

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
VITÓRIA - EMESCAM

ERIKA DO NASCIMENTO BIANCHI  
FLÁVIO BRAZ DE OLIVEIRA

**A CONCEPÇÃO DA ESQUIZOFRENIA NA VISÃO DOS FAMILIARES**

VITÓRIA  
2010

ERIKA DO NASCIMENTO BIANCHI  
FLÁVIO BRAZ DE OLIVEIRA

## **A CONCEPÇÃO DA ESQUIZOFRENIA NA VISÃO DOS FAMILIARES**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentando a Escola Superior de Ciências  
da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -  
EMESCAM, como requisito parcial para  
obtenção do grau de Bacharel em  
Enfermagem.  
Orientador: Ms. Rubens José Loureiro

VITÓRIA  
2010

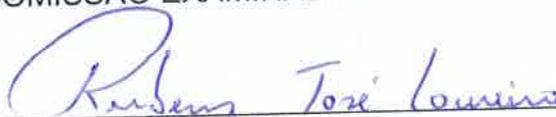
ERIKA DO NASCIMENTO BIANCHI  
FLÁVIO BRAZ DE OLIVEIRA

## A CONCEPÇÃO DA ESQUIZOFRENIA NA VISÃO DOS FAMILIARES

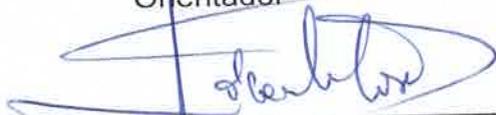
Trabalho de Conclusão de Curso apresentando ao curso de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em 03 de Dezembro de 2010.

### COMISSÃO EXAMINADORA

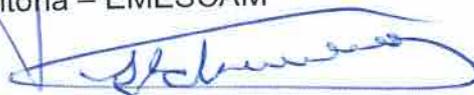


Prof. Ms. Rubens José Loureiro  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória - EMESCAM  
Orientador



Edson Dias da Costa  
Psiquiatria / Psicoterapia  
CRM - 1848

Prof. Dr. Edson Dias da Costa  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória - EMESCAM



Prof. Dr. Liberato Tristão Schwartz  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória - EMESCAM

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus pela dádiva da vida, o dom maior, e por nos permitir trilhar este caminho com esforço e dedicação. Ao bom Deus nosso agradecimento maior.

Às nossas famílias que com tanto empenho e carinho contribuíram para que alcançássemos essa conquista, a vocês um agradecimento especial.

Ao mestre Rubens pelo empenho durante toda a construção desse trabalho de conclusão de curso e pelos incontáveis momentos nos quais sua figura foi repleta de amizade e confiança. Com o senhor aprendemos valores que estarão em nossa vida pessoal e profissional por todos os dias que caminharremos neste mundo.

Ao professor Edson que com muito carinho nos acolheu junto ao consultório de psiquiatra, permitindo a realização desta pesquisa.

À professora Conceição, pelo exemplo de um excelente ser humano, pelos valores peculiares que nos ensinou e pela ajuda constante que nos forneceu.

Aos professores Jairo Werner e Cristina Milanez pelas contribuições na confecção deste trabalho de conclusão de curso.

Aos nossos amigos Leonardo, Fernando, Vinicius, Vilherme e Jordano pela amizade sempre presente.

Por enfim, agradecemos a todos os amigos da faculdade por todos os momentos de crescimento pessoal e profissional compartilhados, e a todos aqueles que contribuíram para a realização desta pesquisa, inclusive os sujeitos do estudo que dispuseram do seu precioso tempo para a realização das entrevistas.

Estou de acordo que um esquizofrênico é um esquizofrênico, mas uma coisa é importante: Ele é um homem e tem necessidade de afeto, de dinheiro e de trabalho; é um homem total e nós devemos responder não a sua esquizofrenia, mas ao ser social e político.

Franco Basaglia

## RESUMO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, utilizando-se da técnica de análise de conteúdo. Objeto de estudo: o entendimento que o familiar do esquizofrênico tem sobre o transtorno mental. Objetivos: caracterizar os familiares dos portadores de esquizofrenia; conhecer como o familiar do portador de esquizofrenia entende este transtorno mental; analisar o conteúdo expresso pelos familiares dos portadores de esquizofrenia. Os dados foram obtidos em entrevistas com roteiro semi-estruturado com familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia que receberam atendimento no ambulatório de psiquiatria do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória nos meses de Agosto, Setembro e Outubro de 2010. Ao total, foram 15 familiares entrevistados, cujos depoimentos constituíram-se em fontes primárias. A análise de conteúdo permitiu identificar núcleos temáticos e selecionar três categorias, revelando que: a concepção da esquizofrenia entre os sujeitos da pesquisa se concentra em hipóteses biológicas, psicossociais e/ou espirituais; alguns pacientes com esquizofrenia apresentaram uma personalidade pré-mórbida; as abordagens medicamentosa e/ou espiritual foram hegemônicas nas práticas empregadas pelos familiares no tratamento do paciente com esquizofrenia; a expectativa em relação ao futuro do paciente com esquizofrenia foi divergente entre os sujeitos da pesquisa, visto que alguns familiares pontuaram que tinham esperança de ocorrer uma melhora no quadro clínico apresentado pelo familiar esquizofrênico, porém outros relataram completa desesperança.

Palavras-chave: Esquizofrenia; família; concepção.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro – 1</b> Características do familiar do portador de esquizofrenia .....	26
--	----

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	09
1.1 OBJETIVOS .....	11
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	12
2.1 A ESQUIZOFRENIA AO LONGO DOS ANOS .....	12
2.2 SUBTIPOS DE ESQUIZOFRENIA .....	13
2.3 CONCEPÇÃO DA ESQUIZOFRENIA QUANTO AOS ASPECTOS ETIOLÓGICOS .....	15
2.4 INSERÇÃO DOS FAMILIARES NO TRATAMENTO.....	17
2.5 TRATAMENTO E PROGNÓSTICO DA ESQUIZOFRENIA .....	19
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	21
3.1 MÉTODO .....	21
3.2 CENÁRIO DE ESTUDO .....	21
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA .....	22
3.4 APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....	23
3.5 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS .....	23
3.6 ANÁLISE DOS DADOS .....	25
<b>4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	26
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO .....	26
4.2 CATEGORIZAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS .....	28
<b>4.2.1 Concepção da Esquizofrenia</b> .....	28
4.2.1.1 Concepção Biológica .....	28
4.2.1.2 Concepção Psicossocial .....	30
4.2.1.3 Concepção Espiritual .....	33
4.2.1.4 Personalidade Pré-morbida .....	35
<b>4.2.2 Abordagem e Tratamento da Esquizofrenia</b> .....	36
4.2.2.1 Tratamento medicamentoso .....	36
4.2.2.2 Tratamento Espiritual .....	38
4.2.2.3 Exclusão do mercado de trabalho .....	39
<b>4.2.3 Expectativa com Relação ao Futuro</b> .....	41
4.2.3.1 Fé .....	41
4.2.3.2 Desesperança .....	43
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	45
<b>6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	48

<b>APÊNDICES</b> .....	53
APÊNDICE A – CARTA DE ANUÊNCIA .....	54
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS .....	55
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO ENTREVISTADO .....	56
<b>ANEXOS</b> .....	57
ANEXO A: APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....	58

## 1 INTRODUÇÃO

O homem nasceu para viver em sociedade, estabelecendo vínculos permanentes ou temporários com as pessoas ao seu redor, independente de raça, cor, identificação sexual, cultura ou religião. A estrutura principal da sociedade é a família, onde ocorrem fenômenos biológicos, psíquicos, sociais e espirituais. Um dos grandes problemas das relações familiares são as doenças mentais, entre elas, as psicoses.

De todas as doenças psiquiátricas importantes, a esquizofrenia é a mais difícil de ser definida e explicada, apresentando uma incidência baixa e uma prevalência alta. Outra característica deste transtorno mental é estar mais presente em pessoas de classe social mais baixa quando comparado a outras classes sociais (GELDER; MAYOU; COWEN, 2006).

A etiologia da esquizofrenia ainda não foi estabelecida. Possivelmente não exista um fator único que possa ser responsável pelo aparecimento da doença; o transtorno decorre, provavelmente, da combinação de vários fatores, da ordem biológica, psicológica e social. Quanto mais pesquisas são feitas, mais evidências se acumulam ao conceito de etiologias múltiplas (TOWNSEND, 2002). Teixeira (2006) aponta que a causa da doença é desconhecida, e independe de raça, nível socioeconômico ou cultura.

Ainda que esteja disposta como uma única doença na décima revisão da Classificação Internacional das Doenças (CID-10) e na quarta revisão do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM IV), a esquizofrenia engloba um grupo de transtornos com causas heterogêneas, incluindo sujeitos com sintomatologia, resposta ao tratamento e prognóstico muito variados, embora existam sintomas comportamentais um tanto parecidos (SADOCK & SADOCK, 2007).

A doença afeta tanto os pacientes, quanto seus familiares, pois muitas vezes estes recebem cuidados insuficientes por aqueles, e são submetidos ao isolamento social devido à ignorância da população a respeito do transtorno. Somando-se a isso, é muito freqüente o sentimento de culpa das famílias que vivenciam o diagnóstico psiquiátrico de um de seus membros, principalmente as mães destes, que são responsáveis pela gestação, amamentação e, comumente, por ofertar a maior parte dos cuidados ao filho, e, portanto, também se sentem responsáveis pelo desencadeamento do transtorno mental (SILVA & SANTOS, 2009a).

A maneira como os familiares interpretam a doença mental de um dos seus membros interfere nas práticas de cuidado que elas adotam, sendo que o sucesso de uma intervenção terapêutica depende das relações que se estabelecem entre o indivíduo com esquizofrenia e seus cuidadores (FILHA et al. Apud. AZEVEDO & GAUDÊNCIO, 2007). Townsend (2002) pontua que um prognóstico mais positivo na assistência a pacientes esquizofrênicos pode ser claramente obtido pela inclusão da família no programa de cuidado. No entanto, a família ainda é vista como mero informante dos sintomas apresentados pelo doente, desconsiderando o seu sofrimento (GIACON & GALERA, 2006).

A experiência de ser compreendido na sua unicidade e singularidade pelo profissional de saúde que o acolhe é de grande importância na aderência da família às intervenções propostas pela equipe de saúde mental ao paciente com esquizofrenia (SILVA & SANTOS, 2009b). Assim, o enfermeiro torna-se um profissional de referência, dado sua proximidade com os pacientes, que favorece o contato e facilita que ele presencie, com frequência, as manifestações sadias e patológicas destes e de seus familiares, compartilhando tristezas, temores e fantasias (AZEVEDO & GAUDÊNCIO, 2007).

