



UNIVERSIDADE DE UBERABA  
GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

GIOVANA GONÇALVES MAEDA  
JACQUELINE SOUZA MATOS SILVA

**AJUSTAMENTO FAMILIAR APÓS DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA**

UBERABA-MG  
2022  
GIOVANA GONÇALVES MAEDA  
JACQUELINE SOUZA MATOS SILVA

**AJUSTAMENTO FAMILIAR APÓS DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Psicologia da Universidade de Uberaba como parte das exigências à conclusão do Bacharelado em Psicologia.

Supervisora: Me. Camila Aparecida Peres Borges.

UBERABA-MG  
2022  
**AGRADECIMENTOS**

Queremos agradecer em primeiro lugar a Deus, pela força concedida para a realização desse trabalho. À nossa família (pais, cônjuges e irmãos) pelo apoio, incentivo, compreensão, ajuda, e principalmente por todo carinho oferecido a nós durante este caminho percorrido. Aos amigos e colegas do curso pelo companheirismo, ajuda e amizade e à orientadora Camila pela paciência, dedicação, especialmente por ter pegado a turma em andamento e ter dado continuidade de forma tão prestimosa e empática às orientações deste trabalho.

MAEDA, Giovana G.; SILVA, Jacqueline S. M. **Ajustamento familiar após diagnóstico de esquizofrenia**. Uberaba/MG, 2022. Monografia. 24 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia). Universidade de Uberaba. Orientadora: Profa. Me. Camila Aparecida Peres Borges.

## RESUMO

Os familiares que convivem com portadores de esquizofrenia possuem dificuldades para entender o distúrbio, identificar e lidar diante as crises gerando uma certa sobrecarga, tanto ao paciente quanto ao cuidador. O objetivo deste trabalho é investigar, através da revisão narrativa de literatura, as dificuldades que a família enfrenta quando possui um portador de esquizofrenia no lar, e como a Psicologia pode colaborar para que exista qualidade de vida entre familiares e paciente. Sendo assim, trata-se de um estudo de revisão narrativa que é uma forma não sistematizada de revisar a literatura. O reconhecimento do processo de ajustamento e a identificação das especificidades de cada fase vivenciada pela família pela Psicologia, permite desenvolver propostas, que vise não apenas o cuidado ao doente, mas também à sua família. Identificar em qual momento cada família está inserida e elaborar um plano de cuidados específico, incluindo apoio contínuo e educativo desde o início do adoecimento pode minimizar o impacto do adoecimento na família. Assim, esperamos que este estudo ajude os estudantes e os profissionais da saúde a conhecerem, a partir dessa revisão de literatura sobre esquizofrenia, o real sofrimento ocasionado por esta difícil convivência e que, a partir deste conhecimento, reflitam sobre suas práticas cotidianas, uma vez que, independentemente da área em que o profissional da saúde escolha atuar, sempre haverá oportunidade de acolher a pessoa com transtorno mental com dignidade e respeito à sua cidadania.

Palavras-chave: Família. Esquizofrenia. Intervenção

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	6
2. METODOLOGIA .....	9
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	9
3.1 Aspectos históricos e contribuições sobre a esquizofrenia .....	9
3.2 A família e a esquizofrenia .....	12
3.2.1 A influência da família sob o indivíduo é de grande importância no contexto da esquizofrenia.....	13
3.3 Fases do ajustamento familiar diante da esquizofrenia .....	14
3.3.1 Percebendo a mudança .....	14
3.3.2 Diagnóstico e início do tratamento .....	15
3.3.3 Seguindo em frente .....	15
4. LIDANDO COM A ESQUIZOFRENIA NO CONTEXTO FAMILIAR .....	16
4.2 Algumas recomendações para o trabalho com a família .....	17
4.3 Abordagem familiar: ferramentas e recomendações .....	18
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	19
6. REFERÊNCIAS .....	23



## 1. INTRODUÇÃO

*É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim  
é possível mudar a realidade  
Nise da Silveira*

Os familiares que convivem com portadores de esquizofrenia possuem dificuldades para entender o distúrbio, identificar e lidar diante as crises gerando uma certa sobrecarga, tanto ao paciente quanto ao cuidador. Analisar as dificuldades que a família enfrenta quando possui um portador de esquizofrenia no lar e como a Psicologia pode colaborar para que exista qualidade de vida entre eles.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2021), a esquizofrenia é um transtorno mental grave que afeta cerca de 23 milhões de pessoas em todo o mundo. Psicoses, incluindo a esquizofrenia, são caracterizadas por distorções no pensamento, percepção, emoções, linguagem, consciência do “eu” e comportamento. As experiências psicóticas comuns incluem alucinações (ouvir, ver ou sentir coisas que não existem) e delírios (falsas crenças ou suspeitas firmemente mantidas mesmo quando há provas que mostram o contrário). O transtorno pode tornar difícil para as pessoas afetadas trabalhar ou estudar normalmente.

Considerando a importância da família na vida do sujeito, e sabendo de seus vários conceitos. Pichon Rivière (1986) define a família como a estrutura social básica que se configura pelo entrelaçamento de papéis diferenciados (pai-mãe-filho) e explica o “deposicionamento” do entrelaçamento entre o depositante, depositado e depositário: afetos, fantasias e imagens (depositado), que cada pessoa (depositante), coloca sobre o outro (depositário). A família, enquanto unidade, é formada por um conjunto de pessoas, cada uma com sua dinâmica interna, configurando uma rede de relações, ou seja, um sistema familiar. Há a dinâmica interna das pessoas e a dinâmica da família, numa interdependência contínua. Em sua dinâmica como um todo, a família sofre influência direta do econômico e do cultural. Sabemos que não há uma definição única de família, mas dentre elas cuja a estrutura pode ser: as famílias biológicas, nucleares, abrangentes, ramificadas, extensas, casais homossexuais, famílias tendo somente a mãe ou o pai, família apenas de irmãos, famílias de amigos, famílias sem filhos e, ainda, famílias sem pais. Dessa forma, a conceituação de família terá de possuir alguma plasticidade estrutural, de modo a compor um conceito que possa ser útil para o estudo.

