

UM OLHAR SOBRE A ESQUIZOFRENIA

A LOOK AT SCHIZOPHRENIA

ROSÂNGELA MARTINS VIEIRA¹, DÉBORA PASTORA BASSITT², KÁTIA DA SILVA WANDERLEY³

1. Graduação em Psicóloga pela Universidade Federal de Rondônia (UNIR/2000), Especialista em Psicopedagogia/Gestão Escolar pelo Instituto Cuiabano de Educação (ICE/2005), Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Universidade Federal de Rondônia (UNIR/2007). Mestre em Ciências da Saúde pelo Instituto de Assistência Médica do Servidor Público Estadual (IAMSPE/SP/2016). Coordenadora do Curso de Psicologia da Faculdade Panamericana de Ji-Paraná (UNIIPA); 2. Graduação em medicina - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1990), mestrado em psiquiatria - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1998) e doutorado em medicina pela Faculdade de Medicina da USP (2004). Atualmente é médica preceptora do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo e médica assistente comissionada do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP. Tem experiência na área de psiquiatria, atuando principalmente nos seguintes temas: esquizofrenia, discinesia tardia, psicogeriatrics; 3. Graduação em Psicologia pela Universidade Paulista (1978), mestrado em Psicologia da Saúde pela Universidade Metodista de São Paulo (1989) e doutorado em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (2003). Especialista em Psicologia Clínica e Hospitalar pelo C.R.P. Psicóloga chefe da Seção de Psicologia do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual. Preceptora do curso de Aprimoramento em Psicologia Clínica e Hospitalar do HSPE. Professora e supervisora do curso de Psicologia das Faculdades Metropolitanas Unidas. Orientadora do Programa de Pós Graduação do Hospital do Servidor Público Estadual. Experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia Hospitalar, atuando principalmente nos seguintes temas: contexto hospitalar, psicanálise, psicodiagnóstico e psicoterapia breve.

*Avenida Dom Bosco, 846 Bairro: Dom Bosco, Rondônia, Brasil. CEP:76967-768. rmv1000@yahoo.com.br

Recebido em 23/09/2016. Aceito para publicação em 10/11/2016

RESUMO

A esquizofrenia é um transtorno mental que acomete a população em geral na ordem de 1 para cada 100 indivíduos, com prevalência de 40.000 novos casos para cada 1.000.000 habitantes por ano. No Brasil, estima-se que, a cada ano, em torno de 50.000 pessoas manifestam a patologia pela primeira vez que traz limitações sociais e laborais ao indivíduo, além de interferir na qualidade das relações familiares devido à sintomatologia pertinente. A falta de informação, aliada ao preconceito social relativo à doença mental, interfere no processo de condução assertiva do tratamento e vida útil do indivíduo. Desta forma, a pesquisa objetivou levantar e analisar elementos que interferem na relação familiar da pessoa com esquizofrenia e sua família. A análise qualitativa contou com seis participantes, sendo usuários do Centro de Atenção Psicossocial e familiares em dois municípios de Rondônia: Cacoal e Rolim de Moura. Para a coleta de dados foi utilizada uma entrevista não estruturada e instrumento padronizado para avaliação da percepção e do suporte familiar. Foi possível verificar, com base nos resultados das entrevistas junto aos pesquisados, padrões familiares disfuncionais tanto no portador, quanto na família extensa e ratificados pelo Inventário de Percepção de Suporte Familiar. O manejo da esquizofrenia requer interesse familiar, aceitação da realidade e não culpabilização do portador por sua psicopatologia; entretanto, a afetividade nem sempre é verbalizada e a percepção do esquizofrênico limita o reconhecimento deste acolhimento.

PALAVRAS-CHAVE: Esquizofrenia, família, neuropsicologia.

ABSTRACT

Schizophrenia is a mental disorder larger that affects general population on the order of 1 for every 100 individuals, with prevalence of 40.000 new cases for every 1,000,000 habitant for year. In Brazil, it is estimated that each year around 50000 people are demonstrating the pathology for the first time; She brings limitations social and labour to the individual and interferes with the quality of family relations due to the relevant symptomatology. The lack of information coupled with social prejudice on mental illness interferes with the assertive driving treatment and life of the individual, in this way, the research aimed to raise and analyze elements that interfere with the relationship of the person with schizophrenia and their family. Qualitative analysis was attended by six participants, being users of the CAPS and family in two municipalities of Rondônia: Cacoal and Rolim de Moura. For the collection of data was used an interview not structured and standardized instrument for evaluation of the perception and holder family. It was possible to check in the interview of the researched family patterns in both the carrier dysfunctional extended family and ratified by the IPSF. The literature of the systemic approach has guided the analysis of discourse, in order to understand how a change in a component generates changes in family dynamics. The management of schizophrenia requires family interest, acceptance of reality and not blame carrier by their psychopathology, however, affection is not always verbalized and the perception of schizophrenic limits the recognition of this reception.

KEYWORDS: Schizophrenia, family, neuropsychology.

1. INTRODUÇÃO

A esquizofrenia foi descrita, no final do século XIX, por Emil Kraepelin, psiquiatra alemão (Palmeira; Geral-

des; Bezerra, 2009), que, em uma breve retrospectiva histórica, relata o fato de que os pacientes esquizofrênicos permaneciam por longos anos em instituições psiquiátricas, alguns até o final de suas vidas; pois não existia nada de muito concreto em termos de tratamento. Assim, o primeiro nome dado à esquizofrenia foi demência precoce e caracterizava-se pelos prejuízos permanentes e progressivos devido à cronicidade dos sintomas que se apresentavam aliados à degeneração comportamental.

Outrora, o termo esquizofrenogênico foi utilizado numa tentativa de descrever a genitora como portadora de personalidade dominante, fria e responsável pela esquizofrenia dos filhos; a expressão “duplo vínculo” foi elencada para estabelecer uma comunicação a qual produziria duas mensagens conflitantes entre a mãe em relação ao filho dando origem a esquizofrenia; todavia, alguns trabalhos mais recentes indicam a reincidência da esquizofrenia principalmente no modo como as famílias interagem. Os trabalhos indicam a emoção expressa (EE), que corresponde ao tipo de comunicação emocional entre os familiares e o portador de esquizofrenia, ou seja, quanto maior o nível de desaprovação, hostilidade, animosidade ou excesso de envolvimento emocional, os sintomas esquizofrênicos tendiam a reincidir (Barlow; Durand, 2008).

Conforme Palmeira, Geraldles e Bezerra (2009), grande parte dos pacientes apresentava perda da autonomia, da motivação, dificuldades para estudar ou trabalhar; o comportamento era infantilizado, desorganizado e semelhante ao da demência. Em 1908, Eugen Bleuler, psiquiatra suíço, utilizou um termo de origem grega, esquizofrenia, para se referir a uma mente dividida. Atualmente, fala-se que um por cento da população mundial é acometida por essa enfermidade independentemente de fatores culturais, sociais ou econômicos. A parcela atingida da população encontra-se na fase mais produtiva: as mulheres adoecem entre os 25 e 35 anos, já os homens são afetados pela esquizofrenia entre os 15 e os 25 anos. Em relação à realidade brasileira existe uma estimativa de que cerca de dois milhões de pessoas são portadoras desse transtorno mental.

A esquizofrenia interfere nas relações familiares de diversas maneiras, produzindo diferentes padrões emocionais em seus membros; que passam a se relacionar sob as tensões provocadas pelo convívio cotidiano com a doença. Isso não significa que o esquizofrênico seja culpado pelo sofrimento de seus familiares, mas os sintomas apresentados por ele interagem com o temperamento, as angústias, as preocupações, os desejos e os anseios de cada familiar; produzindo um comportamento emocional peculiar em cada um deles (Palmeira; Geraldles; Bezerra, 2009, p. 93).

Em concordância com Fialho *et al.* (2014), esquizofrenia é um transtorno complexo e multifatorial que

compreende, de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2002); cinco subtipos clássicos: catatônico, desorganizado, indiferenciado, paranoide e residual.

O psiquiatra Thomas R. Insel, diretor do Instituto Nacional de Saúde Mental, nos Estados Unidos, afirmou que as causas da esquizofrenia ainda são desconhecidas e, mesmo com o uso de diversos fármacos, não se pode comprovar efetivamente melhoras para a maioria dos portadores de esquizofrenia (Campolim, 2014).

De acordo com Thomas (apud Campolim, 2014), são fundamentais maiores investimentos em pesquisas que ajudem a desvendar a complexidade da esquizofrenia, uma vez que é o período que permeia a adolescência para a idade adulta o momento em que o córtex pré-frontal encontra-se em processo final de desenvolvimento e quando os circuitos neurais buscam amadurecimento, fase esse em que surgem, geralmente, os primeiros sintomas da doença.

Deve-se dedicar especial atenção aos sintomas da esquizofrenia, os quais podem ser divididos em positivos e negativos. Os sintomas positivos são exemplificados como: alucinações, delírios, discurso desordenado e comportamento bizarro, agitado ou catatônico. No que diz respeito aos sintomas negativos, incluem-se: avolição, isolamento social, embotamento afetivo, anedonia, pobreza da linguagem e da atividade motora. Para o diagnóstico, seguindo os critérios do DSM-IV-(2005), é necessária a presença de ambos os sintomas; sendo fundamental a detecção de, no mínimo, dois sintomas positivos e/ou negativos por um período superior a seis meses e com a degradação do desempenho social e/ou ocupacional.

