

UNIVERSIDADE DE UBERABA-UNIUBE

THAYNA LIMA DE OLIVEIRA

VITOR HUGO PRADO SILVEIRA

**O MANEJO PSICOLÓGICO NO TRATAMENTO COM A FAMÍLIA DO PACIENTE
DIAGNOSTICADO COM ESQUIZOFRENIA**

UBERABA-MG

2022

UNIVERSIDADE DE UBERABA
THAYNA LIMA DE OLIVEIRA
VITOR HUGO PRADO SILVEIRA

**O MANEJO PSICOLÓGICO NO TRATAMENTO COM A FAMÍLIA DO PACIENTE
DIAGNOSTICADO COM 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.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Janete Tranquila

UBERABA-MG

2022

Dedicamos essa monografia as nossas mães e pais que nos deram coragem e incentivo para conseguirmos alcançar a nossa desejada formatura. Também agradecemos aos nossos avós, amigos, tios e orientadores que nos deram forças para continuar o progresso da sonhada formatura.

AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento desse trabalho de conclusão de curso contou com pessoas importantes para o encerramento desse ciclo e desde então, gostaríamos de agradecer primeiramente a Deus, pois estamos conseguindo fechar esse ciclo da nossa história.

As nossas orientadoras Janete Tranquila e Marilei Silva que foram de suma importância para o nosso crescimento pessoal e profissional.

E a todos que nos ajudaram diretamente e indiretamente e fizeram parte da nossa formação, o nosso muito obrigado.

“O que melhora o atendimento é o contato afetivo de uma pessoa com a outra. O que cura é a alegria, o que cura é a falta de preconceito.”

Nise da Silveira

LIMA DE OLIVEIRA, THAYNA; PRADO SILVEIRA, VITOR HUGO. **O MANEJO PSICOLÓGICO NO TRATAMENTO COM A FAMÍLIA DO PACIENTE DIAGNÓSTICADO COM ESQUIZOFRENIA**. Uberaba/MG, 2022. Monografia, p. 19. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) Universidade de Uberaba. Orientadora: Prof. Ms. Janete Tranquila Gracioli.

RESUMO

A esquizofrenia é uma doença mental crônica, que está relacionada com a deterioração do funcionamento do pensamento e da emoção do sujeito apresentando diversos sintomas psicóticos considerados graves. Este trabalho investiga a esquizofrenia e os impactos que afetam a família cuidadora, bem como as intervenções psicossociais realizadas pelo psicólogo no manejo do tratamento. Para tanto foi realizada uma revisão narrativa da literatura com artigos publicados nas plataformas virtuais SCIELO, LILACS, PEPSIC e o portal CAPES, a partir de 2005, sendo incluídos e selecionados 18 artigos científicos, respeitando a temática principal: esquizofrenia e a família. Os resultados obtidos apontaram que a esquizofrenia causa limitações em várias dimensões da vida da pessoa que passa a depender dos cuidados da família, o que se torna desafiador. Os impactos para os familiares são multifatoriais desde a falta de conhecimento acerca da doença, impacto na condição financeira, o enfrentamento de questões relacionado ao tratamento até os preconceitos sofridos. Além disso, a família cuidadora apresenta diferentes sentimento de culpa, impotência, intolerância, e sobrecarga sendo importante que o atendimento psicossocial seja estendido a toda família. Logo, o atendimento que valoriza o paciente e a família é ofertado pela rede de serviços no CAPS serviço público de saúde que visa a humanização. Vale ressaltar que o tratamento com resultados positivos é aquele integrado, ou seja, o manejo medicamentoso e psicoterapêutico de forma contínua e qualificado. Constatou-se também que as intervenções psicossociais estendidas a família ajudam a fortalecer os vínculos afetivos e potencializar os resultados do tratamento com muitos benefícios para o esquizofrênico ter uma vida digna.

Palavras-chave: Esquizofrenia. Família Cuidadora. Intervenções Psicossocial.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:	4
2.1. CAPÍTULO 1- ESQUIZOFRENIA: UMA DOENÇA FAMILIAR?	4
2.2. CAPÍTULO 2- PÓS DIAGNÓSTICO: COMO FICA A FAMÍLIA?	7
2.3. CAPÍTULO 3 - AS DIFERENTES FORMAS DE TRATAMENTO DO ESQUIZOFRÊNICO E O PAPEL DA FAMÍLIA CUIDADORA E DA PSICOLOGIA..	9
3. DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS ..	14
REFERÊNCIAS	17

1. INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é uma doença mental crônica, que está relacionada com a deterioração do funcionamento do pensamento e da emoção do sujeito, que gera uma ruptura no desenvolvimento do indivíduo, havendo a perda do contato com a realidade e prejuízos na capacidade intelectual (VIEIRA; MOREIRA *et al*, 2008 *apud* JUNIOR e FERREIRA, 2018).

A esquizofrenia é uma doença mental de alta prevalência entre as condições psiquiátricas que ocupam a maioria nos leitos hospitalares psiquiátricos, além disso engloba diferentes causas e que traz vários impactos na vida do doente e de sua família. No Brasil registra cerca de 75.000 novos casos deste transtorno por ano, na ordem de 50 casos para cada 100.000 habitantes. A importância da família diante o manejo do cuidado com o paciente diagnosticado com esquizofrenia ajuda tanto na melhora, quanto no trabalho multidisciplinar da rede de atenção à saúde mental (OLIVEIRA *et al*, 2012 *apud* DANTAS, 2018).

A expansão dos CAPS, considerado pelo Ministério da Saúde como um serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos, promove a expansão de conhecimentos e de profissionais formados no campo da psicologia, oferece um serviço mais humanizado, tratamento mais efetivo e com outras abordagens além da medicação (PEREIRA, 2015 *apud* DANTAS, 2018).

