

O IMPACTO DA ESQUIZOFRENIA PARA OS FAMILIARES DE PACIENTES PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL SEVERO: UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO

Evaldo Batista Mariano Júnior¹
Roberta Cancelli Pinheiro Alves Ferreira²

RESUMO

É sabido que em alguns casos, os portadores de esquizofrenia estão comprometidos na sua vida pessoal, familiar, ocupacional, social, tanto nos aspectos físicos quanto nos psíquicos. Por esse motivo, a família assume o papel de prestar assistência a esses indivíduos. Está cada vez mais evidente o impacto negativo da esquizofrenia para os familiares de pacientes que possuem essa psicopatologia. O objetivo desse estudo foi compreender o impacto da manifestação da esquizofrenia por meio do discurso dos familiares de pacientes portadores de transtorno mental severo, a fim de verificar como eles vivenciam a experiência de possuir no núcleo familiar um indivíduo com esquizofrenia. O método utilizado na pesquisa foi o fenomenológico, o qual visa à compreensão do fenômeno humano a partir do relato da própria pessoa que a experiência. Os resultados mostraram que os primeiros episódios de esquizofrenia ocorreram na adolescência. Há evidências científicas da relação entre essa patologia e a questão genética. Os familiares experimentaram uma série de repercussões negativas em seu cotidiano, tais como impossibilidade de dormir, prejuízo financeiro, desgaste emocional, preocupação e sensação de medo pela agressividade das pessoas com esquizofrenia em momentos de crise.

Palavras-chave: Psicose. Cotidiano. Parentalidade. Psicologia. Humanista. Existencial.

ABSTRACT

It is well known that in some cases, people with schizophrenia are compromised in their personal, family, occupational, and social life, both in physical and psychic aspects. For this reason, the family assumes the role of providing assistance to these individuals. The negative impact of schizophrenia on the relatives of patients with this psychopathology is increasingly evident. The objective of this study was to understand the impact of the manifestation of schizophrenia through the discourse of the relatives of patients with severe mental disorder in order to verify how they experience the experience of owning an individual with schizophrenia in the family nucleus. The method used in the research was the phenomenological, which aims at understanding the human phenomenon from the report of the person who experience. The results showed that the first episodes of schizophrenia occurred in adolescence. There is scientific evidence of the relationship between this pathology and the genetic issue. Family members have experienced a series of negative repercussions in their daily lives, such as the impossibility of sleeping, financial loss, emotional exhaustion, worry and feeling of fear by the aggressiveness of people with schizophrenia in times of crisis.

Keywords: Psychosis. Daily. Parenting. Psychology. Humanist. Existential.

¹ Mestre em Educação pela Universidade de Uberaba – UNIUBE. Docente do curso de Psicologia da Universidade do Estado de Minas Gerais – UEMG. E-mail: ebmpsi@yahoo.com.br

² Mestre em Psicologia pela Universidade do Estado de São Paulo – USP, Campus Ribeirão Preto. Docente do curso de Psicologia da Universidade do Estado de Minas Gerais – UEMG. E-mail: roberta_cancelli@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O adoecimento psíquico severo é o processo pelo qual se manifesta no indivíduo, uma psicopatologia que o impossibilita de administrar a sua própria vida com autonomia. Assim, é de responsabilidade da família, o cuidado absoluto e a tomada de posse da curatela³ do portador de transtorno mental (BRASIL, Lei 10.406/02 de 10 de janeiro de 2002, 2002).

Segundo o art. 1.767, estão sujeitos à curatela 1. aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para os atos da vida civil; 2. aqueles que, por outra causa duradoura, não puderem exprimir a sua vontade; 3. os deficientes mentais, os ébrios habituais e os viciados em tóxicos; 4. os excepcionais sem completo desenvolvimento mental; 5. os pródigos (BRASIL, Lei 10.406/02 de 10 de janeiro de 2002, 2002).

Dessa forma, o sujeito portador de esquizofrenia grave, por exemplo, poderá se tornar curatelado dos pais ou tutores, cônjuge ou qualquer parente ou pelo Ministério público de acordo com art. 1.768 (BRASIL, Lei 10.406/02 de 10 de janeiro de 2002, 2002). É necessário explicitar ainda, que o Ministério Público só proverá a interdição em caso de doença mental grave, como mostra o inciso I do art. 1.769 (BRASIL, Lei 10.406/02 de 10 de janeiro de 2002, 2002).

A presença de uma pessoa com transtorno mental produz um impacto nos membros da família, tendo em vista que, os familiares ficam sobrecarregados por demandas que envolvem a função de acompanhar seus membros adoecidos e cuidar deles. Essa sobrecarga familiar é sentida não somente nos aspectos emocional e físico, mas também nos encargos econômicos. Em geral, os pacientes psiquiátricos apresentam grandes obstáculos para produzir economicamente, o que implica uma situação de dependência da família. Além disso, são altos os custos para cuidar de uma pessoa nesta situação, além de limitar o acesso do cuidador no mercado de trabalho (NAVARI; HIRDES, 2008).

Para cuidar de um sujeito doente é necessário que se tenha muito amor e altruísmo, pois as dificuldades advindas dos transtornos mentais tem a capacidade de provocar no cuidador uma sobrecarga física e psíquica que pode estar

³ Curatela é o encargo atribuído, pela justiça, a um adulto que proteja, zele, guarde e administre os bens de pessoas declaradas incapazes, como deficientes físicos ou mentais, dependentes químicos, portadores de má formação congênita ou indivíduos com transtornos mentais. Citação extraída de <http://www.significados.com.br/tutela/>.

relacionada com o próprio processo de cuidar como, por exemplo, oferecer a medicação na hora certa, dar banho, levar à consulta médica e aos serviços de saúde mental.

