



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research
Vol. 09, Issue, 11, pp. 31722-31727, November, 2019



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

TRANSTORNO DO ESPECTRO DA ESQUIZOFRENIA: UM OLHAR DA FAMÍLIA

¹Maria Renata Florêncio de Azevedo, ¹Jacqueline Matias dos Santos, ²Adriano Moura de Menezes Dantas, ^{*3}Regina Lígia Wanderlei de Azevedo

¹Doutoranda em Psicologia, Universidade Federal da Paraíba João Pessoa- PB, Brasil

²Mestrando em Ciências da Saúde Professor de Psiquiatria e Saúde Mental do Curso de Medicina e Psicologia da Unipê, João Pessoa - PB, Brasil

³Psicóloga, Doutora em Psicologia, Professora Adjunta da Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande - PB, Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 19th August, 2019
Received in revised form
26th September, 2019
Accepted 22nd October, 2019
Published online 30th November, 2019

Key Words:

Esquizofrenia, Família,
Saúde mental.

*Corresponding author:

Regina Lígia Wanderlei de Azevedo

ABSTRACT

Objetivo: conhecer como as famílias de pacientes com esquizofrenia compreendem o transtorno. **Método:** Tratou-se de uma pesquisa de campo de natureza exploratória, segundo a abordagem qualitativa. A amostra foi constituída por 14 familiares de pessoas com esquizofrenia tanto homens quanto mulheres, acima de 18 anos atendidos num Centro de Atenção Psicossocial no sertão da Paraíba. Os instrumentos utilizados foram: Entrevista semiestruturada composta por questões norteadoras e estruturadas de acordo com o objetivo do estudo e Questionário sócio demográfico. Os dados sócio demográficos foram analisados através de estatística descritiva. **Resultados:** As informações obtidas através da entrevista foram organizadas e categorizadas segundo a técnica de categorização temática. Assim sendo, nas entrevistas emergiram duas classes temáticas (Diagnóstico e Conviver com a esquizofrenia), quatro categorias e nove subcategorias. Nesta análise, as famílias, além de possuírem um conhecimento distorcido acerca da caracterização clínica do transtorno, vivenciam fragilidades e sensibilidades específicas, incluindo a negação, sentimento de perda e o medo. **Conclusões:** é emergencial a implementação de pesquisas e estratégias de intervenção que incluam os familiares como parceiros e alvo dos cuidados, promovendo espaços específicos onde possa haver tanto uma assistência individual, assim como, grupal, facilitando a psicoeducação acerca do transtorno, bem como compartilhando informações, com o propósito de desenvolver atitudes mais adequadas frente o transtorno e ao familiar em sofrimento psíquico.

Copyright © 2019, Maria Renata Florêncio de Azevedo et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Maria Renata Florêncio de Azevedo, Jacqueline Matias dos Santos, Adriano Moura de Menezes Dantas, Regina Lígia Wanderlei de Azevedo. 2019. "Transtorno do espectro da esquizofrenia: um olhar da família", *International Journal of Development Research*, 09, (11), 31722-31727.

INTRODUCTION

O transtorno do espectro da esquizofrenia é provavelmente o mais estudado pela Psiquiatria e Psicologia, pois trata-se de um transtorno psicótico grave que pode provocar a desorganização de vários processos mentais, geralmente tem início na adolescência e começo da vida adulta, podendo ocorrer de forma rara na infância e na velhice (Sadock & Kaplan, 2007). A lista de alterações psicopatológicas associadas à esquizofrenia é extensa, no entanto, não há descrições de sintoma patognômico ou um curso uniforme desta. Por isso, o tratamento não se esgota no diagnóstico e na terapêutica medicamentosa, havendo a necessidade de um tratamento

Multidisciplinar (Noto & Bressan, 2012) que tenha como base o tratamento farmacológico, o tratamento psicossocial, psicoterapias e a psicoeducação da família ou terapia familiar (Caballo, 2003; Rangé, 2001; Palmeira, Gerales, & Bezerra, 2013). Em face destas evidências, a família desempenha um papel crucial no tratamento e recuperação do seu familiar com sofrimento psíquico, especialmente pelo vínculo afetivo, pela mediação entre o paciente e os profissionais que estão prestando serviços assistenciais, assim como nas relações estabelecidas com o paciente, tendo em vista que a reincidência do transtorno pode ser provocada por ambiente familiar onde a hostilidade e a crítica são caracterizadas por emoções prolongadas e permanentes (Fernandes & Santos,