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.

Nesse contexto as famílias passaram a ser responsáveis diretas de seus doentes deixando de ser espectadores e passando a ser agentes ativos na melhora de seus familiares. Causando assim um impacto muito grande nas mesmas por desconhecimento da doença, medo, falta de estrutura emocional e física.

Independente da característica familiar todas elas vivenciam sofrimento onde se vive um processo de stress que mobiliza e desorganiza todo grupo que de primeiro momento a crise e a instabilidade perpassam na família após o diagnóstico da esquizofrenia, vivenciando uma nova fase no qual muitas vezes realmente não sabem o que se passa com seu familiar adoecido. E causa muitas sobrecargas físicas emocionais talvez não se dê conta de como vai ser sua dedicação de tempo no dia seguinte. O cuidado dessa pessoa com esquizofrenia requer dos familiares uma modificação nos seus convívios sociais diários e nos seus afazeres, que para poder se dedicar aos cuidados dos doentes eles precisam de tempo e dedicação e como muitas coisas são modificadas essas tarefas passam a ser feitas por outras pessoas, onde a um prejuízo pessoal que gera o sofrimento gerado pelo cuidado diário, pois a família é de grande importância no tratamento e recuperação dessa pessoa.

[...] apoiado nas concepções de Freud e Husserl. O autor diz que o termo vivência é utilizado de modo a englobar ambos os sentidos de vivenciar e de vivido. Trata-se ao mesmo tempo de uma experiência imediatamente vivida, isto é, não presumida, nem meramente ouvida, mas direta e pessoalmente realizada; ao mesmo tempo em que se trata de uma experiência duradoura, significativa, ainda que em geral no sentido patológico. Em suma, o mesmo autor destaca que o termo “vivência” é empregado para referir-se a uma experiência direta e pessoal de alguma coisa, mas que é também determinante, significativa, na vida de uma pessoa. (Barretta, 2010, p. 52).

Para cuidar de um sujeito doente é necessário que se tenha muito amor e altruísmo, pois as dificuldades advindas dos transtornos mentais têm a capacidade de provocar no cuidador uma sobrecarga física e psíquica que pode estar 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. Causando assim um ambiente familiar crítico, ameaçador que impacta diretamente na melhora do paciente, quanto mais a família sabe sobre a doença e seus impactos mais ela ajuda para que o processo seja menos pesados e impactante para ambos evitando recaídas ou até o início da doença.

No entanto, há meios de diminuir esses impactos através de um acompanhamento da família e paciente, através de intervenções psicossociais que tem como objetivo diminuir ou prevenir os sintomas, aumentar a qualidade de vida de todos, certificar-se de que o paciente seja o mais autossuficiente possível e aumentar o conhecimento da família sobre a doença e os aspectos emocionais resultantes. É muito importante envolver os familiares para que possam compreender e conviver com a esquizofrenia, ajudando-os para melhor lidarem com esse transtorno, desconstruindo conceitos e imagens do universo cultural e social-familiar, onde à uma caracterização como: ‘Nervoso’, Doente da Cabeça’, ‘Problema Espiritual’, que aparece pela construção cultural e carregada de preconceitos, causando danos e sofrimento para o portador da doença, bem como, para seus familiares. Ajudar a compreender a doença é a melhor maneira de elevar o nível de cuidados com o portador da doença.

(...) nem todos os familiares possuem condições estruturais, econômicas e emocionais para conduzir satisfatoriamente esses aspectos da convivência com a doença, mas, que de alguma forma elaboram a experiência, lidam com seu sofrimento e expectativas viabilizando a convivência com a doença, buscando apoio em sua rede de conhecidos, em algum sistema de crenças e em tratamentos alternativos. O envolvimento afetivo característico dos laços familiares, de alguma forma orienta as tentativas de entendimento e as buscas de soluções para muitas questões pertinentes ao convívio com um familiar doente (Villares, 2005, p. 45).

Sendo assim, é de suma importância, tanto para o cuidador como para o familiar, que todos seja ajudado e tenham toda a atenção necessária em cada fase, na negação, sentimento de culpa, revolta, superproteção. Onde só através de informação, reflexão e vivência, pode-se aprender sobre o cuidado. Assim, o objetivo deste estudo foi investigar, através da revisão narrativa de literatura, as dificuldades que a família enfrenta quando possui um portador de esquizofrenia no lar, e como a Psicologia pode colaborar para que exista qualidade de vida entre eles.

## **2. METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de revisão narrativa que é uma forma não sistematizada de revisar a literatura. É importante para buscar atualizações a respeito de um determinado assunto dando ao revisor suporte teórico em curto período. Como a revisão narrativa inclui um processo mais simplificado de revisar a literatura, a questão de pesquisa pode ser mais ampla ou pouco específica e abordar um tema de forma livre, sem rigor metodológico não tendo a obrigatoriedade de que os autores informem com detalhes os procedimentos ou critérios usados para selecionar e avaliar as referências incluídas na análise, pois a forma de seleção é variável e arbitrária. (Alejandro, 2021). As buscas foram realizadas nas bases eletrônicas Pepsic e SciELO, utilizou-se as seguintes palavras chaves: Família. Esquizofrenia. Intervenção. Foram consideradas as publicações em língua portuguesa nos últimos cinco (05) anos.

## **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **3.1 Aspectos históricos e contribuições sobre a esquizofrenia**

Começaremos a dissertar sobre o conceito da esquizofrenia como, um transtorno mental que tem característica por episódios de psicose, que pode ser desencadeada por vários fatores, como os genéticos, com risco maior em parentes de primeiro grau, ambientes estressantes, e psicossociais, relacionados a experiências vividas como a desintegração do Ego, excesso de medos e traumas na infância, problemas interpessoal e familiar e frustrações (LAUTER et al., 2011, APUD Aparecido, 2020). No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (2021), a esquizofrenia é caracterizada pela dissociação do que é real e o que é imaginário por parte do indivíduo. São as alucinações, que constituem alterações da percepção, sensações e os delírios, que são crenças que apesar de ser real para o paciente, entretanto para nós está fora da realidade,

mesmo sendo confrontados não mudam de percepção (com temas como perseguição, religiosidade/místicos, ruína, grandeza, etc.). Impactando seu comportamento diário, dificultando o relacionamento com a sociedade em si. A doença normalmente aparece na adolescência a vida adulta no auge da vida produtiva afetando assim em todos os campos da vida, independentemente do sexo e classe social.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2021), a doença é a terceira causa de perda da qualidade de vida entre os 15 e 44 anos, considerando-se todas as doenças. Afeta cerca de 1,6 milhão de brasileiros que, além da doença, sofrem com o estigma.