Sob esse prisma, o autor supracitado defende que o familiar cuidador também deve ser inserido na rede psicossocial, como o CAPS para compreender o processo saúde-doença. A importância dessa inserção é indiscutível na vida do paciente e cuidador para a efetivação da sua melhora.

A sociedade não consegue aceitar a doença, visto que desde o momento da primeira crise até o diagnóstico o paciente e sua família enfrentam os mais diversos problemas, o que pode favorecer sentimentos contraditórios nos cuidadores e muitos optam pela internação por falta de instrução ou até mesmo para aliviar o cansaço ou acreditando que um tratamento mais intenso possa oferecer a cura e o psicólogo intervindo de maneira assertiva pode fortalecer a família e fazer essa integração entre os familiares e o paciente evitando o modelo manicomial.

O objetivo desse trabalho foi investigar a esquizofrenia e como os seus impactos afetam a família cuidadora e bem como as intervenções psicossociais realizadas pelo psicólogo no tratamento.

Para tanto foi realizado uma revisão narrativa da literatura em artigos publicados em plataformas virtuais conhecidas e consolidadas no meio acadêmico SCIELO (Scientific

Electronic Library Online) LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) PePSIC (Periódicos Eletrônicos em Psicologia) e portal CAPES.

Dessa forma foram pesquisados inicialmente tantos artigos científicos 32 de acordo com as palavras-chave: esquizofrenia e família, a partir de 2005, porém selecionados e aproveitados para este trabalho 18 artigos científicos.

Assim este trabalho de conclusão de curso foi constituído da seguinte maneira:

Capítulo 1. *Esquizofrenia: uma doença familiar?* Foi trabalhado o que é a esquizofrenia, os sintomas positivos e negativos, e demais fatores e características da doença, assim como os possíveis métodos para o enfrentamento da doença e as hipóteses mais estudadas. Também foi discutido se o esquizofrênico é simplesmente o protagonista de um adoecimento familiar.

Capítulo 2. *Pós Diagnóstico: Como Fica a Família?* Apresentou-se as mudanças ocasionadas no ambiente familiar pós diagnóstico da doença. O cuidado e manejo oferecido a família é muito importante para ajudar no entendimento da doença bem como no tratamento do paciente, atendido na rede pública de saúde - CAPS que dará suporte na integração da família com a doença.

Capítulo 3. *As Diferentes Formas De Tratamento Do Esquizofrênicos e o Papel da Família Cuidadora e da Psicologia.* Esse capítulo nos direcionou a um entendimento mais crítico em como a psicologia pode auxiliar a família e as intervenções oferecidas, como rede de apoio, CAPS, trabalhos em grupos etc. Além disso, foi mostrado a relevância da terapia sistêmica e as contribuições dessa abordagem no cuidado com todo sistema familiar que envolve o esquizofrênico e seu cuidador.

E por fim a ***Discussão e Análise dos Resultados e Considerações Finais:*** verificou-se que com a reforma antimanicomial os cuidados do esquizofrênico passaram a ser da família que muitas vezes não está preparada para esse cuidado, tendo que enfrentar inúmeras dificuldades, tais como: falta de informações e conhecimentos sobre a doença, financeiras, sociais e emocionais.

Vale ressaltar que essa sobrecarga da família cuidadora é sentida tanto nos aspectos emocionais e físicos como nos encargos econômicos e profissionais, pois geralmente o esquizofrênico se depara com obstáculos para conduzir sua vida ficando cada vez mais dependente da família.

É de extrema importância fortalecer o familiar cuidador para poder ajudar o esquizofrênico com mais amor, pois isto trará melhores resultados para o tratamento e no enfrentamento dos muitos estigmas que a doença carrega.

Com base nos achados aqui apresentado, este estudo se mostra relevante para nós acadêmicos de psicologia pois, mesmo sendo uma doença mental sem cura, é possível cuidar e tratar o esquizofrênico de maneira humanizada além de auxiliar também a família no suporte emocional para lidar nesta função de cuidadora.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

2.1. CAPÍTULO 1- ESQUIZOFRENIA: UMA DOENÇA FAMILIAR?

A esquizofrenia etimologicamente significa divisão da mente e é uma doença crônica muito comum na atualidade com prevalência de 1% na população mundial e que aparece em todas as partes do mundo e em todas as classes sociais e etnias, mas tendo maior ocorrência em meios urbanos e classes sociais baixas. Essa doença tem relação com o deterioramento do funcionamento normal e do desenvolvimento do indivíduo, havendo a perda do contato com a realidade e conseqüentemente perda do juízo crítico (VIEIRA, MOREIRA, *et al*, 2008 *apud* JUNIOR, FERREIRA, 2018).

De acordo com o DSM-5 os sintomas da esquizofrenia envolvem uma variedade de disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais e essas disfunções alteram a percepção, o raciocínio lógico, a linguagem e a comunicação, o afeto, a vontade, o impulso e a atenção (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

A esquizofrenia é dividida em tipos os subtipos I e II ou positivo e negativo. O sintoma positivo é como ideias de perseguição, delírios, alucinações e achar que tem poderes paranormais e apresentar comportamento desorganizado. Os delírios mais comuns apresentados são: o delírio persecutório (o indivíduo tem ideias de prejuízo contra si, sente-se ameaçado, perseguido, espiado ou vítima de uma conspiração); o delírio de auto relacionação (o indivíduo acredita que as experiências são voltadas para si, que falam sobre si e frequentemente em tom depreciativo); Delírios de referência: acreditam que letra de músicas, livros são diretos para si. O último delírio convencional é o delírio de retirada ou inserção de pensamento: o esquizofrênico acredita-se que o outro tem o poder de ler sua mente e que seus pensamentos são transmitidos para outra pessoa (TSUANG, VAN, TANDON, *et al*, 2013).