2012; Raposo & Pedroso, 2014; Souza Filho, Sousa, Parente, & Martins, 2010; Sanches, 2012; Noto & Nunes, 2012). Assim sendo, a convivência com a esquizofrenia exige dos familiares a transposição das suas necessidades e desejos para um plano secundário e a reorganização das suas vidas de acordo com as necessidades do paciente (Zaneti & Galera, 2007), tendo em vista que o transcorrer do transtorno é marcado por períodos de controle e diminuição dos sintomas, alternados com crises, recaídas e reinternação hospitalar, configurando um cenário de desafios diários (Lopes, 2013) tecidos por dúvidas em relação às situações das mais práticas, até as mais complexas e angustiantes em torno da expectativa de cura. De maneira geral, o desgaste da família ao cuidar de uma pessoa com esquizofrenia deriva, em parte, pelo fato de que as redes de assistência não conseguem atingir essas famílias (Araújo, Coutinho, Viveiros, Leite, & Corrêa, 2015), levando-as à sobrecargas nas rotinas familiares, bem como dificuldades emocionais, físicas e financeiras (Giacon & Galera, 2013), pois, as relações estabelecidas e as práticas de cuidados desenvolvidas no contexto familiar, sofrem influência direta da maneira como o transtorno é percebido pelos familiares (Behenck, *et al.*, 2011). Pautando-se nisso, os serviços de saúde mental devem promover a articulação entre múltiplas formas assistenciais, múltiplos saberes, para que dessa forma o paciente junto com a família, sejam assistidos integralmente. *A priori*, a demanda inicial de cuidado é voltada para a pessoa com sofrimento psíquico, no entanto, para a integralidade do cuidado efetivamente, precisa da inclusão da família não somente incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, como também participando diretamente das atividades do serviço, tanto internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social (Brasil, 2004). Partindo dessa perspectiva, de que as famílias também precisam ser alvo de investigação, orientação e cuidado, objetivou-se conhecer como as famílias de pacientes com esquizofrenia compreendem o transtorno. Sendo de suma importância na elaboração de estratégias de cuidado eficazes.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para o alcance do objetivo, foi utilizada a pesquisa de campo de natureza exploratória, segundo a abordagem qualitativa. Como afirmou Minayo (2010), a pesquisa qualitativa, preocupa-se com aspectos da realidade, da história, das relações, crenças, opiniões, produtos de representações dos indivíduos à respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmo. Para composição da amostra participaram 14 familiares de pacientes com esquizofrenia, usuários de um Centro de Atenção Psicossocial no sertão da Paraíba. A coleta dos dados foi realizada através de uma entrevista semiestruturada, a qual abordou questões a respeito do conhecimento sobre o transtorno, suas causas, o tratamento, o processo de recuperação, os comportamentos disfuncionais, as dificuldades do convívio, os sentimentos frente o familiar com o transtorno e os desafios diários impostos pelas limitações do transtorno. Utilizou-se também um questionário sócio demográfico o qual versou sobre questões como: idade, tempo de internamento, quantidade de crises, assim como outros aspectos sócio demográficos. Os dados sócio demográficos foram analisados através de estatística descritiva Software SPSS for Windows – versão 20. As informações obtidas através da entrevista foram organizadas e categorizadas segundo a categorização temática proposta por Figueiredo (1993). Na categorização temática, as categorias foram determinadas a partir dos temas suscitados nas entrevistas

transcritas e processadas por meio das seguintes etapas: leitura inicial, marcação, corte, junção, notação e discussão. Este estudo foi submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos – FIP. Foi solicitado o Consentimento Informado dos participantes, cujo modelo foi elaborado respeitando Resolução nº 466/2012 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Brasil, 2012).