Para D' Agord (2017), o conceito esquizofrenia foi disposto por Eugen Bleuler (1857-1939), foi criada para diferenciar da então nomenclatura aceita na época chamada de Demência Precoce, vários estudiosos na época em que denominava desta forma, mas, Bleuler concordava e discordava com alguns pontos de vista dessas pessoas. Primeiro ponto, ele concordava com as três formas de demência: a hebefrênica, a catatônica e a paranoide, com o nome de Grupo das Esquizofrenias, incluindo também a forma Esquizofrenia Simples. Discordava do critério discriminativo essencial da demência precoce era um critério evolutivo, a evolução terminal até um estado de enfraquecimento psíquico, porque, existiam casos que não chegavam à deterioração completa. E outro ponto para a mudança do nome é de que existiam casos que não aparecia precocemente e sim tardio. Assim:

(...) Com o neologismo esquizofrenia composto pelo verbo grego schízo, que significa fender, separar, clivar; e pelo substantivo grego phrén, que significa espírito, inteligência, Bleuler quer mostrar que o sintoma fundamental desta doença é a dissociação do psiquismo, e não uma crescente deterioração psíquica. A ideia de dissociação ou clivagem (Spaltung) traz em si uma concepção dinâmica da psicose e com isso traduz a influência da teoria psicanalítica sobre Bleuler (D'AGORD, 2017, p. 07).

A doença se caracteriza por um tipo específico de alteração do pensamento, dos sentimentos e da relação com o mundo exterior. Em todos os casos encontra-se uma mudança mais ou menos nítida das funções psíquicas. Essa mudança atinge a personalidade, o processo associativo e os afetos. Segundo D'Agord (2005), Bleuler reconhece que a psiquiatria, em 1911 ainda não sabe o que é realmente o processo esquizofrênico. Mas com base na distinção entre sintomas primários e secundários ele consegue estabelecer uma primeira conceptualização desta enfermidade:

Postulamos a presença de um processo que produz diretamente os sintomas primários; os sintomas secundários são em parte funções psíquicas que operam em condições

alteradas, e em parte os resultados das tentativas de adaptação, mais ou menos exitosas, às perturbações primárias (BLEULER, 1960, p. 47).

Segundo Rangel, (2017) existem diferentes tipos de esquizofrenia como: paranoide, catatônica, residual, hebefrênica e indiferenciada. As suas causas não são claras, mas o seu diagnóstico é feito através do estudo da existência de determinados sintomas. Sobre suas causas, diferenças características foram encontradas na concentração de alguns neurotransmissores em algumas áreas específicas do cérebro em pacientes esquizofrênicos, o que poderia ser a origem do pensamento desorganizado nesses pacientes.

De acordo com, Queirós T, et al. 2019, a doença é multifatorial, mas, existem contribuições significativa para seu desencadeamento tanto psicossociais quanto biológicos. Hipóteses relacionadas a dopamina, neurodesenvolvimento, relacionado a famílias patológicas e ao uso de substâncias como canabis em pessoas com predisposição. E ressalta que vários sintomas da esquizofrenia são encontrados em outras patologias. Apresentando sintomas negativos, que é a perda das funções normais diminuindo sua autonomia. E os sintomas positivos, onde há uma perda da capacidade de distinguir a imaginação da realidade, como delírios, ouvir vozes. Também incluindo os problemas cognitivos e afetivos. Segundo o autor citado o tratamento é multidisciplinar de longo período, usando antipsicóticos e abordagens terapêuticas que ajudam na diminuição dos sintomas.

(...)várias terapias psicológicas que podem desempenhar um papel importante na vida das pessoas com esquizofrenia. Alguns tratamentos específicos focados na adesão à terapêutica, na ansiedade social, no treino de competências sociais e na abordagem do uso de drogas têm eficácia comprovada nesta população. A criação de unidades de dia hospitalares, bem como associações na comunidade de apoio a esta população de doentes, contribuiu consideravelmente para o fortalecimento da sua reintegração social (QUEIROZ, 2019, p. 70).

Em relação a família, quando acontece o primeiro surto em um indivíduo, geralmente ela não está pronta para dar o suporte necessário para essa pessoa, esse apoio e acolhimento pode vir muito depois, após vários episódios de crises, levando a desestruturação familiar. Com o início do tratamento, a família precisa passar por ajustamentos, pois, os entes queridos também precisam ser acolhidos e receber apoio para ajudar seu familiar para uma melhor eficácia do tratamento. Esse grupo familiar vai passar por diversas mudanças em sua rotina além de prejuízos financeiros, pois alguém terá que se abdicar de suas atividades para cuidar o doente.

De acordo com Carvalho (2017) quando os familiares descobrem a esquizofrenia em seu lar, estes vivenciam uma nova fase, na qual emergem sentimentos variados. O impacto gerado na família em razão do adoecimento causa situações de estresse, cansaço e desesperança; pois, muitas vezes, não é entendido o que está realmente acontecendo com o seu familiar.

Conviver com um ente portador de esquizofrenia pode ser uma experiência angustiante, na medida em que emergem sentimentos de incerteza quanto ao presente e ao futuro do seu familiar, que envolvem as suas próprias perspectivas de vida.

A partir do estudo realizado, vemos a importância de uma rede de apoio sólida, com profissionais capacitados em tratar não só da doença, como também de suas especificidades. Com isso teremos melhores condições de vida e sobrevivência aos acometidos pela Esquizofrenia antes mesmo do seu aparecimento.