No dizer de Moreno (2009), a família busca suprir as necessidades do portador provendo afeto e principalmente paciência no relacionamento, tendo que aprender a lidar com a situação. Neste caso, predominam os laços de solidariedade, pois todos os membros da família têm que se organizar frente ao processo de adoecimento psíquico.

Segundo Estevan e Marcon, et al. (2011), para alguns familiares, lidar com o portador de transtorno mental é um padecimento, uma tarefa que nunca se acaba, o que torna essa convivência traumática, sendo relatada por alguns como uma espécie de cruz, que maltrata, machuca, deixa marcas não só no portador, mas também em seus familiares que acompanham de perto esse processo de adoecer. Esses efeitos nocivos costumam gerar no ambiente familiar, a diminuição do diálogo entre portador de transtorno mental e a família, principalmente em casos em que há predomínio de delírios e alucinações. Dessa forma, é comum encontrar familiares tomados por um profundo sentimento de impaciência por não saberem lidar com a discrepância de pensamentos distorcidos da realidade. É frequente aparecer nos familiares sentimentos de ansiedade, tristeza, medo, angústia, neurastenia, culpa e solidão. Muitos desses sentimentos ocorrem pela dificuldade de entender as verdadeiras razões que levaram o membro da sua família a desencadear uma doença mental.

Uma psicopatologia muito comum na atualidade que está relacionada com a deterioração do funcionamento normal do sujeito é a esquizofrenia. É sabido que ela pode apresentar início agudo ou o insidioso, tanto um quanto o outro possuem características distintas evoluindo para uma sintomatologia própria. Os principais sintomas são regressão, confusão e ansiedade que progridem para estado de pânico, episódios confusionais do delírio febril, excitação motora, insônia e atitudes catatônicas. O início insidioso caracteriza-se por um desenvolvimento da psicose de forma mais amena, em que o desenvolvimento psicomotor é normal, porém nos aspectos emocional e intelectual manifestam-se desvios extremos. Vale destacar também que aparecem fenômenos dissociativos nas áreas da afetividade e da linguagem, fortes mudanças de humor, atos obsessivos e compulsivos, irritabilidade e hostilidade (GIACON; GALERA, 2006).

Diante do exposto, esse trabalho objetiva investigar, através do método fenomenológico, o impacto da esquizofrenia para a família, por meio do discurso dos familiares de pacientes portadores de transtorno mental severo.

1 A SAÚDE MENTAL NO BRASIL

No Brasil, no período colonial, constata-se que a loucura ficou muitos anos escondida e o doente mental durante longo tempo gozou de total liberdade e plena tolerância social. De acordo com Tundis (1990), nesse período, verificou que aos loucos pobres desde que mansos, era permitido sair pelas cidades, aldeias e campos, sujeitos às brincadeiras da criançada. O governo não intervinha nos cuidados, relegando estes totalmente às famílias, que se esforçavam por esconder seus doentes. Somente aqueles que de certa forma apresentavam algum perigo à sociedade, eram então enviados para as prisões, como forma de punição e isolamento social, sendo que muitos deles permaneciam lá por toda vida (BARROSO, 2011).

Enquanto a característica central da vida econômica no Brasil colônia era o trabalho manufaturado, em que se predominava o trabalho artesão, a loucura não se figurava como uma ameaça à tranquilidade econômica, nem tampouco social, conforme elucida Amarante (1995). Os loucos eram considerados figuras públicas e populares que compunham, em grande número o cenário das cidades. A loucura era incorporada ao cotidiano das pessoas, sendo os loucos aceitos com tolerância e tratados com compaixão (PACHECO, 2009).

Com o início da era pré-capitalista, em que o homem passa a ser valorizado por sua capacidade de produção, de disciplina, de raciocínio lógico, capaz de cumprir regras e atingir resultados, a loucura começa a incomodar e a ser considerada um sinônimo de ociosidade e de preguiça. A partir de então, os portadores de doenças mentais passam a ser vistos como desordeiros e indisciplinados, não tendo mais o direito de conviver em sociedade, juntamente com os tidos “normais”. Neste íterim, as Santas Casas de Misericórdia, passam a ser responsáveis pela, então denominada, educação moral dos loucos e transviados da sociedade, que consistia em disciplinar para a produtividade ou para o isolamento social.

Com o crescente processo de modernização do Brasil e com forte influência do processo de higienização presente na Europa, criam-se no início do século XIX, as primeiras escolas de Direito e de Medicina, colocando o país no caminho do desenvolvimento, ocorrendo então, a criação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (PACHECO, 2011).

Em 1941, ocorre a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais com a regulamentação das práticas psiquiátricas brasileiras pelo governo federal. Em 1950 o Brasil adota novas terapias para o tratamento da loucura, incluindo a eletroconvulsoterapia, as neurocirurgias e os novos psicofármacos, colocando o tratamento psiquiátrico em destaque (BARROSO, 2009).

No Brasil, até o início da década de 1980, o cenário da assistência psiquiátrica era crítico. Havia cerca de 80 mil leitos psiquiátricos distribuídos em mais de 500 hospitais públicos e privados pelo país e que, amparado na ciência, produziu durante décadas um quadro aterrador de desassistência. No final dos anos de 1970, as condições desumanas de vida e a falência ética e terapêutica tornaram-se uma realidade insuportável nas instituições psiquiátricas (FORTES, 2010).

Nesse período os hospitais psiquiátricos eram um local de isolamento social, abandono, desprezo e falta de assistência humanizada. Nas dependências desses locais grades de ferro separavam os insanos das pessoas ditas “normais”. Os loucos conviviam em um ambiente caótico, sujo e sem condições em termos de estrutura física para se residir ou receber qualquer tipo de tratamento. Em alguns casos os doentes mentais eram algemados, amarrados, humilhados e totalmente maltratados.