Diante do exposto, este trabalho científico tem por objeto o entendimento que o familiar do esquizofrênico tem sobre o transtorno mental.

## 1.1 OBJETIVOS

Caracterizar os familiares dos portadores de esquizofrenia;

Conhecer como o familiar do portador de esquizofrenia entende este transtorno mental;

Analisar o conteúdo expresso pelos familiares dos portadores de esquizofrenia.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 A ESQUIZOFRENIA AO LONGO DOS ANOS

No século XIX, uma das teorias existentes era de que todas as doenças mentais graves eram expressões de uma única entidade, a psicose unitária, nome cunhado por Griesinger. Contrário a isto, Benedict Morel acreditava que os transtornos mentais podiam ser separados e classificados, sendo que em 1952 cunhou o termo *démence précoce*, um transtorno que segundo ele tinha como características o início na adolescência, e acarretando primeiramente retraimento, maneirismos estranhos e descuido com si mesmo e, por último, deterioração intelectual (GELDER; MAYOU; COWEN, 2006).

Emil Kraepelin traduziu a *démence précoce* de Benedict Morel como *dementia precox*, termo este que destacava o processo cognitivo distinto (*dementia*) e o aparecimento precoce (*precox*) da doença (SADOCK & SADOCK, 2007). Kraepelin, também era contrário as idéias de Griesinger, sendo que propôs uma divisão para os transtornos mentais graves em *dementia precox* e *psicose maníaco-depressiva* (GELDER; MAYOU; COWEN, 2006). Para ele, a *demência precoce* teria uma evolução demencial, degenerativa e incurável, reforçando assim, uma provável origem orgânica (GENEROSO, 2008).

Rompendo com as idéias de Kraepelin, Eugen Bleuler, em seu livro "*Demência Precoce: O Grupo das Esquizofrenias*", cunhou o termo '*esquizofrenia*', em detrimento à denominação '*demência precoce*'. Isso ocorreu porque, para Bleuler, a *esquizofrenia* tinha como característica básica a *dissociação das funções psíquicas*, sendo que seus principais sintomas eram a *perturbação das associações do pensamento e afetividade*. Bleuler não aboliu a possibilidade de uma causa orgânica para o transtorno, apesar de ser contrário a evolução deste para a *demênciação e incurabilidade* proposto por

Kraepelin (GENEROSO, 2008).

Kurt Schneider, numa tentativa de tornar o diagnóstico mais fidedigno, agrupou uma série de sintomas característicos da esquizofrenia (ouvir pensamentos falados; alucinações na terceira pessoa, na forma de comentários ou somáticas; subtração ou inserção de pensamentos; publicação do pensamento; percepção delirante), raramente achados em outros transtornos mentais, considerados sintomas de 1ª ordem, deixando claro que tais sintomas não devem estar necessariamente presentes para ser feito o diagnóstico (GELDER; MAYOU; COWEN, 2006).

Mesmo com diversos estudos ao longo dos anos, as duas literaturas atuais utilizadas para dar o diagnóstico de esquizofrenia, o DSM-IV e a CID-10, apresentam divergências tanto em relação a gama de sintomas que são necessários quanto à duração necessária destes para que o paciente possa receber tal diagnóstico (1 mês na CID-10 e 6 meses no DSM-IV), apesar de ambos os períodos serem arbitrários (GELDER; MAYOU; COWEN, 2006).

A estimativa é de que existam no Brasil 1,17 milhões de indivíduos com esquizofrenia, sendo a incidência da doença mais acentuada na faixa etária de 20 a 29 anos e raro o aparecimento do transtorno antes da puberdade e depois dos 50 anos (SINATORA, 2005).

## 2.2 SUBTIPOS DE ESQUIZOFRENIA

Os estudiosos do final do século XIX e início do século XX distinguiram subtipos de esquizofrenia: paranóide, catatônica, hebefrênica, simples, indiferenciada e residual. A forma paranóide tem como característica alucinações e idéias delirantes, cujo conteúdo é evidentemente persecutório. O subtipo catatônico, caracterizado por alterações motoras, hipertonia e alterações da volição (DALGALARRONDO, 2008). A forma hebefrênica, cujos portadores parecem, em muitos momentos, tolos e infantis em seus

comportamentos, sendo proeminentes os sintomas afetivos e alterações do pensamento, além da ocorrência de delírios não organizados e alucinações pouco elaboradas (GELDER; MAYOU; COWEN, 2006).

O subtipo simples, apesar da ausência de sintomas característicos, apresenta-se com um lento e progressivo empobrecimento comportamental e psíquico, com descuido da higiene e saúde, além de retraimento social e embotamento afetivo (DALGALARRONDO, 2008). O começo do subtipo simples aparece com frequência na adolescência, numa fase na qual a pessoa se depara com a necessidade de realizar a transição da infância à adaptação social da vida adulta, com as responsabilidades que estão contidas na mesma (BRAGHIOROLI et al., 2007).

Não é raro que pacientes com esquizofrenia não possam ser enquadrados em um subtipo com tanta facilidade, para estes o DSM-IV-TR reserva o diagnóstico de esquizofrenia do tipo indiferenciado (SADOCK & SADOCK, 2007). Quando sintomas de esquizofrenia estão acompanhados de proeminentes distúrbios do humor dá-se o diagnóstico de transtorno esquizoafetivo (GELDER; MAYOU; COWEN, 2006).

Com o transcorrer do tempo, o portador de esquizofrenia pode evoluir para a esquizofrenia residual, caracterizada por evidências mantidas do transtorno na ausência de um aglomerado completo de sintomas ativos suficientes para satisfazer os critérios diagnósticos de outro subtipo de esquizofrenia. Nesta forma são comuns os sintomas negativos, como embotamento emocional e retraimento social (SADOCK & SADOCK, 2007).

## 2.3 CONCEPÇÃO DA ESQUIZOFRENIA QUANTO AOS ASPECTOS ETIOLÓGICOS

De todas as doenças psiquiátricas, a esquizofrenia é, sem dúvida, a mais difícil de ser definida e descrita. Isso ocorre porque nos últimos 100 anos muitos conceitos divergentes sobre a doença foram mantidos em diferentes países e por diferentes psiquiatras (GELDER; MAYOU; COWEN, 2006).

Ainda não há um consenso entre os especialistas sobre a etiologia da esquizofrenia. Embora existam várias hipóteses, nenhuma isoladamente constitui uma explicação clara para a doença (TOWNSEND, 2002).

As primeiras hipóteses sobre as causas da esquizofrenia focalizavam fatores da relação familiar como as principais influências no aparecimento da doença. Acreditava-se que quando há uma relação conjugal conflituosa, muita ansiedade pode estar presente no seio da família. Como forma de atenuar a ansiedade, um dos pais (na maioria das vezes a mãe) pode se envolver emocionalmente de forma excessiva com a criança. Assim, pode ocorrer uma relação simbiótica entre mãe e filho, uma afinidade tão intensa que eles podem afirmar possuir os mesmos pensamentos ou emoções, fazendo com que a criança permaneça completamente dependente dos pais até a idade adulta e desprovida da capacidade de responder às demandas do funcionamento adulto (TOWNSEND, 2002).

Outra teoria proposta que colocava a família como causa do início da esquizofrenia é a da comunicação familiar desorganizada, sobre a forma do duplo vínculo, comunicação na qual uma instrução é dada claramente, mas é contradita por uma segunda instrução dada de forma não tão clara. Por exemplo, uma mãe pode dizer a um filho que o ama, enquanto a expressão facial e o tom de voz contradizem tal afirmação. De acordo com Bateson, o formulador da teoria, o duplo vínculo faz com que a criança dê respostas ambíguas ou sem sentido, sendo que a esquizofrenia decorre da persistência desse processo (GELDER; MAYOU; COWEN, 2006).

É de grande importância os profissionais de saúde entenderem que não há evidências consistentes que mostrem um padrão familiar específico que seja capaz de produzir o aparecimento da esquizofrenia, sendo que muitos pais de filhos afetados por este transtorno mental tem ressentimentos em relação à comunidade psiquiátrica por correlacionar o aparecimento da doença a padrões familiares disfuncionais (SADOCK & SADOCK, 2007).

A etiologia da esquizofrenia também pode ser explicada pela hipótese da dopamina. Segundo esta, a esquizofrenia decorre do excesso de atividade dopaminérgica no sistema nervoso central. Outros autores apontam um componente genético como causa da esquizofrenia, valendo-se de estudos que mostram que gêmeos monozigóticos possuem taxa mais alta de concordância no desenvolvimento da doença, quando comparado a gêmeos dizigóticos (SADOCK & SADOCK, 2007), como pode ser evidenciado nos estudos de McGuffin onde o mesmo encontrou taxa de concordância de cerca de 50% em gêmeos monozigóticos e 10% para dizigóticos (McGUFFIN Apud. GELDER; MAYOU; COWEN, 2006).

Um modelo bastante estudado atualmente é o de "diátese-estresse" que integra fatores biológicos, psicossociais e ambientais. Neste, uma pessoa com uma vulnerabilidade específica (diátese) diante de um estressor, permite que se desenvolvam os sintomas da esquizofrenia. É importante ressaltar que a diátese ou o estresse podem ser biológico, ambiental, ou ambos podem agir sinergicamente (SADOCK & SADOCK, 2007).

É consenso entre vários autores que a causa da esquizofrenia é desconhecida, e provavelmente decorre da interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais (SILVA, 2006; MORASKI & HILDEBRANDT, 2009).

Quanto aos cuidadores, estudos mostram que a concepção que estes possuem da esquizofrenia se manifesta sob a forma de uma soma do senso comum e informações das atuais escolas ou teorias que buscam uma explicação científica para as psicoses

(AZEVEDO & GAUDÊNCIO, 2007).

Diferentemente dos distúrbios nos quais é isolado um defeito orgânico, o diagnóstico de esquizofrenia baseia-se na história psiquiátrica e no exame do estado mental, visto que não há na atualidade um exame laboratorial que detecte tal condição (SADOCK & SADOCK, 2007).

## 2.4 INSERÇÃO DOS FAMILIARES NO TRATAMENTO

A origem da palavra família é o verbete latino *famulus*, cujo significado é servidor ou criado. Na Roma Antiga, utilizava-se este termo para denominar o conjunto de empregados de um senhor (WERNER, 2010).

No século XVIII, o termo família designava não apenas os criados, mas também outros familiares que estavam sobre a autoridade do mesmo chefe, sem preocupação com a existência ou não do laço de parentesco. Foi somente no século XIX que os conceitos de coabitação e de parentesco próximo foram definidos com exatidão (WERNER, 2010).

