessitaria tomar remédios para que ficasse mais calmo e que não devia se incomodar muito.

Porém, as discussões em casa continuaram e aos 20 anos de idade P1 sofreu um surto grave, onde nem a própria mãe o reconhecia. Ele precisou então ficar internado em uma clínica por 20 dias para recuperação. Após isso M1 decidiu então que seria melhor deixar ele com uma tia. *Foi muito difícil, pois queria ter meu filho junto, mas eu ia visitar ele sempre que podia, conta.*

À cerca de um ano atrás, M1 separou-se de seu marido e trouxe P1 para morar novamente com ela, pois ele não estava convivendo bem na casa de sua tia. *Agora P1 tem tomado certo os remédios, está mais calmo, diz ela.*

Quando questionada se tinha procurado algum grupo de apoio e saber mais sobre a doença, M1 disse que foi algumas vezes no começo nos grupos do CAPS, mas não pode mais ir pois é sempre no período em que ela trabalha. Quanto a novas informações sobre a doença, M2 não procurou, ela acha que tem cura e com o tempo ele vai melhorar e não vai mais precisar de remédio, pois antigamente ele tomava três tipos e atualmente só toma um.

Segundo M1 a convivência deles é bem tranquila, ela dá todo dia o remédio para P1 para que ele não se esqueça. E segundo observações, P1 parece ter muito respeito por sua mãe. Ele apenas não gosta quando ela fala dos irmãos, diz que eles são meio irmãos, que são irmãos entre aspas, que eles tem a vida deles e ele tem a dele.

Ele fala muito em trabalhar, mas segundo M1 as pessoas não dão serviço pra ele, pois todo mundo conhece ele na cidade, sabem que ele é “louco”. Ele recebe auxílio doença desde os 19 anos de idade, e a pouco tempo conseguiu se aposentar por invalidez após passar por várias perícias.

P1 ficou calado a maior parte da entrevista, às vezes intervindo falando hora coisas fora do contexto, noutra, coisas referente à pergunta, mostrando que seu pensamento ia e vinha em momentos de lucidez e delírio. Falava muito em querer sair fora, fazer sua vida, trabalhar, viajar, conhecer o mundo e pessoas. É uma pessoa como outra qualquer, cheia de sonhos e desejos, porém em momentos muito exacerbados devido à natureza e complexidade da doença que o acomete.

#### 4.2.1.2 Família Dois

O paciente é do sexo masculino e tem hoje 26 anos e será chamado de agora em diante de Paciente 2 (P2). P2 mora atualmente com a sua mãe, Mãe 2 (M2), e um padrasto.

A esquizofrenia foi diagnosticada em P2 ao final dos 14 anos de idade, quando ele estava concluindo o ensino médio. De acordo com M2, antes de ser diagnosticado ele começou a decair muito nos estudos, M2 chegou a ser chamada no colégio para ver o que estava acontecendo, pois até então o menino sempre tivera notas exemplares.

M2 conta que antes do diagnóstico ele já apresentava sinais da doença. M2 que era separada na época e ia para a faculdade, descreve que P2 começou a ficar com medo de ficar sozinho em casa por causa “dos ladrões” segundo ele, e pedia para ir junto com a mãe para não ficar em casa, mas segundo M2, nunca tiveram problema com assaltos. M2 conta que enquanto estava estudando ele ficava pelo colégio, dizia ver vultos, ria sozinho, gargalhava. Todo mundo ouvia e dizia: é o filho da M2. Foi aí que uma das professoras falou: *pode fazer exames, mas eu acho que isso é esquizofrenia*. M2 já tinha conhecimento teórico sobre a doença, pois tinha faculdade de educação especial, já havia feito trabalho sobre o assunto, mas como ela disse: *“uma coisa é ter a teoria, mas ver a prática é bem diferente, parece tranquilo lendo, mas vivenciando é outro papo”*.

P2 foi levado então a um psiquiatra que lhe deu o diagnóstico de esquizofrenia. M2 conta que o psiquiatra falou: *tem todos os traços e comportamento de esquizofrenia, mas é tão complexo de te dizer e de você entender, que acho que você não vai entender*. Então lhe deu uma receita e disse: *você trate ele com esse medicamento e não tire*.

Para M2 foi extremamente difícil, além do choque do diagnóstico de uma doença grave, quando ela foi comprar o medicamento: *“o preço de uma caixa de remédio era meu salário do mês”*. M2 diz que não pensou e correu ao banco e fez vários financiamentos para conseguir manter a medicação, até que conseguiu que o medicamento fosse encaminhado pelo governo. Além do problema financeiro, M2 que era sozinha se viu obrigada a deixar seu sonho de um mestrado para trás para poder dar os cuidados que o filho necessitava.

M2 chegou a levar seu filho a Passo Fundo para realizar um exame de ressonância magnética para confirmar se era esquizofrenia mesmo. Depois de confirmado o diagnóstico começou a se questionar de onde vinha essa carga genética, até um tempo depois ficou sabendo depois que seu ex-marido era bipolar e que a família dele tinha um histórico de doenças psiquiátricas. Conta que uma tia de seu ex-marido chegava a ficar amarrada com correntes por conta da agressividade da mesma, além de ficar presa em um ambiente adaptado

descrito como sendo um banheiro que antigamente existiam nas casas de interior que ficava do lado de fora da residência. A comida era servida por baixo da porta, lembrando um ambiente carcerário.

O gatilho para eclosão da esquizofrenia em P2, provavelmente tenha sido vários acontecimentos de perdas que ocorreram em sequencia na mesma época. M2 conta que P2 sofreu com o falecimento de sua avó que morava com eles, e também logo depois seu avô arrumou outra mulher e foi embora, além é claro da separação de M2.

Após o falecimento da avó, teve um episodio em que P2 disse a M2: *“mãe a vó tá no meu quarto, mas ela não faleceu? O que ela está fazendo lá?”*.

M2 conta que logo depois teve algumas fases de agressividade que foram bem complicadas, porque ele não a enxergava como mãe, ele via um monstro e queria bater. Sair de casa também era um problema nessa fase, pois varias vezes P2 trancava a casa toda e não deixava M2 entrar. M2 diz que passava horas às vezes tentando convencer P2 que ela era sua mãe.

Um tempo depois, M2 encontrou um novo companheiro que lhe ajudou nessa difícil tarefa. Observando-se aqui a importância da presença masculina, como referência de pai, conforme comentou M2 durante a entrevista.

M2 procura estar sempre informada sobre o assunto, leu bastante e tem grande conhecimento acerca da doença. Participava dos grupos de mães realizados pelo CAPS onde havia uma troca de informações. Com o tempo M2 percebeu que quanto mais ativo P2 ficava, menos sintomas ele demonstrava ter, por isso, incentiva sempre seu filho em fazer cursos entre outras coisas. P2 fez três anos de desenho na casa da cultura, faz curso de violão a cinco anos, vai em aulas de ginástica cerebral, o SUPERA<sup>14</sup>, faz três anos de teatro, e iniciou a pouco tempo um curso técnico no IFSC de engenharia mecânica.

Apesar disso tudo, existe algumas coisas que P2 ainda precisa ser monitorado de perto por sua mãe, como por exemplo, o medicamento. M2 é organizada e separa já no domingo o medicamento de cada dia em copinhos, ela diz que certa vez até tentou deixar para ele tomar, mas quando pediu se ele havia tomado o remédio, ele disse que sim que tinha tomado todos.

---

<sup>14</sup> **Supera** - foi criado inicialmente para o público infantil e adolescente, com intuito de desenvolver habilidades cognitivas fundamentais para o aprendizado, como atenção, concentração e agilidade de raciocínio. A ginástica cerebral, também chamada de estimulação cognitiva por educadores e especialistas, promove o interesse pelo novo e pelo desafio. As aulas do SUPERA são divididas em duas partes: a primeira de exercícios no ábaco japonês e a segunda de atividade que estimulam o cérebro através de jogos de tabuleiro, apostilas com desafios de lógica, dinâmicas de grupo e vídeos motivacionais (SUPERA, 2014).

