



A IMPORTÂNCIA DO APOIO FAMILIAR NO CUIDADO COM OS PACIENTES DE ESQUIZOFRENIA.

THE IMPORTANCE OF FAMILY SUPPORT IN THE CARE OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS.

João Roberto Goes Carneiro, Meg Silva Santos¹

Valquíria Marques Ramos²

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi deslindar a importância do apoio familiar no cuidado com os pacientes diagnosticados com Esquizofrenia, afim de compreender as dificuldades que os mesmos enfrentam, desde a aceitação da doença ao tratamento diário. Compreender as dificuldades encontradas na convivência com estes pacientes que são portadores de uma das doenças psiquiátricas mais graves e desafiadoras, que se manifesta com alterações significativas da: percepção, emoção, pensamento e comportamento, tais manifestações demandam a necessidade de cuidado específico e apresenta uma série de desafios no dia-a-dia dentro do ambiente familiar.

Palavra-chave: Esquizofrenia, família, cuidado, suporte social.

¹ Acadêmico (a) do curso de Psicologia da Faculdade Integrada de Ciências Humanas, Saúde e Educação de Guarulhos FG. E-mail: jrbeto@gmail.com; megsilva17@yahoo.com.

² Professora orientadora. Valquíria Ramos é psicóloga formada há 25 anos, mestre em psicologia da saúde pela Universidade Metodista de São Paulo, especialista em Stress e em psicodiagnóstico pela sociedade Rorschach de São Paulo. E-mail: coorde-psico@fg.edu.br

Abstract: The objective of this research was to unravel the importance of family support in the care of patients diagnosed with Schizophrenia, in order to understand the difficulties they face, from acceptance of the disease to daily treatment. Understanding the difficulties encountered in living with these patients who are carriers of one of the most serious and challenging psychiatric illnesses, which manifests itself with significant changes in: perception, emotion, thought and behavior, such manifestations demand the need for specific care and present a series of of day-to-day challenges within the family environment.

Keywords: Schizophrenia, family, care, social support.

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo busca compreender a importância dos familiares no cuidado com os pacientes portadores de Transtorno da Esquizofrenia. Visto que, conforme comenta Villares, Redko, e Mari (1999), trata-se de um transtorno ao qual transforma o paciente de forma incapacitante e aos familiares cabe a responsabilidade de mediar o contato do paciente com os serviços de saúde e muitas vezes administrar os tratamentos inclusive medicamentosos.

Aos familiares cabe: levar o paciente ao médico, hospital e serviços de saúde e lidar com as consequências diárias da doença, inclusive lidando com as situações de crise. Ainda segundo Villares, Redko e Mari (1999), há um consenso clínico que os fatores familiares são determinantes no cuidado com os pacientes .

De acordo com Oliveira, Facina e Junior (2012), uma das maiores dificuldades da esquizofrenia reside em seus sintomas, positivos e negativos, os quais explicaremos mais a seguir. A apresentação desses dois tipos de sintomas é responsável pelas consequências pessoais do convívio com a esquizofrenia que são refletidas na vida afetiva, social, familiar e financeira, com destruição de sonhos, desconsideração do portador como ser humano, sentimentos de menos valia e sentimento de não ser compreendido pelos familiares e amigos.

Conforme apontam os estudos de Rascon et al (2014), o apoio do cuidador é essencial para a estabilidade da pessoa com esquizofrenia, uma vez que pode ajudar a prevenir possíveis crises psicóticas e pode contribuir para a melhoria do nível de funcionamento global.

2. DA ACEITAÇÃO DA DOENÇA, CONVÍVIO E SUPORTE SOCIAL AOS PACIENTES PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA

De acordo com os estudos de Torales, Meyer e Fariña (2020), a esquizofrenia é um transtorno mental com repercussões em múltiplas áreas e que afeta profundamente a vida do paciente. Essa condição compromete vários domínios da psicofisiologia do paciente, incluindo sua aparência geral, psicomotora, afetiva, percepção sensorial, pensamento, julgamento e insight. O mecanismo neuroquímico da esquizofrenia permanece desconhecido em nosso tempo. A hipótese da dopamina tem sido a mais aceita, porém é insuficiente para explicar toda a fenomenologia da doença.