A família pode ser definida como “um sistema onde as ações e comportamentos de um dos membros influenciam e simultaneamente são influenciadas pelos comportamentos de todos os outros”. Assim não é apenas a soma de seus componentes, nem um agrupamento de elementos independentes, mas um todo coeso, indivisível (CASTILHO, 2008). Seguindo este raciocínio, a família pode ser comparada a um móbil suspenso ao teto, no qual cada parte desse é semelhante a um membro familiar. Uma brisa, mesmo que incida apenas sobre um lado do móbil, o influencia como um todo (ZANETTI, 2006).

A sensação de pertencer a uma família envolve afeto, reciprocidade, liberdade e momentos compartilhados, entretanto, nem todas essas lembranças trazem, necessariamente, sentimentos positivos (ALVES & BUCHER-MALUSCHKE, 2008).

Estudos comprovam que o adoecimento de um dos membros da família afeta todos os demais, podendo ocorrer alterações nas atividades sociais, visto que as tarefas, antes desempenhadas pelo membro que adoeceu, serão realizadas por outras pessoas. Ressalta-se ainda que o portador da esquizofrenia possa necessitar de cuidados (TEIXEIRA, 2006). Zanetti e Galera (2007) em um estudo etnográfico evidenciam que a esquizofrenia traz sofrimento, sobrecarga e isolamento para os pais, principalmente para a mãe dos indivíduos que desenvolvem o transtorno mental.

Quando analisado a forma como a psiquiatria tem atuado no sofrimento psíquico, fica evidente que não há uma resposta satisfatória às necessidades de entendimento da família, esvaziando o sentimento do adoecer, pois se baseia apenas nos sintomas apresentado pelo paciente com esquizofrenia, relegando a segundo plano a educação da família (BASAGLIA, Apud MORASKI e HILDEBRANDT, 2005).

Já é comprovado que a frequência de recidivas é maior naquelas famílias cujos familiares apresentam alta emoção expressa, fazendo duras críticas, mostrando hostilidade nas falas e atitudes, e apresentando envolvimento emocional excessivo. Assim, ao longo dos anos acumularam-se evidências de que a intervenção familiar com o intuito de melhorar o conhecimento e habilidade dos familiares para lidar com o membro com esquizofrenia diminui a frequência de recidivas (GELDER; MAYOU; COWEN, 2006). Quando o familiar do paciente com esquizofrenia recebe atendimento, ele se sente acolhido, respeitado e valorizado porque seu conhecimento e experiência são reconhecidos (DURÃO; MELLO E SOUZA; MIASSO, 2005).

Infelizmente, a família ainda não é reconhecida na prática, por preconceito ou escassez de profissionais da área, como recurso terapêutico natural, primordial e imediato (GONÇALVES-PEREIRA; XAVIER; FADDEN, 2007). É imperioso aos profissionais de saúde, procurar meios que proporcionem intervenções no núcleo familiar, repercutindo em melhora na qualidade de vida e promoção da saúde. Uma profunda reflexão referente à assistência prestada, principalmente na educação em saúde parece ser o diferencial para alcançar uma melhora no atendimento ao portador de esquizofrenia e sua família (AZEVEDO & GAUDÊNCIO, 2007); proporcionando explicações realistas, usando terminologia correta num contexto de linguagem leiga, no qual se incluirá critérios de diagnósticos, os tratamentos disponíveis atualmente e o possível prognóstico (BRADY & McCAIN, 2004).

## 2.5 TRATAMENTO E PROGNÓSTICO DA ESQUIZOFRENIA

São muitos os tratamentos empregados na terapêutica da esquizofrenia, destacando-se a terapia medicamentosa, as psicoterapias e a eletroconvulsoterapia (TEIXEIRA, 2006). É sabido que a demora em procurar o tratamento tem uma influência fundamental no prognóstico do doente, podendo acarretar uma ruptura significativa nos níveis psíquicos, físico e na rede social. Infelizmente, a busca por ajuda ocorre somente quando aparecem os sintomas agudos (GIACON & GALERA, 2006).

Em geral, predomina o atendimento no regime ambulatorial, sendo as hospitalizações restritas a casos extremamente graves, nos quais há risco para o paciente ou o meio social no qual este se encontra inserido, e pelo menor tempo possível (FONTANA, 2005). É indispensável que o acompanhamento do paciente com esquizofrenia seja realizado por uma equipe multidisciplinar, o que repercute no aumento das chances do controle sintomatológico, adesão ao tratamento e readaptação psicossocial (BAHLS & ZACAR, 2006).

Em casos de hospitalização, uma das metas do tratamento é estabelecer um vínculo efetivo entre o paciente e os sistemas de apoio da comunidade (SADOCK & SADOCK, 2007), visto que o grau de estimulação tem uma forte influência no quadro clínico, onde a estimulação insuficiente repercute em aumento dos sintomas negativos, como retraimento social, apatia, comprometimento da volição e empobrecimento da fala (GELDER; MAYOU; COWEN, 2006).

É sabido que o prognóstico da esquizofrenia é pior do que muitos outros transtornos psiquiátricos, embora haja variações amplas na evolução final (GELDER; MAYOU; COWEN, 2006). Vários estudos mostram que num período de cinco a dez anos após a primeira hospitalização por esquizofrenia, não mais que 10-20% dos pacientes apresentam uma evolução favorável, sendo que mais de 50% dos casos tem uma evolução ruim, com sucessivas internações, agravo dos sintomas e tentativas de suicídio. Todavia, nem sempre o transtorno tem um curso deteriorante (SADOCK & SADOCK, 2007).

Existem diversos autores que relacionam certos fatores a um bom ou mau prognóstico do distúrbio. Relacionado a um bom prognóstico é citado: início súbito da doença, episódio curto, ausência de histórico psiquiátrico anterior, bom ajustamento psicossocial anterior a doença, entre outros. Relacionado a um mau prognóstico é referido: início insidioso do transtorno, episódio longo, história psiquiátrica anterior, sexo masculino, mau ajuste psicossocial anterior ao aparecimento do distúrbio, entre outros. É importante ressaltar que os clínicos precisam ter extrema cautela quando são solicitados a predizerem a evolução final de um caso individual (GELDER; MAYOU; COWEN, 2006).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, utilizando-se da técnica de análise de conteúdo.

No estudo descritivo não há interferências do pesquisador. Procura-se descobrir a frequência com que um fenômeno ocorre, sua natureza, características, causas, relações e conexões com outros fenômenos (BARROS & LEHFELD, 2000). Uma de suas características é a técnica padronizada para coletar dados, a qual ocorre, em geral, por questionários e através da observação sistemática (ANDRADE, 2009). Fazem parte deste grupo aquelas pesquisas que objetivam levantar as opiniões, costumes e crenças de uma população (GIL, 2010).

Por sua vez, os métodos qualitativos são utilizados em pesquisas descritivas, nas quais os resultados são expressos em narrações, descrições, depoimentos de pessoas. Nos estudos qualitativos o pesquisador é um instrumento-chave, pois se preocupa com o processo e não apenas com os resultados. Neste método, os estudiosos buscam detectar os significados que os sujeitos dão aos fenômenos (DOMENICO & SERTÓRIO, 2006).

#### 3.2 CENÁRIO DE ESTUDO

A coleta de dados foi realizada no ambulatório de psiquiatria do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, localizado na cidade de Vitória, Espírito Santo. A Santa Casa de Vitória é considerada a segunda mais antiga do Brasil. Sua construção foi iniciada em 1545 pelo Governador da Capitania do Espírito Santo, Vasco Fernandes Coutinho, e sua conclusão se deu em 1551. A construção da Santa Casa foi idealizada pela

Irmandade da Misericórdia, uma entidade histórica, fundada em Portugal, e cujos alguns de seus membros migraram para o Brasil. Na época, ela foi erguida ao lado da Igreja Nossa Senhora do Rosário, em Vila Velha, a mais antiga do Estado. Registra-se que sua transferência para Vitória se deu em meados de 1605, funcionando no antigo Largo Pedro Palácios. Em 1881, a Irmandade ganhou um terreno no monte da antiga fazenda do Campinho, doado pela proprietária, Maria de Oliveira Subtil. Não se sabe ao certo quando foi iniciada a reconstrução do hospital, mas parte dele foi inaugurado em 1910, no mesmo local onde funciona até hoje. Como hospital-escola mantém, junto com a Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, inúmeros projetos de assistência à saúde que, juntos, propiciam melhor condição de vida a sua clientela. O hospital da Santa Casa de Misericórdia é dividido em ambulatórios e enfermarias, estas últimas voltadas para a internação. Dentre os ambulatórios, o de Psiquiatria, onde foi realizado este estudo, foi inaugurado em 2008 e conta com o atendimento de dois psiquiatras, realizando, em média, 19 atendimentos por semana. Da clientela atendida, 18 possuem diagnóstico médico de esquizofrenia. O Atendimento é realizado em dois dias da semana: terça-feira e quinta-feira.

### 3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos deste estudo foram aqueles familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia que receberam atendimento no ambulatório de psiquiatria do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória nos meses de Agosto, Setembro e Outubro de 2010. O critério de inclusão utilizado foi a aceitação do familiar de participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Outro critério de inclusão foi o agendamento da consulta médica nos mesmos meses que foram realizados a coleta de dados. Foram excluídos da amostra todos aqueles familiares que se negaram a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido e aqueles familiares cujo paciente atendido pelo ambulatório de psiquiatria não tinha o diagnóstico médico de esquizofrenia. Dos familiares dos 18 pacientes com esquizofrenia, 3 famílias não foram incluídas nesta pesquisa, visto que o paciente com esquizofrenia não recebeu

atendimento psiquiátrico nos meses de Agosto, Setembro ou Outubro de 2010.

### 3.4 APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Com o objetivo de viabilizar a coleta de dados, encaminhou-se para a direção do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, uma cópia do projeto da pesquisa que seria desenvolvida, para conhecimento de seu teor, juntamente com uma autorização a ser assinada (APÊNDICE A) e o currículo lattes do pesquisador responsável pelo estudo, Mestre Rubens José Loureiro.

Após receber a autorização formal do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, o projeto de pesquisa foi enviado para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória para obter autorização para iniciar a pesquisa.

No CEP, o projeto foi cadastrado com o N° 104/2010 e aprovado na reunião ordinária de 27 de Julho de 2010 (ANEXO A). Após receber autorização do Comitê de Ética em Pesquisa, iniciou-se o processo de coleta de dados.

### 3.5 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

Trata-se de um estudo transversal (foi realizada apenas a coleta de dados, não havendo intervenção sobre o fenômeno investigado), no qual foi utilizado um roteiro de entrevista (APÊNDICE B) com perguntas abertas e fechadas, enfocando características do familiar do paciente com esquizofrenia e como o familiar entendia este transtorno mental.