Todos mesmo, confirmou sua mãe ao olhar que ele havia tomado o medicamento da semana toda em apenas uma dose.

M2 procurou por tratamento em vários locais, e não se cansa de buscar novas informações sobre tratamentos e a respeito da doença, começou também a frequentar a Doutrina Espírita juntamente com seu filho, pois diz ajudar no controle das emoções.

#### 4.2.1.3 Família Três

O paciente é do sexo masculino e tem hoje 56 anos e será chamado de agora em diante de Paciente 3 (P3). P3 mora atualmente com a sua mãe, Mãe 3 (M3).

A esquizofrenia se manifestou em P3 quando ele tinha 25 anos. Na época P3 estava no Mato Grosso trabalhando. Segundo M3, um hoteleiro de lá notou que o rapaz não estava “certo da cabeça”, e ligou para alguns parentes para dar o recado ao pai e mãe, pedindo para que alguém fosse buscar ele, pois o mesmo não tinha mais cabeça. O hoteleiro que ajudou, recolheu e deu roupa para P3 sendo que o mesmo já não possuía nem roupas nem dinheiro. O hoteleiro mandou um empregado seu de ônibus juntamente com P3 até Maringá, onde entregou o rapaz para um irmão seu que foi buscá-lo.

Inicialmente, um médico da época diagnosticou que P3 tinha Epilepsia e o tratou por um tempo para essa doença, até que devido ao falecimento do médico, a família procurou ajuda com outro médico que iniciou o tratamento para esquizofrenia, muito embora os sintomas ainda agindo de forma exacerbada conforme conta M3.

Quando P3 tinha 12 anos, ele sofria desmaios e até foi levado ao médico, conta M3. Não foi achado nada e disseram que precisava levar a um especialista, mas acabou que nunca levaram, pois segundo M3, seu marido não sabia ler nem escrever, era muito difícil de fazer ele entender que o rapaz tinha algo de estranho e precisava se tratar.

M3 diz que notava que seu filho era diferente, porque segundo ela, sua mãe sempre sofreu de depressão e ela lia as receitas dela. Um dia até tentou falar para seu marido conforme conta: *“esse menino tem algum problema, e se fosse de nos levar ele no medico? Meu marido só faltou me bater de tão brabo que ficou, chegou rasgar o chapéu de brabo”*.

Segundo M3 não foi fácil de seu marido aceitar que P3 estava doente. O Marido de M3 era de família italiana rígida, de colonos fortes e trabalhadores, não acreditava em doenças, nunca tomaram remédios nem para dor de cabeça, por isso queria que o rapaz trabalhasse. M3 diz que falava: *“má pai, entende que ele tá doente. Mas ele não entendia e brigava muito com o rapaz. Esse rapaz sofreu muito”*.

A convivência familiar sempre foi difícil. *“Esse piá se criou com bicho, porque o pai dele não era gente, como que filho dum tigre vai sair um coelhinho, tudo eles sofreram, tudo ansiosos com problema. Quando eu casei foi como pegar uma pombinha nova e jogada dentro de um terreiro cheio de cachorro brabo. Eu achei que ia morrer, meu pai e minha mãe eram muito calmos e certos, sempre ensinaram os filhos a serem certos. Meu pai com 50 anos de casados nunca falou pra minha mãe “sai pro lado” sempre foram namorados. Meu marido era violento, era trabalhador, mas nervoso dai sobrava pra nós. Eu dizia sempre sim, sim e abaixava a cabeça. Eu também me esgotei, me deu depressão. Nos éramos uma família muito doente, não era uma família sadia. Má quando por exemplo uma arvore tá gerando as frutas, tudo dia tu vai com uma vara cacetiar as fruta, não pode sair coisa que presta, assim é uma gravidez. Gravidez tem que ser uma coisa descansada sem problema. Mas afinal deus me ajudou, eu tenho ainda minha família, sempre tem um no meio de bom né.*

M3 conta que na época que seu filho estava trabalhando no Mato Grosso ele comia muito mal, e tomava remédios para não dormir (popularmente conhecido como rebite). M3 se lamenta, diz que acha que foi isso que fez ele ficar doente, que deviam ter segurado ele aqui, que assim quem sabe ele não teria ficado doente.

A vida tornou-se muito difícil como conta M3: *Pra poder trabalhar, ir pegar milho pra dar pra criação Tinha que amarar ele, amarado que nem um boi, então ele não comia, ele não bebia, ele brigava com as parede. Até que meu filho mais velho vinha lá de fora já falando com ele levava ele na área junto tomar chimarrão, ai ele ia se acalmado.*

*Uma vez eu fui a Passo Fundo pra procurar ajuda, ai as enfermeira me levaram, e nós descemo, descemo, no subterrâneo em baixo do hospital, lá onde que tá os louco que não tem mais cura, quando eles me enxergaram já começarão a gritar, eu já fiquei sentida, será que meu filho vai acaba vindo aqui? eu rezei muito pra ele melhorar.*

A origem genética da doença está presente na família de M3: *eu tinha dois tios que tinham essa esquizofrenia, eles rasgavam as roupas com os dentes. Quando eu casei ainda tinha os dois vivos, levaram eles de carroça amarados para Porto Alegre, depois um morreu e o outro acabou ficando lá com as freiras trabalhando.*

P3 só começou a melhorar depois que um psiquiatra começou tratar ele com a chegada do CAPS na cidade. *Eu tinha uma bomba armada dentro de casa, a família só esperava a noticia que o P3 matou a mãe. Era uma bomba armada. Eu fechava bem a porta, botava um trinco de ferro. Aquela angústia, aquele medo sempre, sempre em cima do perigo 28 anos. Má graças a deus demo a volta, médicos bons, enfermeiros bons. Agora tudo ta calmo. Nos*

últimos cinco anos ele se acalmou muito como conta M3, até o medicamento ele tem tomado por si próprio desde janeiro de 2014.

Além da esquizofrenia, P3 tem diabetes, mas como comentou sua mãe, agora ele mesmo vai buscar a medicação no posto de saúde e no CAPS. M3 diz ter participado de vários grupos de mães no CAPS: *Era bom porque lá agente aprendia e via que não era só a gente que sofria, mas depois não teve mais.*

*O pai lá do céu também é pai ele ajuda a gente, como recebi essa benção mesmo desde o primeiro dia que fui naquela igreja, eu digo que ele podia ter a doença, mas tinha um espírito também, muitos não acredita nisso, mas mesmo as enfermeiras lá me disse, será que ele não tem algum espírito, experimenta. Desde a primeira vez que levei ele já vi mudança. Ele tem uma parte de demoníaco, má, mas graças a deus tá tudo calmo, tudo em dia.*

Na residência mora somente P3 e sua mãe. Os outros filhos de M3 lhe ajudam com comida, pois eles pagam aluguel e a renda vem apenas da aposentadoria dos dois. P3 é aposentado por invalidez. O pai de M3 é falecido a cinco anos.

#### 4.3 ANÁLISE DOS DADOS

##### 4.3.1 A Perda do filho idealizado

Em vários momentos da vida sofremos perdas importantes. A toda perda é atribuído um processo de luto pelo qual passamos. Kübler-Ross (1996) descreve que são cinco as fases envolvidas nesse processo de luto para reparação da perda.

A *negação* é descrita como um mecanismo de defesa usado pelo indivíduo para proteger seu ego da verdade. A segunda fase é a da *raiva*. Fase essa em que os indivíduos projetam suas frustrações em todo o ambiente externo, tentando achar um culpado. Na fase da *barganha* estão envolvidos sentimentos de culpa e o indivíduo procura por ajuda espiritual, fazendo promessas e propondo trocas, como por exemplo, pedir a Deus uma cura em troca de uma vida dedicada à bondade com os outros. A quarta fase é chamada de *depressão*. É nessa fase que os indivíduos enfrentam um grande sentimento de perda e de impotência, onde lutar não faz mais sentido. E finalmente a quinta fase, a de *aceitação*. Nesse estágio o indivíduo aceita a sua condição, passando a entender todo o processo e as fases anteriores como naturais.