RESULTADOS

Participaram deste estudo 14 familiares de pessoas com esquizofrenia, 11 do sexo feminino e 3 do sexo masculino, com idades entre 18 e 67 anos (M= 46 anos). No que diz respeito à escolaridade, 6 (42%) participantes relataram ter o ensino fundamental incompleto, e 6 (42%) o ensino médio completo. Com relação à religião, 80% afirmaram que houve um aumento na religiosidade após o surgimento da esquizofrenia, demonstrando a importância do apoio religioso, assim como, sua influência no tratamento do seu familiar com sofrimento psíquico, como poderá ser observado na subcategoria “tratamento espiritual” mais adiante. A partir da análise dos discursos dos familiares, emergiram duas classes temáticas gerais e cinco categorias conforme o quadro 1:

QUADRO 1 Classes temáticas e categorias dos discursos emitidos

CLASSE TEMÁTICA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
I – DIAGNÓSTICO	1. (Des) conhecimento do transtorno	1.1 Percepção clara
		1.2 Percepção distorcida
	2. Etiologia	2.1 Espiritual
		2.2 Orgânica
II – CONVIVER COM ESQUIZOFRENIA	1. Tratamento	1.1 Farmacológico
		1.2 Espiritual
	2. Elaboraões cognitivo/emocionais	2.1 Negação
		2.2 Perdas
		2.3 Medos e expectativas

(Des) conhecimento do transtorno

Percepção clara

Conhecer a fundo a esquizofrenia e aceitá-la é um passo essencial rumo à uma vida mais ativa e de qualidade. A literatura tem mostrado (Fonseca & Galera, 2012), que a informação e a educação sobre o transtorno auxiliam o processo de aceitação, assim como torna as famílias mais preparadas para lidar com as consequências negativas, tornando possível a reorganização do funcionamento familiar.

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

Embora a percepção clara sobre a esquizofrenia tenha emergido de maneira pouco acentuada, o discurso da participante supracitado é significativo, pois corrobora com a afirmativa de que a percepção clara a respeito da esquizofrenia, melhora não só não a qualidade das relações,

bem como as expectativas construídas em torno da recuperação (Fonseca & Galera, 2012).

Percepção distorcida: Alguns familiares não demonstraram conhecimento nem ao menos do diagnóstico em si, por consequência, não conheciam a dimensão real do transtorno. É possível que a oferta efetiva de orientações adequadas seja prejudicada pela grande demanda de pacientes. Na instituição em estudo, é grande o número de pacientes que não residem no município onde se localiza a instituição, por essa razão fazem uso do serviço apenas para aquisição de medicamento. No entanto, há alguns profissionais que subestimam a capacidade do indivíduo entender sua própria doença, bem como da própria família, não oferecendo explicações nem a respeito das situações mais recorrentes ou típicas do desse transtorno (Santo, 2015). Vale salientar que alguns participantes afirmaram que o médico havia falado o diagnóstico, mas não lembravam ou sabiam descrever qual a condição vivenciada pelo seu familiar, não sendo então uma orientação permanente e eficaz.

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

“(…) Esquizofrenia, né? Mas saber realmente o que é, eu não tenho certeza [Participante 11]”

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

“(…) É uma depressão, assim nervosa, de quebrar as coisas, não dormir... o médico disse, mas eu não sei direito o que é não [Participante 14]”

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

Etiologia

Espiritual

A compreensão sobre a etiologia dos transtornos sofre influências de questões culturais e religiosas, como pôde ser percebido nas falas dos participantes:

“(…) Ele era bonzin, ai depois que ele tomou aquele líquido verde ficou assim, virou a cabeça... Isso foi coisa “botada” nele, a rezadeira disse que fizeram na Bahia [Participante 12]”

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

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

A partir dos discursos expostos, percebe-se a necessidade de analisar o contexto sócio histórico do paciente, tendo em vista que as crenças religiosas dos seus familiares podem influenciar de maneira direta suas compreensões acerca da esquizofrenia, principalmente pela presença de delírios de conteúdo religioso ou alucinações, os quais podem ser interpretados como experiências religiosas. Cenário também encontrado e discutido na última década na literatura devido sua relevância nas avaliações diagnósticas e no planejamento terapêutico (Koenig, 2007; Braghetta, Lucchetti, Vallada, & Cordeiro, 2011; Shiozaw Shiozawa, & Calfat, 2010), Moreira-Almeida & Cardenã, 2011).