Por conseguinte, surge como fonte de apoio e compreensão, bem como, a ela cabe à função de encaminhar seu ente ao médico ou aos postos de saúde, acompanhando-o de forma adequada no decorrer de seu processo de reabilitação. Situações de diagnóstico e processo de inicialização da doença caracterizam-se como fontes de estresse no ambiente familiar. A primeira crise esquizofrênica pode ser comparada ao drama vivenciado por vítimas de catástrofes. A rotina e o relacionamento familiar são invadidos por grandes mudanças que resultam em tensão que pode estender-se a um período extenso.

Palmeira, Geraldles e Bezerra (2009) comentam que, muitas vezes, presenciam-se alguns relatos dos familiares de pacientes, segundo os quais, em ambientes sociais, os esquizofrênicos parecem se portar de forma “normal”, deixando a entender que é a família que possui transtornos. Segundo os autores, isso pode ocorrer porque muitos conseguem frear ou mesmo inibir alguns sintomas e até comportamentos em momentos de necessidade. Seguem os pesquisadores explicando que alguns pacientes com tais características comportamentais frequentam

consultórios psiquiátricos; porém, outros não conseguem utilizar o mesmo padrão de comportamento por muito tempo, ou nem o utilizam, pois, a gravidade dos sintomas não permite.

Desse modo, conhecer a esquizofrenia, a importância e interferência da família em relação à enfermidade possibilitam ter o panorama da pesquisa desenvolvida.

Objetivo primário

Analisar os aspectos que permeiam a relação familiar do portador de esquizofrenia através do olhar do usuário e de familiares.

Objetivos secundários

- Apontar os tipos, subtipos e os principais sintomas da esquizofrenia, de acordo com o CID 10 e DSM IV e as principais mudanças ocorridas na nova versão do DSM (DSM V);
- Descrever aspectos relevantes no manejo familiar da esquizofrenia.

Caracterizar os aspectos neuropsicológicos da esquizofrenia.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo utilizou os pressupostos da abordagem metodológica qualitativa descritiva. Os dados das famílias foram levantados nos Centro de Atenção Psicossocial – CAPS's, dos municípios de Cacoal/RO e Rolim de Moura/RO, com acesso aos prontuários dos pacientes, mediante autorização da Secretaria de Estado da Saúde e aprovação do Comitê de Ética – CEP, localizado em Cacoal/RO, nas dependências da Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal, mediante Protocolo 685-10. Por tratar-se de um estudo qualitativo, optou-se por uma amostra de 01 (um) membro de cada família, sendo usuário ou 01 (um) parente que conviva com o paciente, totalizando 06 (seis) indivíduos que representam 06 (seis) famílias distintas. O intuito inicial era o de entrevistar os usuários seguidos de dois membros de sua família nuclear com a finalidade de comparar a percepção de usuários aos seus respectivos familiares; porém apenas dois familiares de usuários compareceram para a entrevista, tornando-se inviável esta analogia. Dessa forma, as entrevistas e a aplicação do Instrumento foram realizadas de forma maneira independente.

Fez-se necessário, como critério de inclusão dos sujeitos, que os usuários fossem maiores de 18 anos e estivesse em tratamento/acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial de Rolim de Moura-RO e Cacoal-RO há mais de dois anos. Ademais, era necessário que os respectivos cuidadores fizessem parte da família nuclear ou que convivessem com os portadores de esquizofrenia desde os primeiros sinais da doença.

De acordo com Minayo (2001), este número não deve ser muito grande, mas deve ser suficientemente pe-

queno de forma a permitir que o pesquisador seja capaz de conhecer bem o objeto de estudo.

Mediante contato e o acordo estabelecido, foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, para obtenção de autorização junto às famílias, sendo seu consentimento voluntário o critério essencial para sua participação.

O estudo teve início com a utilização de entrevista não estruturada que possibilitasse um acolhimento aos portadores de esquizofrenia e respectivos familiares, bem como proporcionasse um conhecimento acerca de suas histórias de vida no que diz respeito ao enfrentamento da doença. No segundo momento, foi aplicado um Inventário de Percepção de Suporte Familiar – IPSF. Esse instrumento, na forma de **inventário, teve como finalidade** avaliar o quanto as pessoas percebem as relações familiares em termos de afetividade, autonomia e adaptação entre os membros. O Inventário desenvolvido por Baptista (2009) é composto por 42 (quarenta e duas) afirmações relacionadas a situações familiares junto às quais o sujeito deve marcar a frequência com que cada uma delas acontece em sua família. As respostas dadas são registradas em folha apropriada. A correção é realizada pelo total de pontos, pela avaliação quantitativa e qualitativa. Existem estudos de precisão, validade e tabelas em percentis para o público-alvo de acordo com seu sexo. A aplicação tanto do inventário quanto a condução da entrevista foram realizadas individualmente pela pesquisadora.

Os dados coletados foram verificados com base na análise do discurso, para que os objetivos fossem devidamente evidenciados.

3. RESULTADOS

A história da doença mental na França, na Itália e no Brasil

A assistência psiquiátrica pública brasileira, desde a época colonial, era extremamente frágil; raríssimos eram os profissionais médicos e os que existiam dedicavam seus serviços aos mais abastados financeiramente; médicos psiquiatras ainda não existiam e quem prestava assistência aos doentes, inclusive aos doentes mentais, eram os curandeiros e sacerdotes católicos. Os indigentes doentes eram acolhidos pelos hospitais da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, em condições sanitárias precárias (Jr., 2007), relata que, entre o fim do século XVIII e início do XIX, sobre forte influência da revolução Francesa; a assistência aos doentes mentais no Brasil passou a ser exercida por médicos, já reformada segundo os valores da época e as transformações sociopolíticas e econômicas ocorridas no Brasil que modificaram, principalmente, três cidades consideradas urbanas, Rio de Janeiro, Ouro Preto e Salvador. Tais transformações Le-

varam à criação, ampliação e à exposição de problemas sanitários, como por exemplo, ao que diz respeito aos enfermos psiquiátricos, uma vez que cuidar deles era excessivamente oneroso. Assim, foi criado, na época, o Hospício do Rio de Janeiro, estabelecimento médico cuja principal função relacionava-se à recuperação de doentes com problemas psiquiátricos.

De acordo com Neto (2010), a psiquiatria francesa foi uma proposta de modernização dos hospitais psiquiátricos, preconizando incentivos para abertura de novos hospitais, uma vez que, em sua essência, constituía-se como instituição voltada para a atividade pública.

Em *História da Loucura* de Michael Foucault (apud Batista, 2014), é possível observar uma interessante reflexão acerca do fenômeno da loucura, o que ele nomeia de “estrutura de exclusão”, justificando seu posicionamento relatando o esvaziamento dos leprosários no final da Idade Média como lugares obscuros, repletos de ritos e de todas as formas de segregações de leprosos não dispostos a suprimir a doença, mas mantê-la distante da rotina social. Posteriormente ao controle da doença, esses espaços foram ocupados por pessoas portadores de doenças venéreas e, em seguida, utilizados para o tratamento de outros tipos de doentes, inclusive os que apresentavam problemas mentais, no final do século XV.

Os asilos surgiram no final do século XVIII, com caráter terapêutico e tendo, como definição de loucura, o termo “alienação mental” proposto por Philippe Pinel, médico francês que tentou classificar algumas das perturbações mentais e que acreditava que os doentes mentais deveriam ser tratados de maneira não violenta e mais humana. Na França, Pinel liberta os loucos e defende sua reeducação por meio do controle social e moral. No cenário italiano, o grande destaque é para o médico psiquiatra Franco Basaglia, precursor do movimento de reforma psiquiátrica conhecida como Reforma Democrática que sempre teve como foco o embate político, ou seja, o processo de combater a forma de tratamento destinada aos doentes (Batista, 2014).

Em 1978, foi aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica pelo Parlamento Italiano que representava a aprovação da luta pelos direitos dos usuários dos serviços de saúde mental. Essa data serviu de inspiração ao Brasil para a criação do Dia Nacional de Luta Antimanicomial. O movimento da Psiquiatria Democrática Italiana agregava ações e debates em torno dos direitos sociais, humanos e culturais e um novo olhar sobre a loucura o que levou ao surgimento de centros de saúde mental, cooperativas de trabalho, residência para ex-egressos dos manicômios (ASBRAME, 2013).