### **1.1 A família e a esquizofrenia**

Para trabalhar com família, é necessário entender o que é família em sua complexidade, sem fazer julgamentos, conceitos pré-definidos, e prontos, os quais produzem uma concepção reducionista de família. É bom compreender a família como um sistema aberto e interconectado com outras estruturas sociais e outros sistemas que compõem a sociedade, constituído por um grupo de pessoas que compartilham uma relação de cuidado (proteção, alimentação, socialização), estabelecem vínculos afetivos, de convivência, de parentesco consanguíneo ou não, condicionados pelos valores socioeconômicos e culturais predominantes em um dado contexto geográfico, histórico e cultural. Cada família é uma família na medida em que cria os seus próprios problemas e estrutura as suas formas de relação, tendo suas percepções, seus vínculos e suas especificidades próprias (Carvalho, 2017).

Não existe família enquanto conceito único, existem:

[...] configurações vinculares íntimas que dão sentimento de pertença, habitat, ideais, escolhas, fantasias, limites, papéis, regras e modos de se comunicar que podem (ou não) se diferenciar das demais relações sociais do indivíduo humano no mundo” (COSTA, 1999, p. 76).

[...] a família, seja ela qual for, tenha a configuração que tiver é, e será, o meio relacional básico para as relações no mundo, da norma à transgressão dela, da saúde à patologia, do amor ao ódio” (COSTA, 1999, p. 78).

Cada família tem uma cultura própria em que circulam seus códigos: normas de convivência, regras ou acordos relacionais, ritos, jogos, crenças ou mitos familiares, com um modo próprio de expressar e interpretar emoções e comunicações. As ações são interpretadas em um contexto de emoções e de significados pessoais, familiares e culturais mais amplos. Tais emoções geram ações que formam o enredo do sistema familiar e constroem a história singular de cada família, que se transforma com o tempo, com a cultura e com as mudanças sociais.

Dessa forma, o tema Família refere-se a uma realidade muito próxima a cada um de nós. O significado, o sentido, os sentimentos despertados são diferentes de acordo com a experiência de cada um e sua história familiar. Isso, muitas vezes, dificulta a percepção e o entendimento dos profissionais de Saúde em relação às configurações familiares dos usuários, pois suas referências individuais, culturais e sociais são diferentes. O olhar, o escutar, o observar, o perceber e o entender a diversidade da forma de viver em família são fortemente influenciados pelas concepções de família, pelas crenças e valores de cada profissional, mas essas barreiras culturais e de comunicação podem ser enfrentadas a partir de uma abordagem que favoreça a reflexão, o diálogo, a escuta e o acolhimento do usuário (Costa, 1999).

De acordo com Carvalho (2017) a família é considerada indispensável para a efetividade da assistência psiquiátrica e entendida como um grupo com grande potencial de acolhimento e ressocialização de seus integrantes. Contudo, para isso, é necessário que profissionais de saúde possam garantir suporte aos cuidadores a fim de prepará-los para o manejo inclusive nas situações de crise. As manifestações de agressividade, constituem um dos maiores obstáculos para a boa interação entre a pessoa doente e o familiar. Geralmente, os familiares não têm manejo adequado para o controle desse quadro. Além disso, a dificuldade em garantir a adesão ao tratamento medicamentoso e a inserção em dispositivos de reabilitação contribuem para agravar ainda mais o estado do paciente que passa a desencadear crises mais frequentes.

### 3.1.1 A influência da família sob o indivíduo é de grande importância no contexto da esquizofrenia

De acordo com Carvalho, (2017) quando os familiares descobrem a esquizofrenia em seu lar, estes vivenciam uma nova fase, na qual emergem sentimentos variados. O impacto gerado na família em razão do adoecimento causa situações de estresse, cansaço e desesperança; pois, muitas vezes, não é entendido o que está realmente acontecendo com o seu familiar. Conviver com um ente portador de esquizofrenia pode ser uma experiência angustiante, na medida em que emergem sentimentos de incerteza quanto ao presente e ao futuro do seu familiar, que envolvem as suas próprias perspectivas de vida.

Segundo Roder et al, (2002) é evidente os benefícios de um tratamento com neurolépticos em episódios agudos e nas recaídas dos pacientes, mas os medicamentos por si só, não ajudam o paciente a conseguir a compreensão de seus problemas, a melhorar a percepção de si mesmo, nem conseguem que o paciente volte a conectar-se com a realidade cotidiana, depois de ter passado por uma devastadora experiência como é a psicose.

Para Rodrigues e Palma (2015) a conscientização da família é importante, tanto como um auxílio no tratamento, como na idealização que está se torne um agente modificador da sociedade, pois a partir do momento que a família entende o que acontece com o doente mental, torna-se mais fácil enfrentar medos e preconceitos, percebendo que a pessoa não é responsável pela sua condição, pois faz parte de um processo de adoecimento. Há também que se esclarecer que embora limitado, o mesmo pode levar uma vida normal, não precisa ficar isolado, pelo contrário, necessita de apoio familiar e social para ajustar sua condição. O indivíduo acometido por transtornos mentais merece e deve continuar fazendo parte da família e da sociedade em geral, e para que isso lhe aconteça precisa dos devidos acompanhamentos e cuidados, e a família ou cuidadores são o ponto central de todo o processo de melhora.

## **2.1 Fases do ajustamento familiar diante da esquizofrenia**

Segundo Giacon e Galera (2013) a família passa por três momentos do processo de ajustamento nos primeiros cinco anos de aparecimento da doença: “Percebendo a mudança”, “Diagnóstico e início do tratamento” e “Seguindo em frente”.

### *3.1.2 Percebendo a mudança*

Esta fase tem início quando o paciente começa a apresentar mudanças de humor, comportamentos e pensamentos, tais como: deixar de realizar atividades sociais, isolar-se, ter atitudes infantis, pensamentos persecutórios, a interrupção dos estudos (no caso de jovens) e comportamentos agressivos. Essa mudança é observada nos jovens onde apresentam um comportamento desafiador ou um conflito da adolescência. Outras explicações variavam entre problema espiritual, uso de drogas e características desde a infância. Ainda de acordo com as autoras, somente com a intensificação e não resolução dos sintomas, as famílias começam a discutir se a mudança não seria uma doença e, se a procura de um serviço de saúde não seria pertinente (GIACON; GALERA, 2013).

