

ESQUIZOFRENIA: CONCEPÇÕES DO DIAGNÓSTICO À PARTIR DOS FAMILIARES

Maria Renata Florencio de Azevedo (1); Regina Lígia Wanderlei de Azevedo (1)

Graduada em Psicologia; Mestranda em Psicologia Social - Universidade Federal da Paraíba - renata-azevedo@hotmail.com.br (1); Doutora em Psicologia; Mestre em Psicologia; Graduada em Psicologia - Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – regina.azevedo@gmail.com (1)

RESUMO: A esquizofrenia é transtorno psiquiátrico grave, cujos tratamentos envolvem intervenções medicamentosas e psicossociais. No entanto, a responsabilidade dos cuidados diários, recai sobre os familiares, que também precisam de cuidados. Destarte, este estudo teve como objetivo conhecer como as famílias de pacientes com esquizofrenia compreendem o transtorno. Trata-se de um recorte de uma pesquisa de campo de natureza exploratória, segundo a abordagem qualitativa. A amostra foi constituída por 14 familiares de pessoas com esquizofrenia tanto homens quanto mulheres, acima de 18 anos atendidos num Centro de Atenção Psicossocial no sertão da Paraíba. Os instrumentos utilizados foram: Entrevista semiestruturada composta por questões norteadoras e estruturadas de acordo com o objetivo do estudo e Questionário sócio-demográfico. Os dados sócio-demográficos foram analisados através de estatística descritiva. As informações obtidas através da entrevista foram organizadas e categorizadas segundo a técnica de categorização temática. Assim sendo, nas entrevistas emergiu uma classe temática (Diagnóstico), duas categorias e quatro subcategorias. Nesta análise, as famílias, além de possuírem um conhecimento distorcido acerca do diagnóstico, também demonstram a influência do contexto socio-histórico com relação a etiologia do transtorno. Desse modo, é emergencial a implementação de pesquisas e estratégias de intervenção que incluam os familiares como parceiros e alvo dos cuidados, promovendo espaços específicos onde possa haver tanto assistência individual, assim como, grupal, facilitando a psicoeducação acerca do transtorno, bem como compartilhando informações, com o propósito de desenvolver atitudes mais adequadas frente o transtorno e ao familiar em sofrimento psíquico.

Palavras-chave: esquizofrenia, família, saúde mental.

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia atualmente é encarada como um dos transtornos psiquiátricos mais graves devido a seu caráter crônico, evolutivo e em alguns casos incapacitante. Incide geralmente no final da adolescência e início da vida adulta, chegando a atingir 1% da população mundial. Observa-se uma semelhança na prevalência quando

considerado o aspecto sexo/gênero, no entanto, as mulheres apresentam um curso mais leve do transtorno, incluindo um aparecimento mais tardio dos sintomas (SADOCK; SADOCK, 2007).

A literatura aponta que a esquizofrenia apresenta sintomas positivos (alucinações, ideias delirantes, humor inapropriado, comportamentos estereotipados, dentre

outros) e negativos (anedonia, embotamento afetivo, apatia, retardo psicomotor, pobreza na fala e inércia física). A complexidade desses sintomas conduzem ao comprometimento de faculdades no seu funcionamento social, afetivo, cognitivo e ocupacional (PALMEIRA; GERALDES; BEZERRA, 2012)

Destarte, levanta-se a hipótese da etiologia multifatorial da esquizofrenia, sendo causada e/ou desencadeada pela conjunção de fatores ambientais e genéticos (VALENÇA; NARDI, 2015), o chamado modelo estresse-diátese. De acordo com este modelo uma pessoa só desenvolve a esquizofrenia se houver por um lado uma herança genética e por outro, fatores ambientais de risco, capazes de torna-la vulneravelmente biológica para o transtorno. Com relação aos fatores genéticos, entende-se que haja uma disfunção nos neurotransmissores e que alguns genes estariam associados ao risco de desenvolver a esquizofrenia. No que se refere aos fatores ambientais, apresentam-se como os primeiros fatores, aqueles pré-natais (infecções maternas e deficiências nutricionais). Por fim, fatores sociais, como traumas na infância (abuso físico ou sexual, morte de um dos pais, etc.), bem como outros aspectos importantes que indiretamente estão associados, como por exemplo a urbanicidade e a migração, uma vez que tais fatores apresentam laços sociais

mais fracos e maior índice de violência (LOCH; WANG, 2015).