Entre o século XVI e início do século XIX, a loucura no Brasil fazia parte da harmonia social; porém, aos poucos, os loucos foram sendo afastados do convívio social e isolados nos porões das Santas Casas de Misericórdia o que para os médicos era visto como impossi-

bilidade de cura, uma vez que pacientes eram brutalmente isolados e viviam em condições de falta de higiene e de calor humano. Já no século XX, mais precisamente na década de 1950, surgem os hospitais psiquiátricos com características de hospitalização integral e de longa duração. Contudo, ainda são ambientes superlotados, com um número reduzido de funcionários e com sérias denúncias de maus tratos. No ano de 1978, o Movimento dos Trabalhadores ligados a Reforma Sanitária iria provocar o declínio do que era considerada a indústria da loucura em um momento em que os hospitais privados cresciam a todo instante, proliferando pelo país juntamente com a precariedade dos serviços oferecidos à população brasileira e, no meio acadêmico, surge a discussão da desinstitucionalização. Já na década de 1980, influenciados por Basaglia (apud Amarante, 1996), as organizações comunitária, militantes sociais, acadêmicos e técnicos de saúde conseguiram fechar alguns manicômios e abrir os primeiros Centros de Atenção Psicossocial em benefício de uma sociedade sem manicômios. Na década de 1990, consolida-se esse movimento por meio de ações nas áreas legislativa, administrativa e jurídica, com normas federais que irão regimentar a implantação dos serviços de saúde mental e as primeiras diretrizes para a classificação e fiscalização dos hospitais e, em 2001, realiza-se, em Brasília, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, conferindo ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) um papel de suma importância na mudança de modelo (Batista, 2014).

A Esquizofrenia Segundo Critérios Médicos Mundiais

A esquizofrenia é um transtorno mental maior e caracterizado como doença mental; o CID-10 (CID-10, 1993, p. 85) cita que “os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção e por afetos inapropriados ou embotados”. Usualmente, mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo.

Segundo Giacon (2009), o surgimento do primeiro surto psicótico pode variar entre 15 e 35 anos, dependendo do tipo de esquizofrenia. O período seguinte, após o surto, é de crise e remissão levando um estado lastimável do paciente e de seus familiares, principalmente o nuclear.

Levando em consideração a predisposição à esquizofrenia, o estresse pode ser um fator agravante. Outro fator de extrema importância refere-se à interação familiar e a reincidência. Pesquisas apontam como algumas formas de relacionamento familiar podem afetar os portadores de esquizofrenia (Barlow; Durand, 2008).

Estudos genéticos epidemiológicos com famílias sobre fatores de risco relacionados ao desenvolvimento da

esquizofrenia datam de década de 1980. E, entre outras afirmações, sugerem um percentual de 70% a 80% de susceptibilidade total para o surgimento da doença.

No que tange aos aspectos neurobiológicos, a existência da heterogeneidade e a complexidade de sintomas encontradas na esquizofrenia dificultam a compreensão desses aspectos; porém, em meio às dificuldades, podem ser observados avanços relacionados ao conhecimento da neurobiologia da esquizofrenia, como por exemplo, os aspectos cognitivos. Silva (2006) salienta que 80% dos pacientes portadores de esquizofrenia apresentam expressivo déficit cognitivo. Ou seja, esses pacientes perdem boa parte de sua função intelectual quando do primeiro surto, ainda que tal declínio tenda a se estabilizar depois de, em média, dois anos de internação ambulatorial.

Um olhar acerca das influências psicológicas e sociais na esquizofrenia permite observar que, em caso de irmãos gêmeos idênticos, apenas um deles desenvolver a doença, o que pressupõe verificar que algo mais além dos genes envolve esse transtorno mental; não se enquadrando, portanto, em um simples conjunto de causas.

A evolução dos transtornos esquizofrênicos pode ser contínua, episódica com ocorrência de um déficit progressivo ou estável, ou comportar um ou vários episódios seguidos de uma remissão completa ou incompleta conforme quadro abaixo (CID-10, 1993).

Quadro 1. Padrão do curso da Esquizofrenia, segundo a CID-10

Padrão do Curso	
F20.x0	Contínuo (sem remissão de sintomas psicóticos ao longo do período de observação);
F20.x1	Episódico, com um desenvolvimento progressivo de sintomas "negativos" em intervalos entre os episódios psicóticos;
F20.x2	Episódico, com sintomas "negativos" persistentes porém não progressivos nos intervalos entre os episódios psicóticos;
F20.x3	Episódico (em remissão) com remissões completas ou virtualmente completas entre episódios psicóticos;
F20.x4	Remissão incompleta;
F20.x5	Remissão completa ou virtualmente completa;
F20.x8	Outro padrão de curso;
F20.x9	Curso incerto, período de observação demasiado curto.

Para uma melhor compreensão, os subtipos clínicos apresentados no quadro 2 serão caracterizados a seguir.

Quadro 2. Subtipos Clínicos da Esquizofrenia (CID-10)

Esquizofrenia Paranoide (F20)	
F20	Esquizofrenia paranoide
F20.1	Esquizofrenia hebefrênica
F20.2	Esquizofrenia catatônica
F20.3	Esquizofrenia indiferenciada
F20.5	Esquizofrenia residual
F20.6	Esquizofrenia simples
F20.9	Esquizofrenia não especificada

A esquizofrenia paranoide se caracteriza, essencialmente, pela presença de ideias delirantes relativamente estáveis e, frequentemente, relacionadas à perseguição; em geral, acompanhadas de alucinações particularmente

auditivas e de perturbações das percepções. As perturbações do afeto, da vontade, da linguagem e os sintomas catatônicos estão ausentes, ou são, relativamente, discretos.

Esquizofrenia Hebefrênica (F20.1)

É a forma de esquizofrenia caracterizada pela presença proeminente de perturbação dos afetos; as ideias delirantes e as alucinações são fugazes e fragmentárias, o comportamento é irresponsável e imprevisível com a presença frequente de maneirismos. O afeto é superficial e inapropriado. O pensamento é desorganizado e o discurso incoerente. Há tendência ao isolamento social. Geralmente o prognóstico é desfavorável devido ao rápido desenvolvimento de sintomas "negativos", particularmente um embotamento do afeto e perda da volição. A hebefrenia deveria, normalmente, ser somente diagnosticada em adolescentes e adultos jovens.

Esquizofrenia Catatônica (F20.2)

A esquizofrenia catatônica é dominada por distúrbios psicomotores que podem se manifestar pela alternância entre extremos tais como hipercinesia e estupor, ou entre a obediência automática e o negativismo. Atitudes e posturas a que os pacientes foram compelidos a tomar podem ser mantidas por longos períodos. Um padrão marcante da afecção pode ser constituído por episódios de excitação violenta. O fenômeno catatônico pode estar combinado a um estado oniroide com alucinações cênicas vívidas.

Esquizofrenia Indiferenciada (F20.3)

Configura-se pela constatação de afecções psicóticas que preenchem os critérios de diagnósticos gerais para a esquizofrenia, mas que não correspondem a nenhum dos subtipos incluídos em F20.0-F20.2; ou que exibam padrões de mais de um deles sem uma clara predominância de um conjunto particular de características diagnósticas.

Esquizofrenia Residual (F20.5)

Estágio crônico da evolução de uma doença esquizofrênica, com uma progressão nítida de um estágio precoce para um outro tardio, o qual se caracteriza pela presença persistente de sintomas "negativos", embora não forçosamente irreversíveis; tais como lentidão psicomotora, hipoatividade, embotamento afetivo, passividade e falta de iniciativa, pobreza da quantidade e do conteúdo do discurso; pouca comunicação não verbal (expressão facial, contato ocular, modulação de voz e gestos), falta de cuidados pessoais e desempenho social medíocre.

Esquizofrenia Simples (F20.6)

Transtorno caracterizado pela ocorrência insidiosa e progressiva de excentricidade de comportamento, inca-

pacidade de responder às exigências da sociedade e um declínio global do desempenho; tais como os padrões negativos característicos da esquizofrenia residual (por exemplo: embotamento do afeto e perda da volição).

Conforme o DSM-V, o diagnóstico de esquizofrenia sofreu alterações significativas nesta nova versão do DSM.

O critério que define a sintomatologia característica (Critério A) continua requerendo a presença de, no mínimo, dois dos cinco sintomas para ser preenchido, mas a atual versão exige que ao menos um deles seja positivo (delírios, alucinações ou discurso desorganizado) (APA, 2014).

A nova versão do DSM descartou a divisão da esquizofrenia em subtipos. Dessa forma, o que era visto como paranoide, desorganizada, catatônica indiferenciada e residual; passa a ser observada como pouco válido, inclusive com relação ao tratamento. Bem como os critérios para o transtorno delirante e para a catatonia sofreram mudanças.

Os critérios para o Transtorno Delirante não exigem mais que os delírios apresentados não sejam bizarros. A demarcação entre o Transtorno Delirante e outras variantes psicóticas foi reforçada com a presença de critérios de exclusão que impedem que o diagnóstico seja efetuado na presença de quadros como o Transtorno Obsessivo-Compulsivo e o Transtorno Dismórfico Corporal. A Catatonia não é mais apresentada como um subtipo da Esquizofrenia ou uma classe independente. Na atual versão, passa a ser dividida como: Catatonia Associada com Outros Transtornos Mentais; Catatonia Associada com Outras Condições Médicas; ou Catatonia Não-Especificada (Araújo, Lotufo Neto, 2014).