Segundo os autores supracitados os sintomas negativos são caracterizados como uma falta de interesse, isolamento social e pobreza da fala, anedonia: há falta de interesse nas atividades, associabilidade: falta de interesse em relacionamentos. Esses sintomas levam a perda de motivação. Ela pode ser dividida em subtipos com déficits e sem déficits, na gravidade dos sintomas negativos. O subtipo com déficit tem sintomas negativos, que não são explicados por outros fatores (depressão, ansiedade etc.). Entretanto o subtipo sem déficit pode ter delírios, distúrbios de pensamentos etc. Porém, não são relativamente sintomas negativos.

As alucinações são muito frequentes na esquizofrenia podendo ser de qualquer modalidade sensorial, mas as auditivas que são aquelas que tomam a forma de vozes são as

mais comuns e acometem cerca de 50% dos pacientes. Essas vozes que normalmente são desagradáveis, críticas, ameaçadoras, obscenas ou insultuosas podem surgir sendo apenas uma voz ou mais, podem ser vozes que conversam entre si, que comentam o comportamento do doente e o que se passa à sua volta ou em forma de comando dando ordens. Entretanto, a presença das alucinações de outras modalidades sensoriais é mais incomum do que os visuais que acometem cerca de cerca de 15% dos pacientes, bem como as táteis 5%, os delírios são outros sintomas frequentes e acometem mais de 90% das pessoas portadoras dessa doença psiquiátrica (SILVA, 2006).

Segundo os autores Tsuang, Van, Tandon, *et al*, 2013, a esquizofrenia é dividida em cinco fases tais como: Prodrômica; prodrômica avançada; fase precoce da psicose; fase intermediária e tardia do transtorno. Na fase prodrômica os indivíduos não manifestam sintomas, pode ocorrer uma desorganização social leve, diminuição da capacidade de sentir (anedonia) e outras deficiências gerais. Na fase prodrômica avançada, pode englobar o afastamento, irritabilidade, desconfiança, pensamentos incomuns, distorção da percepção. Na fase precoce na psicose, os sintomas são ativos. Na fase intermediária, os períodos podem ser episódicos ou contínuos, porém na fase tardia do transtorno, a incapacidade de poder estabilizar ou diminuir.

A causa da esquizofrenia ainda é desconhecida, entretanto já é considerada uma doença multifatorial porque alguns fatores de risco como hereditariedade e a variação entre diversos tipos de culturas podem ser alguns fatores relacionados à etiologia da doença. Se no núcleo familiar, tiver uma pessoa diagnosticada com esquizofrenia, existe uma grande possibilidade de aparecer em outros familiares, por outro lado, vale ressaltar que o ambiente de convivência pode também ser um fator de risco para desencadear o transtorno psicótico (BURIOLA e LOPES, 2015).

Assim algumas pesquisas explicam que a causa da esquizofrenia mais aceita é a hipótese dopaminérgica, ou seja, seria causada por um excesso de dopamina. Entretanto, a teoria dopaminérgica separada ainda não traz todas as respostas para algumas questões, como por exemplo: o motivo do início dos sintomas ocorrer usualmente na adolescência e no começo da vida adulta, como se dão as alterações estruturais cerebrais e os prejuízos cognitivos e o motivo dos antipsicóticos não serem igualmente eficazes sobre sintomas negativos (RANGEL e SANTOS, 2013).

Alguns estudos e pesquisas revelaram que os medicamentos antipsicóticos eficazes na esquizofrenia eram antagonistas dos receptores de dopamina, além disso, os agentes liberadores

de dopamina poderiam produzir sintomas psicóticos. No caso do glutamato, os mecanismos propostos para explicar sua mediação na esquizofrenia são baseados na neurotoxicidade induzida por esse neurotransmissor e sua interação com a dopamina. O glutamato é um neurotransmissor excitatório capaz de atuar em qualquer neurônio cerebral (MOGHADDAM e JAVITT, 2012).

Embora, a esquizofrenia não se manifesta na infância, os fatores da infância podem influenciar o início de uma esquizofrenia na vida adulta, como: trauma e negligência na infância, infecções virais do sistema nervoso central, predisposição genética e complicações intrauterinas, do parto ou pós-natais. A esquizofrenia pode progredir em diversas fases e os pacientes tendem a apresentar sintomas psicóticos antes mesmo de procurarem um acompanhamento médico. Os sintomas comprometem a capacidade de executar funções motoras, cognitivas de grande porte, entretanto, os sintomas podem interferir na vida como um todo - pessoal, profissional e social. Podem vir a ocorrer isolamento, perda de relacionamento, perda da capacidade de cuidar de si mesmo, certa apatia, abandono escolar e até desemprego entre outros fatores (TSUANG, VAN, TANDON, *et al*, 2013).

A esquizofrenia é considerada uma doença com fator hereditário pois muitos estudos epidemiológicos mostram a probabilidade e a relação entre o risco de esquizofrenia e o grau de parentesco por exemplo: os indivíduos que possuem parentes em primeiro grau com esquizofrenia possuem um risco aumentado em desenvolver a doença (VALLADA FILHO & BUSATTO, 1996 *apud* SILVA, 2006).

Essas pesquisas evidenciam a existência de fatores genéticos na etiologia da doença e de fatores ambientais, já que, teoricamente, se fossem apenas genéticos, gêmeos monozigóticos teriam 100% de risco, pois são geneticamente iguais. Embora, a esquizofrenia seja uma doença multifatorial, ou seja, além de envolver fatores genéticos, como genes de susceptibilidade para a doença, também está relacionada a fatores ambientais, tais como viroses, complicações na gravidez e privação nutricional e pré-natal (RANGEL e SANTOS, 2013).