O questionamento do hospital psiquiátrico, compreendido então como lugar de exclusão, ocorreu de maneira importante em diversos países, mas principalmente na Europa e na América do Norte. Em consequência, começaram a surgir algumas experiências que questionaram o papel do hospital psiquiátrico, bem como o saber da psiquiatria (AMARANTE, 1995).

Em 2001, foi aprovada a Lei federal 10.216, em substituição ao Projeto Paulo Delgado, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, além de regulamentar os tipos de internação e as condições médicas e jurídicas para tais,

assegurando assim direito a tratamento humanizado e à cidadania aos portadores de transtorno mental.

Surge, então, o Modelo Assistencial de Saúde Mental, que estabelece ações integradas em substituição ao modelo asilar de assistência aos portadores de doença mental.

Segundo Lemos e Júnior (2009), no segmento da saúde, o empenho tem sido na busca por minimizar ou fazer cessar os efeitos negativos e até degradantes das antigas formas de tratar o sujeito adoecido psiquicamente. Para isso, o movimento de Reforma Psiquiátrica tem tomado a frente numa difícil luta contra as esferas de poder opressoras que, já instituídas, reduzem o sujeito à condição de objeto, em intervenções que mais adoecem do que curam, ferindo intensivamente a cidadania e a condição humana.

É sabido que há inúmeros obstáculos para se implementar de fato a Lei 10.216 na prática. Para a execução de tal serviço é necessário que haja profissionais capacitados na área de saúde mental com conhecimento tanto técnico quanto científico para realizar o que é proposto por lei. Já se sabe que nem todos os serviços de saúde mental possuem, no rol de sua equipe, profissionais como psiquiatras, psicólogos, técnicos de enfermagem e oficinairos totalmente a disposição do serviço. Além disso, há também uma carência de medicamentos de uso psiquiátrico adequado para cada caso, além de deficiências na estrutura física dos locais onde são ofertados esses serviços, bem como uma falta de diversos materiais necessários para a realização dos projetos terapêuticos com pacientes com transtornos mentais severos.

Outro impasse da reforma psiquiátrica refere-se à insuficiência de formação técnica dos profissionais do Programa Saúde da Família - PSF e do Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, para que possam realizar de forma criteriosa a triagem e os encaminhamentos aos serviços substitutivos em saúde mental.

Nessa perspectiva de reforma, a Psicologia vem oferecendo conhecimentos que viabilizem um tratamento mais humanizado aos pacientes com transtornos mentais, buscando despertar um profundo sentimento de autorespeito, cuidado e dignidade. De modo geral um novo panorama em saúde mental vem se constituindo progressivamente em nosso País.

Ballarin e Carvalho et al. (2011) afirmam que houve uma implantação gradual, ao longo das últimas décadas, de diferentes serviços de assistência à saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial - CAPSs, os Serviços Residenciais Terapêuticos - SRTs, os Centros de Convivência, as Cooperativas e Oficinas de Trabalho, bem como as ações de saúde mental na atenção básica, dados que evidenciam os inúmeros avanços decorrentes do processo da Reforma Psiquiátrica.

Para uma compreensão mais acurada desses serviços será explicitado uma breve apresentação sobre eles.

O CAPS é um serviço aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde - SUS, que tem como objetivo acolher as pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. É sua função, ainda, organizar a demanda e a rede de saúde mental em seu território, supervisionando e capacitando os profissionais da rede básica e das unidades hospitalares, regulando a porta de entrada da rede de assistência e cadastrando os pacientes que utilizam medicação psiquiátrica (RAMMINGER; BRITO, 2011).

As especificidades dos CAPS são divididas em seis modalidades variando de acordo com a população de cada município, como elucida Ramminger e Brito (2011):

O Caps I possui “até 70.000 habitantes”, o Caps II “até 200.000 habitantes”, o Caps III “acima de 200.000 habitantes e funcionamento 24 horas”, o Caps I II “infância e adolescência”, o Caps ad II “álcool e drogas” e o Caps ad III “álcool e drogas 24 horas”. A equipe deve ser composta por pelo menos um médico “geralmente psiquiatra, com exceção do Caps I”, um enfermeiro, profissionais de nível superior “psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, entre outros, de acordo com o projeto terapêutico do serviço” e profissionais de nível médio “técnicos/auxiliares de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional, artesão, entre outros”. (RAMMINGER; BRITO, 2011).

São atendidos nos CAPS pessoas com psicoses e neuroses graves. Os atendimentos são territoriais, ou seja, cada CAPS atende a uma região da sua cidade, assim cada usuário é atendido na área de abrangência que compete ao seu CAPS.

No CAPS são propostas diversas oficinas terapêuticas relacionadas com o trabalho e a geração de renda como, por exemplo, a oficina de horta, artesanato,

corde e costura, além de oficinas de artes ligadas à pintura, à dança, à música, ao teatro e ao desenho. Há também oficinas de exercícios físicos voltadas para o relaxamento, alongamento, respiração e a meditação, entre outras atividades específicas de cada realidade.

Com o objetivo de desinstitucionalizar o paciente com transtorno mental dos manicômios ou dos hospitais psiquiátricos e reinseri-lo na sociedade, surge também um novo dispositivo em saúde mental as Residências Terapêuticas.

O Serviço Residencial Terapêutico - SRT ou residência terapêutica ou simplesmente "moradia" são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Segundo Vidal e Bandeira, et al. (2008), cada moradia deve abrigar oito usuários no máximo, acomodados na proporção de até três por dormitório e ser equipada com todos os móveis e eletrodomésticos básicos de uma moradia comum.