Conforme o DSM-V, existe certa aceitação de que o quadro clínico ocorre em várias situações e, para o diagnóstico, exige-se a presença de, no mínimo, três de doze dos sintomas catalogados. Já no que diz respeito à catatonia, compreende-se que pode ser empregada como um fator especificador nos seguintes transtornos: o depressivo, o bipolar e os psicóticos, podendo ainda ser diagnosticada isoladamente.

O objetivo das mudanças está relacionado à maior confiabilidade diagnóstica e de tratamento não só da esquizofrenia, mas de todos os transtornos mentais.

Família

Segundo o IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – (Brasil, 2007), entende-se por família o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência e que reside na mesma unidade domiciliar.

A família pode ser considerada como um importante dispositivo social capaz de influenciar os indivíduos em seus processos futuros de relacionamentos, além de ser um dos principais pilares da vida psíquica das pessoas;

podendo, até mesmo, influenciar padrões de comportamento, sentimentos de pertencimento social e a saúde mental. É importante ressaltar que todos os grupos sociais, tais como a família, são permeados por processos complexos de comunicação e relacionamento; sistemas de crenças, regras próprias, valores em comum e funções específicas (Cebério, 2006 apud Baptista, 2009).

Datam do século XX, o estudo e o reconhecimento da família como um sistema. No que diz respeito às instituições sociais, a família é certamente a mais elementar, pois faz parte da tendência natural do ser humano de estruturar-se em torno do seio familiar; como também, as influências recebidas pela criança enquanto membro de uma família irão fazer parte de toda sua história de vida e a definirão enquanto adulta (Santos, 2003).

De acordo com Baptista e Teodoro (2012), a família vem sofrendo transformações contínuas e várias são as concepções que a caracterizam, seja como mediadora perante a sociedade ou como a referência inicial para a criança na formação de regras, valores e crenças; o próprio formato original da família vem sendo modificado com composições distintas e atípicas.

Família, Doença Mental e Psicoeducação

Fazer parte de uma família implica várias vivências e sentimentos de proteção experimentados; mas, quando um dos membros encontra-se doente, os cuidados são potencializados. Todavia, algumas famílias sentem-se limitadas quando o parente permanece em sofrimento psíquico, pois é necessário um verdadeiro ajuste à nova situação, tornando-se essencial o respeito, o companheirismo e um fortalecimento ou estabelecimento de laço de amor por parte de seus membros e de apoio de amigos e de instituições especializadas (Costa *et al.* 2014).

Não faz tanto tempo que os portadores de transtornos mentais graves eram tratados em hospitais psiquiátricos; todavia, com a política de assistência vigente, os doentes mentais passaram a ser atendidos pelos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Ao buscar apoio dos serviços de saúde mental, os familiares apresentam várias dificuldades; como a delicada questão de saber e ter que lidar com crises episódicas, com os conflitos instaurados, prevalecendo à culpa, o pessimismo, o isolamento social, a expectativa de cura frustrada e o próprio desconhecimento da doença, dentre algumas insatisfações presentes (Colvero *et al.* 2004).

Segundo Brischke *et al.* (2012), o atendimento nos CAPS's tem como pressuposto de tratamento a reabilitação e a reintegração social do portador de transtorno mental por meio do acesso ao lazer, ao trabalho e ao fortalecimento dos vínculos familiares. No entanto, nem todas as famílias encontram-se preparadas do ponto de vista emocional ou financeiro para os devidos cuidados e manejos para com seu parente adoecido mentalmente; mas, de uma forma ou de outra, perpassa-se pelo pro-

cesso indo em busca, na maioria das vezes, de redes de apoio. Por conseguinte, torna-se de fundamental importância a forma como a família lida com a doença, pois isso implicará o processo de reabilitação e convivência entre ambos.

Conforme Palmeira, Geraldese e Bezerra (2009), por ser o ambiente familiar o lugar que portador de esquizofrenia mais frequente, por vezes, também é o local em que ele se sente mais à vontade para expressar seus pensamentos e agir de forma livre; por isso é necessário que a família tenha o maior número de informações possíveis com relação à doença para que não ocorram falsos julgamentos e, conseqüentemente, desenvolvam-se atitudes de preconceitos por parte dos familiares que acabem por desencadear conflitos nas relações entre ambos. Caso as relações se tensionem e tornem-se ainda mais estressantes com padrões emocionais rígidos e negativos, chamadas de *emoção-expressada*, e que costumam ocorrer na presença de doenças graves e crônicas interferindo na forma de relacionamento familiar. Tais ocorrências são definidas como padrões emocionais apresentados por famílias de esquizofrênicos: hiper-crítica; superproteção; permissividade; hostilidade e superenvolvimento afetivo.

Com o intuito de amenizar os conflitos e auxiliar usuários portadores de transtornos mentais, surgiu a psicoeducação que, segundo Colom e Vieta (2004), baseia-se em um processo de intervenção caracterizada em informar o diagnóstico, etiologia, funcionamento, tratamento e prognóstico ao paciente.

Para Santana (2011), a psicoeducação é uma forma de intervenção complementar ao tratamento tradicional porque soma-se aos novos ideais de assistência em saúde mental; sendo recomendada geralmente por psiquiatras, psicólogos e enfermeiros que lidam com portadores de transtornos mentais e aos familiares, uma vez que possibilita o compartilhamento das informações que falam do próprio portador; servindo, assim, para aumentar o seu autoconhecimento; além de serem promovidas estratégias psicossociais com relação específica ao paciente esquizofrênico e seus familiares ou cuidadores. Desse modo, apresenta efeitos vantajosos, tanto para a melhora dos doentes, quanto para a manutenção do bem-estar familiar.

Outra opção de intervenção junto a pacientes esquizofrênicos é a psicoterapia de grupo que pode, dependendo do foco, promover a educação, o suporte, o desenvolvimento emocional ou ainda o treinamento das habilidades sociais e vocacionais. O processo de intervenção toma por base três abordagens teóricas principais para o grupo psicoterápico de pacientes esquizofrênicos, são elas: a abordagem educativa, psicodinâmica e interpessoal; as quais, segundo Gabbard (1992), McGlashan (1994) (apud Santana, 2011), contêm uma mistura de elementos expressivos e de apoio.

Neuropsicologia da Esquizofrenia

Aspectos Neurobiológicos

Segundo Fuentes (2008), não é um processo simples compreender os aspectos neurobiológicos da esquizofrenia em decorrência do grau de complexidade dos sintomas; porém é importante ressaltar a existência de avanços nos estudos acerca da doença; como por exemplo, os estudos da neuroimagem que apresentam alargamento ventricular e redução de volume em regiões encefálicas: córtex pré-frontal, corpo estriado, estruturas do lobo temporal medial, tálamo, giro do cíngulo e o giro temporal superior. Tais estruturas são significativas em funções cognitivas que, segundo estudos, apresentam-se deterioradas na esquizofrenia. Por meio da neuroimagem por ressonância magnética, é possível visualizar a integridade da substância branca do sistema nervoso com imagens de tensores de difusão; assim, é de extrema relevância para detectar microalterações na substância branca; pois, por meio dessas imagens, demonstram-se correlações significativas com o desempenho cognitivo. Doenças como a esclerose múltipla, que apresentam alterações da mielinização da substância branca, também podem apresentar déficit cognitivo e psicose (Transtorno Mental Maior).

Características Neuropsicológicas

Estudos apontam um percentual de 80% de déficit cognitivo em pacientes com esquizofrenia, bem como a influência de indicadores pré-mórbidos com a estimativa de 98% desses pacientes. Ao se avaliar a potencialidade cognitiva de pacientes, após o primeiro surto, constata-se que a função intelectual sofre significativa queda com tendência à estabilidade após dois anos de patologia e, como consenso técnico, afirma-se que a deficiência cognitiva não é consequência de sintomas variados e nem de uso de fármacos; mas advém de característica nuclear da doença. Em 2002, O Instituto Nacional de Saúde Mental (NHM - MATRICS) anunciou a Pesquisa de Avaliação e Tratamento para Melhora da Cognição na Esquizofrenia que objetivava a formulação de critérios de fármacos que pudessem atender à referida expectativa. O resultado desse processo foi a identificação de sete dimensões cognitivas separáveis que acometem na esquizofrenia: velocidade de processamento, atenção sustentada e vigilância, memória operativa, aprendizagem e memória verbal, aprendizagem e memória visual, raciocínio e solução de problemas e compreensão de vocabulário. O último desses itens foi retirado do protocolo por ser resistente a intervenções; ademais, a cognição social foi adicionada como a sétima dimensão cognitiva. As habilidades da cognição social incluem: a capacidade de identificar e reconhecer emoções de outras pessoas.