Quanto ao tema pesquisado, o instrumento da coleta de dados constou de uma primeira parte, nomeada identificação, no qual foi atendido o objetivo de caracterizar os familiares dos portadores de esquizofrenia, e o roteiro de entrevista que atendeu ao objetivo de conhecer como o familiar do portador de esquizofrenia entende este transtorno mental e possibilitou atender ao terceiro objetivo da pesquisa que foi analisar o conteúdo expresso pelos familiares dos portadores de esquizofrenia.

As entrevistas foram realizadas pelos autores da pesquisa, nos dias de atendimento do ambulatório de Psiquiatria do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, após a consulta médica do paciente com esquizofrenia, nos meses de Agosto, Setembro e Outubro de 2010.

Os familiares que concordaram em participar da entrevista assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), onde autorizaram a gravação e utilização das informações obtidas na pesquisa.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) é um documento que garante ao participante da pesquisa o sigilo e o anonimato do que disseram em cumprimento dos aspectos éticos de um estudo envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

No momento da entrevista, foi prestado um esclarecimento sobre a pesquisa e solicitado a autorização para a gravação da entrevista em MP4, sob a justificativa de garantir a fidedignidade do que seria dito. Cada ficha teve um espaço para que cada participante fosse identificado por um código (F1, F2, ..., F15), garantindo o sigilo da identidade dos sujeitos da pesquisa.

O conteúdo das entrevistas obtidas com a pesquisa será arquivado por 5 anos, sendo destruídos após o término deste tempo.

### 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

O método utilizado para esse estudo foi a análise de conteúdo, cujo objetivo maior é a busca de informação. Assim, tal método torna-se útil tanto para o ensino como para a atividade profissional em uma organização, visto que tem como objetivos a ultrapassagem da incerteza e o enriquecimento da leitura, obtidos quando o pesquisador observa as condições de produção do discurso, efetua inferências sobre as mensagens sistematizadas e orienta o contexto da produção. Dessa forma, as seguintes operações são pertinentes ao método: 1) codificação: realizada a partir do recorte que se refere à escolha das unidades; da enumeração, que se refere às regras de contagem; da classificação e agregação, que se volta para a escolha das categorias; 2) definição da Unidade de Registro, que corresponde ao segmento de conteúdo a ser considerado, podendo ser uma frase, palavra ou afirmação acerca de um determinado assunto; e 3) categorização, que é a operação de classificação de elementos pertencentes a um conjunto (BARDIN, 1977).

Os dados coletados foram agrupados por convergência de informação, obedecendo às seguintes etapas de organização:

- Transcrição e conferência dos depoimentos gravados, obtidos mediante entrevistas realizadas;
- Leitura e análise temática das mesmas, identificando os respectivos núcleos de sentido que, depois de relacionados, pela identificação de presença ou frequência de Unidade de Significação, revelando o caráter definitivo do discurso dos entrevistados;
- Interpretação dos dados, à luz do referencial teórico utilizado para o estudo, com apoio em bibliografia apontada como suporte para o estudo.

#### 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nessa seção estão apresentados e discutidos os resultados da pesquisa, que teve como objetivos: caracterizar os familiares dos portadores de esquizofrenia; conhecer como o familiar do portador de esquizofrenia entende este transtorno mental; e analisar o conteúdo expresso pelos familiares dos portadores de esquizofrenia.

##### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

INDICADORES	RESPOSTAS	QUANTIDADE
SEXO	MASCULINO	2
	FEMININO	13
IDADE	18 ANOS	1
	30-39	2
	40-49	5
	50-59	5
	60-69	1
	70-89	1
RELIGIÃO	EVANGÉLICO	11
	CATÓLICO	4
ESCOLARIDADE	ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO	6
	ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO	5
	ENSINO MÉDIO INCOMPLETO	0
	ENSINO MÉDIO COMPLETO	3
	ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO	1
	ENSINO SUPERIOR COMPLETO	0
GRAU DE PARENTESCO	MÃE	7
	PAI	1
	IRMÃ	5
	CÔNJUGE	2

Quadro 1 – Características do familiar do portador de esquizofrenia

O Quadro apresentado na página anterior foi introduzido para favorecer a melhor visualização das características mais relevantes dos sujeitos do estudo conforme segue: A maioria era do sexo feminino, na faixa etária de 40 a 59 anos, evangélico, ensino fundamental incompleto e completo e mãe dos pacientes esquizofrênicos. A importância de inserir tais dados neste estudo foi compará-los com outras pesquisas com familiares de pacientes com esquizofrenia, para avaliar se os dados eram condizentes ou contraditórios com a literatura. Além disto, tais informações serviram de suporte para as inferências e interpretações do conteúdo expresso pelos familiares dos portadores de esquizofrenia.

Teixeira (2006) avaliando a qualidade de vida de familiares cuidadores do doente esquizofrênico encontrou em suas pesquisas que a maioria das cuidadoras pesquisadas era do sexo feminino, majoritariamente mãe e esposa, inferindo que ainda é principalmente do sexo feminino a dedicação por cuidar do familiar doente. Em estudos com familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos, Sinatora (2005) também encontrou uma predominância do sexo feminino. Azevedo e Gaudêncio (2007) estudando a esquizofrenia sob a ótica do familiar, referem que na maioria das vezes (87%) o desempenho e funções de cuidador foram representados por mulheres, principalmente as mães.

Em consonância com a literatura também se encontram os dados referentes a escolaridade dos sujeitos desta pesquisa, onde foi encontrado predominância de ensino fundamental incompleto e ensino fundamental completo. Teixeira (2006) encontrou em seus estudos o grau de escolaridade em familiares de pacientes com esquizofrenia de 52% com ensino fundamental incompleto e 25% com de ensino fundamental completo. Azevedo e Gaudêncio (2007), em pesquisa com familiares de portadores de esquizofrenia, também se depararam com predominância de ensino fundamental completo em sua amostra.

Sinatora (2005) estudando familiares de portadores de esquizofrenia encontrou em sua pesquisa uma predominância de evangélicos. Neste estudo, os dados encontrados corroboram os achados de Sinatora (2005), visto que majoritariamente os familiares pesquisados eram evangélicos.

Por último, Azevedo e Gaudêncio (2007), estudando familiares de pacientes com esquizofrenia, encontrou que a metade dos cuidadores se situa na faixa etária compreendida entre 48 e 57 anos, sendo achada uma média de 52 anos. Isso evidencia que os achados quanto a idade dos sujeitos desta pesquisa é significativo.

## 4.2 CATEGORIZAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS

De acordo com a metodologia proposta, três categorias foram elaboradas baseadas nas informações obtidas durante a entrevista. Cada categoria possui subcategorias provenientes dos resultados apontados pela pesquisa.

### 4.2.1 Concepção da Esquizofrenia

Diversas são as concepções sobre a esquizofrenia, todavia neste estudo, serão abordados de forma sucinta apenas alguns aspectos de cada uma delas, conforme destacado a seguir:

#### 4.2.1.1 Concepção Biológica

A causa da esquizofrenia é desconhecida, para explicar sua gênese diversas hipóteses de caráter biológico tem sido postuladas: Alterações neuroquímicas (hipótese da dopamina; alterações em outros neurotransmissores, como serotonina, noradrenalina, gaba, glutamato, neuropeptídeos); alterações neuropatológicas; fatores genéticos (SADOCK & SADOCK, 2007).

Os aspectos biológicos podem ser identificados quando os depoentes relacionam as alterações com a parte orgânica do paciente. Esta forma de ser pensada a concepção da esquizofrenia pode ser evidenciada nas falas:

*"... E lá ele ficou nervoso... Desde lá ele está ruim da cabeça..."*  
(F<sub>1</sub>).

*"... Ele sente que não tem noção, a mente dele parou completamente. Parou entendeu?"* (F<sub>8</sub>)

*"Aí, eu creio que é um distúrbio mental que ela perdeu a noção de tudo... Aí já fez exame da cabeça, fez eletro [eletroencefalograma], fez várias vezes exames, aí deu distúrbio mental"* (F<sub>11</sub>)

*"É como se ele estivesse aprisionado, aprisionado da cabeça sabe"* (F<sub>12</sub>).

As falas acima demonstram uma relação com os aspectos biológicos e dentro desta concepção, os fatores genéticos são fortemente apoiados pelas evidências, pois estudos mostram um risco médio de desenvolver o transtorno em toda a vida de aproximadamente 5-10% entre os parentes de primeiro grau de esquizofrênicos, em comparação a 0,2-6% entre os parentes em primeiro grau de controles. Todavia, a constatação de que gêmeos monozigóticos podem ser discordantes para a doença, sugere que fatores ambientais também podem contribuir (GELDER; MAYOU; COWEN, 2006).

Ainda dentro da concepção biológica, existem diversos estudos que sugerem a hipótese que eventos de ocorrência precoce, sejam eles durante a vida intra-uterina ou logo após o nascimento, podem ser de importância fundamental na etiologia de alguns dos casos de esquizofrenia. Tal hipótese está baseada no fato de que a influência no desenvolvimento de determinadas estruturas do cérebro poderiam deixar o indivíduo vulnerável ao aparecimento da doença (SILVA, 2006).

Essa hipótese pode ser percebida nos seguintes depoimentos:

*"... No parto ele nasceu e foi para a incubadora, pois passou do tempo de nascer, esperavam que fosse um parto normal e não foi, começou às 6 horas da manhã que a bolsa estourou e foi nascer às sete horas da noite. Eu acho que pode ter sido isto que causou o problema..." (F<sub>10</sub>)*

*"O problema de saúde que ele tem é do nascimento, pois ele passou da hora de nascer..." (F<sub>13</sub>)*

Além dos aspectos biológicos, os familiares de pessoas psicóticas pensam ser a esquizofrenia compreendida como qualquer transtorno da cabeça. Esta forma de perceber a doença mental é muito comum na população em geral, que acredita ser a esquizofrenia um problema localizado na cabeça e/ou ainda decorrente da má formação ou mau funcionamento cerebral (MORASKI & HILDEBRANDT, 2009).

É importante entender que referir o desencadeamento do transtorno psíquico a causas específicas e a doença o estereótipo de transtorno da cabeça é menos sofrido e constrangedor do que identificar as verdadeiras causas e/ou denominá-la pelo nome científico (MORASKI & HILDEBRANDT, 2009). Para esta finalidade o entendimento psicossocial da doença veio quebrar com o paradigma biológico, tentando entendê-lo dentro de uma concepção mais profunda e subjetiva.