Para que o exercício da cidadania se solidifique em pacientes com transtornos mentais, é de extrema importância que os mesmos tenham contato com a vida na comunidade, e, sobretudo, residam e atuem com autonomia na sociedade. Porém, sabe-se que nem todos os pacientes possuem essa capacidade de gerir de forma autônoma a sua vida. Para auxiliar os pacientes nesse processo, cada moradia possui uma equipe de profissionais.

Outro serviço merecedor de destaque no contexto da saúde mental diz respeito aos Centros de Convivência. Os Centros de Convivência são espaços de expressão e criação, propiciadores de inclusão social. Trata-se de um dispositivo não sanitizado, em que o que se opera não é o tratamento por princípio, mas a oferta de atividades criativas e diferenciadas, relacionadas à arte e à cultura. As oficinas possibilitam a expressão dos sentimentos e das emoções, favorecendo a socialização e a interação social entre a equipe e os portadores de transtorno mental.

Apesar de todos os percalços na implantação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e sem apresentar uma visão triunfalista do processo que, de verdade, ainda está cheio de lacunas e imperfeições, é possível se orgulhar do início de uma transformação no modo de tratamento da doença mental. O portador de transtorno mental, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, vem se transformando em sujeito cidadão e não apenas um objeto de políticas públicas. Espera-se que os

protagonistas desta história usuários, familiares e trabalhadores de saúde, continuem a encontrar formas para melhorar a situação da assistência psiquiátrica no Brasil a favor dos que dela têm absoluta necessidade e urgência (PITTA, 2011).

2 ESQUIZOFRENIA: SINTOMATOLOGIA, PREVALÊNCIA E TRATAMENTO

A esquizofrenia é uma doença caracterizada por sintomas de delírios e alucinações. O portador dessa psicopatologia apresenta um pensamento desintegrado e fora da realidade. Eles escutam, percebem, sentem e se comportam de maneira diferente dos demais seres humanos “ditos normais”.

A etimologia da palavra “esquizofrenia” significa fragmentação da mente (frenia- mente e esquizo – fragmentada/dividida). A esquizofrenia gera uma ruptura no desenvolvimento do indivíduo, havendo a perda do contato com a realidade e a ausência de juízo crítico. Apresenta como possíveis causas, diversos fatores, entre eles: fatores *genéticos* e fatores *ambientais*, os quais podem englobar o estresse familiar, interações sociais pobres, infecções, vírus, traumatismos em idade jovem. O código genético dos indivíduos, conjuntamente com fatores ambientais podem causar a esquizofrenia (VIEIRA; MOREIRA ET AL, 2008).

Nesse rol de sintomas, o portador de esquizofrenia pode ser levado a percepções distorcidas da realidade, o que ocasiona medo, ansiedade e perturbação mental por perceber, em alguns casos, o mundo de forma totalmente hostil. É comum a esses pacientes o aparecimento de imagens associadas a demônios e espíritos perseguidores tido como potenciais causadores de malefícios em suas vidas. O paciente pode achar que está sendo perseguido por seres sobrenaturais e que os mesmos querem abduzi-lo, caracterizando assim, os delírios de perseguição, por exemplo. Ocorre também a perturbação do pensamento, através de uma infinidade de pensamentos que aparecem e desaparecem levando o doente a não seguir uma sequência no raciocínio, havendo uma fragmentação de ambos. Evitar contato com as pessoas, preferindo não sair de suas residências para não interagir com a sociedade é um comportamento bastante característico dos sujeitos com psicose.

Oliveira e Facina et al. ressaltam os sintomas positivos e negativos da esquizofrenia:

Os sintomas positivos são aqueles em que ocorrem comportamentos adicionais nos momentos de crise psiquiátrica como delírios, alucinações, alterações na fala e no comportamento (catatonia, transtornos dos movimentos, entre outros). Acredita-se que a apresentação dos sintomas positivos, especialmente os delírios e as alucinações, tem relação íntima com as particularidades de cada indivíduo, com suas experiências de vida e com as relações estabelecidas com os fatos ao seu redor, podendo ser considerada uma forma de o indivíduo comunicar seus medos e impulsos. Os sintomas negativos, por sua vez, são aqueles em que ocorre perda da função, caracterizando-se por diminuição da atividade motora e psíquica, bem como das manifestações emocionais, exemplificados como afeto plano e anedonia. Esses sintomas podem ocorrer também devido a causas secundárias da doença como privação ambiental, quadros depressivos, ansiedade, além dos efeitos colaterais das drogas antipsicóticas. (OLIVEIRA; FACINA ET AL, 2012).

Uma crise psiquiátrica compromete de forma significativa o estado psíquico do portador de esquizofrenia, independente dos sintomas positivos ou negativos. A apresentação desses sintomas impacta na vida pessoal, familiar, social e comunitária desses sujeitos.

Os subtipos mais comuns da esquizofrenia são: hebefrênica, paranóide, catatônica, residual e desorganizada. Será esclarecida cada uma delas visando uma maior compreensão das subdivisões da esquizofrenia mencionadas acima.

A esquizofrenia hebefrênica é uma forma de esquizofrenia caracterizada pela presença proeminente de uma perturbação dos afetos; as ideias delirantes e as alucinações são fugazes e fragmentárias, o comportamento é irresponsável e imprevisível; existem frequentemente maneirismos. O afeto é superficial e inadequado. O pensamento é desorganizado e o discurso incoerente. Há uma tendência ao isolamento social (SOARES; GONÇALVES, ET AL, 2011).

A esquizofrenia paranóide tem como característica principal a persecutoriedade, em que o paciente se sente perseguido por algo ou alguém. Os delírios, nesse tipo de esquizofrenia, são frequentes, entretanto, é menor a deteriorização da personalidade nesses sujeitos. As alucinações também podem ocorrer e, da mesma forma que em outros quadros de esquizofrenia, os pacientes podem escutar vozes, ver vultos e pessoas mortas, receber ordens divinas, estar sob missão divina, entre outros (VIEIRA; MOREIRA ET AL, 2008).