Neuropsicologia dos Transtornos Mentais

Segundo Caixeta *et al.* (2007), com a desordem ocorrida no seio do circuito fronto-têmporo-cerebelo-tálamo-cortical, há perturbação do fluxo da consciência em decorrência das vivências descontextualizadas que assolam o doente esquizofrênico. Quando o frontal exerce suas atividades com outras áreas cerebrais, ele se liga de maneira direta ou indireta a estas áreas e a via indireta passa pelo tálamo; havendo, assim, um fortalecimento dessa conexão e um enfraquecimento de outras cognições paralelas, o que significa afirmar que ocorre melhora no nível atencional. Caixeta *et al.* (2007) segue dizendo que pesquisas neuropatológicas e neurofisiológicas evidenciam problemas neste circuito, pois muitas interferências parasitas perturbam o psiquismo do doente esquizofrênico. Blocos ideo-afetivos, sobrevivendo de regiões tempero-límbicas, emergem a todo instante em seu psiquismo com perturbações emocionais e de vivências passadas. O que acontece com os portadores de esquizofrenia é uma hiperatividade límbica ou talâmica, ou seja, há um perigo do frontal dominar o fluxo e fomentando intervenções pontuais e controladas do límbico, é o límbico que invade o fluxo pelo qual o frontal deveria estar dominando.

O Delírio no Contexto Córtico-Talâmico

A hipofrontalidade em conjunto com uma hipertalamia na esquizofrenia tem sido verificada em alguns estudos. Segundo Caixeta *et al.* (2007), a explicação pode proceder das seguintes formas: na ocorrência das hipervivências emocionais-límbicas, o frontal permanece hipoativo; ou, de modo exato ao contrário, o frontal estando hipoativo as vivências poderiam se manifestar de modo parasitário. O referido autor segue explicando que, ao examinar alguns pacientes, tem observado dois aspectos; um deles diz respeito ao fato de que pacientes que apresentavam um discurso linear, lógico até o momento de fomentar neles fortes vivências límbico-afetivas, passaram a divagar em seus discursos. Porém, existem pacientes que, se deixados sozinhos, passam a apresentar solilóquios e até mussitações delirantes. Mas, em muitos momentos os pacientes não se encontram sós, estão em contato com as várias pessoas com quem convivem em sua cabeça o que pode provocar vivências intensas as quais poderão liderar seu discurso; eis aí uma das mais prováveis explicações, pois quando se encontram em solilóquios, os pacientes quase nunca falam de temas cognitivos porque, na maioria das vezes, estão combatendo alguém ou algo, discorrendo a respeito de suas vivências e, até mesmo, impondo suas ideias. Eles se apresentam de forma contrária a pacientes do tipo frontal junto aos quais não haver dislogia isolada, cognitiva, pois têm um componente emocional-vivencial associado, o delírio, e a explicação mais viável seria a adversidade de conectividade ou talâmico, já que é na conectividade límbico-frontal que perpassa o tálamo

onde está inserida a dificuldade; e, no caso de problema unicamente frontal, ocorreria dislogia, transtorno cognitivo, mas não haveria presença de delírio.

4. RESULTADOS

A amostra total incluiu 06 participantes, sendo eles três são homens com faixa etária entre 20 e 35 anos e nível de escolaridade superior. Os demais participantes, três, são do sexo feminino e possuem baixa escolaridade. Com relação ao estado civil, quatro são solteiros; uma é viúva e um é divorciado.

W. A. M. S., solteiro, 20 anos, estudante do último ano de Ciências Biológicas, filho mais novo de M. M. S., casada, 43 anos e 02 filhos homens de 22 e 20 anos. Segundo relato do filho mais novo e prontuário médico, a genitora é portadora de esquizofrenia. O participante da pesquisa iniciou sua fala apresentando o comportamento da progenitora que, segundo ele, frequentemente se isolava e negava-se a fazer uso de medicação controlada. Ainda, segundo ele, a primeira crise ocorreu em 2009, época em que a fisionomia da mãe ficou estranha, passando a falar mal do marido; ela acreditava que estava sendo traída sexualmente pelo cônjuge; disse ainda que ela se manteve agressiva física e verbalmente e que, somente após 06 (seis) crises semelhantes à supracitada, a família resolveu procurar auxílio profissional. (SIC)

O filho informou que, após várias tentativas e muita relutância, foi possível levar a mãe ao médico psiquiatra. Logo veio o diagnóstico: esquizofrenia paranoide. A paciente passou a ser medicada, havendo melhora significativa dos sintomas, porém estava sempre muito sonolenta. (SIC) Expôs ainda que a genitora passou a aceitar sua psicopatologia e que acredita que as crises que ainda ocorrem são bem inferiores às primeiras, que seu tom de voz é mais baixo sem tartamutez, que cuida de sua higiene pessoal com mais apreço e que a hipersonia está melhorando aos poucos. Todavia ao menor sinal de progresso, deixa sua medicação de lado e, conseqüentemente, ocorre a remissão de sintomas. Ao ser indagado a respeito de seus sentimentos e de sua forma de conduta perante a situação, o filho alegou que durante a primeira crise ficou apreensivo, pois tinha 17 anos. “No início passei a acreditar no discurso da minha mãe e só após observá-la atentamente e conversar com todos em casa passei a perceber que havia de fato algo estranho com ela. No auge da crise de minha mãe e apesar de ser mais racional que meu irmão mais velho eu sofri muito, principalmente por estar fazendo uma disciplina de psicologia geral e ter que apresentar um trabalho sobre saúde mental; mas, confesso que foi bom porque me ajudou a entender a doença dela. Nosso relacionamento é bom, nós interagimos bastante quando ela está tomando os remédios controlados, tento aliviar o que é um fardo para ela; mas, quando ela está em crise eu me afasto; tenho vontade de dizer que o motivo dela estar assim é porque

não toma a medicação de forma correta. Às vezes me revoltava: por que com a minha família? Temo em ficar do mesmo jeito, eu tenho um amigo que ficou esquizofrênico só convivendo com o pai portador da doença e ele tem um irmão com o mesmo diagnóstico”. (SIC)

Os resultados da aplicação do IPSF em W. A. M. S, indicaram a seguinte pontuação: Afetivo-Consistente (30), Adaptação (25) e Autonomia (16); com escore geral de 71 pontos. Esses resultados apontaram escore médio-alto na percepção de afetividade e consistência de regras e limites, pontuação alta na dimensão Adaptação Familiar e Autonomia, que resultaram pontuação alta na soma geral do Instrumento. Apesar de apresentar descontentamento quanto à manifestação da doença em sua mãe; W. A. M. S. percebe sua família, inclusive a portadora, como afetiva e próxima. Com relação ao Fator Adaptação, também demonstrou estar conseguindo conviver de forma assertiva com todos os membros familiares e, no Fator Autonomia, ele sente liberdade para realizar suas atividades, para vestir-se segundo seu desejo, sair e ter privacidade na maioria das vezes.

C.A.P.M. é casada, 43 anos, do lar, genitora de H. P. M, 22 anos, sexo masculino e usuário do CAPS de Rolim de Moura-RO. Ao ser interrogada a respeito de seu convívio familiar, descreveu algumas particularidades de seu convívio marital. Declarou que o cônjuge havia sofrido um acidente há anos e, em decorrência disso, coube a ela todos os afazeres domésticos e laborais, afirmou ainda que a relação entre pai e filho sempre foi caótica.

Com relação a H., (usuário), a progenitora informou que é o filho de uma prole de três irmãos; disse ainda que teve uma gravidez de risco e que fez uso de medicação para tentar dar continuidade à gestação.

Segundo a genitora, aos 02 (dois) anos de idade, H. já apresentava labilidade emocional: “ele chorava até ficar vermelho ao ser contrariado; uma vez a médica disse: seu filho não tem nada, quem tem é a senhora”. (SIC). A entrevistada informou também a respeito da vida escolar do filho; disse que seu histórico educacional perpassou por diversas dificuldades; ainda no ensino fundamental ele já demonstrava nervosismo, não lia, mas conseguia escrever.

Aos 08 (oito) anos, não dormia sozinho, sempre ficava com as irmãs; aos 11 (onze) anos, ia para a roça trabalhar com a família, mas manifestava comportamento fóbico-ansioso. Aos 13 (treze) anos, a mãe alegou ter ouvido o filho conversar com um amigo da família, disse ele: “eu às vezes acho que tem uma mosca no meu ouvido”. (SIC). Logo após o episódio, passou a observar mais atentamente o filho e descobriu que ele acreditava ter poderes especiais e que iria se transformar em algum momento da vida em um feixe de luz. H. permaneceu por um período de 10 (dez) dias sem medicação. Assustada, a mãe solicitou ao marido que levasse o filho ao médico.

Com muita relutância por parte do marido, o filho foi levado ao oftalmologista por apresentar também dificuldade visual, como a dificuldade em distinguir as cores. Após a avaliação médica, o adolescente foi encaminhado ao neurologista, ainda sem diagnóstico psiquiátrico. Havia, nesse momento, uma possibilidade diagnóstica de daltonismo. O neurologista prescreveu 05 (cinco) tipos de psicofármacos os quais não soube denominar e que, após seu uso, o filho desenvolveu hipersonia.

Após 03 (três) meses de tratamento neurológico, H. foi encaminhado ao psiquiatra do CAPS de Rolim de Moura-RO. Mantendo-se estável até o momento, com o diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

Em seu relato, a genitora desabafou, disse que precisou de forças divinas para conseguir ser mãe de um esquizofrênico. “Me apeguei a Deus e pedi forças”. (SIC). Expressou preocupar-se com o filho diuturnamente, principalmente quando algo acontece que o deixa agitado. “[...] quando é comigo eu logo mudo de assunto, mas pode ser que uma outra pessoa não saiba entender”. (SIC).