Orgânica

Os relatos apresentados a seguir, demonstram que os familiares entendem que a condição vivenciada pelo seu familiaré decorrente de fatores genéticos:

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

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

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

Esses discursos corroboram com os achados de Rodrigues (2012), os quais destacaram a hereditariedade como uma das principais causas respondidas pelos cuidadores informais, relacionando a presença da mesma com o transtorno desenvolvido pelo seu familiar. Desta maneira, evidencia-se que as questões orgânicas e espirituais - de forma isolada - foram descritas como fatores causais para o desenvolvimento da esquizofrenia. No entanto, observa-se que a esquizofrenia apresenta uma etiologia multifatorial, ou seja, pode ser vista como resultado da interação cíclica entre fatores biológicos, genéticos e ambientais. A partir desse modelo, vários estudos (Beck, 2010; Nardi Quevedo & Silva., 2015; Palmeira *et al.*, 2013; Coelho e Palha, 2006), atestaram que esses fatores parecem exercer grande influência não só na gênese, bem como no grau de recuperação e no risco de futuros episódios, propondo, assim, um estado de diátese-estresse para os transtornos mentais, proposto por Zubin e Spring (1977) segundo o qual a vulnerabilidade seria uma característica intrínseca do indivíduo, relacionada com sua personalidade, temperamento e capacidade de tolerar o estresse. Essa vulnerabilidade seria determinada biologicamente (Vulnerabilidade inata), como também sofreria influência do meio e da história de vida (Vulnerabilidade adquirida). Neste sentido, os participantes não demonstraram reconhecer que um ambiente familiar hostil e hiper-crítico é um dos fatores de risco, que aumentam a vulnerabilidade do paciente, contribuindo para o desencadeamento ou para piora dos sintomas. Outros estudos (Rodrigues, 2012; Gomes, Martins, e Amendoeira, 2011) apresentaram resultados semelhantes, confirmando que os cuidadores têm pouca informação sobre o transtorno, nomeadamente, sobre as causas da doença.

Tratamento

Farmacológico

A percepção sobre o tratamento pode ser reflexo da maneira como os familiares percebem a esquizofrenia e suas causas, como apresentadas na subcategoria anterior (etiologia orgânica), percebe-se que os familiares entendem que o

tratamento médico é a única forma de atenuar os sintomas do transtorno, por acreditarem que trata-se de uma doença de causas orgânicas, que tem o seu futuro já determinado, não havendo assim forma de recuperação.

“(…) é o remédio né, né? Porque ela não pode ficar sem tomar, se ela ficar volta tudo de novo. A gente já experimentou tirar um pouco o remédio, mas volta aquelas coisas tudo de novo [Participante 11]”

“(…) É psiquiátrico! É com remédio! No começo fui pra Campina Grande, aí o remédio não tava dando certo, aí passei um ano indo pra São Paulo, aí por último, vim pra cá [participante 9]”

“(…) é só o remédio, foi o que o médico falou [Participante 14]”

É real e inegável, que sem o tratamento médico, as outras duas formas de tratamento não seriam possíveis de serem efetuadas, pois, ele tem dois objetivos: tratar dos sintomas e prevenir recaídas no futuro, facilitando o processo de recuperação das suas competências e suas habilidades de enfrentamento, reduzindo, assim, o estresse e a sobrecarga dos pacientes e familiares, seja no ambiente familiar ou na comunidade (Palmeira et al., 2013). Por isso, se faz necessário uma regularidade na administração do medicamento em todas as etapas do tratamento. É válido afirmar que a família não só ajuda quando se responsabiliza com a administração do medicamento, pois a terapêutica da esquizofrenia não se resume a essa condição, como também quando insere o paciente na participação na vida familiar, auxiliando na ressocialização e reinserção social do paciente. Portanto, a família é tão importante quanto a medicação para a recuperação do paciente, tendo em vista que mesmo com o controle da medicação um ambiente estressante pode ser *gatilho* para novas crises (Campana & Soares, 2015; Santos, 2015).