O ambiente familiar de pacientes esquizofrênicos geralmente tem sua rotina modificada, pois existe uma gama de fatores subjetivos, associados a sobrecarga e estresse que interfere diretamente na qualidade e bem-estar dos cuidadores familiares das pessoas com esquizofrenia. Além disso, a intensa jornada de cuidados no manejo do paciente esquizofrênico geralmente em condições precárias e sem domínio de conhecimento sobre a doença torna-se uma condição de risco que pode acarretar ao cuidador vários problemas de saúde biopsicossociais.

Segundo Estevan e Marcon, *et al.* (2011) para alguns cuidadores, lidar com o doente mental é como uma tarefa que não tem fim o que pode desencadear uma convivência traumática e angustiante que acaba deixando marcas não só no esquizofrênico, mas também em seus familiares que vivem esse processo de adoecimento (ESTEVAN e MARCON, *et al* 2011 *apud* JUNIOR e FERREIRA, 2018).

2.2. CAPÍTULO 2- PÓS DIAGNÓSTICO: COMO FICA A FAMÍLIA?

Segundo a lei 10.406/02 de 10 de janeiro de 2002 (BRASIL, 2002) o adoecimento psíquico severo impede o indivíduo de administrar a sua própria vida ficando dependente de um cuidador. Assim a família fica com a responsabilidade do cuidado absoluto e a tomada de posse da curatela do portador de transtorno mental que pode ser dos pais ou tutores, cônjuge ou qualquer grau de parentesco (JUNIOR e FERREIRA, 2018).

A função do familiar cuidador é geralmente uma tarefa difícil, pois o comportamento causado pela doença no esquizofrênico, bem como todas as conotações culturais e sociais negativas, conduz ao desenvolvimento de tensões no sistema familiar e, conseqüentemente, a dificuldades do familiar no processo de adaptação ao papel de cuidador (CAQUEO-URIZAR *et al.*, 2015, KUIPERS E ONWUMERE; BEBBINGTON, 2010 *apud* FERNANDES, CASTRO e FERNANDES, 2020).

A forma como a esquizofrenia impacta a família, tem sido comparado a vivências traumáticas semelhantes a vítimas de catástrofes. Quando ocorre o primeiro episódio, geralmente no final da adolescência ou início da vida adulta, a família vive uma situação de estresse que a desorganiza na sua dinâmica familiar afetando a todos (SAUNDERS, 1997; *apud* GIACON, 2013).

A dinâmica familiar com a configuração de um ente com transtorno mental provoca muitas alterações nos sentimentos e na forma de lidar com os problemas. Muitas famílias não têm acesso à informação e se sentem sobrecarregadas, não somente nos aspectos emocionais e físicos, mas também nos encargos econômicos e papéis profissionais (NAVARI e HIRDES 2008 *apud* JUNIOR e FERREIRA, 2018).

A relação interpessoal dos familiares deve ocorrer de forma acolhedora e que respeite as particularidades de cada um. Após o diagnóstico, pode haver uma quebra de expectativas nas

famílias, muitas vezes, acabam ocorrendo sentimentos negativos que acarretam até mesmo em um afastamento na relação (FERNANDES & VARETA, 2019; MCCANN *et al.*, 2011 *apud* FERNANDES, CASTRO e FERNANDES, 2020).

Em decorrência das inúmeras alterações comportamentais do esquizofrênico, a família muitas vezes acaba não compreendendo e não sabendo lidar com as mudanças provocadas pela doença e somando-se à sobrecarga no decorrer do tratamento o ente pode vir a perder o apoio familiar e em última instância até o abandono de fato (CHIEN, LEUNG, YEUNG e WONG, 2013 *apud* FERNANDES, CASTRO e FERNANDES, 2020).

Dessa forma se faz necessário desenvolver a resiliência familiar, ou seja, a capacidade da família cuidadora perceber o ente querido, além da doença e conseguir maior aceitação desta, no contexto social em que vive (ELCKERMANN, 2018 *apud* FERNANDES, CASTRO e FERNANDES, 2020).

De acordo com os autores Patterson e Kelleher (2005) o processo de resiliência consiste em 4 fases: deterioração, adaptação, recuperação e crescimento, ou seja, alguns cuidadores familiares podem adaptar-se às mudanças impostas pela esquizofrenia e prosperam, mas, outras famílias não conseguem ter o manejo de cuidar por conta das adversidades (PATTERSON e KELLEHER 2005 *apud* FERNANDES, CASTRO e FERNANDES, 2020).

O enfrentamento da doença do ente familiar se faz necessário entre vários aspectos por meio da psicoeducação que foi definida como um conjunto de abordagens que tem como objetivos ajudar os doentes e seus familiares a aprender o que necessitam sobre a doença mental e a dominar formas de manejo tais como: o lidar com os problemas do cotidiano, bem como reduzir o stress familiar, providenciando suporte social e encorajamento, permitindo um enfoque no futuro, com mais esperanças mais humano do que um remoer mórbido do passado (GONÇALVES-PEREIRA *et al.*, 2006; LUCKSTED, MCFARLANE, DOWNING, & DIXON, 2012 *apud* PINHO, 2013).

De acordo com Ballarin e Carvalho *et al* (2011) aconteceram algumas transformações durante as últimas décadas decorrentes da Reforma psiquiátrica e graças a esses inúmeros avanços que foram implantados diferentes serviços de assistência à saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, os Serviços Residenciais Terapêuticos - SRTs, os Centros de Convivência, as Cooperativas e Oficinas de Trabalho, bem como outros planos

terapêuticos decorrentes da luta antimanicomial (BALLARIN e CARVALHO *et al.*, 2011 *apud* JUNIOR e FERREIRA, 2018).