Atualmente H. é estudante universitário do Curso de Administração, faz uso de seus remédios regularmente e não tem mais alucinações visuais e/ou auditivas, segundo prontuário médico e informação da genitora.

Os resultados da aplicação do IPSF em C.A.P.M. validaram a seguinte pontuação: Afetivo-Consistente (20), Adaptação (16) e Autonomia (10); com a pontuação geral de 46 pontos. Esses resultados demonstraram uma pontuação baixa nos quesitos Afetivo-Consciente e Adaptação; médio-baixo no quesito Autonomia com uma pontuação geral avaliada pelo Inventário como baixa. Como interpretação dos resultados, percebe-se que a genitora apresenta dificuldade para vivenciar relação afetiva positiva. Aspectos que dizem respeito a acolhimento, empatia e proximidade, tão significativas no contexto familiar, não são percebidos pela genitora; como também, ficaram evidenciados sentimentos e comportamentos negativos para com a família. Concepções como raiva, incompreensão, vergonha, irritação e, até mesmo, isolamento apareceram em destaque na interpretação do teste.

H.P.M. tem 22 anos e é usuário do CAPS de Rolim de Moura-RO. O usuário teve seu registro no CAPS em 27 de março de 2007, porém consta que seu primeiro atendimento psicológico, na Instituição de Saúde, ocorreu apenas em 19 de maio de 2008, tendo como psicodiagnóstico inicial de Transtorno Obsessivo Compulsivo – TOC. Só depois foi diagnosticado como portador de esquizofrenia paranoide com sintomas de TOC.

Segundo consta em seu formulário e corroborando com o discurso do usuário, ele é estudante de uma Universidade Federal do Estado, cursa Administração de Empresas e está no 5ºP. As informações com relação ao seu progenitor indicam comportamento agitado, por ve-

zes, violento, ansioso e sem aceitação (negação) de auxílio médico ou psicológico.

Durante a entrevista, manteve-se participativo, sem a necessidade de mais de uma pergunta para que relatasse sua história.

Aos 09 (nove) anos, H. teve sua primeira crise de alucinação auditiva. Disse ouvir uma voz que o consagra missionário religioso; quando resolver contar para sua professora o que havia acontecido, ela informou que H. deveria fazer um exame para saber o que estava acontecendo em sua cabeça (SIC). Ao chegar à sua casa e falar para a família, foi empurrado pelo pai e ameaçado de tirá-lo da escola, caso ele fosse realizar qualquer tipo de exame e que sua professora era paga para dar aulas. “Meu pai é um ignorante, brutamontes, minha relação só está um pouquinho melhor porque ele tá doente, ele sempre me humilhou, ele me batia mais com a língua e meu coração sofria”. (SIC).

O usuário manteve uma linguagem religiosa durante toda a entrevista: “O que me ajuda até hoje é minha fé”. Em seguida, falou de sua mãe, disse que a progenitora é do tipo tradicional, palavras do usuário, e que nunca obteve um carinho dela, nem mesmo uma palavra de apoio. “Nunca tive em exemplo para seguir, talvez por isso eu não goste de saber de coisas ruins como, notícias de morte, doença ou política”. (SIC)

Os resultados da aplicação do IPSF em H.P.M. exibiram a seguinte pontuação: Afetivo-Consistente (18), Adaptação (9) e Autonomia (2); totalizando 29 pontos com resultado geral de escore baixo. Após a avaliação do Instrumento, foi possível verificar que o usuário percebe sua família como pouco afetiva e distante para com ele, pouco interessada em suas atividades, com dificuldade de comunicação; também se percebe incompreendido, isolado e com sentimentos de raiva e vergonha.

V. J. S., 24 anos, paciente do sexo feminino, apresenta histórico de surtos e períodos de extremo isolamento.

Ao conceder a entrevista, iniciou seu relato dizendo não ter conhecido o pai biológico. Disse que sua mãe havia engravidado em São Paulo-SP, durante o carnaval e logo voltou para Bahia, mas que tinha conhecimento do nome do genitor o qual fez questão de mencionar: Pedro.

“Aos 15 (quinze) anos, tive uma crise terrível de pânico, fui ao médico com minha mãe e ele passou maracujina, mas minha mãe não comprou”. (SIC).

No ano de 2002, a usuária foi morar em Rolim de Moura-RO, na época já estava casada. Alegou ter apresentado uma crise muito forte de tristeza. “Eu ouvia vozes o tempo todo e via pessoas mandando eu me matar, mas só eu via e ouvia essas pessoas; meu marido me ajudou, mas ele trabalhava no sítio e vivia mais lá do que comigo”. (SIC).

A usuária informou que, durante 02 (dois) anos, ha-

via feito um tratamento médico com a utilização de remédios controlados (Haloperidol, Clopromazina e Risperidona); contudo, não soube precisar a dosagem nem tão pouco o número de vezes em que administrada a medicação. Relatou que, ao menor sinal de melhora, abandonava o tratamento por não ter tido apoio de sua genitora, nem qualquer sinal de atenção por parte dela. “Ela é fria, nunca deixou que eu conhecesse meu pai; nunca tive carinho de mãe”. (SIC). Continuou seu relato demonstrando forte emoção: “Eu morava com minha avó e só fui morar definitivamente com ela, aos 14 anos. Sabe, eu tinha uma irmãzinha (momento em que a paciente chorou). Minha mãe vivia dizendo que eu era doente e que por isso, me afastaria da minha irmãzinha e que iria me doar para qualquer um, e minha avó, com pena de mim, me pegou de vez para criar”. (SIC).

Os resultados da aplicação do IPSF junto a V. J. S. demonstraram a seguinte pontuação: Afetivo-Consistente (11), Adaptação (11) e Autonomia (13), somando 35 pontos com resultado geral de escore baixo. O Fator Afetivo-Consistente e o Fator Adaptação, respectivamente, apresentaram (11) pontos, correspondendo a uma classificação baixa em ambos. O Fator Autonomia apresentou (13) pontos, assumindo uma classificação médio-alta. Nesse caso, V. J. S. percebe sua família como pouco afetiva, distante, obscura com relação às regras e inábil na resolução de problemas. Percebe-se, ainda, como incompreendida, isolada do contexto e com graves sentimentos negativos para com todos os membros. Entretanto, em relação ao Fator 3, que diz respeito à Autonomia, a usuária constata que possui liberdade para a realização de suas atividades e privacidade.

E.C.B. tem 35 anos, acadêmico do 8ºP de Psicologia, solteiro e irmão mais velho de usuário do CAPS de Rolim de Moura – E.B, 30 anos, ensino fundamental completo e sem profissão definida.

E.C.B. questiona a respeito da real primeira crise diagnosticada do usuário, pois argumenta sempre ter achado o comportamento do irmão diferente do de seus amigos. Ao ser interpelado sobre o quão diferente era o comportamento do irmão, o familiar informou que, ao entrar em contato com pessoas estranhas ou fora do convívio familiar, o usuário mantinha-se cabisbaixo, retraído e monossilábico. Porém no núcleo familiar, demonstrava outro tipo de comportamento, quase logorréico.

Aproximadamente aos 26 anos, teve uma crise que o irmão classificou de “confusão mental”. “Ele estava sozinho falando ao vento palavras desconexas. Eu o observei e tentei intervir, mas não obtive sucesso”. (SIC). Desde então, passou a isolar-se, falar sozinho e apresentar alucinações. Uma das vezes descreveu a seguinte visão: “Eu estava, sem braço, sua mão queimava em função de feitiçaria”. (SIC).

Segundo informação do entrevistado, a crise estendeu-se por um período de dois anos, variando apenas de

intensidade. A primeira tentativa de suicídio ocorreu durante o primeiro ano de crise, perfazendo um total de quatro tentativas. Disse que o irmão havia subido ao telhado da casa de aproximadamente 3,5 metros e jogou-se; não obstante, teve apenas uma fratura no braço direito. (SIC). Relatou que o relacionamento do usuário com a mãe era de extrema superproteção e que, frequentemente, dava-lhe comida na boca, mesmo não havendo nenhum tipo de necessidade física por parte do irmão. “Quando nossos pais se separaram, meu irmão tinha 11 anos, mas comportava-se como uma criancinha de 05 anos; era super ‘mimadinho’. Não tolerava nenhum tipo de dor, nem mesmo de frustração por menor que fosse”. (SIC). O entrevistado exemplificou a afirmação dizendo: “certa vez, nós estávamos na casa de uns amigos, era um final de semana, especificamente num domingo, sei, porque era quando nossa mãe tinha um pouco de tempo para sair, pois sempre estava assoberbada de costuras para entrega e já era tarde quando nossa mãe mencionou que precisávamos retornar para casa, enfatizando que necessitava terminar uma entrega ainda na segunda-feira; mesmo meu irmão permanecendo quase sempre caladão e monossilábico, nesse dia ele gritou que não iria embora, quebrou a mesa de centro e só não agrediu nossa mãe porque nossos amigos intervieram. Foi horrível”. (SIC).