A catatonia era considerada uma doença independente, caracterizada por profundas alterações mentais e motoras. Porém, a catatonia foi posteriormente tida como um subtipo da esquizofrenia, como descrita no DSM-IV e no CID-10. Não obstante, é fato que os sintomas de catatonia não ocorrem especificamente na esquizofrenia, mas em uma gama de doenças psiquiátricas, como os transtornos do humor e os transtornos conversivos (ALVARENGA; RIGONATTI, 2005).

Os principais sintomas da esquizofrenia catatônica são: atividade motora excessiva, negativismo extremo, cataplexia (paralisia corporal momentânea), ecolália (repetição patológica tipo papagaio e aparentemente sem sentido de uma palavra ou frase que outra pessoa acabou de dizer). Nesse caso, necessita de uma observação cuidadosa porque existem riscos potenciais de desnutrição, exaustão ou autoagressão (VIEIRA; MOREIRA ET AL, 2008).

A esquizofrenia residual é caracterizada por pouca afetividade, discurso pobre, levemente desorganizado, comportamento esquisito, desordenado, percepção de mundo disruptiva e crenças estranhas.

Segundo Vieira e Moreira et al. (2008), a principal característica da esquizofrenia do tipo desorganizado refere-se ao discurso desorganizado, que pode ser acompanhado de um comportamento pueril e risos que não estão relacionados com o contexto do discurso. Há predomínio também de um comportamento desorganizado, isto é, ausência de objetivo determinado, o que pode levar a uma grave interrupção da capacidade para desempenhar as tarefas cotidianas e a um afeto inapropriado. O tipo desorganizado é considerado o de tratamento mais complicado.

Nos estudos de Chaves (2000), os homens têm uma idade de início da doença mais precoce que as mulheres. Essa observação pode ser considerada um dos achados mais consistentes de pesquisa em esquizofrenia. Em geral, os homens têm um início em torno dos 18 a 25 anos e as mulheres em torno dos 25 a 35 anos. Essa diferença vai depender do critério diagnóstico utilizado para esquizofrenia. No início da adolescência, a razão homem/mulher é 2:1. Após os 50 anos, essa proporção se inverte e aproximadamente 3% a 10% das mulheres iniciam a doença após os 45 anos. Assim, nota-se a presença da esquizofrenia de forma prematura nos homens. A ocorrência dessa psicopatologia pode estar relacionada às diferenças do desenvolvimento cerebral intrauterino. É sabido que há uma carência de desenvolvimento cerebral no período da gestação nos homens se comparado

com as mulheres. As mulheres possuem proteção graças ao estrogênio e é esse hormônio que proporciona a diminuição do diagnóstico da esquizofrenia de modo precoce no sexo feminino.

Essa ausência de proteção no sexo masculino pode ser um dos fatores responsáveis pela diferença mais constante encontrada na esquizofrenia: o início precoce da doença em homens. Outra possível consequência do nascimento são as anormalidades estruturais cerebrais, que estão mais associadas ao sexo masculino: idade de início mais precoce, sintomas negativos, alargamento dos ventrículos cerebrais, gravidade e cronicidade da doença (CHAVES, 2000).

O tratamento indicado para os portadores de esquizofrenia é a hospitalização em casos severos. A medicação psiquiátrica é parte fundamental do tratamento que pode ser dada nos centros de reabilitação, serviços ambulatoriais, CAPS ou em casa acompanhados pelos seus familiares ou responsáveis.

Os antipsicóticos ou neurolépticos são os psicofármacos mais utilizados no tratamento de esquizofrenia. Eles ajudam a corrigir a disfunção bioquímica do cérebro que é uma das causas dos sintomas.

Os estudos de Vieira e Moreira et al. (2008) mostram que a psicoterapia, o aconselhamento individual e em grupo e a informação sobre a doença podem fornecer apoio, desenvolvimento de competências, não só para os doentes como também para as suas famílias.

3 METODOLOGIA

A pesquisa desenvolvida é de caráter qualitativo e utilizou o método fenomenológico. A presente pesquisa não é de cunho experimental porque não se pretende comprovar uma técnica, mas sim entender um fenômeno humano através da experiência vivida por parte dos familiares de pacientes portadores de esquizofrenia.

3.1 Método Fenomenológico

É comum encontrar no universo da Psicologia, metodologias de pesquisas que contemplam o controle e a manipulação de variáveis a partir do uso de testes,

escalas, inventários, questionários, entrevistas padronizadas e entrevistas semi-estruturadas. Esses recursos de trabalho dão à pesquisa um caráter experimental.

A pesquisa fenomenológica trabalha com outra forma de investigação. O pesquisador, de início, não está preocupado com a natureza do que vai investigar, de tal modo que não existe para ele, uma compreensão prévia do fenômeno. Ele não possui princípios explicativos, teorias ou qualquer indicação definidora do fenômeno. Inicia seu trabalho interrogando o fenômeno que se pretende estudar (MARTINS; BICUDO, 2005).

Nesse sentido, para o pesquisador o dado obtido através da entrevista não deve ser manipulado, hipotetizado ou previsto com base em algum instrumento de análise. É preciso considerar que cada sujeito traz consigo, um discurso único, que possui ligação direta com as suas experiências de vida. Nesse sentido, o mais importante nesse modelo metodológico é a compreensão daquilo que está sendo proferido por parte de quem diz.

Conforme cita Gomes e Castro (2010), o método fenomenológico proposto por Husserl, aplica-se à relação entre consciência e experiência. O conhecimento decorre do movimento da consciência para a experiência. Na experiência, está o mundo com a vivacidade dos seus muitos objetos, pois sem experiência não há consciência. A consciência, por sua vez, é permeada por uma história de vida, por crenças e convicções remotas e atuais, e por projetos de maior ou menor clareza sobre o futuro. O papel da reflexão é clarificar a experiência para a consciência, e a consciência para ela mesma. A possibilidade dessa clarificação está no método fenomenológico por meio de suas reduções. Por isso, o método fenomenológico é a arte sistemática da reflexão.