Essas cinco fases foram inicialmente descritas para pacientes com doenças em fase terminal, porém, em toda perda que sofremos, passamos por um processo semelhante de reparação. É importante frisar que cada indivíduo é único e por isso reagem de forma diferente. Alguma das fases pode ser transposta ou mesmo serem passadas de forma não linear, pode também ocorrer o retorno para uma fase anterior. Muitos indivíduos nunca chegam à fase de aceitação, passando a vida toda em negação, por exemplo.

Senão todos, a grande maioria dos pais, já durante a gravidez imaginam e até comentam com parentes e amigos o quão perfeito seu filho será. Mil planos passam pela cabeça dos pais que projetam nos filhos seus sonhos, e falta de vivências anteriores (MARQUES, 1995). Todos se preparam para recepcionar um filho saudável, pois ninguém espera gerar um filho que venha ao mundo doente. O filho vem com a missão de fazer uma historia diferente, de conquistar aquilo que os pais tiveram que renunciar (MANNONI, 1988 *apud* MARQUES, 1995).

A esquizofrenia é uma doença que eclode geralmente na adolescência, uma fase em que os pais não reconhecem mais como uma fase a temer problemas como, por exemplo, uma Síndrome de Down, que é algo muito temido pelos pais, mas pode ser percebida logo após o nascimento.

Com o diagnóstico da doença, é anunciada a morte do filho idealizado. Eis que surge dor, angústia, tristeza, frustração, medo do desconhecido: o luto. Um luto que muitas vezes nem pode ser vivenciado, pois a cobrança das pessoas ao redor por uma ação não dão autorização para o choro da mãe (ALVES, 2012). O filho idealizado passa a ser visto como um “brinquedo quebrado”. Por isso é normal encontrar relatos sobre a não conformidade em relação ao paciente que anteriormente era tão brilhante, com projetos de vida e hoje vê-se dependente, desprotegido e cheio de limitações (SANT’ANA, MAZZUCO, 2011).

— *“Meu filho era um relóginho, sempre as melhores notas na escola, várias medalhas, vários sonhos e expectativas e de repente, tudo ruiu...” (M2).*

Nas entrevistas realizadas com as famílias pode-se detectar nas falas das mães a questão da vivencia das fases do luto e a perda do filho idealizado. Na F2 a mãe encontra-se na aceitação, ela não nega a doença do filho, sabe muito bem das limitações que ela impõe e procura estimular ao máximo as potencialidades do filho afim de que ele consiga levar uma vida normal.

Já na F1 a mãe encontra-se na fase da negação. Diferente de acreditar que um dia surgirá uma cura para esquizofrenia, ela tem pouco conhecimento sobre a doença e acha que

logo seu filho irá deixar de tomar remédios, pois está melhorando aos poucos como pode ser observado na fala dela.

— “[...] acho que com o tempo mesmo ele fica... bom né!? [...] ele tomava vários tipos de remédio e agora já está tomando só um, acho que logo ele não vai precisar mais né!?”

Na F3, a mãe transitou por todas as fases. Atualmente ela se encontra uma hora aceitando e noutra barganhando, frequenta muito a igreja juntamente com o filho, pois acredita que ele melhorou muito, pois segundo ela, ele tinha algo espiritual, “demoníaco” dentro dele.

— “O pai lá do céu também é pai ele ajuda a gente, como recebi essa benção mesmo desde o primeiro dia que fui naquela igreja. Eu digo que ele podia ter a doença, mas tinha um espírito também, muitos não acredita nisso, mas mesmo as enfermeiras lá me disse: será que ele não tem algum espírito, experimenta. Desde a primeira vez que levei ele já vi mudança. Ele tem uma parte de demoníaco, má. Mas graças a Deus tá tudo calmo, tudo em dia. [...] quem sabe o pai véio lá de cima tem misericórdia da gente e faz ele melhorar, porque quem sabe vai aparece um médico um especialista que diz que tem cura. [...] eu rezo sempre.”

#### 4.3.2 Estrutura Familiar

A adolescência é um período de grandes conquistas, povoada de dilemas, de mudanças físicas e cognitivas. Manifestações de ansiedade, depressão e discussões com os pais a respeito de regras são comuns. Porém, quando demasiado é o tumulto e as dificuldades vão além disso, observa-se que é um problema que já vinha instaurado desde a infância, e isso pode significar uma psicopatologia em evolução (FALCETO, 1996).

Vários autores afirmam que a esquizofrenia aparece principalmente em famílias desestruturadas como coloca Falceto (1996, p-162) onde diz que:

[...] a doença mental eclode em famílias com distúrbios graves de relacionamento, em que é difícil separar o que é doença do que é reação a interações destrutivas. [...] Esse é, em geral, o caso da esquizofrenia, que tipicamente eclode na adolescência, em famílias com padrões comunicacionais confusos.

Embora Sadock Bem e Sadock Vir (2007) afirmem que não existem evidências de que um padrão familiar indique o desenvolvimento da esquizofrenia e que da mesma forma, pacientes com esquizofrenia e pessoas sem nenhum tipo de transtorno mental, vem de



famílias desestruturadas, eles concordam quando afirmam que o componente ambiental para o desenvolvimento da esquizofrenia pode ser biológico (p. ex., uma infecção) ou psicológico (p. ex., uma situação familiar estressora, ou morte de um ente querido), ou seja, um ambiente familiar disfuncional pode ser o gatilho para despertar a esquizofrenia em um indivíduo que já tenha uma pré-disposição genética.

O propósito não é encontrar culpados apontando as famílias como sendo negligentes, ao contrário, o que se deve ter em mente é que ambientes desestruturados e tumultuados aumentam o estresse emocional do paciente tornando-o mais suscetível ao desenvolvimento de um surto conforme aponta Scazufca (2000, p. 50) quando diz que “[...] o clima afetivo familiar crítico, hostil e de alto envolvimento emocional pode afetar negativamente o curso da doença”.

O que pode se constatar através das entrevistas é que as famílias dos pacientes de uma forma ou de outra estavam desestruturadas na época da manifestação da doença. Na F1 a mãe do paciente vivia com outra pessoa que não era o pai do paciente, o que resultava em grandes discussões e desentendimento entre os dois, ao ponto de P1 recorrer varias vezes a fugas de sua casa, que segundo a própria mãe, devia-se ao fato dos dois não se acertarem.

— “[...] *ele ficava nervoso e fugia de casa, brigava muito com o padrasto dele*”.

Após o diagnóstico, foi informado pelo médico que a relação familiar deveria ser melhorada a fim de evitar novos surtos. Porém, acabou não ocorrendo uma melhora no vínculo familiar, o que acabou acarretando novos surtos e o paciente teve que ir morar com outro parente para que pudesse fazer um tratamento mais adequado.

— “*Disseram que ele ia ter que ficar mais com a família, que íamos ter que ter paciência com ele, pra não ficar xingando ele, que ia ter que tomar remédio e não se incomodar muito*”.

— “[...] *meu marido, o padrasto dele, queria que ele trabalhasse, dai brigavam*”.

— “[...] *dava umas crise nele, nem eu reconhecia ele, depois que passava ele falava que não lembrava de nada. [...] com 20 anos ele teve uma crise bem grave, ele ficou 20 dias internado em uma clinica em Palmitos. [...] ai ele foi morar com uma tia. [...] foi difícil porque queria ter ele comigo, mas tive que deixar ele com a tia, mas sempre que eu podia ia lá ver ele.*”

Na F2 a mãe havia acabado de se separar de seu marido e um tempo após P2 sofreu com a morte de sua avó e logo em seguida a saída do avô de casa também. Várias foram as perdas que contribuíram para elevar o nível de estresse emocional de F2.