Espiritual

Além dos tratamentos farmacológicos, os familiares citaram as experiências religiosas como formas de tratamento realizadas. Afirmando que através de orações o paciente pode ficar curado. Esses resultados corroboraram com os estudos de Campana e Soares (2015) e Vedana, Cirineu, Zanetti e Miasso (2013), através dos quais constatou-se que as vivências religiosas estão sempre relacionadas com a cura da esquizofrenia. É importante destacar que os familiares, assim como os participantes do estudo de Vedana, Cirineu, Zanetti e Miasso afirmaram que o envolvimento religioso, como práticas grupais, tem impacto positivo no curso do transtorno.

“(…) É, orar, né? Eu acredito que com umas orações que o pastor tá fazendo, ele ficará melhor, quando ele não quer ir pra igreja, vai uns irmãos lá pra casa, mas a orientação não pode faltar [participante 8]”

“(…) Tenho fé que ele vai se curar, eu oro com ele, não perdemos um culto, depois que ele começou a frequentar melhorou muito, eu percebo que a oração ajuda porque quando ele tá dizendo que tá vendo coisas eu grito ‘Tá repreendido em nome de Jesus’ aí ele vai acalmando [participante 7]”

O envolvimento com práticas religiosas de maneira saudável pode ajudar no tratamento e nas relações interpessoais, no entanto, é necessário cuidado no manejo dessas atividades,

principalmente quando o paciente apresenta delírios religiosos. Nesses casos, o contato pode reforçar a *trama* delirante, causando prejuízos no tratamento, resistências à adesão do medicamento, bem como reforçando a crença dos pacientes e familiares que acreditam tratar-se de um problema espiritual (Palmeira et al., 2013; Shiozawa et al., 2010).

Diante disso, é necessário que os profissionais tenham conhecimento não só das crenças espirituais do paciente e da família, como também das estratégias utilizadas, para que as estratégias positivas sejam reforçadas e as formas de tratamento prejudiciais sejam abordadas, desestimuladas ou substituídas.

Elaboração cognitivas/emocionais

Negação: O convívio com um transtorno mental é muito difícil e desgastante para o grupo familiar, o que se agrava quando esta tende a ser de duração prolongada e estigmatizadora, como é o caso da esquizofrenia (Cavalheri, 2010). Nesse sentido, muitos paciente e familiares tem vergonha ou negam a doença por muito tempo, o que foi percebido no discurso da maioria dos participantes desse estudo. A negação também se fez presente em alguns familiares que optaram por não participar do estudo, relatando que seu familiar não possuía o diagnóstico de esquizofrenia. Nos estudos de Carvalho (2012), os familiares também apresentaram resistências para participar do estudo, atitudes interpretadas como um sinal de negação devido ao estigma social que envolve as doenças mentais.

“(…) Na verdade ele tem Autismo, aí nos últimos anos, ele apresentou um outros comportamentos, é como se fosse um iniciozinho de esquizofrenia, sabe? Mas ele tem mesmo é autismo [participante 6]”

“(…) Minha irmã não é louca, ela não é esquizofrênica, ela tem depressão profunda, mas o médico diz que é esquizofrenia, mas num é não [participante 10]”

Há famílias que demoram décadas para aceitar que o seu familiar foi acometido por um transtorno mental, embora tenham recebido do médico o diagnóstico, pois o estigma em torno dos transtornos mentais faz as pessoas evitarem qualquer contato com o transtorno, inclusive ler a respeito (Palmeira et al., 2013; Carvalho, 2012).

“(…) Ela tem um problema de nervos, minha mãe diz que ele sempre foi nervoso assim [Participante 11]”

“(…) Não é bem esquizofrenia, é mais um problema de nervos mesmo [participante 14]”

Em estudo semelhante Oliveira, Facino e Junior Siqueira (2012), também corroboram com os dados apresentados, ressaltando que os familiares apresentam resistência em utilizar a palavra esquizofrenia, adotando termos mais abrangentes ao se referirem ao transtorno, como forma de amenizar a dura realidade.