#### 4.2.1.2 Concepção Psicossocial

A concepção psicossocial é uma das teorias que tentam explicar a etiologia da esquizofrenia. Estudada do ponto de vista psicodinâmico, a causa do transtorno mental depende da influência mútua entre um bebê com distorção na barreira de estímulos, o qual decorre de fatores genético-constitucionais, e uma mãe que emocionalmente pode não estar preparada para cuidar de sua criança anormal. Assim, a mãe exibe-se impossibilitada de servir como contingente das identificações projetivas de seu filho,

fazendo com que este se veja privado da experiência de projetar e, em seguida, reinternalizar os seus sentimentos após eles terem sido alterados e tornados suportáveis pela mãe (FONTANA, 2005).

Na teoria da aprendizagem, as crianças que posteriormente desenvolvem esquizofrenia são aquelas que aprenderam reações e formas de pensar irracionais imitando progenitores com problemas emocionais significativos, sendo a doença decorrente de modelos escassos de aprendizagem na infância. Todavia, não há evidências concretas que evidenciem um padrão familiar específico como causa do aparecimento da doença (SADOCK & SADOCK, 2007).

Freud acreditava que a causa das psicoses residia no fato de que a realidade da pessoa se tornava intoleravelmente sofrida, ou que seus instintos haviam sido extraordinariamente intensificados, pois nestas duas situações havia um conflito elevado entre as instâncias psíquicas, e conseqüentemente o desenvolvimento de crenças anormais (GELDER; MAYOU; COWEN, 2006; NICHOLI JUNIOR, 2005).

Na concepção social da esquizofrenia, as condições externas – elevada poluição visual, trabalho estressante, trânsito desordenado, criminalidade, perda de pessoas queridas – devem ser compreendidos como determinantes ou desencadeadores do transtorno mental (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2000). Todavia, poucos estudos satisfatórios foram realizados com esta temática (GELDER; MAYOU; COWEN, 2006).

Alguns familiares pontuaram em suas falas fatores psicossociais como causa da doença, como pode ser constatado nos depoimentos a seguir:

“... Eu entendo que ele teve um trauma, um trauma que ele teve... Foi no trabalho dele, no serviço dele, um problema que houve no trabalho aí causou isso aí...” (F<sub>2</sub>)

“... O que marcou a vida dela foi o filho dela que era bom, um menino normal e ficou doente... Aí [ela] foi ficando triste, ficando triste... aí ela acabou nessa situação aí até hoje...” (F<sub>3</sub>).

*“... Num momento ela nunca teve problema nenhum, apareceu foi no colégio, que um professor chamou ela atenção e dali, daquele dia eu notei que ela assim queria só sair de casa, ficar pulando a janela... foi depois daquilo ali que partiu, porque ela nunca teve problema nenhum...” (F<sub>4</sub>).*

Alguns estudos, no entanto, buscam integrar aspectos psicossociais aos aspectos biológicos na etiologia da doença. Dentro destes, o modelo da “vulnerabilidade versus estresse” postulam que o paciente esquizofrênico apresentaria uma vulnerabilidade biológica para a doença e que o deflagrar dos sintomas estaria diretamente ligado ao grau de estresse psicossocial ao qual o sujeito é submetido. É importante pontuar que se fatores psicossociais não estão primariamente relacionados com o aparecimento da esquizofrenia, certamente influenciam a forma de aparecimento e o curso dos sintomas (SILVA, 2006).

A Concepção da esquizofrenia sobre a vertente psicossocial pode ser evidenciada nas falas:

*“... Ela ficou com problema mais por causa disso, ela começou esse sofrimento depois que foi agredida entendeu?” (F<sub>5</sub>)*

*“... É uma pressão que ela sofreu e não contou para a família, aí deu esse distúrbio mental...” (F<sub>11</sub>)*

*“Ocorreu um passeio na turma dele, que eles foram para uma excursão, tipo num matagal, aí meu pai achou que foi nesse passeio que fizeram alguma coisa que deixou ele traumatizado, pois foi depois do passeio que ele ficou desse jeito aí...” (F<sub>12</sub>)*

*“E percebi que toda vez que ele tinha um problema, na vida dele sentimental, conjugal, financeira, tudo isso atingia, daí ele já começou a ficar sem dormir, a mente já não funcionou legal” (F<sub>15</sub>)*

Ainda que o sofrimento psicológico possa levar à desadaptação social e esta possa produzir uma ordem de transtorno psíquico, não se pode, em todos os casos, estabelecer uma relação de causa e efeito entre ambos (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2000). Além da hipótese que atribui o desencadeamento da esquizofrenia a fatores psíquicos e/ou sociais, hipóteses espirituais têm surgido para explicar o aparecimento da doença.

#### 4.2.1.3 Concepção Espiritual

O conhecimento religioso, também conhecido como teológico, é amparado por doutrinas que possuem proposições sagradas, pois se acredita terem sido reveladas por entidades sobrenaturais e, portanto, são consideradas verdades infalíveis. Tal conhecimento também é dito indiscutível e suas evidências não são averiguadas, dado estar implícita uma atitude de fé diante de uma sabedoria revelada (MARCONI & LAKATOS, 2009).

Em pesquisa realizada por Azevedo e colaboradores (2009) sobre as percepções de familiares sobre o portador de sofrimento psíquico institucionalizado, a concepção mágico-religiosa esteve presente nas falas dos sujeitos, relacionado ao conhecimento adquirido pelos familiares na vida cotidiana, nas conversas entre vizinhos e amigos, nas tradições, nas crenças e religiões diversas.

Azevedo e Gaudêncio (2007) pontuam que a religião tem sido de grande importância para a humanidade, sempre estando associada a explicações plausíveis para o aparecimento de doenças, colocando estas como provação ou castigo divinal.

Freud pontua que os seres humanos são incapazes de conciliar as angústias com o conceito de um Deus bondoso, conseqüentemente, conjuram o demônio para assumir a culpa pelo sofrimento humano. Já Lewis acreditava que Deus era a fonte de toda a alegria e que a maior parte das angústias humanas, advinha de buscar a felicidade

longe do Criador; assim, o pecado era a causa principal do sofrimento, doença e morte (NICHOLI JUNIOR, 2005).

A concepção da Esquizofrenia como um problema espiritual pode ser constatado através dos relatos a seguir:

*“... É tipo assim, é tipo um encosto, alguma coisa assim sabe. De uma hora para outra ela está boa, daqui a pouco vai ficando estranha, aí daqui a pouco ela faz a besteira e some tudo, desse tipo aí... esse problema dela é espiritual, para mim...” (F<sub>3</sub>).*

*“... Até agora o que eu conheço assim que vem a me esclarecer alguma coisa sobre esse problema dela é espiritual...” (F<sub>6</sub>).*

*“... Hoje eu vejo com certeza que é uma doença espiritual sim... eu vejo que é algo espiritual, mediante o diagnóstico que eu acho na bíblia que é, e o médico não tem um respaldo para me dar...” (F<sub>7</sub>).*

*“... Na minha igreja os pastores oram por ele e falaram que era espiritual, falaram que era obra de macumbaria” (F<sub>8</sub>).*

GIACON (2009) em um estudo com familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia pontua que em vários relatos obtidos com a pesquisa, a crença religiosa esteve presente como uma forma de explicar os comportamentos apresentados pelo familiar doente. Independente dos fatores que estariam ligados ao aparecimento da doença, tem se percebido que muitos pacientes com esquizofrenia, apresentavam um padrão de personalidade pré-morbida.

#### 4.2.1.4 Personalidade Pré-morbida

A esquizofrenia pode ser antecedida por um período incharacterístico de meses a anos, período este no qual os enfermos podem se apresentar nervosos, sensíveis e irritadiços, com evidente diminuição da produtividade nas atividades do cotidiano, como escola e/ou trabalho, além de apresentarem queixas de mal-estar. Estudos mostram que esses estágios estão presentes em 2/3 dos pacientes, podendo estar acompanhados de sintomas obsessivo-compulsivos, depressão, hipocondria, e até despersonalização (FONTANA, 2005).

Na história pré-morbida típica, as crianças que mais tarde desenvolveriam a doença dispunham de poucos amigos, sendo passivas e introvertidas. Adolescentes pré-mórbidos esquizofrênicos podem não possuir amigos próximos, como também evitar atividades de equipe (SADOCK & SADOCK, 2007).

GELDER e colaboradores (2006) afirmam que existem evidências de que os sujeitos que desenvolverão no futuro esquizofrenia apresentam em seu desenvolvimento infantil certos sinais de disfunção cognitiva, além de baixa competência social em relação aos controles. Todavia, não se sabe quão específicas são essas alterações, nem tampouco como elas se relacionam ao desenvolvimento da doença.

Os fragmentos de entrevistas a seguir mostram que um padrão de disfunção social esteve presente antes do aparecimento da esquizofrenia:

*“... Começou assim aos poucos, ele era um menino que não gostava de sair de casa... só ficava em casa, nem na casa da minha mãe ele não ia no final de semana, não ia ao supermercado, nem na padaria comprar um pão, nada ele fazia...”*

(F<sub>8</sub>)

*“... Ele sempre foi diferente, não falava com o irmão, o irmão ia para um lado e ele ia para o outro...”* (F<sub>10</sub>)

Em uma pesquisa com familiares de esquizofrênicos, GIACON (2009) pontua que alguns familiares referiram que já existia algo diferente no comportamento do doente desde a infância, como isolamento social, dificuldade de relacionamento interpessoal e timidez. Estudos posteriores sobre a hipótese de uma personalidade pré-mórbida são bastante relevantes, visto poderem contribuir, inclusive, para uma abordagem e tratamento precoce da esquizofrenia.

#### 4.2.2 Abordagem e Tratamento da Esquizofrenia

Diversas são as práticas empregadas no tratamento da esquizofrenia, algumas são validadas cientificamente, outras são abordagens empíricas. Todavia neste estudo, serão abordados de forma sucinta apenas alguns aspectos de cada uma delas, conforme destaques a seguir:

##### 4.2.2.1 Tratamento medicamentoso

Historicamente, os recursos disponíveis para o tratamento dos doentes psicóticos eram muito limitados e a solução encontrada era abandoná-los em grandes hospitais ou asilos, dos quais não podiam sair. O fator essencial para mudança nessa situação foi o advento dos medicamentos antipsicóticos na década de 50. O uso da clorpromazina resultou em melhora significativa de 50-75% dos pacientes esquizofrênicos tratados (SILVA, 2006), todavia, os antipsicóticos atêm-se aos sintomas do transtorno, pois não curam a doença (SADOCK & SADOCK, 2007).