Já na F3 observa-se uma família tradicional de cultura rígida, onde é proibido ficar doente, pois é necessário trabalhar de sol a sol, aqui agravado pela partida de P3 para trabalhar fora, onde acabou consumindo Rebites<sup>15</sup> para manter-se acordado por mais tempo.

— *“Má pai entende que ele tá doente. Mas ele não entendia e brigava muito com o rapaz. Esse rapaz sofreu muito. Esse pia se criou com bicho, porque o pai dele não era gente, como que filho dum tigre vai sair um coelhinho, ele era muito violento com as criança, tudo eles sofreram, tudo ansiosos com problema..”*

A falta de conhecimento acerca da doença é um dos maiores obstáculos na melhoria da qualidade de vida do esquizofrênico. Familiares, por vezes, tomam uma postura rígida por não compreenderem o significado dos comportamentos levando a uma dificuldade de relacionamento e passam a se afastar do indivíduo (PRADO, 1996). A grande maioria das famílias parece ainda não ter a real consciência da importância que sua presença e apoio tem no tratamento do paciente acometido por transtorno mental. Levar conhecimento e mostrar a importância do envolvimento afetivo para essas famílias que não buscam se inteirar da real situação do paciente parece ser o grande desafio para profissionais da saúde que trabalham na área da psiquiatria.

#### **4.3.3 Dificuldades na Convivência**

Conviver com os sintomas que a esquizofrenia desperta no paciente, dificulta a relação e gera um impacto significativo no ambiente familiar, pois as exigências que se tem ao cuidar do indivíduo com esquizofrenia são tão complexas quanto a própria doença (BRISCHKE et al, 2012). Diversos estudos demonstram que a sobrecarga dos cuidadores de pacientes com transtorno mental é grande, Sant’Ana (2011), aponta em sua pesquisa que com a permanência do paciente em casa, a rotina da família passa a ser modificada, e tendo que garantir as necessidades básicas do paciente como: administrar a medicação, acompanhá-lo ao serviço de saúde, fornece-lhe suporte emocional, lidar com suas crises e comportamentos diferentes, coordenar suas atividades diárias, entre outras. A sobrecarga do cuidador envolve aspectos econômicos, práticos e emocionais. Isso porque o envolvimento no cuidador tira-lhe o tempo para outros relacionamentos.

---

<sup>15</sup> **Rebite** - A substância popularmente batizado de rebite pelos motoristas nada mais são que anfetaminas. A anfetamina é um estimulante do sistema nervoso central e faz com que o cérebro trabalhe mais depressa e cause nas pessoas a impressão de diminuição da fadiga, de menos sono, perda de apetite e de aumento da capacidade física e mental. O consumo exagerado da droga causa no indivíduo além de dependência, irritação, agressividade, depressão, desorientação e descoordenação, e ter delírios persecutórios (achar que os outros estão tramando contra ele) (REBITE, 2014).

A falta de conhecimento do familiar acerca da doença torna sua carga ainda maior, pois mesmo depois de anos de convivência, a família não entende e não sabe como lidar com determinadas situações, o que agrava o estresse emocional do paciente e de cuidadores (BRISCHKE et al, 2012). Tudo isso gera um desgaste físico e emocional, um cansaço que decorre do cuidado contínuo que é necessário para com o indivíduo. Da mesma forma, colabora nesse sentido a pesquisa de Sant' Ana et al (2011), onde é ressaltada que a desinformação agrava a condição de fragilidade das famílias, o que pode resultar em prejuízo a saúde de ambos, paciente e cuidador.

A fase da agressividade dos pacientes é relatada pelas famílias como uma das mais complicadas de ser lidada. É uma fase onde geralmente está se buscando uma regulação nos medicamentos e a família ainda não encontrou um ponto de equilíbrio com a doença. Em todas as famílias entrevistadas pode-se encontrar falas relacionadas à dificuldade em lidar com os pacientes nessa fase, que aparentemente foi nos primeiros anos de convívio com a doença.

— “[...] do nada ele não me via como mãe, do nada ele via um monstro e daí vinha dando socos [...] ele modificava a expressão do rosto e dos olhos... era puro ódio”.

— “[...] ele brigava muito com padrasto, queria fugir, ficava agressivo [...] nem dava pra reconhecer”.

— “[...] ele cismava que tinham roubado ele [...] uma vez ele quis ir brigar com um vizinho porque achava que tinham pego o carro dele”.

— “Uma vez ele invocou que o carro do vizinho era dele e tinham roubado, ele tiveram que chamar a polícia, veio a polícia e levou ele no hospital tomar injeção”.

— “Ele sempre nervoso, sempre brigando [...] ele cismava que tinha caminhão e tomaram tudo dele”.

— “[...] não posso morar em apartamento, nem de graça, se ele escuta vizinho fazendo barulho tá feita a sujeira, ele quer ir lá e jogar todo mundo pela janela”.

É muito comum alguns pacientes acharem que o remédio é a causa do seu mal-estar, ou que não estão doentes. Familiares também frequentemente interrompem o medicamento por acharem que o paciente está curado, o que acaba resultando numa piora dos sintomas e a ocorrência de novos surtos agudos (LOUZÃ, 1995).

— “[...] ele não queria tomar o remédio porque ia deixar ele doente, daí brigava”.

O familiar pode perceber um risco de vida devido ao comportamento paranoico derivado dos delírios e alucinações do esquizofrênico, o que acarreta em medo, preocupação e um cuidado redobrado por parte do cuidador (BRISCHKE et al, 2012). Colvero, Ide e Rolim

(2004), também destacam em sua pesquisa, que os cuidadores carregam um sentimento de insegurança e desconforto diante de lidar com ações imprevistas que o esquizofrênico pode tomar. Essa insegurança foi verbalizada em nossa pesquisa pela mãe de um paciente.

— *“Eu tinha uma bomba armada dentro de casa, a família só esperava a notícia que o P3 matou a mãe. Era uma bomba armada. Eu fechava bem a porta, botava um trinco de ferro. Aquela angústia, aquele medo sempre, sempre em cima do perigo, 28 anos”*.

Muitas famílias não encontram uma forma de lidar com a situação. Aliando o descontrole emocional à falta de informações sobre a doença e um medicamento que não é tomado de forma regular, ou em muitos casos, principalmente na população do meio rural, a uma ausência total de medicação, tornando assim o paciente descontrolado, faz com que familiares tomem atitudes “drásticas” conforme verbalizações:

— *“Pra poder trabalhar, ir pegar milho pra dar pra criação, tinha que amarar ele, amarado que nem um boi, então ele não comia, ele não bebia, ele brigava com as parede o dia todo”*.

— *“[...] uma tia da avó... ela ficava amarada com correntes por conta da agressividade [...] como eles tinham aquelas patente fora de casa, eles adaptaram uma pra ela e colocavam o prato de comida por baixo da porta”*.

— *“[...] os dois tios da minha mãe, eles rasgavam a roupa com os dentes, eles eram amarados e levados de carroça pro médico”*.

Essas verbalizações vem de encontro com que já foi exposto anteriormente por Louzã (1995), quando falava sobre a forma que familiares se comportavam no tratamento com doente mental. Souza e Scatena (2005), também colocam a questão dos maus tratos, do abandono, do desinteresse e da rejeição do doente mental, culpabilizando em grande parte a falta de condições financeiras a que estão submetida grande parte das famílias, aliadas a falta de informações. Porém, ressaltando que mesmo em condições de pobreza pode-se encontrar recursos para o cuidado do paciente.

Embora a questão do isolamento e da rejeição que tenha aparecido nas falas, tenha ocorrido em épocas onde o acesso a um atendimento médico era de maior precariedade e de difícil acesso, não quer dizer que hoje ainda não possa ocorrer.