Perdas: A mudança na rotina familiar com o surgimento de uma transtorno mental crônico, pode resultar em restrição de liberdade de quem cuida, por necessidade de constante acompanhamento do familiar e o desgaste físico/psíquico sofrido, chegando a abrir mão das suas atividades laborais, para se dedicarem apenas ao cuidado do seu familiar (Pereira

& Cruz, 2012), realidade também descrita pelos participante deste estudo.

“(...) Quando ele adoeceu, eu tive que largar o emprego, pra cuidar dele, porque é difícil de achar gente que queira cuidar de pessoas assim. Ai pronto... nem saio mais pra trabalhar, nem pra passear, porque ele fica agoniado com muita gente. Minha vida se resume a isso, cuidar dele [participante 9]”

Dessa forma, é importante entender como as famílias estão reorganizando sua dinâmica após o surgimento da esquizofrenia, pois a doença mental afeta o clima emocional da mesma comprometendo suas relações interna e externas, por isso os familiares também precisam ser assistidos de acordo com suas necessidades biopsicossociais (Hansen, Vedana, Miaso, Donato, & Zanetti, 2014).

Medos e expectativas: Por fim, a última categoria da classe temática Consequências do convívio, versa sobre os medos e as expectativas dos familiares com relação as recaídas, estes sentimentos fazem com que os familiares permaneçam em estado de alerta, principalmente durante a noite, afirmando que sentem medo do que o seu ente possa fazer algo com ele mesmo ou com algum outro familiar.

“(...) quando ele começa a dizer que o pistoleiro tá vindo matar ele, a gente tem medo, dessas coisas sabe, dele querer se matar, aí esconde facas, passa sono (...) já me senti muito cansada, porque a pessoa lutar com uma pessoa assim [participante 2]”

“(...) É complicado! Eu trabalho o dia todo, enquanto isso meus filhos ficam de olho nela, mas quando é a noite, eu fico olhando ela, de 5 em 5 minutos, porque ela levanta, ai vai tomar banho, ai inventa de fazer café...tenho que ficar no pé, porque ela não tem condição de fazer, ela deixa o fogo ligado [Participante 11]”

Os medos citados por esses familiares foram citados de forma semelhante em outros estudos (Rodrigues, 2012; Gomes, Martins, & Amendoeira, 2011), os resultados apontaram que os cuidadores convivem com medo de que algo de ruim possa acontecer a qualquer momento. Nas doenças crônicas, a recaída é um termo usado quando o paciente apresenta sintomas semelhantes aos da fase aguda da doença, no caso da esquizofrenia, ele apresenta sintomas semelhantes ao primeiro surto. O paciente vivencia um estado de alerta antes da crise psicótica aguda, sendo as alterações no sono um dos principais sintomas, podendo chegar até a insônia completa (Palmeira et al., 2013). Os familiares relataram que percebem quando o familiar começa a ficar muito tempo acordado, pois naturalmente dormem muito por causa do remédio, sendo este um dos sinais de uma recaída. Embora seja bastante considerável que os familiares tenham consciência desses sinais, a falta de preparação para o manejo dessa fase do transtorno acaba por aumentar o sofrimento psíquico dos familiares que refletirá nas suas estratégias de enfrentamento.

Reconhece-se agora, mais claramente, que as famílias, além de possuírem um conhecimento precário sobre o transtorno, vivenciam fragilidades e sensibilidades específicas, incluindo, a negação, sentimento de perda e o medo. Evidentemente, esses resultados confirmam que as pessoas com sofrimento psíquico estão está sendo “entregues” aos cuidados das famílias sem o devido conhecimento das reais necessidades e

condições da família, principalmente em termos psicossociais, de saúde e qualidade de vida. Portanto, é preciso a efetivação de intervenções voltadas para a família, centradas no reforço das suas competências e na aquisição de conhecimentos sobre a doença e sobre como lidar com os sintomas e suas consequências no dia-a-dia, bem como, reduzir a sobrecarga vivenciada, através da modificação das elaborações cognitivas e emocionais disfuncionais.