Nessa perspectiva, nota-se a importância de estudar um fenômeno através do método fenomenológico, tendo em vista que o mesmo possibilita a reflexão e a tomada de consciência dos comportamentos, das crenças e valores de um indivíduo, tal como dos seus planos para o futuro. Só é possível ter consciência de algo a partir da experiência vivenciada e é a partir daí que se dá aquilo que chamamos de significado.

Conforma cita Martins e Bicudo (2005), ao se concentrar nos significados, o pesquisador não está preocupado com fatos, mas com o que os eventos significam para os sujeitos da pesquisa. Para o fenomenólogo, os critérios científicos são levantados, passando a ser considerados, após uma reflexão crucial sobre os dados

por um sentido, isto é, pelo conhecimento imediato, intuitivo, lógico que tem do fenômeno a ser investigado, e por critérios científicos. É importante enfatizar que a fenomenologia ainda está no início da sua história na produção de uma metodologia científica nas ciências humanas e, por isso mesmo, não possui paradigmas prontos que dão origem a métodos a serem usados, prontos-à-mão.

Dessa forma, o pesquisador é quem define qual será o critério a ser utilizado na análise do fenômeno. Antes de estabelecer qualquer critério, é preciso ter consciência do que se pretende investigar. Martins e Bicudo (2005), nos mostra anteriormente, que não há um roteiro a ser seguido em termos de método fenomenológico, o processo está em construção, isso não quer dizer que há uma carência de padronização com relação ao método. A proposta torna-se singular pensando na unicidade de cada sujeito.

A intencionalidade da consciência e a redução fenomenológica são dois conceitos constitutivos do método fenomenológico. Leal e Junior (2013) argumentam sobre a intencionalidade dizendo:

O conceito de *intencionalidade* caracteriza a estrutura básica da experiência: toda consciência é sempre consciência de alguma coisa e todo objeto o é para uma consciência. Sujeito e mundo estão necessariamente intrincados; a experiência corporificada abre perspectiva para uma relação de significação com o entorno. (LEAL; JUNIOR, 2013).

A consciência não parte do nada ela sempre advém de algum juízo de valor baseado num ponto de vista pessoal. As experiências de vida possibilitam ao indivíduo a atribuição de significados. É nesse ínterim, que o ser estabelece significados positivos e negativos à sua vida e a tudo aquilo que o envolve.

Segundo Leal e Junior (2013), o estudo da experiência subjetiva deve começar com a *redução fenomenológica* ou *epoché*. Esta consiste na "colocação entre parênteses" do conjunto de crenças que sustentam as certezas cotidianas do que se considera a realidade objetiva (material ou mental) que subsiste independente de qualquer perspectiva. Este movimento de suspensão das crenças abre caminho para o desvelamento da perspectiva própria dos participantes da pesquisa acerca do fenômeno estudado e dos significados das suas experiências singulares.

Cada ser humano possui valores que são únicos. Durante a vida, desenvolvemos inúmeras crenças por estarmos lançados no mundo se relacionando

com pessoas da família, da escola, da igreja e de demais lugares que nos cercam.

Utilizar a epoché em um método de análise é partir do princípio que o pesquisador suspenderá seus julgamentos, afim de compreender os pensamentos, os comportamentos e as atitudes dos participantes da pesquisa a partir dos relatos dos mesmos. Somente após a suspensão do juízo de valor será possível ao pesquisador acessar com mais facilidade a experiência de vida do outro.

De acordo com Martins e Bicudo (2005), ao conduzir uma pesquisa qualitativa, o pesquisador pode usar apenas um sujeito. Isso não quer dizer que esse procedimento é aconselhável. Para o pesquisador que deseja identificar unidades significativas em descrições, entrevistas, relatos, é necessário utilizar vários sujeitos. Porém, o número dos mesmos não segue uma normatividade como ocorre na pesquisa empírica quantitativa.

É importante ressaltar que a proposta principal desse estudo é a compreensão do discurso dos familiares, independente do número de sujeitos entrevistados.

3.2 Participantes

Tabela 1

Nome fictício dos participantes e dos familiares portadores de esquizofrenia, seguindo a idade, grau de parentesco e a idade da primeira manifestação da doença.

Nome do participante da pesquisa	Senhorinha	Maria José	Rita	Clara	Valentina
Idade dos participantes da pesquisa	66 anos	69 anos	45 anos	31 anos	42 anos
Grau de parentesco	Mãe	Prima	Mãe	Filha	Mãe
Nome do familiar portador de esquizofrenia	Levi	Esperança	João	Manoel	Moisés
Idade que iniciou a doença	Aos 15 anos	Anos 16 anos	Anos 20 anos	Anos 15 anos	Anos 20 anos

Fonte: Elaborado pelo autor

Os participantes foram selecionados obedecendo o critério de serem familiares de pacientes que possuíam diagnóstico de esquizofrenia.

Como evidenciado acima participaram dessa pesquisa cinco pessoas do sexo feminino.

3.3 Local

A pesquisa aconteceu no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II da cidade de Ituiutaba - MG. A entidade foi inaugurada no dia 20 de dezembro de 2013. Até o momento em que a pesquisa estava sendo realizada, constavam quarenta e seis usuários cadastrados sendo beneficiados pelos serviços propostos pela instituição.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Podemos constatar que houveram impactos no sono, finanças e na organização familiar como um todo, conforme os relatos a seguir. A esquizofrenia de Levi causa uma série de repercussões no cotidiano da família. A mãe relata dificuldade de dormir devido a sintomas de inquietação manifestada por Levi e naquelas ocasiões em que ele sai de casa e demora a retornar. Segundo Senhorinha, essa alteração no sono a impede de descansar, o que causa repercussões importantes para sua saúde.