Essa dificuldade que as famílias de baixa renda encontram no tratamento do paciente com esquizofrenia vem de encontro com a fala do Poeta Ferreira Gullar e do Deputado Germano Bonow, já citados anteriormente na pesquisa, quando colocam que deveria existir a criação de novos leitos psiquiátricos, pois as famílias de baixa renda tem pouca, ou nenhuma opção de tratamento. O hospital da cidade onde foi realizada a pesquisa, por exemplo, não

possui leitos psiquiátricos e nem tão pouco está preparada para tais atendimentos, então o que resta é o CAPS, e nos casos mais graves, o paciente deve ser encaminhado para outra cidade que possua maiores recursos.

#### 4.3.4 Reorganização familiar

Tentar continuar a levar a vida da mesma maneira que se levava antes da manifestação da esquizofrenia, é como diz o dito popular, “tentar tapar o sol com peneira”, é estar fadado ao fracasso. Fazer de conta que se é cego, surdo e mudo não é uma opção. Paciente e familiares/cuidadores devem ter em mente o relevante papel que a família tem no processo de tratamento da doença. A aceitação da doença e a busca por informações é fundamental para que familiares possam auxiliar no tratamento do paciente.

O tratamento da esquizofrenia não pode ser realizado como em um transtorno agudo, mas sim como um transtorno crônico, isto é, requer manutenção contínua para prevenir as recaídas (HOLMES, 1997). Louzã (1995, p. 72), coloca que:

Conviver e tentar auxiliar um paciente com esquizofrenia exige muito esforço e dedicação, muitas vezes sem uma recompensa equivalente. [...] é preciso estar ciente das possibilidades e limitações inerentes à doença, para que se saiba enfrentar melhor os sentimentos negativos (raiva, vergonha, frustração, etc) que ocorrerão ao longo dessa batalha.

A sobrecarga causada nos familiares frente à relação de extrema dependência material e afetiva, bem como a falta de iniciativa dos pacientes é notória (COLVERO, IDE e ROLIM, 2004). Por isso, é importante que familiares também participem de grupos de apoio e psicoterapias. Dessa forma poderão verbalizar seu sentimento de impotência com outros bem como se beneficiar da troca de informações.

Comumente achamos que somente nós estamos sofrendo e isso acaba gerando um sentimento de culpa, de estar pagando por algo – um “pecado” que tenha cometido. Muitos familiares relatam que ao participar de grupos de apoio perceberam que existem pessoas em situações semelhantes, outros sentem-se aliviados ao ouvir que existem mais pessoas em situações piores como pode ser ouvir nos relatos:

— “[...] eu participei no grupo de mães do CAPS, porque dai tu acaba vendo, até heresias né, mas também trocando ideias e experiências [...] cada uma coloca um pouquinho do progresso que tem, ai uma ajuda a outra”.

— “[...] ele vai no CAPS, essas reunião ajuda muito ele. Eu participei um tempo depois não teve mais o grupo de mães. [...] era bom porque eu me conformava, porque eu achava que era só eu que sofria, mas tinha gente que sofria muito mais que eu. [...] eu lembro daquela mãe que o filho batia nela...”.

— “Tenho uma cruz pesada, mas tem de mais pesada, de pior. Tem aquela mãe que tem os filhos que se arrasta no chão... [...] um de 19 anos que a mãe tem que segurar só no colo, chora dia inteiro, manha, aquela manha, ele quer isso e quer aquilo e não podem dar porque é diabético. [...] eu vi que meu sofrimento não era nada perto daquela mãe”.

Diferente de problemas físicos, as doenças mentais além de temidas são ridicularizadas. O doente mental é frequentemente citado como “louco”, “doido”, “retardado” e seguido de uma carga de preconceitos, especialmente a esquizofrenia, que devido ao seu vasto quadro de sintomas, é a doença que mais representa e está associada a “loucura”. (LOUZÃ, 1995). Por isso para a grande maioria, trabalhar parece um sonho difícil de ser concretizado devido às limitações que a doença impõe, e em muitos casos devido ao estigma que está entrelaçado à esquizofrenia, pois muitos pacientes conseguem desempenhar normalmente suas tarefas, tudo vai depender da intensidade com que a doença acometeu o indivíduo.

— “[...] ele fala de trabalhar mas, as pessoas não dão serviço pra ele, porque todo mundo conhece ele né”.

Todos os pacientes das famílias entrevistadas estão aposentados por invalidez, embora essa ajuda de custo seja bem vinda para os familiares, muitos pacientes gostariam de poder trabalhar, pois o trabalho nos dá um sentido na vida, nos dá liberdade e identidade, isso é visto na fala do P1 durante a entrevista com sua mãe:

— “[...] eu queria muito fazer a minha vida, poder trabalhar, sair fora, conhecer pessoas”.

Algo que é visto como um recurso a mais, é o apoio de instituições religiosas, o qual as famílias tem recorrido devido a uma eventual cura espiritual do doente mental (SOUZA e SCATENA, 2005). Quando não sabem mais a quem recorrer, as pessoas se apegam a fé, por isso a busca por ajuda espiritual é comum, e certamente não vai causar nenhum malefício, exceto é claro que os pacientes deixem de tomar o medicamento acreditando que apenas a ajuda divina é suficiente, ou que familiares recorram a práticas pouco ortodoxas tais como as de exorcismo por possessão demoníaca. Nas famílias entrevistadas, o que pode-se observar é que a cura do lado espiritual é usado como um complemento a mais no tratamento, ou seja,

não vai causar nenhum mal aos pacientes, pelo contrário, trouxe benefícios conforme depoimento das mães.

— “[...] desde o primeiro dia que fui naquela igreja. [...] Desde a primeira vez que levei ele já vi mudança. Ele tem uma parte de demoníaco, má. Mas graças a Deus tá tudo calmo, tudo em dia. [...] quem sabe o pai véio lá de cima tem misericórdia da gente e faz ele melhorar [...] eu rezo sempre.” (M3)

— “[...] descobri o espiritismo, me encantei com a doutrina, gosto muito de participar [...] melhora nosso controle das emoções [...] existe uma vida que acaba agora, mas também tem outra que continua e você pode melhorar. [...] Se é um viés que também ajuda, que mau tem?.” (M2)

A reorganização das famílias após a manifestação da doença das entrevistadas deu-se algumas de forma imediata como é o caso da F2, onde a mãe procurou por ajuda e informações logo após o diagnóstico da doença. Embora tenha passado por períodos difíceis, hoje seu filho demonstra levar uma vida praticamente normal. Algo que ajudou, segundo o depoimento da mãe, foi a sua união com um novo companheiro que assumiu o papel de pai do paciente, e este o aceitou plenamente.

— “[...] família é pai, mãe, filho, ai eu entendi que a referencia masculina era importante porque o que eu não consigo fazer como mãe, tem ele pra ajudar”.

Nesse sentido, podemos entender que a formação tradicional de família nuclear (pai, mãe, filho) colaborou para manutenção no tratamento do paciente. Em contra partida a F2 que também era formada por mãe e um padrasto não ocorria isso, devido a não aceitação da doença por parte do padrasto do paciente, o que resultava em discussões ocasionando elevação do estresse emocional e, conseqüentemente, novos surtos, obrigando o paciente a deixar sua família de origem e ir morar com uma tia. A situação do paciente só começou a melhorar a um ano atrás (em 2013) quando sua mãe separou-se e assumiu novamente os cuidados do filho. Agora, o que se pode observar diante dos relatos de mãe e filho é que ele melhor muito e tem muito apreço pela sua mãe.

Já a F3 também era povoada por brigas e discussões devido ao não entendimento sobre a doença e seus sintomas, sendo que esse paciente em especial permaneceu, segundo a mãe, por 25 anos vivendo de forma agressiva e sempre estressado. De acordo com o depoimento da mãe, o filho iniciou uma melhora significativa a cerca de cinco anos atrás, período esse que coincidentemente ou não, seu esposo faleceu. Essa hipótese não foi verbalizada pela mãe do paciente nem tão pouco pelo pesquisador na hora, mas é o que parece ter ocorrido, já que o

pai do paciente foi citado pela mãe como sendo muito “grosso” e que nunca quis entender a doença do filho.