Os resultados da aplicação do IPSF junto a E.C.B. demonstraram a seguinte pontuação: Afetivo-Consciente (26), Adaptação (19) e Autonomia (15); totalizando 60 pontos com resultado geral de escore médio-baixa.

Os Fatores Afetivo-Consistente e Adaptação apresentaram classificação de médio Baixo; na percepção de afetividade, consistência de regras familiares e sentimentos negativos para com a sua família, como sentir-se incompreendido, excluído, até mesmo apresentar a sensação de não pertencimento ao núcleo familiar. O Fator 3, correspondente à Autonomia, teve escore alto, o que reteme a uma percepção de confiança em si, liberdade e privacidade na execução de suas tarefas familiares e laborais.

M.B.S, 48 anos, casada, sem filhos, possui o ensino médio completo, é funcionária pública municipal, prima de usuária do CAPS de Cacoal-RO. Informou que, além do parentesco, é a amiga mais próxima da usuária C.A.D. de 32 anos, diagnosticada com esquizofrenia paranoide há 05 (cinco) anos.

Ao ser entrevistada, fez o seguinte relato a respeito da usuária: “C.A.D. mora no quintal de nossa casa desde que veio para Rondônia, há 03 (três) anos. Reside em um pequeno cômodo com quarto e banheiro; ela mesma insistiu em ficar afastada da gente, foi quando conseguimos construir esse cômodo para ela”. (SIC). Segue discorrendo a respeito do comportamento da usuária. Relatou que a amiga é muito teimosa, cheia de manias e que raramente aceita opinião dos outros; fala, porém, de sua vida para todos os que se aproximam.

“Somos da Bahia, de Salvador mesmo, sabe? Quando éramos pequenas, nós brincávamos muito de pique esconde, pega-pega, bolita; era mais brincadeira de menino, porque C. não gostava de brincar de boneca, gostava mesmo era de ser livre, como ela falava. Eu nunca poderia imaginar que a C. teria essa doença, sabe? Ela era muito extrovertida, alegre, vivia pilhada; mas, uma vez, com aproximadamente 20 anos, ela teve uma dor de cabeça insuportável, gritava muito e depois desmaiou quando acordou disse ter falado com o anjo da guarda dela e a partir daí sempre falava com ele, achei esquisito, mas... tudo bem; quando nós mudamos para Rondônia ela ficou bem triste, meu esposo é pedagogo e tinha passado num concurso aqui, foi quando a gente resolveu se mudar. A tia I.E.D. mãe de C. vivia ligando e pedindo pra gente voltar, pois não sabia mais o que fazer porque a C. tava muito atacada, agressiva e tudo mais; foi nesse período que a tia faleceu de problema do coração e a C. veio morar com a gente; ela já tava tomando remédio controlado e ia no médico de lá e quando chegou aqui em Rondônia ela teve um período de calmaria, mas um dia brigou com o meu marido feio sem motivo nenhum e acertou uma colher de pau nas costas dele, imagina? Eu tava trabalhando e quando cheguei foi um *fusue*; foi aí que depois de tudo, ela insistiu para ficar nos fundos da nossa casa. Ela dormia no quintal, acredita? Saía da sala de visita onde dormia e ia parar no quintal, no chão duro; foi aí que a gente juntou uma grana e construiu um quartinho para ela”. (SIC).

Ao ser questionada acerca do estado atual da usuária, fez o seguinte relato: “como eu disse no início da nossa conversa ela tá melhor, só que conta tudo da vida dela e da nossa para os outros, isso é ruim, né? Mas toma os remédios dela direitinho e faz caminhadas todas as tardes”. (SIC).

Os resultados da aplicação do IPSF junto a M.B.S. apresentaram a seguinte pontuação: Afetivo-Consciente (34), Adaptação (24) e Autonomia (10); totalizando 74 pontos com resultado geral de escore Alto. Todos os Fatores citados apresentaram classificação alta, configurando, segundo análise do Instrumento (IPSF), que M. B. S. possui boa relação de afetividade para com a usuária; bem como, interesse, acolhimento, adaptação, liberdade, confiança e privacidade em relação à prima (usuária do Centro de Atenção Psicossocial).

Por meio da análise das relações familiares descritas pelos participantes da pesquisa, foi possível perceber que existia um padrão familiar que entrelaçava as histórias, fazendo-as convergir para padrões de conflitos pré-existentes que foram potencializados, ou melhor, observados a partir da instalação da doença. O padrão de conflito paterno-filial foi observado não apenas em relação ao membro adoecido, mas estendido a outros membros; o afastamento físico do portador de esquizofrenia de seu núcleo familiar original denota menor foco nos

membros não adoecidos. Observou-se, ainda, que o manejo da doença pelo paciente e seus familiares foi avaliado como um investimento afetivo alto para o enfrentamento das dificuldades pertinentes à doença.

Foi factível perceber que, dos 04 (quatro) familiares entrevistados, dois apresentaram escore geral de pontuação alta, convergindo. Em relação às questões que se referem à proximidade, interesse e afetividade; sendo a expressão da afetividade verbalizada ou não entre os membros. Outro ponto de convergência entre os familiares de diferentes portadores de esquizofrenia, diz respeito ao pouco ou nenhum sentimento de raiva; ou seja, os familiares em questão parecem não responsabilizar a mãe esquizofrênica ou a prima que é portadora de esquizofrenia por suas psicopatologias. Não apenas não as responsabilizaram como parecem compreendê-las de forma empática e respeitosa, aceitando-as e se adaptando a suas realidades conforme o contexto exige.

Os demais familiares de pacientes esquizofrênicos denotaram escore geral entre baixo e médio-baixo, o que se pode imputar em pequenas expressões de afetividade e consistência de regras familiares e com doses de sentimentos e comportamentos negativos do familiar para com o parente esquizofrênico. Os familiares não se sentem acolhidos, é como se não pertencessem à família nuclear. O fato de ter que conviver com um parente portador de transtorno mental maior parece gerar dificuldade de adaptação aliada a problemas que ameaçam as relações cotidianas familiares, como ausência de carinho, atenção e proximidade tão necessárias em toda família.

Em interpretação e análise dos resultados dos 02 (dois) usuários entrevistados, em quem também foi ministrado o Instrumento IPSF, verificou-se que ambos convergiram em seus resultados, pois o olhar que figuram em suas relações familiares demonstra obstáculos em suas rotinas de convivência. Os dois percebem suas famílias como pouco afetivas, distantes e frias. Tais resultados certificam suas histórias de vida e seus obstáculos afetivos em seus relacionamentos familiares.

5. DICUSSÃO

Saber lidar com o impacto do estresse da doença que acomete o esquizofrênico é certamente um grande desafio para todos os membros e portadores da doença.

Ao discorrer a respeito de doença mental, é necessário um olhar especial para a família dos portadores, principalmente em decorrência dos traumas vivenciados por todos.

Palmeira, Geraldês e Bezerra (2009) destacam que, logo nos primeiros episódios esquizofrênicos, a intervenção familiar surge como alternativa indispensável; recomenda-se, pois, um conhecimento acerca da dinâmica familiar; pontos que englobem suas características, limitações, medos e inseguranças. Também se aconselha

um cuidado especial no momento em que a família se depara com a nova situação porque pode ocorrer um processo de desorganização na família nuclear no intuito de uma provável adaptação. Caso a família não seja assistida adequadamente, sua adaptação pode resultar em insucessos no tratamento, levando família e paciente a dificuldades de relacionamento e sofrimento mental. O desequilíbrio vivenciado pela família e pelo doente constitui um agravo nas dificuldades que a doença impõe. Na fala de um dos entrevistados, é possível perceber a dificuldade enfrentada por familiares na condução apropriada do doente em momentos de resistência ao tratamento: “[...] interagimos bastante quando ela está tomando os remédios controlados, tento aliviar o que é um fardo para ela; mas, quando ela está em crise eu me afasto; tenho vontade de dizer que o motivo dela estar assim é porque não toma a medicação de forma correta. Às vezes me revoltava: por que com a minha família?”. (SIC).

O fator neuropsicológico relacionado à doença esquizofrênica evidencia que 80% dos pacientes esquizofrênicos apresentam déficits cognitivos e que, após o primeiro surto, a função intelectual sofre queda e tende a manter a estabilidade dois anos depois da doença (Cai-xeta *et al.* 2007).

De acordo com Nagaoka *et al.* (2011), o indivíduo com doença mental apresenta dificuldade de relacionamento, sofre mudanças de humor, altera a percepção, juízo e valores e, ainda, sofre interferência na volição; o que corrobora com o discurso de um dos entrevistados: “[...] meu pai é um ignorante, brutamontes, minha relação só está um pouquinho melhor porque ele tá doente, ele sempre me humilhou, ele me batia mais com a língua e meu coração sofria”. (SIC). Em outro trecho do relato, o paciente refere-se à figura da genitora e comenta que ela é do tipo tradicional, palavras do usuário, e que nunca obteve um carinho dela, nem mesmo uma palavra de apoio. “Nunca tive em exemplo para seguir, talvez por isso eu não goste de saber de coisas ruins como, notícias de morte, doença ou política”. (SIC).