A Esquizofrenia é uma doença bastante prevalente dentre as condições psiquiátricas, a denominação “esquizofrênico”, pode ser considerada pejorativo, por se traduzir em forma de rótulo, dado pela Sociedade, essa nova percepção agrega aspectos biológicos e psicosociais, por isso trabalha-se com a ideia de descoberta de sentido, mesmo na condição de adoecimento (OLIVEIRA, FACINA, JUNIOR, 2012).

Ainda em seus estudos Oliveira, Facina e Junior (2012), o portador de esquizofrenia precisa

lidar com a estigmatização da doença, ou seja, suas particularidades pessoais são desconsideradas e o enfoque é colocado nos aspectos gerais da doença e suas consequências, isso segundo a pesquisa gera: perda da auto-estima, perda da dignidade, afastamento das relações sociais; perda de direitos como cidadãos, porque a sociedade os vê como fugitivos das normas sociais.

A causa da estigmatização, pode ser a falta de conhecimento a cerca da doença, que repercute em ideias preconceituosas. Muitos dos pacientes são chamados de “loucos” e isto pode ocorrer pelo fato de ser difícil compreender o conteúdos das suas falas, neste estudo de Oliveira, Facina e Junior (2012), os participantes da pesquisa relatam frases como “o diferente assusta, afastou todo mundo, porque só o nome, a palavra Esquizofrenia, assusta”. Convivendo com o fato de ser constantemente chamados de “loucos”, os indivíduos acabam internalizando essas situações, de forma a se auto-estigmatizarem. As consequências disso são sentimentos de incapacidade, menos valia, incompreensão, culpa e falta de esperança.

Ainda de acordo com os estudos da pesquisa de Oliveira, Facina e Junior (2012), esse processo de descoberta de sentido na esquizofrenia pode ser difícil e doloroso, pois a convivência com o transtorno é permeada de intenso sofrimento e limitações, decorrentes dos sintomas positivos e negativos da doença.

Sintomas Positivos: são os comportamentos adicionais como delírios e alucinações que comunicam medos e impulsos.

Sintomas Negativos: quando ocorrem perda de função: como diminuição da atividade motora e psíquica e manifestações de anedonia³. O reflexo destes sintomas perturbam a vida afetiva, social, familiar e financeira do paciente, gerando sentimentos muitas vezes não compreendidos pelos familiares (OLIVEIRA, FACINA, JUNIOR, 2012).

No estudo qualitativo de coleta e análise Rascon et al. (2014), comenta que a técnica utilizada neste estudo foi a criação de um grupo de discussão de oito familiares de pacientes com esquizofrenia, a qual tinha como objetivo compreender a importância do papel da família no tratamento e sobre as consequências que a doença causa nos familiares destes pacientes.

Na pesquisa de Rascon et al. (2014), nos chama a atenção os relatos dos familiares em relação a descoberta da doença, só se deram conta de uma possível alteração, quando os pacientes relatavam ter se isolado por achar que seriam machucados por alguém, então recorreram a clínicos gerais, parentes amigos e/ou religiosos.

A pesquisa de Oliveira, Facina e Junior (2012) corroboram que o significado que os portadores de esquizofrenia atribuem a doença está intrínseco a fatores culturais, relacionamento familiar e tipo de tratamento recebido. Neste sentido ressalva-se a importância de se conhecer a doença, pois a sua compreensão poderá levar a melhoria na qualidade de vida do paciente e seus

³**Anedonia** é o sintoma nuclear da depressão, a perda da capacidade de sentir prazer, próprio dos estados gravemente depressivos. Também é encontrada na neurastenia e em alguns tipos de esquizofrenias (TURBIANI, 2018).

familiares, quando passam a conhecer conseguem identificar situações de risco, sintomas precedentes e efeito colaterais da medicação.

Segundo Casanova-Rodas et al. (2014), ter um membro na família com algum transtorno mental como esquizofrenia requer que um membro da família assuma a função de cuidador.