Todas as famílias entrevistadas relatam que hoje o paciente está bem comparando a anos atrás, ou seja tiveram uma melhora significativa, isso em parte pelo atendimento do CAPS e em parte pelo laço afetivo construído na família.

#### 4.4 ANÁLISE DO PROCESSO

Esse estudo mostrou que a esquizofrenia apesar de ser uma doença tão antiga como outra qualquer, ainda é cercada de mistérios. Muitas são as hipóteses, porém ainda não se descobriu uma causa definitiva e nem tão pouco uma cura para a mesma, apenas modos de controlar os sintomas.

A pesquisa foi conclusiva ao verificar que mesmo com alto prejuízo emocional e financeiro, os familiares têm grande importância no tratamento do paciente com esquizofrenia, e que quando esses familiares não buscam por maiores informações sobre a doença, a manutenção e tratamento tornam-se difíceis e geralmente o paciente fica por anos sofrendo com a falta do apoio que necessita, como pode ser observado nas famílias entrevistadas (F1 e F3). Destaca-se ainda que as famílias com baixa renda onde seus integrantes tem uma menor ou nenhuma escolaridade, possuem maior dificuldade em compreender a doença e os sintomas que a acompanham, tornando assim o ambiente do paciente altamente estressor e sujeito a recaídas durante o percurso do tratamento.

Dificuldades todos cuidadores terão, especialmente aqueles que não contam com apoio de outros familiares como foi o caso das famílias entrevistadas. Uma tarefa dura sem sombra de dúvidas, ainda mais para uma pessoa sozinha, pois a grande maioria dos pacientes com esquizofrenia requerer uma atenção especial e acompanhamento de perto, especialmente no começo da doença, deixando assim o cuidador sobrecarregado.

Percebeu-se que é importante um convívio e relação harmoniosa entre paciente e familiares, tanto para prevenção de uma crise, quanto para sua manutenção e recuperação. Aliando o bom vínculo afetivo com a busca de informações sobre a doença afim de compreender melhor os sintomas do paciente, teremos sem dúvida resultados positivos e com o passar do tempo, um paciente livre das recaídas conseguira adquirir uma autonomia e levar uma vida próxima do considerado normal, como é o caso do paciente da F2.



Destaca-se também o fato de que nas três famílias entrevistadas, o cuidador era apenas a mãe. Esse importante fato indica que o número superior de mulheres como cuidadoras traz a tona o conceito de gêneros e sua relação com as atividades. A mulher é vista como regedora do âmbito privado, e o homem no âmbito público, isto é o homem cuida das atividades que asseguram o provimento de bens materiais, já as mulheres resta cuidar da casa e dos filhos.

Esse fato parece ser algo que faz parte da nossa cultura, e muito além, mostra que a doença mental causa certa desestrutura familiar, ou deixe ainda mais exacerbada uma desestrutura já existente o que acaba gerando um rompimento familiar, como pode ser observado nas famílias que participaram da pesquisa.

Para colaborar e firmar ainda mais essa realidade, durante a pesquisa, pode-se conversar com várias outras pessoas acerca da esquizofrenia, e na grande maioria as famílias eram compostas apenas pela mãe e o paciente com esquizofrenia, e em alguns casos com irmãos do paciente, o pai raramente fazia ainda parte da família. Isso nos leva a recorrer ao dito popular “não existe amor, como o amor de mãe”.

Todos carregamos preconceitos e estigmas devido a nossa formação social, sejamos nós estudantes, donas de casa, profissionais. A informação é a melhor arma contra o estigma, e esse estudo foi muito importante, não só para minha formação acadêmica, mas também por ampliar e aprofundar meu conhecimento sobre o tema ao ponto de proporcionar uma visão diferente, menos estigmatizada a respeito da doença, dos pacientes e dos familiares que com ela sofrem.

A esquizofrenia é uma doença sem sombra de dúvidas muito intrigante. Faz-nos refletir em como deve ser difícil para uma pessoa com tal diagnóstico ou com uma patologia semelhante que cause alucinações e delírios aceitar que lhe digam que nada do que ele acredita é real. E se de repente nos internassem em um hospital psiquiátrico e nos dissessem que tudo o que achamos estar vivendo é uma mentira, uma invenção da nossa cabeça. Como iríamos aceitar isso? Como saber o que é real ou não?

É como se estivéssemos vivendo em *Matrix*<sup>16</sup>. De repente aparece um “guru” propondo libertar você da mentira que é a vida e revelar o que está por trás, revelar a verdade. Tomando a pílula vermelha você conhecerá a verdade, e tomando a azul, dormiria e voltaria a sua vida normalmente. Qual pílula você escolheria tomar, e será que a pílula que você escolher é realmente a certa, e se eu tomar a vermelha achando que vai me libertar e na verdade é apenas uma falsa percepção. Assim pensam as pessoas com esquizofrenia, criando várias hipóteses, várias interpretações, é um pensar sobre o que foi pensando, e se esse pensamento é realmente meu ou alguém que introduziu na minha mente. Seriam as pessoas com esquizofrenia, indivíduos que se libertam da falsa liberdade na qual vivemos? Não seríamos nós os indivíduos doentes? Fica aqui a dúvida, será que estamos vivendo em lucidez ou somos “loucos” esperando tratamento... escolha sua pílula e responda.



**Figura 5 – Pílulas Azul e Vermelha**  
Fonte: Matrix, [www.Google.com](http://www.Google.com)

---

<sup>16</sup> **Matrix** – é uma produção cinematográfica estado-unidense e australiana de 1999, dos gêneros ação e ficção científica, dirigido pelos irmãos Wachowski e protagonizado por Keanu Reeves e Laurence Fishburne. Neo (Keanu Reeves) é um entre os milhões de seres humanos adormecidos. Neuralmente conectado à Matrix, ignorava que o mundo em que vivia é diferente do que parece. Durante a sua vida como um hacker, Neo descobre algo conhecido apenas como a "Matrix". E é descrita por Morpheus (Laurence Fishburne) como uma vaga intuição de que Neo teve durante toda a sua vida: "que há algo de errado com o mundo". Morpheus encontra-se com Neo para lhe explicar que o mundo no qual vive não é o mundo real e verdadeiro. Os humanos são meros escravos de um poderoso sistema de computadores designado Matrix que controla a mente humana. Morpheus (não é em vão este nome, dado que é o Deus dos Sonhos na mitologia grega) dá a possibilidade a Neo de escolher entre tomar a pílula azul ou a vermelha. Tomando a azul, Neo voltará à sua ilusória e superficial vida; se optar pela pílula vermelha, conhecerá a verdade que está por detrás do mundo que julga ser real. Neo arrisca e opta pela pílula vermelha, conhecendo, finalmente, a complexa verdade por detrás do seu mundo de aparências. A partir deste simples enunciado entre a dicotomia do mundo real e do mundo ilusório ou aparente, levantam-se muitas leituras filosóficas e religiosas. Estas pílulas representam, também, uma metáfora da condição humana: o homem que se resigna de forma dogmática e aceita passivamente tudo o que existe à sua volta ou o homem que deseja libertar-se e conhecer a verdade absoluta das coisas e o acesso ao conhecimento.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, Cristiano Nabuco de. et al. **Síndromes Psiquiátricas**: diagnóstico e entrevista para profissionais da saúde. p. 56-62. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- ALMEIDA, Marcelo Machado de et al. A Sobrecarga de Cuidadores de Pacientes com Esquizofrenia. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre: Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 32, n. 3 out. 2010.
- ALVES, Elaine Gomes dos Reis. A Morte do Filho Idealizado. **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo: Centro Universitário São Camilo, v. 36, n. 1, p. 90-97, 2012.
- AMERICAN PSYQUIATRIC ASSOCIATION - DSM-IV-TR. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. Dornelles, C., 4. ed. ver. Porto Alegre: Artmed, 2002. 880p.
- ASSIS, Jorge Cândido de. Psicoeducação. In: BRESSAN, Rodrigo A.; NOTO, Cristiano S. (Org). **Esquizofrenia: Avanços no Tratamento Multidisciplinar**. 2. Ed. São Paulo: Artmed, 2012. Cap. 10, p. 149-154
- BALLONE, Geraldo J. Esquizofrenias. **PsiquWeb**, Internet, 2008. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br>>. Acesso em: 26 jul. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília, nov. 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>. Acesso em 15 abr. 2014.
- BRISCHKE, Carine C. B. et al. Convivendo com a Pessoa com Esquizofrenia: Perspectiva de Familiares. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 11, n. 4, p. 657-664, Out./Dez., 2012.
- CAIXETA, Marcelo et al. **Neuropsicologia dos Transtornos Mentais**. São Paulo: Artes Médicas, 2007. 328 p.
- COLLIN, Catherine et al. **O livro da Psicologia**. Tradução Clara M. Hermeto e Ana L. Martins. Rio de Janeiro: Editora Globo, 2012. 352 p. Tradução de: The Psychology Book
- COLVERO, Luciana de A.; IDE, Cilene A C.; ROLIM, Marli A. Família e Doença Mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 38, n. 2, p. 197-205, Jun. 2004.
- CORREA, Jorge. **Visões 2.0 Uma Mente Atormentada em Busca de Alívio**. Chapecó, 2012. 136p.
- DALGALARRONDO, Paulo. Síndromes psicóticas (quadros do espectro das esquizofrenia e outras psicoses). In: \_\_\_\_\_, **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2008. Cap. 30, p. 327-332.