Eu me sinto sem dormir, ele não me deixa dormir, eu me sinto 'tontinha', sem dormir, passo a noite toda acordada. Ele arruma uma falação quando ele está com essas crises... uma falação doida (Senhorinha).

Manoel o Pai de Clara também não dorme, além desse comportamento ele costuma andar e destruir os bens materiais da família.

Ele anda de mais, não dorme, não come, ele anda, anda, anda. Anda a cidade toda. Ele fica parecendo zumbi porque está alucinado... está com a cabeça muito ruim. Ele fica conversando, fica aquela coisa, não come, não dorme. É assim que ele fica. Escreve nas paredes... Vai na casa da família e quebra as coisas dos parentes tudo (Clara).

O impacto financeiro é outra consequência na vida diária da família.

Ele toma uns cinco banhos ou seis... até dez banhos ele toma. É uma 'gastação' de água (Senhorinha).

Diferentemente de Levi filho de Senhorinha que toma vários banhos por dia, Rita enfrenta a dificuldade da rejeição do banho do seu filho João, o mesmo se nega a fazer a sua higiene pessoal. Dessa forma, vale enfatizar aqui como tais repercussões são singulares e como cada família encontra maneiras diferentes para lidar com os comportamentos dos filhos.

Essa semana mesmo eu entrei em desespero, ele rejeitou o banho. [...] é difícil. Já tinha mais de uma semana que ele não tomava banho. Ontem que ele conseguiu tomar banho (Rita).

O desespero toma conta de Senhorinha nos momentos de surto psicótico do seu filho. Nota-se pouco suporte emocional para lidar com as transformações comportamentais e de humor do filho e isso acarreta em emoções negativas. Quando Levi surta ele sai de casa sem informar Senhorinha o seu destino à mãe chora compulsivamente.

Eu fiquei chorando, desesperada eu não dormia a noite. Ficava chorando direto tanto de dia quanto de noite. Ficava lá naquele desespero. Enquanto eu não vi ele chegar em casa, eu não fiquei tranquila. Aí foi preciso internar ele (Senhorinha).

Fico pensando o tamanho da dor que Maria José enfrenta diariamente. Ela mencionou que os parceiros da Esperança furtaram os móveis da casa da paciente e, sempre que isso ocorre, Maria José e a família se organizam para repor o que foi roubado da casa de Esperança. Desse modo, além do desgaste emocional, há também o prejuízo financeiro.

Ela tinha um tanquinho, eles roubaram, o micro-ondas eles roubaram, a roupa de banho e a comida eles também roubaram. [...] organizo tudo. Ela desmonta, eu monto. Lavo tudo. Lavo a roupa inteirinha. A Esperança acaba com a casa, eu monto a casa de novo (Maria José).

Nota-se o comportamento de reconstituir os bens que o familiar com esquizofrenia destruiu não só no caso de Esperança, mas também no caso de Clara.

Porque quando ele surta, ele fica só com a roupa do corpo. Nem roupa ele tem mais... não sei o que ele faz com as roupas. Aí, tem que comprar roupa de novo, mala de novo. [...] eu já reconstitui umas duas ou três vezes os móveis da casa (Clara).

Fica evidente também a dificuldade que Esperança tem de cuidar de si e dos seus bens materiais.

Foram três dias limpando a casa dela, tirando coco, xixi e bicho. A casa dela dá bicho (Maria José).

Até o momento, Maria José demonstrou disponibilidade para manter os cuidados à Esperança, mesmo reconhecendo que Esperança lhe causa sofrimento e a coloca sob risco. Chama atenção esse modo de Maria José se colocar diante de Esperança, que faz questionar essa capacidade de cuidar do outro, mas também de passar por cima de si mesma: Maria José cuida do outro e descuida de si. Outra questão que chama atenção é esse modo repetitivo com que Maria José se propõe a repor os itens roubados da casa de Esperança, de modo que ela impede Esperança de se apropriar das consequências de suas escolhas em relação aos parceiros com que ela se relaciona. Esse modo de Maria José cuidar impede Esperança de se desenvolver enquanto pessoa, responsabilizando, minimamente que seja, pela própria existência e reforçando esse des-comprometimento da paciente em relação a seu existir.

Outra repercussão negativa causada na vida de Maria José e de sua família se refere a exposição da sua integridade moral. Ela salientou que, em alguns momentos, Esperança ia à casa da participante e fazia uso de comportamentos obscenos, como ficar nua.

Ela arrancava a roupa e ficava nua andando pelo pátio da minha casa nua e o pessoal vendo (Maria José).

Segundo Clara, o pai Manoel demonstra dificuldade de cuidar de si, inclusive em relação ao uso que faz de dinheiro.

Ele acha assim que não tem que pagar nada... não tem pagar aluguel, não tem que pagar comida, ele fuma de mais. Então, tipo assim... dinheiro eu dou por semana. Se eu der o dinheiro todo para ele hoje, amanhã, ele não tem dinheiro mais porque ele não tem limite para nada. Ele é uma pessoa sem limite... até para comer... em 2 minutos ele termina de comer... a comida dele ele engole. Tudo que ele faz é rápido. Muito ansioso, não para quieto (Clara).

No dia a dia de Clara, o pai ainda encontra formas para impor sentimentos de culpa à filha. A impressão que dá é que ele culpa sua filha por estar doente. Por outro lado. Ela devolve para ele a responsabilidade de ter escolhido usar drogas, isto é, ela inverte o sentimento de culpa dizendo que a culpa é somente dele. Fica evidente, então, que, para Clara, a esquizofrenia do pai está intimamente ligada ao uso de drogas.