Os depoimentos abaixo fazem referência à importância do tratamento medicamentoso na esquizofrenia:

*“... Eu acho que agora só tomar remédio mesmo e deixar o tempo passar...” (F<sub>2</sub>).*

*“... as pessoas falaram que não era para eu dar esse remédio para ela, porque era remédio de doido e eu acabei não tratando ela...”*

(F<sub>5</sub>)

*"... Se Deus tiver que curar ela através dos medicamentos, Ele vai curar ela através dos medicamentos..." (F<sub>6</sub>).*

*"... Eu encontrei o doutor..., agora que eu estou sentindo uma firmeza que agora eu encontrei um medicamento para ele, acabei de encontrar..." (F<sub>8</sub>)*

*"Os remédios que doutor... passou, melhorou bastante, ele já está mais tranqüilo..." (F<sub>9</sub>)*

É sabido que o paciente com esquizofrenia deve receber informações sobre a natureza e a forma como vai ser realizada o manejo terapêutico, inclusive sobre os benefícios e efeitos colaterais da medicação utilizada, considerando, todavia, a capacidade do próprio paciente de entender o que lhe é explicado (FALKAI et.al, 2006).

É comum nas falas dos familiares referenciar a importância do tratamento medicamentoso, como pode ser notado abaixo:

*"... O que vai contribuir no tratamento até agora eu acho que é o medicamento, eu não pensei que outra coisa pudesse ajudar a melhorar..." (F<sub>10</sub>)*

*"Aí começou a não ter mais controle, só mesmo com os remédios dos psiquiatras..." (F<sub>11</sub>)*

*"O que eu sei mais sobre esquizofrenia é que tem gente que se controla com remédio muito forte, ele não, ele toma [...] e mesmo assim fica alterado..." (F<sub>12</sub>)*

As medicações antipsicóticas são eficazes no tratamento dos sintomas da esquizofrenia, embora ainda sejam escassas as evidências sólidas de recuperação duradoura com o uso das mesmas (TOWNSEND, 2002). A literatura mostra que um número de duas a quatro vezes maior de pacientes têm recaídas quando são medicados com placebos, comparados com pacientes que são tratados com antipsicóticos (SADOCK & SADOCK, 2007).

Nos depoimentos abaixo é possível perceber o quanto a família valoriza o tratamento medicamentoso:

*“... Eu não posso parar de dar remédio para ele... Quando ele fica tomando os remédios ele fica bonzinho, só fica com essa falação, mas não fica agressivo...” (F<sub>13</sub>)*

*“O tratamento dele é o remédio que ele toma, tem que tomar todo dia...” (F<sub>14</sub>)*

*“... Mas graças a Deus na clínica passaram esses medicamentos para ele e ele voltou da clínica bem melhor” (F<sub>15</sub>)*

Ainda que a medicação antipsicótica seja o esteio do tratamento da esquizofrenia, estudos científicos mostram que as intervenções psicossociais favorecem a evolução clínica do paciente (SADOCK & SADOCK, 2007). É importante enfatizar que além da abordagem farmacológica, é comum que as famílias busquem outros tratamentos para o paciente com esquizofrenia, como o tratamento espiritual.

#### 4.2.2.2 Tratamento Espiritual

Culturalmente, diversos outros tipos de ajuda são ofertados pelas familiares aos pacientes com sofrimento psíquico, seja de ordem religiosa (espiritismo, evangélica, benzedeadas) ou social, como simpatias (AZEVEDO; MIRANDA; GAUDÊNCIO, 2009).

Silva e Santos (2009b) em um estudo com mães de portadores de esquizofrenia encontraram que a maior parte das participantes da pesquisa utilizou-se de recursos alternativos antes da procura pelo aparato médico-científico, como religião, misticismo e organizações comunitárias.

Zanetti (2006) afirma que Deus é um elemento muito valorizado pelos familiares no tratamento do paciente esquizofrênico, pois a família acredita ser a entidade divina a responsável por dar força para aceitar a doença e o tratamento, sendo os médicos

vistos como discípulos de Deus.

O tratamento da esquizofrenia através da espiritualidade pode ser constatado através dos relatos a seguir:

*“... É um trauma que não tem cura, só Deus mesmo...” (F<sub>2</sub>).*

*“... Eu espero em Deus, que Deus trabalhe na vida dos médicos que Deus abra mais e mais a mente deles para que eles possam descobrir um medicamento que venha a dar certo...” (F<sub>6</sub>).*

*“... A qual a gente buscando a Deus essa menina vai ser curada, eu creio...” (F<sub>7</sub>).*

Ao mesmo tempo em que a religião pode estimular a esperança no tratamento e possibilitar uma nova expectativa de vida, pode-se observar que para Pinel, devia-se tomar cuidado ao usá-la no tratamento de doenças mentais, pois a mesma poderia inclusive alimentar alucinações (FOUCAULT, 2007). Desta forma a espiritualidade pode ser uma aliada no tratamento, desde que utilizada com cautela, até porque um dos objetivos é a ressocialização do sujeito, no qual a religião pode contribuir. Infelizmente sabe-se que, em alguns casos, a ressocialização não é obtida com êxito, refletindo até mesmo na exclusão do mercado de trabalho.

#### 4.2.2.3 Exclusão do mercado de trabalho

Moraski e Hildebrandt (2005), estudando familiares de pessoas psicóticas, pontuam que o transtorno mental foi citado por alguns familiares como sinônimo de incapacidade. Para estes autores, este modo de pensar e proceder é característico do capitalismo, no qual prevalece a conotação do sujeito enquanto força de trabalho e não como um ser humano, uma sociedade na qual a cidadania é atributo dos ditos “normais”.

Sinatora (2005) afirma que muitas vezes o familiar do paciente com esquizofrenia tarda a aceitar o diagnóstico deste, devido o estigma da sociedade, na qual os portadores de qualquer transtorno mental são considerados insanos e incapazes de realizar as atividades cotidianas.

Nas falas a seguir os familiares reportaram a exclusão do mercado de trabalho que vivencia o portador de esquizofrenia:

*“... mas é por isso que a gente está aqui para ver qual vai ser a resposta do médico... que ela tenha uma vida normal, que ela possa sair, possa chegar, possa trabalhar, que ela tenha uma vida em atividade...” (F<sub>6</sub>)*

*“Nós já tentamos várias entrevistas para ele, mais ele não passa em nenhuma. Aí falei com meu esposo, tentamos um emprego que não pedisse entrevista, aí nós arrumamos (emprego), ele trabalhou, depois de 10 minutos dispensaram ele...” (F<sub>8</sub>)*

*“Eu queria que ele ficasse bom, trabalhasse... não tem uma renda, então ele tinha que ter um trabalho, ninguém dá serviço para ele, ele é muito devagar e não tem empresa que aceita ele” (F<sub>9</sub>)*

Desta forma, existe a necessidade de um treinamento de capacidades e habilidades vocacionais para que os pacientes com esquizofrenia possam fazer parte de um grupo com alguma habilidade ocupacional, o que repercutirá na sua reintegração à sociedade e diminuição dos estigmas (BAHLS & ZACAR, 2006).

É indiscutível o benefício trazido à família quando o portador de esquizofrenia começa a trabalhar, mesmo que seja pequena a carga horária (SINATORA, 2005). Além de contribuir para a renda da família, ao perceber o familiar no processo de reintegração ao trabalho, a família pode aumentar suas expectativas em relação ao futuro do paciente com esquizofrenia.

### 4.2.3 Expectativa com Relação ao Futuro

No tratamento de um parente com esquizofrenia, os familiares podem ter opiniões divergentes quanto ao futuro do mesmo. As expectativas com relação ao futuro que foram identificadas nesta pesquisa durante a coleta de dados serão analisadas a seguir:

#### 4.2.3.1 Fé

Uma dos arcabouços mais importantes do comportamento são as crenças, sendo que estas não são baseadas necessariamente numa estrutura lógica de idéias. Pelo contrário, as crenças reagem pouco à realidade. Assim, quando não se sabe na verdade o que é o real, o ser humano forma uma crença – uma questão de fé (DILTS; HALLBOM; SMITH, 1993).

Segundo a Bíblia Sagrada, fé é "o firme fundamento das coisas que se esperam e a prova das coisas que não se vêem... é a certeza da fidelidade de Deus... é a confiança num futuro desconhecido" (DAKE, 2009, página 1960 e 1961).

Em um estudo etnográfico de uma família com 4 membros esquizofrênicos, Zanetti (2006) afirma que frente as adversidades oriundas da doença, a família deposita em Deus suas esperanças, mostrando assim a força exercida pela religião no mecanismo de enfrentamento das doenças.

A fé foi evidenciada em grande parte dos depoimentos:

*"... Eu acho que esse problema só Deus pode solucionar, só Ele para reverter, somente Deus pode reverter. Somente Deus pode solucionar..." (F<sub>2</sub>)*

*"... Ah, espero, graças a Deus, expectativa de melhora..." (F<sub>4</sub>)*

*"... Só um milagre de Deus, só Deus. A expectativa é esperar em*

*Deus, eu sei que Ele tem poder na nossa vida...” (F<sub>5</sub>)*

*“... Porque o tempo de Deus não é o nosso, então eu espero em Deus, que Deus vai me dar essa libertação... A minha expectativa é de esperança, de vitória, de levantar a cabeça e seguir em frente, independente de qualquer outra coisa” (F<sub>6</sub>)*

*“Eu percebi que ele está acreditando muito que Deus vai curar ele, ele está crendo muito” (F<sub>15</sub>)*

Sinatora (2005) num estudo com familiares de pacientes com esquizofrenia que tiveram o diagnóstico nos últimos cinco anos, pontua que nas falas dos sujeitos da pesquisa foram freqüentes os depoimentos permeados por intensa esperança na remissão dos sintomas clássicos da doença, mesmo estando os familiares passando por períodos difíceis, dolorosos e conflitantes.

A fé como um mecanismo de enfrentamento da doença pode ser evidenciado pelos depoimentos a seguir:

*“A expectativa para o futuro é que Deus opere um milagre tremendo na vida dela...” (F<sub>7</sub>)*

*“Ah, eu coloquei primeiro na mão do Senhor e confiando no médico, agora eu encontrei esse doutor..., senti muita firmeza, porque eu não encontrava solução para ele...” (F<sub>8</sub>)*

*“Eu espero que Deus um dia vá ter misericórdia e, às vezes um dia pode curar, pode sarar ele” (F<sub>13</sub>)*

Moreira-Almeida e colaboradores (2006) em uma revisão bibliográfica com mais de 800 artigos publicados ao longo do século XX sobre a relação entre religiosidade e saúde mental, afirmam que a maioria dos estudos de boa qualidade encontrou que maiores níveis de envolvimento religioso estavam diretamente associados a indicadores de bem estar psicológico, como satisfação com a vida, felicidade e afeto positivo e inversamente proporcional à depressão.

A fé contribui para atenuar o sofrimento do ser humano frente às adversidades da vida. Infelizmente, alguns familiares, com o passar do tempo, perdem a fé na melhora do paciente com esquizofrenia.