Considerações finais

Mediante todoo conhecimento adquirido durante efetivação desta pesquisa, ressalta-se o trabalho da psicologia e da psiquiatria na assistência ao paciente com esquizofrenia e sua família, uma vez que precisam sair da análise macro, de práticas centradas na doença, para buscar apreender as dinâmicas singulares, valorizando a criação de sentidos para o sofrimento mental, desta forma, precisa haver uma comunicação e inter-relação entre a avaliação diagnóstica e o planejamento terapêutico desenvolvido por esses profissionais. Essas abordagens podem se cruzar de diversas maneiras, principalmente quando se refere a adesão aos modos de tratamento, pois tendo conhecimento do que está acontecendo cognitivamente, emocionalmente e comportamento com o paciente e sua família, será possível avaliar em conjunto quais estratégias funcionarão melhor e em que condições, tornando possível promover a evolução favorável para o paciente e uma maior qualidade de vida para sua família.

REFERÊNCIAS

- Araújo, V. J., Coutinho, N. P. S., Viveiros, M. T. M., Leite, E. P., & Corrêa, R. D. G. C. F. 2015. *Esquizofrenia: cotidiano e vivências de familiares de portadores*. *Revista de Pesquisa em Saúde*, 16(1), 16-19. Recuperado de <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/index>
- Beck, A. T. 2010. *Terapia cognitiva da esquizofrenia*. Porto Alegre: Artmed.
- Behenck, A., Silva, A. D. D., Humerez, D. C. D., Mancia, J. R., & Padilha, M. I. C. D. S. 2011. A família frente ao processo de tratamento e reinternação do portador de esquizofrenia. *Enfermagem em Foco*, 2, 210-214. Recuperado de <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/index>
- Braghetta, C. C., Lucchetti, G., Vallada, H., & Cordeiro, Q. 2011. Comentários sobre religiosidade e esquizofrenia. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*, 56(2):112-3.
- Brasil, 2004. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Retirado de http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf
- Brasil, Ministério da Saúde. 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. *Conselho Nacional de saúde*. Resolução 466/2012.
- Brischiliari, A., Bessa, J. B., Waidman, M. A. P., & Marcon, S. S. 2014. Concepção de familiares de pessoas com transtorno mental sobre os grupos de autoajuda. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35, 29-35. doi : <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.03.41015>
- Caballo, V. 2003. *Manual para o Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos*. São Paulo: Santos.