DEITOS, Fátima. **Esquizofrenia?! X Mente Partida?!.** São Paulo: Ícone, 2005. 184p. (Coleção Teorya ?!?! Pratika ?!?! , v. 9).

DICIONÁRIO Online de Português. Disponível em: <<http://www.dicio.com.br>>. Acesso em: 30 mar. 2014.

ELKIS, Helio. O Conceito Histórico da Esquizofrenia. In: BRESSAN, Rodrigo A.; NOTO, Cristiano S. (Org). **Esquizofrenia: Avanços no Tratamento Multidisciplinar.** 2. Ed. São Paulo: Artmed, 2012. Cap. 1, p. 19-31.

**ESQUIZOFRENIA** e assistência psiquiátrica no Brasil. Jornalista Leda Nagle debate com o poeta Ferreira Gullar, o deputado federal Germano Bonow, o artista plástico Vitorino Gheno e o psiquiatra Leonardo Palmeira a política de saúde mental do Brasil e o fechamento de leitos hospitalares para pessoas portadoras de transtornos mentais como a esquizofrenia. TV Brasil: Programa Sem Censura. 2009. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=I7U3IJBpB8A>>. Acesso em 15 abr. 2014.

FALCETO, Olga Garcia. Famílias com Adolescentes: uma Confluência de Crises. In: PRADO, Luiz Carlos (Org.). **Famílias e Terapeutas:** construindo caminhos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. Cap. 6, p. 151-171.

GIL, Antônio C. **Métodos e técnicas em pesquisa social.** 6 ed. São Paulo: Atlas, 2011. 200p.

GULLAR, Ferreira. A sociedade sem traumas. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 26 abr. 2009. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/ilustrad/fq2604200920.htm>>. Acesso em: 05 abr. 2014.

GULLAR, Ferreira. Uma Lei Errada. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 12 abr. 2009. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/ilustrad/fq1204200920.htm>>. Acesso em: 05 abr. 2014.

HOLMES, David S. **Psicologia dos Transtornos Mentais.** 2 ed. São Paulo: Artmed, 1997. p. 235-303.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a Morte e o Morrer.** 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996. 299 p.

LOUZÃ, Mario Rodrigues. **Convivendo com a Esquizofrenia:** Um guia para Pacientes e Familiares. São Paulo: Lemos Editorial, 1995. 95 p.

MARQUES, Luciana Pacheco. O Filho Sonhado e o Filho Real. **Revista Brasileira de Educação Especial**, São Paulo: Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial, v. 3, p. 121-125, 1995. Disponível em: <<http://www.abpee.net>>. Acesso em: 12 out. 2014.

MELO, Zélia Maria de. **Os Estigmas: a deterioração da identidade social.** Disponível em: <<http://proex.pucminas.br/sociedadeinclusiva/anaispdf/estigmas.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2014.

MINAYO, Maria Cecília. **Pesquisa Social: Teoria Método e Criatividade**. 19. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. 80 p. (Coleção temas sociais 1)

MORIYAMA, Taís S. et al. Psicopatologia pré-mórbida e esquizofrenia de início precoce. In: BRESSAN, Rodrigo A.; NOTO, Cristiano S. (Org). **Esquizofrenia: Avanços no Tratamento Multidisciplinar**. 2. Ed. São Paulo: Artmed, 2012. Cap. 2, p. 33-47

NOTO, Cristiano S. et al. Tratamento eficaz: abordagem farmacológica, manejo de efeitos colaterais e estratégias para prevenção de recaídas. In: BRESSAN, Rodrigo A.; NOTO, Cristiano S. (Org). **Esquizofrenia: Avanços no Tratamento Multidisciplinar**. 2. Ed. São Paulo: Artmed, 2012. Cap. 9, p. 135-148

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (Coord.). **Classificação dos Transtornos Mentais e do Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Trad. Caetano, D., Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORTIZ, Bruno; LACAZ, Fernando Sargo. Esquizofrenia: diagnóstico e dimensões clínicas. In: BRESSAN, Rodrigo A.; NOTO, Cristiano S. (Org). **Esquizofrenia: Avanços no Tratamento Multidisciplinar**. 2. Ed. São Paulo: Artmed, 2012. Cap. 3, p. 49-66

PALMEIRA, Leonardo F.; GERALDES, Maria T. de M.; BEZERRA, Ana B. C. **Entendendo a Esquizofrenia: como a família pode ajudar no tratamento?**. Rio de Janeiro: Interciência, 2009. 202p.

PAN, Pedro Mario; ZUGMAN, André; CHAVES, Ana Cristina. Primeiro Episódio Psicótico. In: BRESSAN, Rodrigo A.; NOTO, Cristiano S. (Org). **Esquizofrenia: Avanços no Tratamento Multidisciplinar**. 2. Ed. São Paulo: Artmed, 2012. Cap. 4, p. 67-80

PEGORARO, Renata F; CALDANA, Regina H de L. Sobrecarga de familiares de usuários de um centro de atenção Psicossocial. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 11, n. 3, p.569-577, set./dez; 2006.

PRADO, Luiz Carlos (Org.). Metáforas, Segredos e Mitos ao longo do Ciclo Vital: uma Reflexão Clínica. In: \_\_\_\_\_. **Famílias e Terapeutas: construindo caminhos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. Cap. 9, p. 199-212.

REBITE, a velha ameaça na estrada. Revista o Carreteiro. Disponível em: <<http://www.revistaocarreteiro.com.br/modules/revista.php?recid=222&edid=20>>. Acesso em: 26 out. 2014.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 334p.

SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott. Esquizofrenia. In: \_\_\_\_\_. **Compêndio de Psiquiatria**. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. Cap. 13, p. 507-541.

SANT'ANA, Marília Mazzuco et al. O Significado de ser Familiar Cuidador do Portador de Transtorno Mental. **Texto & Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 50-58, jan./mar. 2011.