Visto que a esquizofrenia apresenta características tão heterogêneas, o tratamento não se esgota no diagnóstico e na terapêutica medicamentosa, havendo a necessidade de um tratamento multidisciplinar (NOTO; BRESSAN, 2012) que tenha como base o tratamento farmacológico, o tratamento psicossocial, psicoterapias e a psicoeducação da família ou terapia familiar (CABALLO, 2003; RANGÉ, 2001). Desse modo, é de extrema importância que os profissionais de saúde mental percebam seus pacientes como vulneráveis ao invés de permanentemente doentes, possibilitando melhoras dos sintomas, bem como facilitando o processo de recuperação (PALMEIRA; GERALDES; BEZERRA, 2013).

Assim, é necessário que seja desconsiderado esse olhar apenas biomédico direcionado à esquizofrenia e que seja considerada esta perspectiva mais ampla, tornando possível o desenvolvimento de pesquisas e intervenções de forma mais produtiva junto ao paciente bem como a sua família. Assim, verifica-se a importância e relevância de estudos científicos acerca do tema em questão. Pois, contribuirá na construção de conhecimento na área da psicopatologia, bem como na ampliação dos saberes na assistência psicossocial, gerando

progressos no cuidar e aprofundamento acerca do lugar da família no cenário da saúde mental, para que dessa forma o paciente junto com a família, sejam assistidos integralmente. Tendo em vista que, *a priori*, a demanda inicial de cuidado é voltada para a pessoa com sofrimento psíquico, no entanto, para a integralidade do cuidado efetivamente, precisa da inclusão da família não somente incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, como também participando diretamente das atividades do serviço, tanto internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social (BRASIL, 2004).

Partindo dessa perspectiva, de que as famílias também precisam ser alvo de investigação, orientação e cuidado, objetivou-se conhecer como as famílias de pacientes com esquizofrenia compreendem o transtorno. Sendo de suma importância na elaboração de estratégias de cuidado eficazes.

MÉTODOS

Para o alcance do objetivo, foi utilizada a pesquisa de campo de natureza exploratória, segundo a abordagem qualitativa. Como afirmou Minayo (2010), a pesquisa qualitativa, preocupa-se com aspectos da realidade, da história, das relações, crenças, opiniões, produtos de representações dos indivíduos à respeito de

como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmo. Para composição da amostra participaram 14 familiares de pacientes com esquizofrenia, usuários de um Centro de Atenção Psicossocial no sertão da Paraíba. A coleta dos dados foi realizada através de uma entrevista semiestruturada, a qual abordou questões a respeito do conhecimento sobre o transtorno, suas causas, o tratamento, o processo de recuperação, os comportamentos disfuncionais, as dificuldades do convívio, os sentimentos frente o familiar com o transtorno e os desafios diários impostos pelas limitações do transtorno. Utilizou-se também um questionário sócio demográfico o qual versou sobre questões como: idade, tempo de internamento, quantidade de crises, assim como outros aspectos sóciodemográficos. Os dados sóciodemográficos foram analisados através de estatística descritiva Software SPSS for Windows – versão 20. As informações obtidas através da entrevista foram organizadas e categorizadas segundo a categorização temática proposta por Figueiredo (1993). Na categorização temática, as categorias foram determinadas a partir dos temas suscitados nas entrevistas transcritas e processadas por meio das seguintes etapas: leitura inicial, marcação, corte, junção, notação e discussão. Este estudo foi submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades

Integradas de Patos – FIP. Foi solicitado o Consentimento Informado dos participantes, cujo modelo foi elaborado respeitando Resolução nº 466/2012 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo 14 familiares de pessoas com esquizofrenia, 11 do sexo feminino e 3 do sexo masculino, com idades entre 18 e 67 anos (M= 46 anos). No que diz respeito à escolaridade, 6 (42%) participantes relataram ter o ensino fundamental incompleto, e 6 (42%) o ensino médio completo.

Com relação à religião, 80% afirmaram que houve um aumento na religiosidade após o surgimento da esquizofrenia, demonstrando a importância do apoio religioso, assim como, sua influência no tratamento do seu familiar.

A partir da análise dos discursos dos familiares, emergiu uma classe temática geral – **Diagnóstico** - e duas categorias – **(Des) conhecimento do transtorno e Etiologia**.