#### 4.2.3.2 Desesperança

A sociedade e, conseqüentemente, a família, muitas das vezes dominada por conceitos clássicos de loucura, como os conceitos de incapacidade, periculosidade e irreversibilidade do transtorno mental, aumenta as limitações da pessoa acometida por uma psicose (MORASKI & HILDEBRANDT, 2009).

Zanetti (2006) em estudo com familiares de pacientes com esquizofrenia, afirma que muitos depoimentos relatavam sentimentos de tristeza, abalo, sofrimento e desânimo.

A desesperança foi aludida em alguns depoimentos dos familiares de pacientes com esquizofrenia:

*“... No momento agora não tenho nenhuma [esperança], para falar sério, mesmo no momento agora não tenho nenhuma. Não sei nem o que vai acontecer amanhã, daqui a 1 hora...” (F<sub>3</sub>).*

*“... Quanto ao futuro a gente não sabe de nada, pertence a Deus...” (F<sub>10</sub>)*

*“Eu creio que nós vamos conviver com isso até Deus quiser, pois não tem jeito o caso dela” (F<sub>11</sub>)*

Moraski & Hildebrandt (2005), num estudo com familiares de pessoas psicóticas afirmam que o psicótico, ao conservar a consciência de si e do mundo ao redor, pode vivenciar um estresse elevado ao perceber o seu real estado, resultando em sentimentos de vulnerabilidade e impotência frente à doença. Desta forma, as falas dos familiares que carregam sentimentos de desesperança podem acarretar sofrimento elevado nos pacientes com esquizofrenia que ainda conservam o insight sobre a realidade.

Sentimentos de desesperança podem ser verificados nas falas abaixo:

*“... Ao quadro dele? Eu não tenho expectativa nenhuma...” (F<sub>2</sub>)*  
*“A esquizofrenia não tem cura, só um milagre de Deus, a gente ora por ele, mas eu não sei o que pode acontecer” (F<sub>12</sub>)*  
*“Ele vai ser uma pessoa sempre dependente, que vai ter uma pessoa para ajudar ele, um irmão, alguém, sabe. Ou vai ficar pior.” (F<sub>14</sub>)*

É lastimável a desesperança demonstrada por alguns familiares e evidenciado nos depoimentos acima, sendo importante questionar se este sentimento não é resultado da falta de assistência biopsicossocial aos mesmos, o que repercute na diminuição da capacidade de enfrentamento dos conflitos advindos do adoecimento do paciente com esquizofrenia.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As concepções sobre a esquizofrenia resultam de um longo processo histórico e estabelecimento de explicações populares e hipóteses científicas sobre o tema. Mesmo assim, entre os estudiosos da área ainda permanecem discordâncias quanto à etiologia, tratamento e até mesmo sobre os critérios necessários para o diagnóstico desta entidade clínica. O mesmo não é diferente entre os familiares dos pacientes com esquizofrenia, uma vez que as opiniões são bastante divergentes entre os participantes desta pesquisa, sobressaindo às dúvidas sobre os consensos.

Como é postulado pelos autores da Terapia Familiar Sistêmica, a família funciona como um sistema, no qual cada membro influencia e é influenciado por cada parte do sistema. Logo, há de se esperar que o desencadeamento da esquizofrenia em um familiar afete diretamente toda a família.

O conjunto de crenças de uma pessoa influencia o seu relacionamento com a realidade. Assim, as pessoas se relacionam com os mapas que possuem da realidade, e não propriamente com a realidade. Isto é importante para esta pesquisa, pois um familiar que concebe a esquizofrenia de acordo com teorias como a do Duplo Vínculo, poderá se culpar pelo adoecimento do paciente com esquizofrenia, potencializando assim a carga de sofrimento advinda do cuidar do familiar doente.

Nesta pesquisa, na qual a população era constituída por familiares de pacientes com esquizofrenia, a maioria dos sujeitos era do sexo feminino, mãe do paciente, na idade de 40 a 59 anos, evangélico, com ensino fundamental completo ou incompleto; tais dados se encontram em consonância com a literatura atual.

Quanto à concepção da esquizofrenia, os dados encontrados se concentraram na explicação do transtorno como advindo de uma causa biológica, psicossocial ou espiritual. Em alguns casos, também foi pontuado que o familiar que viria a apresentar esquizofrenia teria apresentado na infância um padrão de adoecimento pré-mórbido, tal

achado é fundamentado cientificamente.

Quanto às práticas empregadas no tratamento da esquizofrenia, predominaram nas falas referência às abordagens medicamentosa e espiritual. Dado relevante é que na maioria dos relatos evidenciou-se que a família julga o tratamento medicamentoso importante, porém, acredita que a abordagem espiritual pode potencializar a eficácia do tratamento farmacológico. Alguns depoimentos relatam que a abordagem espiritual seria a única forma de tratamento.

Quando foram questionados a respeito da expectativa para o futuro, os depoimentos foram divergentes: alguns familiares pontuaram que tinham esperança de ocorrer uma melhora no quadro clínico apresentado pelo familiar esquizofrênico, porém outros relataram uma completa desesperança. Infelizmente, o desânimo do familiar pode afetar negativamente o paciente com esquizofrenia, ainda mais se atentarmos para o fato de que os depoimentos foram colhidos na presença do paciente com esquizofrenia.

Visto a elevada prevalência da esquizofrenia na população e as transformações advindas da Reforma Psiquiátrica no sentido da desinstitucionalização, o entendimento de como o familiar do paciente com esquizofrenia entende este transtorno mental se reveste de máxima importância, no sentido de fornecer ferramentas para os profissionais que lidam com saúde mental, para que estes ofertem aos pacientes com esquizofrenia e seus familiares, um processo terapêutico que não contemple apenas as necessidades do doente, mas também a dos familiares deste, visto que uma família informada e que compreenda o processo de adoecimento poderá ajudar significativamente no tratamento, além de atenuar a carga de sofrimento imputada à família.

A análise das falas dos sujeitos desta pesquisa e a literatura científica acessada para a construção deste estudo permitem a elaboração de recomendações pertinentes ao tema, a saber:

- A inclusão da abordagem terapêutica aos familiares dos pacientes com esquizofrenia, visto que o adoecimento destes influencia todo o sistema familiar;
- A valorização do profissional que atua na saúde mental, através de capacitação dos profissionais da atenção primária à saúde e formação de equipe matricial, visto que durante o estudo diversos familiares pontuaram a dificuldade de conseguir atendimento para o paciente com esquizofrenia;
- A conscientização dos profissionais que atuam na saúde mental de que a etiologia da esquizofrenia ainda não está esclarecida, visto existirem apenas hipóteses, não podendo uma ou outra hipótese ser informada aos pacientes com esquizofrenia e seus familiares como verdade absoluta;
- A inclusão de um treinamento de capacidades e habilidades vocacionais para os pacientes com esquizofrenia, para que estes possam fazer parte de um grupo com habilidades ocupacionais;
- Estudos posteriores sobre a etiologia da esquizofrenia, pois existem inúmeras hipóteses, porém sem um consenso entre os profissionais da área.

Por fim, esperamos que esta pesquisa contribua para os profissionais que realizam atendimento a pacientes com esquizofrenia e seus familiares, pois uma assistência de qualidade pode repercutir num melhor prognóstico do paciente com esquizofrenia e no bem-estar de sua família.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, A.P.R.; BUCHER-MALUSCHKE, J.S.N.F. Estudo sobre o impacto em ter um portador de demência na família. **Rev.Bras. de Terapia Familiar** – V.1, n.1, janeiro/junho de 2008.
- ANDRADE, M.G. **Introdução à metodologia do trabalho científico: Metodologia de trabalhos de graduação**. 9ª Edição. São Paulo: Editora Atals S.A., 2009.
- AZEVEDO, D.M.; GAUDÊNCIO, M.M.P. A esquizofrenia sob a ótica familiar: discurso dos cuidadores. **Nursing**, São Paulo, 10(111), p. 366-371. Ago. 2007.
- AZEVEDO, D.M.; MIRANDA, F.A.N.; GAUDÊNCIO, M.M.P. Percepções de familiares sobre o portador de sofrimento psíquico institucionalizado. **Esc.Anna Nery Rev. Enferm** 2009, jul-set; 13 (3) 485-91. Disponível em <[http://www.eean.ufrj.br/revista\\_enf/20093/artigo%203.pdf](http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20093/artigo%203.pdf)>, acessado em 04 de Setembro de 2010.
- BAHLS, S.; ZACAR, F.M.H. As intervenções psicossociais no tratamento da esquizofrenia. **RUBS**, Curitiba, v.2, n.1, p.24-33, jan./mar. 2006. Disponível em <<http://rubs.up.edu.br/arquivos/rubs/RUBS%20VI/ARTIGO%202.pdf>>, acessado em 19 de Setembro de 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edição 70, 1977.
- BARROS, A.J.P.; LEHFELD, N.A. **Projeto de pesquisa: propostas metodológicas**. 4ª Ed. Petrópolis: editora Vozes, 2000.
- BOCK, A.M.B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M.L.T. **Psicologias: Uma introdução ao estudo de psicologia**. 13ª Edição. São Paulo: Editora Saraiva, 2000.
- BRADY, N.; McCAIN, G.C. Living with schizophrenia: a family perspective. **Online Journal of Issues in Nursing**, 10(1), 7, 2006. 2004. Disponível em <<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume102005/No1Jan05/HirshArticle/LivingwithSchizophrenia.aspx>>, acessado em 21 de Setembro de 2010.

BRAGHIOROLLI, E.M.; BISI, G.P.; RIZZON, L.A.; NICOLETTO, U. **Psicologia Geral**. 27ª Edição. Porto Alegre: Editora Vozes, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética**, v.4, n. 2, supl., 1996.

CASTILHO, VBF. História, fundamentos e novas tendências da Terapia Familiar Sistêmica. **Rev. Bras. de Terapia Familiar** – V1, n.1. Janeiro/Junho de 2008.

DAKE, FJ. **Bíblia de estudo Dake**. Rio de Janeiro: Editora CPAD, 2009.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: editora Artmed, 2008.

DILTS, R.; HALLBOM, T.; SMITH, S. **Crenças: Caminhos para a saúde e o bem estar**. 3ª Ed. São Paulo: Summus, 1993.

DOMENICO, E.B.L.; SERTÓRIO, S.C.M. Pesquisa qualitativa. In: BREVIDELLI, M.M.; DOMENICO, E.B.L. Et. al. **Trabalho de conclusão de curso. Guia prático para docentes e alunos da área da saúde**. 1ª edição. São Paulo: látria, 2006.