Nesse sentido Ferreira *et al.* (2017) reforçam que a família necessita do apoio e conhecimento desses serviços públicos disponíveis pelo Sistema Único de Saúde, sendo o (CAPS) o acesso principal para obter o atendimento e intervenção necessária ao portador de esquizofrenia. Atualmente o CAPS oferece um serviço multiprofissional com modelo de atuação que respeita o paciente em sua subjetividade dando prioridade a reconstrução de vida. Assim as práticas de excluir, disciplinar e medicar estão sendo substituídas com prioridade absoluta por implementação de práticas sociais publicas inclusivas, ou seja, um tratamento acolhedor, cuidadoso e que permite estabelecer pontes com a sociedade (FERREIRA *et al.*, 2017 *apud* LEITE, SANTOS e VELOSO, 2021).

Os autores supramencionados esclarecem ainda que o cuidado passa a ter como princípio a defesa da vida e a percepção de pertencimento à comunidade. Os tratamentos ofertados pelo CAPS têm como objetivo ajudar a integrar o paciente na comunidade e na família.

2.3. CAPÍTULO 3 - AS DIFERENTES FORMAS DE TRATAMENTO DO ESQUIZOFRÊNICO E O PAPEL DA FAMÍLIA CUIDADORA E DA PSICOLOGIA.

Segundo o autor Amarante (2005), em 1978 surgiu no Brasil, os primeiros movimentos construídos por diversas famílias de pessoas com transtornos mentais, além de integrantes do movimento sanitário e sindicalistas, que denunciaram a repressão sofrida pelos internos dos hospitais psiquiátricos que consolidou a reforma psiquiátrica Brasileira, ocorrendo diversas reuniões para discutir uma reorientação da assistência e o fim dos manicômios (AMARANTE, 2005, *apud* LIMA, FERREIRA, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde, (2005), foi em meio a essas lutas que o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi fundado, assim como a criação do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), descobriram a importância de um cuidado psicossocial ofertado às pessoas com sofrimento psíquico. Contudo, a consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, foi um movimento, muito vagaroso, mas proporcionou o início da construção de uma rede de atenção à saúde mental visando à redução de leitos psiquiátricos, apostando em um modelo substitutivo, em defesa dos direitos humanos dos indivíduos com sofrimento mental, a fim de

humanizar a assistência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005 *apud* RODRIGUES e PALMA, 2015).

Os CAPS são unidades que oferecem um atendimento público em saúde mental a seus usuários, um programa de cuidados intensivos, elaborado por uma equipe multidisciplinar, composta por psicólogo, médicos psiquiatras, enfermeiros e assistentes sociais, que proporcionam um tratamento terapêutico, humanizado dentro da rede. Inicialmente instaurados algumas alternativas terapêuticas ao modelo de atendimento centrado no hospital psiquiátrico. As unidades assistenciais passam a ter, desde 2002, a função estratégica de articular as forças de atenção em saúde e as da comunidade, visando à promoção da vida comunitária e da autonomia de seus usuários (CARDOSO e SEMINOTTI, p.1, 2006 *apud* RODRIGUES e PALMA, p.3, 2015).

De acordo com Tavares (2012), a família é a intermediadora e responsável pelos cuidados do ente diagnosticado com esquizofrenia, que precisa de auxílio para o tratamento medicamentoso e psicoterapêutico. Entretanto, a família precisa ser orientada em como manejar as ações de cuidado, para inseri-lo, como um todo, na sociedade e no mercado de trabalho, portanto, com a adesão do cuidado, a família deve ser inserida nesse contexto, para que o cuidado seja efetivo, deixando de acreditar que devem ser excluídos. Embora, não só o paciente adoecido que deve ser beneficiado no tratamento, mas todo o sistema familiar (TAVARES, 2012 *apud* SILVA e KOCH, 2015).

Sob este prisma o plano terapêutico de um esquizofrênico deve ser um projeto singular que respeite a individualidade e o ritmo da pessoa além de potencializar os seus recursos e mecanismos com o objetivo de aumentar o nível de autonomia e sem desprezar seu preparo para o convívio em sociedade (GOLDBERG, 2001 *apud* NOGUEIRA, 2013).

Para o autor Scazufca (2000), no processo de Reabilitação Psicossocial, o trabalho do psicólogo busca conduzir o paciente a potencializar suas habilidades e virtudes e as intervenções psicossociais devem ser pautadas no tratamento da pessoa diagnosticada esquizofrênica, simultaneamente, ao tratamento medicamentoso e demais atendimentos específicos, sendo o psicólogo responsável pela avaliação junto ao usuário considerado esquizofrênico para definir qual deve ser a melhor intervenção para seu restabelecimento psicossocial. Além disso, a dinâmica do tratamento entre a interação medicamentosa aliada a uma intervenção terapêutica poderá equilibrar os sintomas presentes na pessoa considerada esquizofrênica e assim, minimizar as perdas cognitivas, sociais, emocionais e até profissionais (SCAZUFCA, 2000 *apud* NOGUEIRA, 2013).

Em se tratando de Reabilitação Psicossocial no Brasil, o autor Pitta (2001) menciona que os multiprofissionais devem ser cuidadosos e com atitudes humanizadas mesmo no conhecimento especializado de cada um, considerando também políticas públicas existentes e que regem o trabalho (PITTA, 2001 *apud* NOGUEIRA, 2013).

Nessa conjuntura, Bertolote (2001) enfatiza também para a importância da Reabilitação Psicossocial não se ater a reabilitar somente, mas sim, transmitir informações e restituir seus direitos enquanto doentes mentais, preparando assim as famílias cuidadoras para buscarem maior acesso a estes ambientes públicos bem como, os serviços oferecidos (BERTOLOTE, 2001 *apud* NOGUEIRA, 2013).