Quando a família procura os profissionais de saúde ou de saúde mental, os mesmos não falam em esquizofrenia, mas referem depressão, ansiedade ou mesmo características da adolescência, essas hipóteses equivocadas, com o passar do tempo levam ao agravamento da doença, ou seja, as mudanças de comportamento evoluem para surtos psicóticos e só então a família reconhece que já não tem condições de lidarem com o problema sem ajuda de um serviço

especializado e a partir daqui a família entra na segunda fase da trajetória do adoecimento do ente querido, onde é feito o diagnóstico e proposto um tratamento (GIACON; GALERA, 2013).

### *3.1.3 Diagnóstico e início do tratamento*

Para Giacom e Galera (2013) com o ente querido em quadro agudo, as famílias vivenciaram um período intenso marcado por idas frequentes ao serviço de saúde, culminando com as primeiras internações, em sua maioria, involuntárias. É nesse contexto, de procura médica e internações, que elas receberam o diagnóstico de esquizofrenia e uma proposta de tratamento e ao receberem o diagnóstico de esquizofrenia a família sofre um grande impacto traduzido em susto e choque. A ideia do adoecimento do ente querido e de uma doença psiquiátrica, bem como o não conhecimento desta, geram sentimentos intensos de desespero, culpa e medo em todos os familiares.

### *3.1.4 Seguindo em frente*

Giacom e Galera (2013) também afirmam que com o início do tratamento, os doentes começam a apresentar alguma melhora no seu comportamento geral, esta melhora ocorre como resultado do ajuste medicamentoso, da aceitação do tratamento pelos familiares doentes e ao apoio das famílias. Após a estabilização do quadro agudo da doença, o retorno à normalidade começa a parecer mais plausível e, portanto, mais esperado. Com o sentimento de esperança, as famílias devem estimular os seus entes a recuperar sua independência que tinham antes do adoecimento. Eles passaram a ser motivados a realizarem algumas atividades rotineiras sozinhos, saídas de casa como idas à Igreja, participação em eventos familiares, realização de cursos, retorno ao trabalho, restabelecimento de grupos de amigos e mesmo manter-se sozinho em casa.

Embora ocorra uma melhora no comportamento geral do doente, suas ideias e seu humor nem sempre estão estáveis. Esta constatação faz com que os familiares experimentem sentimentos de medo relacionados a uma nova crise e/ou uma recaída. Estes sentimentos fazem com que estes permaneçam em constante estado de alerta para qualquer alteração de comportamento dos doentes, supervisionem ou administrem seus medicamentos e não os deixem sozinhos. Assim, as famílias vão dando sequência à sua trajetória, com a esperança da melhora dos familiares doentes e com o medo de uma nova crise. Tentando se equilibrar nestas



duas posições, as famílias seguem em frente após os primeiros cinco anos de adoecimento (GIACON; GALERA, 2013).

#### **4. LIDANDO COM A ESQUIZOFRENIA NO CONTEXTO FAMILIAR**

Geralmente o membro da família é o cuidador principal e passa o maior tempo cuidado, dando suporte, checando medicamentos, orientando, entre outras coisas do dia a dia. Há relatos de familiares que se sentem culpados por não ter conseguido ver os sintomas antes, deixando-os sobrecarregados, pela mudança de rotina, nas relações sociais, de trabalho, lazer e saúde física (Caqueo-Urizar A, Rus-Calafell M, Urzúa A. 2015).

[...]quanto mais sobrecarga esses familiares vivenciarem, pior será sua qualidade de vida. Embora não haja consenso na definição desse conceito, a Organização Mundial da Saúde o define como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (CAQUEO-URÍZAR A, RUSCALAFELL M, URZÚA A. 2015, p. 19).

Nichols e Schwartz (2007) fazem referência a família como um aporte para todas as pessoas, e com os doentes mentais não seria de modo diferente. Os cuidadores das pessoas acometidas por transtornos mentais são pessoas que também necessitam de atendimento especializado, pois se os próprios doentes têm um sofrimento psíquico acoplado, deve-se levar em consideração as pessoas que convivem com eles e que percebem todos os sintomas e situações de risco que acontecem. Além disso, deve-se levar em consideração que as causas originárias das doenças mentais, não negam o envolvimento de fatores externos como os citados acima, e isto envolve essencialmente a família e os cuidadores que podem ter percebido o fator estressor que associa o início da doença.

As famílias com membros esquizofrênicos se mostraram uma área especialmente fértil para a pesquisa, porque seus estranhos padrões de interação são dramáticos. Entretanto, o fato de a terapia familiar ter emergido da pesquisa sobre a esquizofrenia levou a uma esperança muito otimista de que a terapia familiar seria a maneira de curar essa forma desorientadora de loucura. Além disso, uma vez que as famílias anormais são tão resistentes à mudança, os primeiros terapeutas de família tendiam a exagerar as propriedades homeostáticas da vida familiar. Os terapeutas familiares não descobriram o papel da família na esquizofrenia, mas, ao observarem as famílias interagindo, testemunharam o que seus predecessores tinham apenas especulado. As influências familiares sobre a esquizofrenia já tinham sido reconhecidos desde o famoso relato de Freud (1911) sobre o Dr. Schreber. Nesta primeira formulação psicanalítica da psicose, Freud discutiu fatores psicológicos na paranóia e na esquizofrenia e também sugeriu como o relacionamento bizarro do paciente com o pai desempenhou um papel em seus fantásticos delírios (NICHOLS; SCHWARTZ, 2007, p. 36).

Segundo Teixeira (2005) quando um dos membros da família adoece, todos os membros dela também são afetados. Há uma alteração nas suas atividades sociais normais, suas tarefas precisam ser desenvolvidas por outras pessoas, pois ele necessita se dedicar e cuidar do doente. A família representa para seus membros uma fonte de afeição e intimidade sendo assim os indivíduos quando apresentam quadros de ansiedade e estresse, recorrem novamente às suas famílias, procurando reassegurar sua condição de seres amados e com valor. Esta pressão, no sentido de conceder aos indivíduos segurança e atenção especial, impõe sobre a família uma carga psíquica extra.