Ele faz pressão psicológica. Ele fica colocando culpa nas pessoas. Eu falei pra ele: 'você para de colocar a culpa nas pessoas pelos seus erros, porque quem começou a usar drogas com 14 anos foi você. E então, quem estragou a sua vida foi você. Se você não tivesse entrado nas drogas, a sua vida era diferente. Se você não tem uma vida normal, a culpa é sua só sua... não é de mais ninguém' (Clara).

Clara é a representante legal do seu pai. Portanto, ela prevê que será chamada para responder pelos diversos impasses que o seu pai cometeu.

Entraram até com processo de danos morais contra ele. Fizeram seis boletins de ocorrência contra ele. Aí, no caso, quando chamar para responder, eu que vou ter que tomar a frente de tudo, porque ele não responde por ele. Eu fico entre a cruz e a espada. Se ele matar uma pessoa, quem vai responder sou eu. Se ele morrer, quem vai responder sou eu (Clara).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que concerne aos objetivos do presente trabalho pode-se dizer que os mesmos foram alcançados. Constata-se que a esquizofrenia causa um impacto negativo na vida dos familiares, impacto este que pode levar a sentimentos de angústia, medo, sensação de impotência, dificuldades de relacionamento com o portador de esquizofrenia e dificuldades para lidar com a doença.

Os familiares desse estudo experimentam um sofrimento grandioso por serem os responsáveis por cuidar do indivíduo com esquizofrenia. Nesse sentido, o profissional da Psicologia poderia contribuir para melhorar a qualidade de vida dos familiares de pacientes com esquizofrenia através de grupos psicoterapêuticos, orientação profissional e roda de conversas a fim de possibilitar a troca de experiências. Dessa forma, espera-se que os familiares encontrem subsídios para lidar com as diversas especificidades dos casos apresentados.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, P. G.; RIGONATTI, S. P. “Uso de olanzapina e eletroconvulsoterapia em um paciente com esquizofrenia catatônica refratária e antecedentes de síndrome neuroléptica maligna”, in: **Revista de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, vol.27, n.3, pp. 324-327, 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082005000300012&script=sci_abstract&tlng=pt >. Acesso em 11 de Junho de 2014.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- BALLARIN, M. L. G. S.; CARVALHO, F. B.; FERIGATO, S. H.; MIRANDA, I. M. S. & MAGALDI, C. C. “Centro de atenção psicossocial: convergência entre saúde mental e coletiva”, in: **Psicologia em Estudo**, Maringá, Vol. 16, n.4, p. 603-611,2011.
- BARROSO, S. M. **Vivências em saúde prática e relatos**. Curitiba: Juruá, 2011.
- BRASIL, **Código Civil Brasileiro**. Lei 10.406 de 10 janeiro de 2002. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm>. Acesso em 04 de abril. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: < <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf> >. Acesso em: 15 jun. 2014.
- CHAVES, A. C. “Diferenças entre os sexos na esquizofrenia” in: **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol.22, s.1, São Paulo, 2000.
- ESTEVAM, M. C. MARCON, S. S.; ANTÔNIO, M. M.; MUNARI, D. B.; WAIDMAN, M. A. P. “Convivendo com transtorno mental: perspectiva de familiares sobre atenção básica”, in: **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 679-686 2011.
- FORTES, H. M. “Tratamento compulsório e internações psiquiátricas”, in Recife: **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, vol.10, supl.2, 2010.
- GIACON, B. C. C. & GALERA, S. A. F. “Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem”. In: **Rev. Esc. Enferm**, São Paulo, 40(2), p. 286-291, 2006.
- LEAL, E. M.; JUNIOR, O. D. S. “Acesso a experiência em primeira pessoa na pesquisa em saúde mental”, in: **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2013.
- LEMONS, P. M. & JÚNIOR, F. S. C. “Psicologia de orientação positiva: uma proposta de intervenção no trabalho com grupos em saúde mental” in.: **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2009.
- Martins, J., & Bicudo, M. (2005). **A pesquisa qualitativa em psicologia**. São Paulo: Centauro.

MORENO, Vânia; ALENCASTRE, Márcia Bucchi. “A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico” in **Revista Esc. Enferm. Da USP**, São Paulo, 37(2), p. 43-50, 2003.

NAVARINI, V.; HIRDES, A. “A família do portador de transtorno mental identificando recursos adaptativos” in.: **Texto contexto: enfermagem**, Florianópolis, vol.17, n.4, pp. 680-688, 2008.

OLIVEIRA, R. M.; FACINA, P. C. B. R.; JÚNIOR, A. C. S. “A realidade do viver com esquizofrenia” in: **Ver. Bras. Enfer**, Brasília, 65 (2), p. 309-316, mar.-abr. de 2012.

PACHECO, J. G. **Reforma Psiquiátrica, uma realidade possível: representações sociais da loucura e a historia de uma experiência**. Curitiba: Juruá, 2009.

PITTA, A. M. F. “Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas”, in: **Ciência & Saúde Coletiva**, Bahia, 16(12), 4579-4589, 2011.

RAMMINGER, T.; BRITO, J. C. “Cada CAPS é um CAPS’: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental”, in: **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, 23(n. spe.), 150-160, 2011.

SOARES, H. L. R.; GONÇALVES, H. C. B. & JÚNIOR, J. W. “Esquizofrenia hebefrênica: psicose na infância e adolescência” in: **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, vol.23 no.1, 2011.

VIEIRA, A.; MOREIRA, J. I.; LOUREIRO, K.; MORGADINHO, R. “Esquizofrenia e outras perturbações psicóticas” in: **Psicologia.com.pt: o portal dos psicólogos**, Portugal, 2008.