Ainda nesta perspectiva é fundamental um atendimento humanizado e com comunicação livre e que elimine os paradigmas sociais e as atitudes estigmatizantes presentes nestes serviços de saúde. Diante disso, inúmeras técnicas já estão instauradas dentro e fora dos hospitais, ambulatorios como meios de reduzir a cronicidade da condição limitante do paciente. Dentre as alternativas destacam-se: terapia vocacional, os ateliês terapêuticos, grupos operativos e e grupos operativos (PITTA, 2001 *apud* NOGUEIRA, 2013).

Na ótica do mesmo autor, a Reabilitação Psicossocial é um aglomerado de programas e serviços que servem para facilitar a vida daqueles indivíduos com problemas severos e persistentes de doença mental. Também é uma atitude estratégica, política e complexa aos grupos de pessoas vulneráveis que necessitam por cuidados específicos.

De acordo com Pitta (2001) neste contexto, os usuários diagnosticados com esquizofrenia, ao participarem das oficinas terapêuticas, demonstram envolvidos em desenvolver habilidades manuais e se engajam na realização de algum tipo de produção, assim, os indivíduos poderão construir uma perspectiva na direção de uma reabilitação social. A família pode ser ajudada juntamente com o paciente no CAPS nas oficinas terapêuticas e nos trabalhos em grupos, afinal, é de extrema importância a participação da família para contribuição da melhora do paciente (PITTA, 2001 *apud* NOGUEIRA, 2013).

O grupo de família é a atividade realizada de acordo com o CAPS exclusivamente para os membros das famílias dos pacientes com adesão ao tratamento. Esse grupo possibilita interação e compartilhamento das vivências entre os participantes, além de troca de conhecimento e de informações oferecidas pelos profissionais de saúde para o manejo do tratamento do familiar esquizofrênico.

No processo psicodinâmico terapêutico derivam de paradigmas, que tendem a excluir famílias de informações, causando desordens. Portanto, os modelos de terapia familiar têm envolvido os membros da família no tratamento sem a premissa de que os

sintomas da esquizofrenia ou de desordens afetivas irão desaparecer mediante a manutenção do equilíbrio um ambiente familiar disfuncional. (...) Os familiares devem estabelecer conhecimentos sobre a doença, dos sintomas e efeitos pertinentes, passando a enfrentar a doença com mais segurança e menos sofrimento (NAVARINI e HIRDES, p.2, 2008 *apud* RODRIGUES e PALMA, p.10, 2015).

Neste enfoque aponta que participação do psicólogo, que dê enfoque na saúde mental e qualidade de vida do cuidador familiar, para possibilitar uma melhor intervenção e manejo no tratamento do paciente e a condução de intervenção, na prática cuidadora introduzindo a sobrecarga da família e a continuidade do cuidado durante o ciclo da vida (AMIN, 2001 *apud* OLIVEIRA, SANTOS, FARIA e SILVA, 2020).

Como intervenção podem ser usados manejos educacionais, para conhecimento sobre a esquizofrenia, reconhecimento do medicamento como fator importante do tratamento, novos métodos de lidar com os problemas da rotina, foco nos problemas trazidos pela família, reduzir a tensão e aprimorar para lidar com as situações difíceis (SCAZUFCA, 2000 *apud* OLIVEIRA, SANTOS, FARIA e SILVA, 2020).

Diante disso, o foco é fornecer informações a essas famílias em vez de remediá-las, a psicoeducação traz a terapia familiar que adveio de uma tentativa de obter novas formas de atuar em problemas psiquiátricos importantes como a esquizofrenia. projetaram intervenções destinadas a ajudar as famílias de esquizofrênicos a criar uma atmosfera que não apenas reduz as chances de recidivas, mas também promove um funcionamento ideal de seu membro esquizofrênico (MINUCHIN, 2008 *apud* OLIVEIRA, SANTOS, FARIA e SILVA, 2020).

Na abordagem de terapia familiar sistêmica, que também é vista como uma importante abordagem e de intervenção, pois foi muito eficaz em trazer a família como um conjunto de pessoas que por sua ligação afetiva estão, dinamicamente, gerando subjetividades e não apenas pessoas que fazem parte do mesmo espaço, tem a intenção de beneficiar o cuidador, para que possam ser ouvidos e tenham um espaço particular para apresentar suas dificuldades, anseios, conflitos, que possam ser atendidos de forma terapêutica (SANTOS, 2015 *apud* OLIVEIRA,SANTOS,FARIA e SILVA, 2020).

Os preconceitos pela doença podem ser danosos em relação ao doente e a sua família atribuindo desagregações muitas vezes irreversíveis, não se pode pensar no doente como responsável por relações conflitantes ou dificuldades enfrentadas pela circunstância do problema percorrido, também não é adequado pensar na família como sendo uma detonadora ou parte do adoecimento. Precisamos restituir relações positivas com a fluidez do diálogo, tendo em vista que "o transtorno mental provoca deslocamentos nas expectativas e nas relações

afetivas entre as pessoas, ao ser um fenômeno não integrado no código de referência do grupo" como nos lembra a autora (ROSA, 2011 *apud* OLIVEIRA, SANTOS, FARIA e SILVA, 2020).

Um ponto relevante apontado por Santos (2015) que fundamenta a necessidade de uma importância de uma terapia familiar com uso da abordagem sistêmica que a partir de seus conceitos de padrão emocional; e ressonância, conseqüentemente movimentará o sistema familiar no sentido de observar a conduta existente e como criar parâmetros que gera bem-estar na interação da família e paciente (SANTOS, 2015 *apud* OLIVEIRA, SANTOS, FARIA e SILVA, 2020).