Segundo Palmeira, Geraldês e Bezerra (2013), a família surge como fonte de apoio e compreensão; bem como, a ela cabe à função de encaminhar seu ente ao médico ou postos de saúde, acompanhar e participar de todo o processo de reabilitação e não responsabilizar o doente por sua patologia. Isso pode ser verificado em um ponto de convergência acerca dos resultados, já que os familiares em questão parecem não atribuir culpa à mãe esquizofrênica ou à prima que é portadora de esquizofrenia por suas psicopatologias; como, por exemplo, no resultado do (IPSF) de um filho de usuária que, apesar de apresentar descontentamento da manifestação da doença em sua mãe, percebe sua família, inclusive a portadora como afetiva e próxima; demonstrando, inclusive, conviver de forma assertiva com todos os demais mem-

bros. Além disso, a prima, após análise do Inventário de Percepção de Suporte Familiar, apresentou como resultado boa relação de afetividade para com a usuária; bem como, interesse, acolhimento, adaptação, liberdade, confiança e privacidade em relação à amiga.

No presente estudo, nota-se que, mesmo obtendo alguns resultados favoráveis no quesito doença e relação familiar, usuários e familiares ou famílias, em que convivem com portadores de esquizofrenia, sofrem pela dificuldade que a própria patologia estabelece. Dificuldades estas, vistas como impedimentos de aproximação afetiva, revolta pela manifestação da doença aliadas à desinformação e ao pouco acolhimento fornecido pelas Instituições de Saúde Especializadas.

6. CONCLUSÃO

Os achados encontrados proporcionaram um olhar mais próximo do portador de esquizofrenia e familiar sobre as relações implicadas na doença.

Ao analisar os aspectos que permeiam essa relação, vieram à tona uma gama de dificuldades no enfrentamento da esquizofrenia, principalmente para a família que desconhece ou desconhecia, até o momento, a manifestação e as alterações que a patologia gera nos doentes mentais.

Ademais, tais achados possibilitaram observar padrões na estrutura dos familiares estudados acerca da instalação da doença, revelando, além de preocupações, um forte desconhecimento da doença e dos sintomas da esquizofrenia, o que gerava mais dificuldades no cotidiano, como por exemplo, a forma de lidar com seu familiar em crise e pós-crise.

Foi possível, ainda, verificar as questões neuropsicológicas manifestadas na esquizofrenia, como por exemplo, a desordem ocorrida no seio do circuito fronto-têmporo-cerebelo-tálamo-cortical, ocasionando perturbação do fluxo da consciência.

Considerando que o objetivo deste trabalho foi o de analisar os aspectos que permeiam a relação familiar do portador de esquizofrenia dos sujeitos pesquisados, utilizando como instrumento norteador o Inventário de Percepção de Suporte Familiar - IPSF para avaliar como o indivíduo percebe sua relação familiar; pode-se afirmar que aspectos relativos à disfuncionalidade dos entrevistados são condizentes com a patologia, expressando-se de forma menos agressiva e prejudicial aos familiares, e invasiva e limitante aos esquizofrênicos.

Ao analisar o discurso dos participantes da pesquisa em relação as suas vivências familiares, verifica-se a existência de um padrão familiar pré-existente, tanto no que se refere ao padrão de conflito paterno-filial, quanto materno filial; os quais são observados pelo parente adoecido e por outros membros.

Também foi crível reconhecer um padrão materno-filial junto a dois dos entrevistados; sendo um irmão

de um portador que percebe a mãe como superprotetora do filho esquizofrênico, poupando-lhe esforços na condução de sua patologia, como também um portador de esquizofrenia que verbaliza o comportamento “frio e distante” da genitora. Pontos de convergência também foram constatados junto a dois dos familiares entrevistados no que se referem à proximidade, interesse e afetividade; bem como a ausência de raiva ou até mesmo rancor pela manifestação da doença. Outros já demonstraram sentimentos e comportamentos negativos para com o parente esquizofrênico, alegando não se sentirem acolhidos por eles. No que concerne aos portadores de esquizofrenia, houve pontos de convergência junto a dois deles, que relataram dificuldades de convivência ao perceberem seus familiares pouco afetivos e distantes.

REFERÊNCIAS

- [01] Palmeira L, Geraldles MT, Bezerra AB. Entendendo a esquizofrenia: como a família pode ajudar no tratamento? 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2009.
- [02] Barlow DH, Durand VM. Psicopatologia: uma abordagem integrada. 4. ed. Stamford: Cengage Learning; 2008. 676 p.
- [03] Palmeira L, Geraldles MT, Bezerra AB. Entendendo a esquizofrenia: como a família pode ajudar no tratamento? 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2013. 304 p.
- [04] Fialho H *et al.* O Caminho para esquizofrenia pela teoria genética de novos genes: uma revisão sistemática. Rev Ciênc Saúde, São Luís. 2014; 16(2):24-33.
- [05] Campolim AG. Novas abordagens para esquizofrenia. 2014;66(2):6-8.
- [06] Minayo MC, (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2001.
- [07] Jr. L,S de Miranda. Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. Rev. Psiquiatr RS. 2007; 29(2): 156-158.
- [08] Neto JL. Reforma Psiquiátrica: as experiências francesa e italiana psicologia [trabalho de curso Internet]. Belo Horizonte (MG): Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; 2010 [citado 2016 Jan 15]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000400020/pdf>
- [09] Batista MD, Gomes. Breve História da Loucura, Movimento de Contestação e reforma Psiquiátrica na Itália, na França e No Brasil. Rev. Ciências Sociais. 2014, 392-340.
- [10] ABRASME. 05 a 07 de setembro de 2013 ... www.direitoshumanos2013.abrasme.org.br/ <http://www.redebrasilatual.com.br/saude/2013/09/especialistas-apontam-necessidade-de-mais-politicas-publicas>.
- [11] Amarante P. O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1996.
- [12] Batista MD, Gomes. Breve História da Loucura, Movimento de Contestação e reforma Psiquiátrica na Itália, na França e No Brasil. Rev. Ciências Sociais. 2014, 392-340.

- [13] CID-10. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed; 1993.
- [14] Giacon BC. Ajustamento familiar nos primeiros cinco anos de diagnóstico de esquizofrenia [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2009.
- [15] Silva RC. Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia USP*. 2006; 17(4):263-85.
- [16] APA. Manual Diagnóstico estatístico de Transtornos Mentais - DSM V, 2014. Disponível em: <c026204.cdn.sapo.io/1/c026204/cld-file/1426522730/.../2015/DSM%20V.pdf>
- [17] Araújo AC, Lotufo Neto F. A nova classificação americana para os transtornos mentais, o DSM-5. *Rev Bras Ter Cogn*. 2014; 16(1):67-82.
- [18] Brasil. Ministério do Planejamento. Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem da população [Internet]. Rio de Janeiro; 2007 [citado 2016 Jan 15]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem.pdf>>.
- [19] Ceberio MR. Viejas y nuevas familias. La transición hacia nuevas estructuras familiares; 2006.
- [20] Santos SS, Capocci PO. Importância do apoio familiar aos pacientes com esquizofrenia. *Rev Enferm UNISA*. 2003; 4:13-6.
- [21] Baptista MN, Teodoro ML. Psicologia de família: teoria, avaliação e intervenção. Porto Alegre: Artmed; 2012. 284 p.
- [22] Costa GM, Pessôa CK, Soares CA, Rocha AS. A importância da família nas práticas de cuidado no campo da saúde mental. *Cad ESP, Ceará*. 2014; 8(1):41-57.
- [23] Colvero A, Ide CA, Rolim MA. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Rev Esc Enferm USP*. 2004; 38(2):197-205.
- [24] Brischke C, Loro MM, Rosanelli CL, Cosentino SF, Gentil CS, Kolankiewicz AC. Convivendo com a pessoa com esquizofrenia: perspectiva de familiares. *Cienc Cuid Saude*. 2012; 11(4):657-64.
- [25] Colom F; Vieta E. Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (supl. 3), 2004. p. 47-50.
- [26] Santana AF. Psicoeducação para pacientes psiquiátricos e seus familiares psicologia [trabalho de curso Internet]. Uberlândia (MG): Universidade Federal de Uberlândia; 2011 [citado 2016 Jan 15]. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0252.pdf>.
- [27] Santos SS, Capocci PO. Importância do apoio familiar aos pacientes com esquizofrenia. *Rev Enferm UNISA*. 2003; 4:13-6.
- [28] Gabbard GO. *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed; 1992. P.54-55, 78-79, 121-123.
- [29] Fuentes D. *Neuropsicologia: teoria e Prática*. 1. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. 432p.
- [30] Caixeta *et al.* *Neuropsicologia dos Transtornos Mentais*. São Paulo: Artes Médicas, 2007.
- [31] Nagaoka AP, Furegato AR, Santos JL. Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e sua vivência com a doença mental. *Rev Esc Enferm, USP*. 2011; 45(5):906-11.
- [32] Palmeira L, Geraldes MT, Bezerra AB. Entendendo a esquizofrenia: como a família pode ajudar no tratamento? 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2013. 304 p.