- Campana, M. C. and Soares, M. H. 2015. Familiares de pessoas com esquizofrenia: sentimentos e atitudes frente ao comportamento agressivo. *Cogitare Enfermagem*, 20(2), 33-44. Recuperado de <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/download/40374/25551>.
- Carvalho, J. C. 2012. Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem Centradas no Processo Familiar da Pessoa com Esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (8), 52-57.
- Cavalheri, S. C. 2010. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. *Rev. bras. enferm*, 63(1), 51-57. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000100009>
- Coelho, C., & Palha, A. (2006). *Treino de habilidades sociais aplicado a doentes com esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fernandes, M. C., & Santos, S. A. 2012. Importância da família na qualidade de vida dos portadores de esquizofrenia. *CuidArte, Enferm*, 6 (2), 86-90.
- Figueiredo, M. A. C. 1993. Profissionais de Saúde e AIDS. Um estudo diferencial. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 26(3), 393-407.
- Fonseca, L. M., & Galera, S. A. F. 2012. Expressões utilizadas por familiares ao relatarem experiências de conviver com o adoecimento mental. *Acta Paul Enferm*, 25(1), 61-67.
- Giacon, B. C. C., & Galera, S. A. F. 2013. Ajustamento familiar após o surgimento da esquizofrenia. *Rev. bras. enferm*, 66 (3), 321-6.
- Gomes, M. F. P., Martins, M. M., & Amendoeira, J. 2011. As famílias com doentes mentais. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (5), 52-58.
- Hansen, N. F., Vedana, K. G. G., Miasso, A. I., Donato, E. C. D. S. G., & Zanetti, A. C. G. 2014. A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(1), 220-7. Recuperado de <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/index>
- Koenig, H. G. 2007. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 95-104.
- Lopes, G. M. O. 2013. *Desenvolvimento de Competências nos familiares/cuidadores de pessoas com esquizofrenia* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal). Recuperado de <http://comun.rcaap.pt/handle/123456789/6268>
- Minayo, M. C. D. S. 2010. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Moreira-Almeida, A., & Cardaña, E. 2011. Diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e psicóticas não patológicas e transtornos mentais: uma contribuição de estudos latino-americanos para o CID-11. *Rev Bras Psiq*, 33, 21-28. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462011000500004>
- Nardi, J. Quevedo, & A. G. da Silva (orgs), *Esquizofrenia teoria e clínica* (pp. 37-46). Porto Alegre: Artmed.
- Noto, C. S., & Bressan, R. A. 2012. *Esquizofrenia: Avanços no Tratamento Multidisciplinar*. Porto Alegre: Artmed.
- Oliveira, R. M., Facina, P. C. B. R., & Siqueira Júnior, A. C. 2012. A realidade do viver com esquizofrenia. *Rev. bras. enferm*, 65(2), 309-316. Recuperado de <http://www.reben.abennacional.org.br/>
- Palmeira, L., Geraldês, M. T., & Bezerra, A. B. 2013. *Entendendo a Esquizofrenia: como a família pode ajudar no tratamento*. Rio de Janeiro: Interciência.
- Pereira, A. M. S., & Cruz, C. M. V. M. 2012. *Percepção do cuidador informal acerca do cuidar o doente com esquizofrenia* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.19/1642>
- Rangé, B. 2001. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Raposo, M. C. F., & Pedroso, R. 2014. Esquizofrenia e seus mitos. Em C. Vichi, et al. (orgs), *Comportamento em foco* (97-114). São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental – ABPMC.
- Rodrigues, M. I. P. 2012. *Necessidades educativas do cuidador informal da pessoa com esquizofrenia* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.19/1490>
- Sadock, B. J., & Kaplan, V. A. 2007. *Compêndio de psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed
- Sanches, I. 2012. *O Impacto da Esquizofrenia na Juventude* (Monografia, Universidade Jean Piaget de Cabo Verde). Recuperado de <http://bdigital.cv.unipiaget.org:8080/jspui/handle/10964/400>
- Santos, G. 2015. Esquizofrenia e o Cuidado à Família em uma Abordagem de Terapia Sistemática. *Revista latino-americana de psicologia corporal*, 3(1), 65-76. Recuperado de <http://psicorporal.emnuvens.com.br/rlapc/index>
- Shiozawa, P., Shiozawa, B., & de Barros Calfat, E. L. Religiosidade entre pacientes esquizofrênicos: há implicações clínicas? Revisão de literatura. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*, 55(3), 133-6. Recuperado de <http://www.latindex.org/buscar/ficRev.html?opcion=2&folio=8232>
- Souza Filho, M. D. D., Sousa, A. D. O., Parente, A. C. B. V., & Martins, M. C. C. 2010. Avaliação da sobrecarga em familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos adultos. *Psicologia em Estudo*, 15(3), 639-647. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287122134022>
- Vedana, K. G. G., & Miasso, A. I. 2012. A interação entre pessoas com esquizofrenia e familiares interfere na adesão medicamentosa? *Acta Paul Enferm*, 25, 830-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000600002>
- Vedana, K. G. G., Cirineu, C. T., Zanetti, A. C. G., & Miasso, A. I. 2013. Agindo em busca de alívio: enfrentamento da esquizofrenia e dos incômodos ocasionados pelo tratamento medicamentoso. *Cuidado e Saúde*, 12, 365-375. doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v12i2.20342
- Xavier, J. M., de Brito, E. M., de Abreu, R. N. D. C., Moreira, T. M. M., da Silva, L. M. S., & Vasconcelos, S. M. M. 2012. Percepção dos familiares de pessoas com esquizofrenia acerca da doença. *Brasileira em Promoção da Saúde*, 25, 161-166. doi: 10.5020/18061230.2012.p161.
- Zanetti, A. C. and Galera, S. 2007. O impacto da esquizofrenia para a família. *Revista Gaúch Enferm*, 28 (3), 385-92. Recuperado de <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/index>
- Zubin, J. and Spring, B. 1977. Vulnerability – A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-129.