De acordo com Tavares (2012) existe uma necessidade de uma fundamentação mais aprofundada de estudos sobre a esquizofrenia relacionada a família com o intuito de esclarecer sobre a doença e auxiliar os parentes a encontrar alternativas de cuidar com afetividade do portador de esquizofrenia e de políticas públicas eficientes que possam ajudar os entes a conviver com o familiar adoecido e inseri-lo na sociedade de forma eficaz e humanizada (TAVARES, 2012 *apud* SILVA, KOCH, 2015).

Diante do exposto Silva (2016) afirma a importância de falar sobre o conceito esquizofrenia para a promoção de saúde para compreender a doença para ter o melhor tratamento adequado que seja composto por uma equipe multidisciplinar, como psicoterapia, socioterapia com a finalidade de proporcionar qualidade de vida e sociabilidade entre a família e o paciente, também é muito importante fazer o tratamento com a prática terapêutica medicamentosa para ajudar na eficácia do tratamento (SILVA, 2016 *apud* OLIVEIRA, SANTOS *et al*, 2020).

3. DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a leitura aprofundada dos artigos que integram este estudo foi constatado que a esquizofrenia é uma doença mental crônica com muitos impactos no comportamento pessoal, social e da família.

Os resultados obtidos identificam como principais sintomas da esquizofrenia são: os delírios onde a pessoa tem graves sentimentos de perseguição e ameaças, as alucinações que na maioria dos casos são auditivas, mas há também alucinações visuais e táteis. Estes sintomas são classificados também em sintomas negativos que são caracterizados pelo isolamento social e pela apatia e os sintomas positivos representados pelos delírios e pelas alucinações com muita agitação.

A Esquizofrenia é uma doença mental grave e ainda de causa desconhecida, mas atualmente é considerada multifatorial por ter fatores genéticos e ambientais presentes nos diagnósticos, sendo o fator genético o de maior risco, visto que a probabilidade de desenvolver quando se tem um parente de primeiro grau com a doença é ainda maior, mas não é um fator determinante e único. Também algumas pesquisas defendem os fatores ambientais relacionados a viroses, complicações na gravidez e pré-natal, privação nutricional entre outros.

Vale ressaltar também que frequentemente a doença surge no final da fase da adolescência e início da fase adulta, e com grandes impactos na vida da pessoa bem como de sua família. Diante o diagnóstico de esquizofrenia se faz necessário que os familiares assumem o papel de cuidador, sendo essencial para que haja adesão ao tratamento do esquizofrênico pois, são eles que darão o sentimento de conforto, amor e estabilidade, porém para muitas famílias, a fim de enfrentar o processo pode ser angustiante e pode emergir com incertezas quanto ao futuro do ente com a esquizofrenia.

Portanto, é fundamental que a família também procure ajuda para entender o processo de adoecimento, e assim evitar internações desnecessárias e intervenções por conta própria, além de atitudes negligentes ou de abandono do portador de esquizofrenia. Contudo o CAPS como prestador de serviços públicos de saúde, tem sido de muita valia para as famílias, ou seja, é uma rede humanizada que oferece atendimento aos pacientes com transtornos mentais e entre outros, e na orientação da família para conduzir o tratamento com mais qualidade de vida.

No contexto da luta antimanicomial um outro olhar está sendo feito para a pessoa com doença mental, principalmente a sociedade como um todo começaram a se importar com o cuidado humanizado e que a família deve ter um papel de protagonista no cuidado de seu ente familiar com doença mental, aqui neste estudo com foco na esquizofrenia. Assim cabe ressaltar que com a reforma antimanicomial a família fica com a responsabilidade do cuidado absoluto, haja visto que a esquizofrenia é um transtorno mental grave e muitas vezes incapacitante para a pessoa com a doença mental e a família diante do diagnóstico na maioria das vezes não sabe como agir e o ambiente familiar passa a ser totalmente modificado em sua rotina, e tarefas de cuidar.

Assim os familiares do portador de esquizofrenia passam a ter uma jornada de trabalho e de cuidado intensa e geralmente em condições precárias e sem conhecimento acerca da doença, gerando sofrimento e vários problemas de saúde biopsicossocial já que eles também vivem e acompanham o processo de adoecimento do esquizofrênico. A forma como impacta na família tem sido comparado ao trauma de vítimas de catástrofes, e quando ocorre o primeiro episódio do transtorno ou até mesmo quando recebem o diagnóstico são tomados por vários sentimentos de impotência, desolados, medo e de culpa e até vergonha diante das crises do doente familiar.

Vale ressaltar que essa sobrecarga da família cuidadora é sentida tanto nos aspectos emocionais e físicos como nos encargos econômicos e profissionais, pois geralmente o esquizofrênico se depara com obstáculos para conduzir sua vida ficando cada vez mais dependente da família. Neste sentido a pressão emocional causado pela doença traz muitos reflexos nesta família que passa a ter uma certa privação na sua vida pessoal, profissional e social e até conflitos familiares.

Dessa forma se faz necessário desenvolver uma rede de apoio e acolhimento aos familiares cuidadores, para oferecer melhores condições de enfrentamento e resiliência ao esquizofrênico como também para a família, por meio de técnicas da psicoeducação para que os cuidadores se adaptem às adversidades e percebam o ente querido além da doença

conseguindo maior aceitação e conseqüentemente atingindo uma recuperação e fortalecimento para aprender a lidar com os problemas e dificuldades, sejam eles quais forem.

Cabe ainda enfatizar sobre outras ações e serviços de atendimento público como o Caps, (Centro de Atenção Psicossocial) são serviços de caráter aberto e comunitário, com atuação de equipes multiprofissionais que empregam diferentes intervenções para o tratamento da doença mental.