(Des) conhecimento do transtorno

Percepção clara

Conhecer a fundo a esquizofrenia e aceitá-la é um passo essencial rumo à uma vida mais ativa e de qualidade. A literatura tem mostrado (FONSECA; GALERA, 2012), que a informação e a educação sobre o

transtorno auxilia o processo de aceitação, assim como torna as famílias mais preparadas para lidar com as consequências negativas, tornando possível a reorganização do funcionamento familiar.

“(...) Esquizofrenia, é um distúrbio mental. Ele é aquele tipo de esquizofrênico, que fica triste com facilidade, por que tem aquele tipo de esquizofrênico que é mais agressivo, ele não! É claro que quando dá uma crise ele fica diferente, mas nos outros dias ele é calmo... A esquizofrenia não é uma doença fácil, mas não sofremos por causa dela, nós competimos com ela, é uma luta diária [participante 2]”

Embora a **percepção clara** sobre a esquizofrenia tenha emergido de maneira pouco acentuada, o discurso da participante supracitado é significativo, pois corrobora com a afirmativa de que a **percepção clara** a respeito da esquizofrenia, melhora não só não a qualidade das relações, bem como as expectativas construídas em torno da recuperação (FONSECA; GALERA, 2012).

Percepção distorcida

Alguns familiares não demonstraram conhecimento nem ao menos do diagnóstico em si, por consequência, não conheciam a dimensão real do transtorno. É possível que a oferta efetiva de orientações adequadas sejam prejudicadas pela grande demanda de

pacientes. Na instituição em estudo, é grande o número de pacientes que não residem no município onde se localiza a instituição, por essa razão fazem uso do serviço apenas para aquisição de medicamento. No entanto, há alguns profissionais que subestimam a capacidade do indivíduo entender sua própria doença, bem como da própria família, não oferecendo explicações nem a respeito das situações mais recorrentes ou típicas do desse transtorno (SANTOS, 2015). Vale salientar que alguns participantes afirmaram que o médico havia falado o diagnóstico, mas não lembravam ou sabiam descrever qual a condição vivenciada pelo seu familiar, não sendo então uma orientação eficaz.

“(...) É Esquinia né? Um povo diz que é uma coisa bem.... né? Num sei bem assim não, sei que é capaz de tudo né? É problema de nervo né? Muita gente já me disse que pode ser espírito e pode ser, né? [Participante 6]”

“(...)Esquizofrenia, né? Mas saber realmente o que é, eu não tenho certeza [Participante11]”

“(...) É esquizofrenia, é um tipo de loucura, só que é mais simples, é só isso que eu sei [Participante 4]”

“(...) É uma depressão, assim nervosa, de quebrar as coisas, não dormir... o médico

disse, mas eu não sei direito o que é não [Participante 14]”

Ante o exposto, é perceptível que apesar da convivência diária com a esquizofrenia e da assistência oferecida pelo Caps, ainda observa-se que, os familiares, que são um dos mais afetados pelas esquizofrenia, são os menos in/formados sobre ela (GONÇALVES-PEREIRA et al., 2013; GIACCHEROVEDANA; MIASSO, 2012; BRISCHILIARIA, et al., 2014). Assim, os discursos supracitados, tornam evidente o quão carente de informação estão as famílias, denotando assim, a importância do cuidado das equipes de saúde não apenas nos momentos agudos, como também auxiliando no processo de compreensão do transtorno, pois quando passam a conhecer, passa também a identificar as situações de risco, bem como os sintomas precedente da recaídas.

Etiologia

Espiritual

A compreensão sobre as causas das doenças mentais sofrem influências de questões culturais e religiosas, como pôde ser percebido nas falas dos participantes, que percebem a esquizofrenia como resultado de experiências religiosas.

“(...) Ele era bonzin, ai depois que ele tomou aquele líquido verde ficou assim, virou

a cabeça... Isso foi coisa “botada” nele, a rezadeira disse que fizeram na Bahia [Participante 12]”

“(...) Eu acho que tem coisa de espírito no meio, num é só doença não [Participante 7]”

“(...) Foi por causa da igreja, ele impressionou...frequentava muito a igreja, passa o dia trancado rezando, até que começou a dizer que precisava morar na igreja, eu acho que foi isso [Participante 8]”

A partir dos discursos expostos, percebe-se a necessidade de analisar o contexto sócio histórico do paciente, tendo em vista que as crenças religiosas dos seus familiares podem influenciar de maneira direta suas compreensões acerca da esquizofrenia, principalmente pela presença de delírios de conteúdo religioso ou alucinações, os quais podem ser interpretados como experiências religiosas. Dessa maneira, a religiosidade e a esquizofrenia, passaram a fomentar na última década grandes discussões na literatura (KOENIG, 2007; BRAGHETTA, et al., 2011; SHIOZAW; SHIOZAWA; CALFAT, 2010). Devido sua relevância nas avaliações diagnósticas e no planejamento terapêutico (MOREIRA-ALMEIDA; CARDENÃ, 2011).