Os cuidadores, muitas vezes de classe econômica baixa, têm o atendimento especializado para os doentes mentais de sua família, porém não tem informações específicas que lhes ajudem no tratamento do paciente e no modo como devem tratá-los em casa, dessa forma, ao apoiar a família para que, além da prevenção do adoecimento familiar, ocorra maior adesão do tratamento por parte dos usuários, que dispõem no ambiente familiar uma continuação nos modelos básicos do tratamento, como atendimento das necessidades básicas, continuidade na medicação adequada, o paciente recebe apoio, afeto e reinserção gradual à socialização. (Rodrigues e Palma, 2015).

Assim, a qualidade de vida seria apresentada como o nível de bem-estar percebido derivado da avaliação feita pelos cuidadores quanto a vários elementos em diferentes dimensões de suas vidas. Diminuição da vitalidade e da saúde (desenvolvimento de depressão e ansiedade), diminuição das interações interpessoais e sociais e até mesmo dores no corpo são resultados de uma baixa qualidade de vida. No entanto, algumas variáveis podem aumentar a percepção dos cuidadores sobre a qualidade de vida, por exemplo, ter apoio social ou conseguir trabalho fora de casa. As atividades cotidianas fora de casa implicam em certo grau de liberdade para os cuidadores por se sentirem úteis ou por exercerem outras funções na comunidade. Essa “liberdade” cognitiva e emocional pode aumentar seu nível de satisfação e amenizar o impacto negativo do transtorno. Não há uma abordagem única para as intervenções familiares, pode ser trabalhadas terapias familiares para redução de Stress, descargas emocionais e solução de problemas.

### **3.1 Algumas recomendações para o trabalho com a família**

Solymos, Maricondi e Soares (2009) apontam que o profissional que trabalha com família precisa aperfeiçoar em si mesmo os seguintes aspectos fundamentais: uma existência sem preconceitos, a disponibilidade para os outros e a capacidade de se desfocar do problema.

Uma existência sem preconceitos consiste em saber agir diante dos acontecimentos da vida. Esta postura exige saber reconhecer e valorizar o que ocorre em detrimento daquilo que se deseja; interessar-se pelo cotidiano e modo de vida das pessoas e não unicamente por suas fraquezas ou doenças; acolhê-las respeitando seu ritmo e o ritmo dos acontecimentos.

Uma disponibilidade para os outros significa uma flexibilidade pessoal em relação aos modos, tempos e lugares das pessoas e suas famílias. Uma habilidade para se desfocar do problema significa não se restringir a ele. Vale dizer, significa centrar a atenção nas possibilidades de vida que as pessoas e as famílias também têm. Desse modo nasce a percepção de que as dificuldades podem ser equacionadas paulatinamente e que a melhor intervenção é aquela que permite que a própria família assuma a responsabilidade de encontrar os meios para o seu enfrentamento. Além desses três aspectos, cabe também ressaltar algumas dicas práticas para o trabalho com família (BRASIL, 2013).

Evitar julgamentos baseados em qualquer tipo de preconceito. Só será possível conversar com uma família em prol do seu desenvolvimento se você puder ouvi-la sem julgar ou recriminar.
Priorizar atendimento mais imediato às famílias com maiores dificuldades psicossociais.
Identificar pessoas que podem auxiliar no cuidado em saúde mental. Pode ocorrer que essas pessoas não pertençam ao grupo familiar de origem.
Observar como a família se coloca no espaço físico de atendimento, ou seja, onde cada pessoa sente ou se distribui no local onde é atendida. Essa observação lhe permitirá perceber alguns aspectos dos papéis familiares. Por exemplo, um filho adulto ao se colocar ao lado da mãe e não permitir seu pai ali se situar, pode indicar uma relação simbiótica entre mãe e filho e um pai com dificuldade de ocupar o seu lugar.
Observar como a família se comunica, se as mensagens são claras ou obscuras, e busque auxiliar na comunicação.

Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde, 2013.

#### 4.1 Abordagem familiar: ferramentas e recomendações

Segundo Pitta, Jose (2018), para uma abordagem familiar é importante aliar conhecimentos científicos e tecnológicos às habilidades de observação, comunicação, empatia e intervenção, o que requer aperfeiçoamento de competências profissionais. Na abordagem familiar, considera-se que a saúde da família vai além da soma da saúde dos indivíduos. Sendo assim, espera-se que os profissionais sejam capazes de identificar e desenvolver as seguintes especificidades:

Cuidar com base na experiência da família ao longo do tempo, ou seja, sua história pregressa, atual e perspectivas futuras;
Trabalhar com todos da família, tanto doentes como saudáveis;
Entender que a família enquanto um sistema é afetado pela mudança de qualquer um de seus membros;
Reconhecer que a pessoa mais doente da família também pode mudar com o tempo;
Promover apoio mútuo e compreensão entre os membros da família sempre que possível;

Levar em conta o contexto social e cultural da família na facilitação de suas relações com a comunidade.
--

Fonte: PITTA, 2018.

À medida que as hospitalizações se tornarem mais breves, os tratamentos se direcionam para o atendimento ambulatorial e comunitário. Pacientes com esquizofrenia podem se beneficiar de programas de hospital-dia ou hospitalização parcial, especialmente aqueles com sintomas que não responderam de forma adequada à medicação. Esses programas devem ter atendimento durante a semana, integrando a intervenção farmacológica às intervenções psicossociais, incluindo terapia ocupacional, psicoterapia individual ou grupal, grupos operativos, oficinas protegidas, treinamento de habilidades sociais e terapia familiar (ANDRESASEN; BLAKE, 2009).

A terapia familiar, combinada às intervenções diretamente direcionadas ao paciente, já demonstrou reduzir as taxas de recaídas na esquizofrenia, obtendo, conseqüentemente, um melhor prognóstico. As famílias necessitam de orientações sobre a natureza da doença, desenvolvimento de habilidades para o melhor relacionamento possível com o paciente, além de ajuste de suas expectativas aos reais limites de cada paciente e também compartilhar o sofrimento com outros familiares e a equipe de saúde quanto às dificuldades em conviver com um de seus membros com um transtorno mental com alterações marcantes em todas as esferas psíquicas (afetivas, volitivas e cognitivas), prejudicando, na maioria das vezes, de forma significativa o desempenho social, incluindo as relações familiares (ANDRESASEN; BLAKE, 2009).