DURÃO, A.M.S.; MELLO E SOUZA, M.C.B.; MIASSO, A.I. Grupo de acompanhamento de portadores de esquizofrenia em uso de clozapina e de seus familiares: percepção dos participantes. **Rev Bras Enferm** 2005 set-out; 58(5):524-8. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n5/a05v58n5.pdf>>, acessado em 24 de Setembro de 2010.

FALKAI, P. et. al. Diretrizes da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica para o tratamento biológico da esquizofrenia. Parte 1: tratamento agudo. **Rev. psiquiatr. clín.** v.33 supl.1 São Paulo 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832006000700003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000700003&lng=pt&nrm=iso)>, acessado em 08 de Novembro de 2010.

FONTANA, A.M. **Manual de clínica em psiquiatria**. São Paulo: editora Atheneu, 2005.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. 8ª Edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2007.

GELDER, M.; MAYOU, R.; COWEN, P. **Tratado de psiquiatria**. 4ª ed. Rio de Janeiro: editora Guanabara Koogan, 2006. Páginas 255 – 289.

GENEROSO, C.M. O funcionamento da linguagem na esquizofrenia: um estudo lacaniano. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. XI, n. 2, p. 267-281 jul./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/agora/v11n2/a07v11n2.pdf>> , acessado em 02 de Setembro de 2009.

GIACON, B.C.C. **Ajustamento familiar nos primeiros cinco anos de diagnóstico de esquizofrenia**. 2009. 82f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2009. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-07102009-155954/>>, acessado em 24 de Maio de 2010.

GIACON, B.C.C.; GALERA, S.A.F. Primeiro episódio de esquizofrenia e assistência de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2006; 40(2): 286-291. Disponível em <[www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/251.pdf](http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/251.pdf)> , acessado em 02 de Setembro de 2010.  
GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª edição. São Paulo: Atlas S.A., 2010.

GONÇALVES-PEREIRA, M.; XAVIER, M.; FADDEN, G. O Modelo de Falloon para intervenção familiar na esquizofrenia: Fundamentação e aspectos técnicos. **Análise Psicológica** (2007), 2 (XXV): 241-255. Disponível em <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v25n2/v25n2a06.pdf>>, acessado em 10 de setembro de 2010.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6ª edição. São Paulo: Atlas, 2009.

MORASKI, T.R.; HILDEBRANDT, L.M. As percepções de doença mental na ótica de familiares de pessoas psicóticas. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 07, n. 02, páginas 195-206, 2005. Disponível em <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista7\\_2/original\\_08.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/original_08.htm)> , acessado em 02 de Setembro de 2009.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H.G. Religiousness and Mental Health: a review. **Rev Bras Psiquiatr.** 2006;28(3):242-50. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462006000300018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462006000300018&script=sci_arttext)>, acessado em 01 de Novembro de 2010.

NICHOLI JUNIOR, A.M. **Deus em Questão: C.S.Lewis e Sigmund Freud debatem Deus, amor sexo e o sentido da vida.** Viçosa: Ultimato, 2005.

SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica.** 9. ed. Porto Alegre: editora Artmed, 2007.

SILVA, G.; SANTOS, M.A. Álbum de família e esquizofrenia: convivência em retrato. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, páginas 83-91, jan./mar. 2009a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n1/a11v14n1.pdf> >, acessado em 02 de Setembro de 2009.

\_\_\_\_\_. Esquizofrenia: dando voz à mãe cuidadora. **Estudos de Psicologia**, Campinas. 26(1) , páginas 85-92 , jan./ mar. 2009b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n1/a09v26n1.pdf> > , acessado em 02 de Setembro de 2009.

SILVA, R.C.B. Esquizofrenia: Uma Revisão. **Psicol. USP** v.17 n.4 São Paulo dez. 2006. Disponível em: <[http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1678-51772006000400014&lng=pt&nrm=>](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51772006000400014&lng=pt&nrm=>)>, acessado em 17 de Setembro de 2010.

SINATORA, F. **O primeiro episódio psicótico na perspectiva do familiar do portador de esquizofrenia.** 2005. 117f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-22112005-091930>>, acessado em 24 de Maio de 2010.

TEIXEIRA, M.B. Qualidade de vida de familiares cuidadores do doente esquizofrênico. **Rev. Paulista de Enfermagem**, Ribeirão Preto, 25(2): páginas 82-89, 2006. Disponível em: <<http://www.revenf.bvs.br/pdf/rpe/v25n2/v25n2a04.pdf> > , acessado em 02 de Setembro de 2009.

TOWNSEND, M.C. **Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidado.**3. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002.

WERNER, M.C.M. **Família e Direito: reflexões terapêuticas e jurídicas sobre a infância e adolescência**. 2ª ed. rev. Ampl. Rio de Janeiro: Booklink, 2010.

ZANETTI, A.C.G. **A família e o processo de adoecimento do portador de esquizofrenia**: Um estudo de caso etnográfico. 2006. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2006. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-15092006-162737/>>, acessado em 24 de Maio de 2010.

ZANETTI, A.C.G.; GALERA, S.A.F. O impacto da esquizofrenia para a família. **Rev.Gaucha Enferm.** 2007;28(3):385-92. Disponível em <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4689/2596>>, acessado em 24 de Setembro de 2010.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – CARTA DE ANUÊNCIA

Vitória (ES), 29 de Abril de 2010

À Direção Técnica do HSCMV

Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ES

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ES

Att. Dr<sup>a</sup>. Cristina Andreatta Lemos Paulo

### Carta de Anuência

Eu, Isabel Cristina Andreatta Lemos Paulo, Diretora Técnica do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ES, autorizo a realização do trabalho de conclusão de curso que versa sobre a seguinte temática: : A concepção da esquizofrenia na visão dos familiares. Este estudo tem por objeto a investigação do entendimento que o familiar do esquizofrênico tem sobre o transtorno mental.

A resposta positiva para realização da pesquisa implicará nos seguintes objetivos:

- 1) Caracterizar os familiares dos portadores de esquizofrenia;
- 2) Conhecer como o familiar do portador de esquizofrenia entende este transtorno mental;
- 3) Analisar o conteúdo expresso pelos familiares dos portadores de esquizofrenia.

O pesquisador responsável é o Mestre Rubens José Loureiro e os colaboradores são Erika do Nascimento Bianchi e Flávio Braz de Oliveira. **Comunico que a autorização para o início da pesquisa será validada após a apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, a esta instituição.**

---

Diretora Técnica do HSCM de Vitória – ES

## APÊNDICE B - INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS

### Dados de identificação

Código:

Idade:      Sexo:

Escolaridade:

Religião:

Grau de parentesco com o paciente:

### Roteiro de Entrevista

O que você conhece sobre a doença apresentada pelo seu familiar?

Em que ano ocorreu a primeira crise? Que fato marcante ou significativo na família aconteceu em torno deste ano ou no ano anterior? Você vê relação de um fato com outro?

Quais são os fatores que no seu entendimento são responsáveis pela doença do seu familiar?

No seu entendimento quais os fatores vão contribuir para o tratamento do seu familiar?

Qual a expectativa em relação ao futuro frente a doença apresentada pelo seu familiar?

## APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO ENTREVISTADO

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - EMESCAM

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ORIENTADOR: Prof. Ms. RUBENS JOSÉ LOUREIRO

GRADUANDOS: ERIKA DO NASCIMENTO BIANCHI E FLÁVIO BRAZ DE OLIVEIRA

### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos desenvolvendo um estudo intitulado "A concepção da esquizofrenia na visão dos familiares", que tem como objetivos:

Caracterizar os familiares dos portadores de esquizofrenia; conhecer como o familiar do portador de esquizofrenia entende este transtorno mental; e analisar o conteúdo expresso pelos familiares do portador de esquizofrenia. Para tanto, estamos solicitando sua colaboração para responder questões do roteiro de entrevista que contém as perguntas e assinar a autorização para gravarmos a entrevista que viabilizará o estudo. Não haverá riscos nem desconforto para você, nem gastos de qualquer natureza, assim como será resguardado o sigilo absoluto em relação à sua identidade, considerando que o instrumento de coleta de dados constará apenas de um código numérico seqüencial, para fins de análise das informações recebidas. Igualmente, se sentir necessidade, você poderá solicitar esclarecimentos aos pesquisadores, sob a garantia de anonimato da sua identidade. Já as informações colhidas serão totalmente apagadas após 5 anos. Você também poderá interromper sua participação no estudo a qualquer momento, sem ônus de qualquer natureza. Asseguro que o que for dito será respeitosamente utilizado. Desde já agradecemos a sua atenção e colaboração neste trabalho, que visa ajudar os pacientes com esquizofrenia e seus familiares.

bianchi.erika@hotmail.com

fbo.enfermagem@gmail.com

Tel. de contato: 9865-4290/9909-0305

rubensjl@ig.com.br

Tel. de contato: 8113-1084

Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM. Tel. de contato: 3334-3558

Erika do Nascimento Bianchi

Flávio Braz de Oliveira

Graduandos (pesquisadores)

Orientador: Rubens José Loureiro

#### Autorização:

Eu ..... residente na rua ..... nº ....., bairro ....., cidade ..... autorizo o uso parcial ou integral das informações por mim prestadas por meio do formulário que ora estou respondendo e pelas informações coletadas através da gravação, para fins exclusivos do desenvolvimento do estudo acima referido.

Nome do familiar

Rubens Jose Loureiro - Mestre em Enfermagem  
Vitória,..... de.....de 2010.

**ANEXOS**

## ANEXO A: APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### DECLARAÇÃO

O projeto de pesquisa "A Concepção da Esquizofrenia na Visão dos Familiares", cadastrado com o No 104/2010, do pesquisador responsável "Rubens José Loureiro", foi analisado e julgado pelo Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) desta Instituição.

Declaramos que o referido projeto cumpre plenamente as exigências da resolução 196/96 e resoluções posteriores da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde e, portanto, foi **APROVADO**, pelo Colegiado do CEP na reunião ordinária de 27/07/2010.

Este projeto de pesquisa não poderá sofrer interrupção ou modificação na forma original apresentada sem o prévio conhecimento e consentimento deste CEP. Cabe esclarecer que o pesquisador responsável tem a obrigação de apresentar relatório dos resultados da pesquisa deste projeto ao CEP na data máxima de 27/07/2011, sendo que o não cumprimento deste prazo resultará no impedimento do pesquisador responsável submeter novos projetos de pesquisa para análise neste CEP.

Vitória, 28 de julho de 2010.

Dr. Ricardo C. Vasquez  
Coordenador  
Comitê de Ética em Pesquisa  
EMESCAM

Av. N. S. de Fátima, 2190  
Santa Lúcia - Vitória  
ES - Fone: CEP 29045-402

EMESCAM  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa  
de Misericórdia de Vitória

Tel.: +55-27 3334 3900  
info@emescam.br  
www.emescam.br