Orgânica

(83) 3322.3222

contato@conbracis.com.br

www.conbracis.com.br

Os relatos apresentados a seguir, demonstram que os familiares entendem que a condição vivenciada pelo seu familiar é decorrente de fatores genéticos, descartando as influências psicológicas e sociais para o desenvolvimento do transtorno.

“(...) É de família, outras pessoas na família são desse jeito [participante 11]”

“(...) Ela sempre foi ineuvosa, desde de pequena, é coisa herdada, minha filha! [Participante 1]”

“(...) Ela já nasceu assim, é de família [Participante 9]”

Esses discursos corroboram com os achados de Rodrigues (2012), os quais destacaram a hereditariedade como um das principais causas respondidas pelos cuidadores informais, relacionando a presença da mesma com o transtornos desenvolvido pelo seu familiar.

Desta maneira, evidencia-se que as questões orgânicas e espirituais - de forma isolada - foram descritas como fatores causais para o desenvolvimento da esquizofrenia. No entanto, observa-se que a esquizofrenia apresenta uma etiologia multifatorial, ou seja, pode ser vista como resultado da interação cíclica entre fatores biológicos, genéticos e ambientais. A partir desse modelo, vários estudos (BECK, 2010; COELHO; PALHA, 2006), atestaram que esses fatores parecem

exercer grande influência não só na gênese, bem como no grau de recuperação e no risco de futuros episódios, propondo, assim, um estado de diátese-estresse para os transtornos mentais, proposto por Zubin e Spring (1977) segundo o qual a vulnerabilidade seria uma característica intrínseca do indivíduo, relacionada com sua personalidade, temperamento e capacidade de tolerar o estresse. Essa vulnerabilidade seria determinada biologicamente (Vulnerabilidade inata), como também sofreria influência do meio e da história de vida (Vulnerabilidade adquirida).

Sendo assim, o meio pode atuar como proteção ou gatilho para o transtorno, em casos de pessoas já acometidas por algum transtorno mental, o meio pode dificultar sua recuperação. Assim, supõe-se que uma pessoa vulnerável biologicamente, pode nunca manifestar o transtorno, se não surgirem situações precipitantes adequadas (COELHO E PALHA, 2006). Assim o que é permanente na esquizofrenia é a vulnerabilidade e não a doença.

Neste sentido, os participantes não demonstraram reconhecer que um ambiente familiar hostil e hiper-crítico é um fator de risco, que aumentam a vulnerabilidade do paciente, contribuindo para o desencadeamento ou para piora dos sintomas. Outros estudos (RODRIGUES, 2012;

GOMES; MARTINS; AMENDOEIRA, 2011) apresentaram resultados semelhantes, confirmando que os cuidadores têm pouca informação sobre a doença mental, nomeadamente, sobre as causas da doença.

CONCLUSÕES

O objetivo do estudo foi alcançado, tendo em vista que foi possível, ter um maior conhecimento a respeito da compreensão que os familiares possuem da esquizofrenia. Ressaltando, assim, a urgência de pesquisas e estratégias para a promoção de potencialidades das famílias quanto aos cuidados, estes compartilhados junto aos dispositivos de saúde mental, neste caso o CAPS.

O momento da entrevista foi de grande importância para a valorização desses familiares, uma vez que tiveram a oportunidade de ter suas angústias acolhidas, escutadas e principalmente valorizadas. Puderam expressar nos seus relatos, as dificuldades do convívio com a esquizofrenia, sendo frequente situações de forte emoção aparente, ao falarem sobre a esquizofrenia nas suas vidas.

No entanto, ressaltando todo o conhecimento adquirido durante a construção deste trabalho, ressalta-se o trabalho da psicologia e psiquiatria na

assistência ao paciente com esquizofrenia e sua família, uma vez que precisam sair da análise macro, de práticas centradas na doença, para buscar apreender as dinâmicas singulares, valorizando a criação de sentidos para o sofrimento mental, desta forma, precisa haver uma comunicação e inter-relação entre a avaliação diagnóstica e o planejamento terapêutico desenvolvido por esses profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BECK, Aaron T. **Terapia cognitiva da esquizofrenia**. Artmed Editora, 2009.