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A perspectiva de que a vida é construída desde o nascimento até a velhice, desenhando uma trajetória de experiências, conhecimentos e mudanças, fundamentou a análise e a discussão da revisão de literatura feito neste trabalho. O surgimento da esquizofrenia desorganiza todo o sistema familiar obrigando o grupo a buscar ajustamentos para a nova realidade que estão vivenciando. Assim, esta pesquisa delineou três momentos de ajustamento na obtenção de informações que permitiram descrever as vivências de familiares da pessoa com esquizofrenia atendendo aos objetivos deste estudo. A literatura nos mostra que a família, quando vivencia o adoecimento, inicia um processo de arranjos e desarranjos, visando manter a união do grupo. Contudo, foi percebido que este processo de mudança na família varia de acordo com a

experiência familiar, o tempo de diagnóstico, o tempo de convívio com o doente, o conhecimento acerca da doença e o quadro clínico em que o doente se encontra.

O convívio com a pessoa com esquizofrenia é uma tarefa exaustiva, em virtude das alterações comportamentais que desorganizam o indivíduo, produzindo sintomas que incluem agressividade e pensamento incompatível com a realidade. A prolongada convivência do familiar com a pessoa que sofre de esquizofrenia, muitas vezes assumindo o cuidado em tempo integral e exposto, cotidianamente, a jornada excessiva de tempo dedicado ao cuidado de seu ente doente, produz no familiar – cuidador significativos problemas de saúde, tanto de ordem física como psíquica. São comuns problemas cardíacos, estresse, tensão, medo, nervosismo, isolamento, desânimo, ansiedade e sintomas psicossomáticos, além do possível desenvolvimento de um transtorno mental. Isto aponta para a necessidade de dedicar aos familiares e cuidadores mais apoio, informações e esclarecimentos sobre os transtornos mentais e as formas de lidar e conviver com a pessoa que sofre com a esquizofrenia. De acordo com os autores pesquisados neste trabalho o cuidador sofre sobrecargas físicas e emocionais, ocasionadas pelos desgastes provocados pelo comportamento de seus doentes, tornando extremamente difícil o convívio familiar.

Por isso, investir nos tratamentos medicamentoso e psicossocial representam importantes medidas de cuidado à pessoa com transtorno esquizofrênico e constituem em elementos facilitadores para a convivência familiar. Outra questão aprendida nesse estudo está relacionada à necessidade de maior atenção por parte dos profissionais em proporcionar acolhimento e esclarecimentos aos familiares e cuidadores sobre o transtorno mental e manejo diante das situações de crise. Com necessidade de estabelecer condutas voltadas não somente para acolher o sofrimento, mas também para garantir aos familiares e cuidadores orientações que possam contribuir para a adesão da família ao serviço e, assim, além de atender à pessoa com transtorno esquizofrênico, ofertar apoio e cuidados aos familiares.

A proposta deste estudo foi conhecer o processo de ajustamento familiar. Três momentos foram identificados: “Aspectos históricos da Esquizofrenia, Diagnóstico e Tratamento”, “A família e a Esquizofrenia” e “Esquizofrenia no contexto familiar”. A metodologia utilizada nos ajudou a melhor entender sobre a doença e entender sobre a experiência dos familiares. Os resultados encontrados na literatura e indicam que a família inicia um processo de ajustamento após o diagnóstico da doença, e que ele é construído por vários momentos diferentes. Isto é, os três momentos identificados são diferentes e com particularidades.

Para cada momento, a família apresenta significados, necessidades, sentimentos, modos de enfrentamento e redes de apoio específico. Alguns sentimentos permeiam por todos os

momentos, mas o seu significado e intensidade variam de acordo com cada fase do processo de ajustamento. Todas as fases do processo de ajustamento familiar proposta neste estudo são ricas e podem ser mais exploradas. Também percebemos pouca referência ao sistema de saúde como uma rede de apoio para a família. Ele é procurado apenas quando o doente necessita de internação ou para o acompanhamento médico. As famílias não tem um estabelecimento de um vínculo com o sistema de saúde para a assistência às necessidades do grupo familiar. A provável dificuldade de se estabelecer um vínculo entre o grupo familiar e o sistema de saúde, pode fazer com que as famílias vivam exclusivamente para os seus doentes, experimentando dificuldades e sentimentos variados, que causam um intenso sofrimento para ambos, nos primeiros anos do adoecimento.

É preciso considerar que a convivência da família com a pessoa com transtorno mental nem sempre é harmoniosa; comumente é permeada por tensões e conflitos, uma vez que é nesse espaço que as emoções são mais facilmente expressadas. Somado a isso, a família ainda vivencia excessiva preocupação com a segurança e a proteção da pessoa com transtorno esquizofrênico, pois os episódios de auto agressividade podem se manifestar com comportamento suicida. Assim manifestações de agressividade, constituem um dos maiores obstáculos para a boa interação entre a pessoa doente e o familiar. Geralmente, os familiares não tem manejo adequado para o controle desse quadro. Além disso, a dificuldade em garantir a adesão ao tratamento medicamentoso e a inserção em dispositivos de reabilitação contribuem para agravar ainda mais o estado do paciente que passa a desencadear crises mais frequentes. Sobrecarga psicológica vivenciada pelo cuidador e a adaptação da família ao problema.

O reconhecimento do processo de ajustamento e a identificação das especificidades de cada fase vivenciada pela família pela Psicologia, permite desenvolver uma nova proposta de Psicoeducação, que vise não apenas o cuidado ao doente, mas também à sua família. Identificar em qual momento cada família está inserida e elaborar um plano de cuidados específico, incluindo apoio contínuo e educativo desde o início do adoecimento pode minimizar o impacto do adoecimento na família. Colaborando para que o grupo familiar consiga proporcionar um ambiente de qualidade para seus membros e seu doente, já que o ambiente familiar interfere diretamente na melhora do paciente. Diante desse estudo, podemos apontar para a necessidade de dedicar maior atenção e orientação aos familiares cuidadores da pessoa com transtorno mental, neste estudo destacando a pessoa com esquizofrenia, com o intuito de preparar familiares para a missão do cuidado e, deste modo, ampliar e fortalecer a rede de cuidados à pessoa com transtorno mental.