Nesta perspectiva devemos lembrar a importância da inserção do portador de esquizofrenia nestes atendimentos pois ajuda na sua reabilitação, oferecendo saúde humanizada. Embora nem todos os cuidadores consigam lidar bem com o diagnóstico a família é um alicerce muito importante no tratamento e na melhora terapêutica do esquizofrênico logo o Caps visa inserir e auxiliar a família no tratamento de forma que ela aprenda a lidar com o cuidado e seja protagonista na melhora do indivíduo.

Concluimos com base nos achados aqui apresentados, que este estudo se mostra relevante para nós acadêmicos de psicologia, pois, mesmo sendo uma doença mental sem cura é possível cuidar e tratar o esquizofrênico de forma qualificada e humanizada, além de auxiliar a família no suporte emocional para lidar com essa função de cuidadora.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIA ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)**. Arlington, VA, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BURIOLA, A.; LOPES, W.P. **Esquizofrenia: conceito, epidemiologia e papel da enfermagem na adesão ao tratamento**. 2015, v. 07, p. 81-88. Encontro Nacional de Ensino, Pesquisa e Extensão, Doutorado em Enfermagem- Universidade Estadual de Maringá – UEM, Presidente Prudente, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5747cv.2015.v07.nesp.000254>. Acesso em: 26 jun. 2022.

DANTAS, R. *et al.* **Internações por esquizofrenia e transtornos esquizotípicos e delirantes em idosos no Brasil**. Anais III CONBRACIS, Faculdade Santa Maria, Campina Grande: Realize Editora, 2018. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/index.php/artigo/visualizar/41157>>. Acesso em: 11 mai. 2022.

FERNANDES, J. B.; CASTRO, F.V.; FERNANDES, S.B. "Resiliência Em Famílias De Pessoas Com Esquizofrenia: Um Estudo Qualitativo." **Revista INFAD de Psicologia. International Journal of Developmental and Educational Psychology**. Barcelona, v.1, n.2, p. 245-254, 2020. Disponível em: <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/1974>. Acesso em: 27 jun. 2022.

GIACON, B.C.C.; GALERA, S, A, F.; "Ajustamento Familiar Após O Surgimento Da Esquizofrenia." **Revista Brasileira De Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 66, n. 3, pp. 321-326, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000300003>. Acesso em: 03 dez. 2021

JÚNIOR, E.B.M.; FERREIRA, R.C.P.A. O impacto da esquizofrenia para os familiares de pacientes portadores de transtorno mental severo: um estudo fenomenológico. **Revista Científica Semana Acadêmica**, Fortaleza, Nº. 000136, 2018. Disponível em: <https://semanaacademica.org.br/artigo/o-impacto-da-esquizofrenia-para-os-familiares-de-pacientes-portadores-de-transtorno-mental>. Acesso em: 27 jun. 2022.

LEITE, L.P.L.L.; SANTOS, K.R.; VELOSO, L.C. As Ações De Enfermagem Voltadas a Permanência Do Paciente Esquizofrênico Vinculado Ao Centro De Atenção Psicossocial CAPS. **Research, Society and Development**, Teresina, v. 10, n. 6, e13010615717, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15717>. Acesso em: 03 dez.2021.

LIMA, M. F.; FERREIRA, C. B. Estratégias de Enfrentamento de Pacientes com Transtornos mentais. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del- Rei, v. 13, n. 2, p. 1-15, ago. 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082018000200007&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 16 mar. 2022.

MOGHADDAM. B.; JAVITT. D. from revolution to evolution: the glutamate hypothesis of schizophrenia and its implication for treatment. **Review Neuropsychopharmacology**. v. 37, p. 4-15, jan. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/npp.2011.181> Acesso em: 19 nov.2021.

NOGUEIRA.N.L. **A percepção de psicólogos de caps acerca do trabalho comum veículo de reabilitação psicossocial do usuário diagnosticado esquizofrênico**. 2013. 55 f. Trabalho de Conclusão de curso (Graduação em Psicologia) - Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2013.

OLIVEIRA, A.A.; SANTOS.R.F.*et al.* O Papel da Psicologia no Trabalho com a família dos pacientes esquizofrênicos, **Revista Científica Faculdade de Atenas**, Paracatu, v. 12, n. 4, 2020.

PINHO, L.M.G.; PEREIRA, A.M.S.; Intervenção familiar na esquizofrenia: Redução de sobrecarga e emoção expressa. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 14, p. 15-23, dez. 2015. Disponível em: <http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602015000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 dez. 2021.

RANGEL, B.L.; SANTOS. A. D. Aspectos Genéticos Da Esquizofrenia: Revisão de literatura. **Revista Uningá Review**, Belo Horizonte, v. 16, n. 3, p. 27-31, 2013. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/review>. Acesso em: 19 nov.2021.

RODRIGUES. A; PALMA. L. D. **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**. Santa Catarina, jan. 2015. Acesso: 20 jun. 2022.

SILVA, I.D.D.S.; KOCH, S. Esquizofrenia: Percepção e Vivências do Sistema Familiar. **Revista Psicologia em Foco**, Rio Grande do Sul, v. 7, n.10, p. 4-18, dez. 2015. Acesso em: 24 jun. 2022.

SILVA, R.C.B.S. **Esquizofrenia: uma revisão. Psicologia USP**, São Paulo vol.17 n. 4, p 263-285, 2006. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642006000400014&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0103-65642006000400014. Acesso em: 19 nov. 2021.

TSUANG, MT.; VAN OS J.; TANDON R. *et al.* Attenuated Psychosis Syndrome in DSM-5. **Schizophrenia Research**, v .150, p. 31-35, ed. 1, out. 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996413002594>. Acesso em: 19 nov. 2021.