BRAGHETTA, Camilla Casaletti et al. Comentários sobre religiosidade e esquizofrenia. **Int J Psychiatry Med**, v. 34, p. 179-96, 2011.

BRASIL. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. **Ministério da Saúde**, 2004.

BRASIL, Diretrizes e normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. *Conselho Nacional de saúde*. Resolução 466/2012. **Ministério da Saúde**, 2012.

BRISCHILIARI, Adriano et al. Concepção de familiares de pessoas com transtorno mental sobre os grupos de autoajuda. **Rev Gaucha Enferm**, v. 35, n. 3, p. 29-35, 2014.

CABALLO, Vicente E. **Manual para o tratamento cognitivo-comportamental de transtornos psicológicos: transtornos de ansiedade, sexuais, afetivos e psicóticos**. Santos Ed., 2003.

COELHO, Carlos; PALHA, Antonio. **Treino de habilidades sociais aplicado a doentes com esquizofrenia**. Climepsi Editores, 2006.

FIGUEIREDO, M. A. C. et al. Profissionais de Saúde e AIDS. Um estudo diferencial. **Medicina**, v. 26, n. 3, p. 393-407, 1993.

FONSECA, Laís Mariana; GALERA, Sueli Aparecida Frari. Expressões utilizadas por familiares ao relatarem experiências de conviver com o adoecimento mental. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 1, p. 61-67, 2012.

GIACCHEROVEDANA, Kelly Graziani; MIASSO, Adriana Inocenti. A interação entre

peessoas com esquizofrenia e familiares interfere na adesão medicamentosa?. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 6, p. 830-6, 2012.

GOMES, Maria Filomena Pereira;

MARTINS, Maria Manuela;

AMENDOEIRA, José. As famílias com doentes mentais. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 5, p. 52-58, 2011.

GONÇALVES-PEREIRA, Manuel et al. Impact of psychosis on Portuguese caregivers: a cross-cultural exploration of burden, distress, positive aspects and clinical-functional correlates. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 48, n. 2, p. 325-335, 2013.

KOENIG, Harold G. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 1, p. 95-104, 2007.

LOCH, A. A., & WANG, Y. (2015). Epidemiologia e custos da esquizofrenia. Em A. E. Nardi, J. Quevedo, & A. G. da Silva

(orgs), **Esquizofrenia teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 17-24.

MINAYO, María C. S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 2010.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; CARDEÑA, Etzel. Diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e psicóticas não patológicas e transtornos mentais: uma contribuição de estudos latino-americanos para o CID-11. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 33, n. 1, p. 21-8, 2011.

NOTO, Cristiano S.; BRESSAN, Rodrigo A. **Esquizofrenia: Avanços no Tratamento Multidisciplinar**. Artmed Editora, 2012.

PALMEIRA, L.; GERALDES, M. T.; BEZERRA, A. B. **Entendendo a Esquizofrenia: como a família pode ajudar no tratamento**. Rio de Janeiro: Interciência, 2013.

RANGÉ, Bernard. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Artmed, 2001.

RODRIGUES, Marisa Isabel
Paiva. **Necessidades educativas do cuidador
informal da pessoa com esquizofrenia.**
2012. Tese de Doutorado. Instituto
Politécnico de Viseu, Escola Superior de
Saúde de Viseu.

SADOCK, Benjamin James; SADOCK,
Virginia A. **Compêndio de psiquiatria. Porto
Alegre: Artmed, 2007.**

SANTOS, Geny. Esquizofrenia e o Cuidado à
Família em uma Abordagem de Terapia
Sistêmica. **REVISTA LATINO-
AMERICANA DE PSICOLOGIA
CORPORAL**, v. 3, n. 1, p. 65-76, 2015.

SHIOZAWA, Pedro; SHIOZAWA, Bruno;
DE BARROS CALFAT, Elie Leal.
Religiosidade entre pacientes esquizofrênicos:
há implicações clínicas? **Revisão de
literatura**, 2010. p. 133-136.

VALENÇA, A. M., & NARDI, A. E.
Histórico do conceito da esquizofrenia. Em
Nardi A. E.; Quevedo J.; Silva A. G. (orgs),

Esquizofrenia teoria e clínica. Porto Alegre:
Artmed, 2015. P. 17-24.

Zubin, J., & Spring, B. Vulnerability – A
new view of schizophrenia. **Journal of
Abnormal Psychology**, 1997. p. 103-129.