Concluimos que a família se insere como suporte de apoio, acolhimento e amor àquele que mentalmente adocece e precisa compreender que seu papel pode ser imprescindível para a evolução do tratamento daquele com diagnóstico de transtorno mental; bem como, na promoção da saúde e prevenção de adoecimento de outros integrantes do núcleo familiar.

Espera-se que este estudo ajude os estudantes e os profissionais da saúde a conhecerem, a partir dessa revisão de literatura sobre esquizofrenia, o real sofrimento ocasionado por esta difícil convivência e que, a partir deste conhecimento, reflitam sobre suas práticas cotidianas, uma vez que, independentemente da área em que o profissional da saúde escolha atuar, sempre haverá oportunidade de acolher a pessoa com transtorno mental com dignidade e respeito à sua cidadania.

## **6. REFERÊNCIAS**

ALEJANDRO, F.; Milla, V. Monografía Esquizofrenia y Familia. **Figshare Presentation**, 2021. <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.14830875.v1>. Acesso em: 30 out. 2021.

APARECIDO, G.A.; SILVA, D.A. da. Avaliação da autoestima em pessoas com esquizofrenia. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 9, n. 8, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/6449>. Acesso em: 30 out. 2021.

BARRETTA, J. P. F. O conceito de vivência em Freud e Husserl. **Psicologia USP** [online]. 2010, v. 21, n. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642010000100004>. Acesso em: 30 out. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei Federal n. 10.216. Lei da Reforma Psiquiátrica. **Ministério da Saúde**, Brasília-DF. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm). Acesso em: 01 nov. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Esquizofrenias. **Portaria SAS/MS nº 364**, de 9 abr. 2013. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wpcontent/uploads/2019/11/PROTOCOLO-CL%C3%8DNICO-E-DIRETRIZESTERAP%C3%8AUTICAS-ESQUIZOFRENIA.pdf>. Acesso em: 13 out 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)**. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/noticia/12396>. Acesso em: 30 out 2021.

CAQUEO-URÍZAR, A.; RUS-CALAFELL, M.; URZÚA, A. ESCUDERO, J.; GUTIÉRREZ-MALDONADO, J. O papel da família na gestão da esquizofrenia: desafios e soluções (*The role of Family therapy in the management of schizophrenia: challenges and solutions*). **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, 2015, p. 145-151. Disponível em: <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=23269>. Acesso em: 14 out. 2021.

CARVALHO, C. M. S. de; et al. Vivências de familiares da pessoa com esquizofrenia. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Droga**. (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 125-131, 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180669762017000300003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180669762017000300003&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 02 mar. 2022.

D'AGORD, M. Esquizofrenia, os limites de um conceito. **Laboratório de Psicanálise EPsico**, 2005. Disponível em: < <https://www.ufrgs.br/psicopatologia/esquiz1.pdf> >. Acesso em: 13 out 2021.

EASSOM E, G.; et al. Implementando o envolvimento da família no tratamento de pacientes com psicose: uma revisão sistemática dos fatores facilitadores e dificultadores. **BMJ Open**, 2014. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/4/10/e006108.citation-tools>. Acesso em: 14 out. 2021.

GIACON, B. C. C.; GALERA, S. A. F. Ajustamento familiar após o surgimento da esquizofrenia. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2013, v. 66, n. 3, pp. 321-326. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000300003>. Acesso em: 02 mar. 2022.

GOMES, A.; GARCIA, C. D. Enfrentamento familiar após o diagnóstico da esquizofrenia.



**Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa**, v. 35, p. 107-116, mar. 2019. Disponível em: <http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistateste/article/view/1000>. Acesso em: 30 out. 2021.

GONCALVES, A. M. N.; et al. Uma revisão histórica das categorias de propensão à esquizofrenia do DSM-I ao DSM-5 (1952-2013). **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.** 21 (4), out./dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/jPFQbjBbFMDGW74Vj bhMbpM/?lang=en>. Acesso em: 02 nov. 2021

NICHOLS, M. P.; SCHWARTZ, R. C. **Terapia Familiar: Conceitos e Métodos**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

PITTA, J. C. N. Caso Complexo: Amélia. **Especialização em Saúde da Família – Universidade Aberta do SUS**. Disponível em: [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_casos\\_complexos/unidade27/unidade27.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_casos_complexos/unidade27/unidade27.pdf). Acesso em: 13 out. 2021.

QUEIRÓS, T. P.; et al. Esquizofrenia: O que os médicos não psiquiatras precisam saber. **Acta Médica Portuguesa**, v. 32, n. 1, pág. 70-77, fev. 2019. Disponível em: <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/10768>. Acesso: 04 nov. 2021.

RODER, Volker; et all. **Terapia Integrada da Esquizofrenia**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.

RODRIGUES, A.; PALMA, D. L. **A influência da inclusão da família no processo terapêutico de pacientes com transtornos mentais atendidos pelo centro de atenção psicossocial em uma cidade do meio-oeste catarinense**. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2015/01/Artigo-Aline-Rodrigues1.pdf>. Acessos em 02 mar. 2022.

SILVEIRA, N. da, 1906. **Gatos: a Emoção de Lidar. 2ª edição**. Rio de Janeiro: Leo Chistiano Editorial, 1998. Disponível em: <https://filosoficabiblioteca.files.wordpress.com/2017/10/silveira-nise-gatos-a-emoc3a7c3a3o-de-lidar.pdf>. Acesso em: 30 out. 2021.

TEIXEIRA, M. B. Qualidade de vida de familiares cuidadores do doente esquizofrênico. **Reben – Revista Brasileira de Enfermagem**, 58 (2), p. 171-175, mar./abr. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/nbgrPtNKZnSXt5DMKTnTP6K/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 02 mar. 2022.