SCAZUFCA, Marcia. Abordagem familiar em esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 22, s. 1, p. 50-52, maio. 2000

SIMÕES, Ricardo Santos; BARACAT, Maria C. P.; LIMA, Rafael de. **Dicionário Etimológico: Termos Médicos**. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAABmHEAB/dicionario-dicionario-etimologico>>. Acesso em: 19 jun. 2014.

SIQUEIRA, Ranyella; CARDOSO, Hélio. O conceito de estigma como processo social: uma aproximação teórica a partir da literatura norte-americana. **Imagonautas Revista Interdisciplinaria sobre Imaginarios Sociales**. p. 92-113, 2011. Disponível em: <[http://imagonautas.gceis.net/sites/imagonautas.gceis.net/files/images/6.\\_de\\_siqueira\\_y\\_cardoso.pdf](http://imagonautas.gceis.net/sites/imagonautas.gceis.net/files/images/6._de_siqueira_y_cardoso.pdf)>. Acesso em: 21 abr. 2014.

SOUZA, Rozemere C.; SCATENA, Maria C. M. Produção de Sentidos Acerca da Família que Convive com o Doente Mental. **Revista Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 173-179, mar./abr. 2005.

SUPERA, Ginastica para o cérebro. Disponível em: <<http://metodosupera.com.br>>. Acesso em: 25 out. 2014.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução á Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas. 1987. 175p.

VILLARES, Cecília C.; REDKO, Cristina P.; MARI, Jair J. Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo: v. 21, n. 1, p. 36-47, jan./mar. 1999.

ZIMERMAN, David E. **Etimologia de Termos Psicanalíticos**. São Paulo: Artmed, 2012. 248 p.

## ANEXO A – DISCURSO DEPUTADO GERMANO BONOW

## Discursos e Notas Taquigráficas



CÂMARA DOS DEPUTADOS - DETAQ

Sessão: 097.3.53.O

Hora: 16h18

Fase: GE

Orador: GERMANO BONOW, DEM-RS

Data: 07/05/2009

**Sumário**

Críticas às restrições à internação de portadores de doença mental na legislação vigente. Artigos Uma lei errada e A sociedade sem traumas, do poeta Ferreira Gullar, publicados pelo jornal Folha de S.Paulo. Editorial do periódico sobre a reforma psiquiátrica. Fechamento de leitos psiquiátricos no País. Anúncio de realização do evento Justiça e Doença Mental, na sede da Procuradoria Geral da República. Urgente revisão da política brasileira de saúde mental.

**O SR. GERMANO BONOW** (DEM-RS. Como Líder. Sem revisão do orador.) - Sr. Presidente, Sra. e Srs. Deputados, na última campanha política, em 2006, visitando uma comunidade nos arredores de Porto Alegre, consultando e perguntando a quem me acompanhava por que não visitávamos uma determinada casa, respondeu-me meu acompanhante que o morador com quem poderíamos conversar saía muito cedo para o trabalho, às 6h30min ou 7h da manhã, e só voltava à noite. Argumentei que a casa estava aberta, e ele me disse que estava aberta porque lá ficava um doente mental. Perguntei se ficava sozinho, e me foi dito que sim, que não havia ninguém que pudesse cuidar daquela pessoa, que apenas os vizinhos, de vez em quando, quando podiam, levavam-lhe comida.

Conto esse episódio, Sr. Presidente, porque 2 artigos saíram na *Folha de S.Paulo*, recentemente, assinados pelo poeta Ferreira Gullar. Perguntei-me por que um homem com a história e com a vida pública de Ferreira Gullar, um homem que foi indicado por universidades de vários países para receber o Prêmio Nobel da Literatura, um homem que recebeu vários prêmios por sua obra, poesia e teatro, um homem que já trabalhou em vários jornais de repente resolve escrever o artigo intitulado *Uma lei errada*, em que diz que "*Campanha contra a internação de doentes mentais é uma forma de demagogia*."

Fiquei pensando na grande questão que me tem trazido a esta tribuna há já bastante tempo, desde 2007. Por que Ferreira Gullar, de repente, se rebela contra uma lei de 2001, a chamada Lei da Reforma Psiquiátrica?

Ele faz uma crítica aos autores da lei, em especial ao Deputado que disse que "*as famílias dos doentes mentais os internavam para se livrarem deles*". O autor do artigo critica quem disse isso e diz assim: "*Não sabe o que é conviver com pessoas esquizofrênicas, que muitas vezes ameaçam se matar ou matar alguém. Não imagina o quanto dói a um pai ter que internar um filho, para salvá-lo e salvar a família*". Veja bem o que é um drama de um pai, o drama de um cidadão, Deputado Alcení Guerra, o que é o drama de um pai que é obrigado a internar um filho.

Mais adiante, depois de dizer que foram descobertos remédios psiquiátricos, Ferreira Gullar diz assim: "*Outro procedimento era o choque elétrico, que surtia o efeito imediato de interromper o surto esquizofrênico, mas com consequências imprevisíveis para sua integridade mental. Com o tempo, porém, descobriu-se um modo de limitar a intensidade do choque elétrico e apenas usá-lo em casos extremos*".

Um projeto de lei que circula há alguns meses nesta Casa determina que o SUS arque com o ônus da execução da eletroconvulsoterapia, o choque elétrico, de quem o necessitar.

Aqui, é um poeta que recomenda um procedimento médico, cientificamente reconhecido em âmbito mundial.

E diz ainda mais, quando lembra do paciente que é levado para uma clínica:

*"Levado para a clínica e medicado, vai aos poucos recuperando o equilíbrio, até estar em condições que lhe permitem voltar para o convívio familiar. No caso das famílias mais pobres, iguais a essas que eu visitei em 2006, isso não é tão simples, já que saem todos para trabalhar e o doente fica sozinho em casa. Em alguns casos, deixa de tomar o remédio e volta ao estado delirante. Não há alternativa senão interná-lo".*

No outro artigo, cujo título é *A sociedade sem traumas*, Ferreira Gullar diz que a *nova psiquiatria é democrática e pergunta se alguém já ouviu falar em urologia democrática, em cardiologia democrática. Em psiquiatria democrática se tem falado aqui.*

*Ferreira Gullar vai mais adiante: "Manter em casa uma pessoa em estado delirante é praticamente impossível. Por isso, as famílias que têm recursos recorrem às caríssimas clínicas particulares." E volta a perguntar, Deputado Edinho: "E as que não têm? Continua: "Não obstante, a nova psiquiatria intitula-se 'psiquiatria democrática'." E de novo pergunta: "Por acaso, alguém ouviu falar em cardiologia democrática ou urologia democrática? (...) A quem ocorreria chamar de antidemocrática a internação de um paciente que contraiu malária ou pneumonia? Se a doença, porém, for esquizofrenia, a coisa muda de figura: para a 'psiquiatria democrática', interná-lo é atentar contra a sua liberdade."*

Esses 2 artigos levaram a *Folha de S.Paulo* a publicar um editorial, no qual diz:

*"Embora a reforma seja meritória nos princípios, o problema de sua implantação foi ter feito diminuir os leitos em hospitais psiquiátricos sem que a rede de assistência ambulatorial — que cumpriria melhor a finalidade de reinserção social do paciente em seu meio — tivesse sido estabelecida..."*

Fechamos 80 mil leitos psiquiátricos em 20 anos, período no qual a população do nosso País cresceu o equivalente à população total da Argentina.

Teria muito mais a falar, mas meu tempo está-se esgotando.

Para concluir, informo que amanhã, na Procuradoria-Geral da República, haverá o evento Justiça e Doença Mental. Isso significa que, atualmente, a Justiça está assumindo a execução da política de saúde mental em nosso País.

Em Porto Alegre, conversei hoje com o Diretor do Hospital Psiquiátrico São Pedro, que me informou que a enfermaria com 20 leitos para atender drogados foi aberta por determinação judicial, porque as leis estadual e federal não o permitem.

É urgente que se revise a política de saúde mental no nosso País, pois é um crime o que estamos fazendo com os doentes mentais.

Muito obrigado, Sr. Presidente.