Conforme Rascon et al. (2014) a falta de informação quanto a doença, dificulta o diagnóstico da doença que leva em média um a dois anos. Nestas condições os familiares só buscam ajuda quando o paciente está na crise psicótica, neste momento a dinâmica da família muda, quando um indivíduo exige cuidados psiquiátricos.

O processo de aceitação dos familiares em relação a doença é diferente para cada pessoa, alguns precisam sair do emprego para cuidar do paciente, enquanto outros não suportam a situação e se afastam. A esquizofrenia pode representar dois problemas: lidar com os problemas próprios da doença e superar as adversas condições sociais que surgem a partir dela. Assim, que o paciente é diagnosticado com esquizofrenia, na maioria dos casos a família nega o diagnóstico “não pode ser, ele(a) não tem isso!”. A não aceitação, por parte da família, se torna um obstáculo e o impacto emocional causado pelo diagnóstico gera bloqueio nos familiares, de modo que não os permite ouvir as explicações iniciais dos médicos (RASCON et al. 2014).

A pesquisa de Rascon et al. (2014), ainda revela outra problemática. Segundo o estudo 58% dos cuidadores apresentam algum tipo de transtorno psiquiátrico, sendo mais comum depressão em mulheres e dependência de álcool nos homens.

Devido os familiares serem os principais provedores de cuidados e apoio aos pacientes, ocorre sobrecarga, sentimento de peso, ao carregar o papel de cuidador todos os dias, segundo Nolasco et al. (2014), essa sobrecarga é definida em dois aspectos:

Objetiva: são as tarefas cotidianas de assistência aos pacientes, perdas e perturbações na rotina, vida social e profissional dos familiares.

Subjetiva: peso de ser o cuidador, carregar as emoções e preocupações em relação ao paciente.

A convivência com o paciente de esquizofrenia é difícil, na pesquisa de Oliveira, Facina e Junior (2012), isso fica evidente nas falas dos pacientes quando relatam a dificuldade de ter alucinações, ouvir vozes de comando, que ordenam que se suicidem ou matem alguém. O familiar participa do sofrimento deste indivíduo que perdeu a noção do que é ou não real, vive imerso num mundo repleto de percepções visuais, auditivas e sensitivas, vistas, ouvidas e sentidas, apenas por ele(a). Isso faz com que o paciente vivencie a perda do controle de sua vida, de suas emoções, pensamentos desconexos e percepções desconhecidas, neste sentido o paciente busca no familiar apoio e compreensão (OLIVEIRA, FACINA, JUNIOR, 2012).

A família é essa peça importante, capaz de dar apoio incondicional ao portador de Esquizofrenia, este apoio reduz as consequências negativas que a doença produz, tanto para o

paciente como para seus cuidadores. Neste sentido surge a importância do Suporte Social, que é a propriedade, que auxilia o sujeito a sentir-se cuidado, amado, estimado, formando relações íntimas de confiança. Apoio ou Suporte Social é o que o paciente necessita para enfrentar os problemas causados pela doença, oferecendo o máximo de suporte instrumental afetivo e emocional (CASANOVA-RODAS, 2014). Ou seja, conforme apontam em seus estudos Nolasco et al. (2014), a qualidade da relação existente entre o paciente e seus familiares e o suporte social recebidos podem amenizar ou agravar a sobrecarga subjetiva sentida pelos cuidadores.

A importância do cuidado, o apoio recebido por meio dos familiares é sinônimo de porto seguro. Ter esse apoio ou não afeta diretamente o paciente. A falta de aceitação, faz com que se sintam desamparados (OLIVEIRA, FACINA, JUNIOR, 2012).

3. MÉTODO

Esse trabalho foi elaborado a partir de uma revisão de literatura narrativa com base no tema escolhido, relacionado a compreender a importância do apoio familiar no cuidado e suporte social com os pacientes diagnosticados com esquizofrenia.

Para a produção deste estudo foram utilizados sete artigos científicos encontrados na plataforma Scielo, que se relacionavam com as palavras chaves: Esquizofrenia, família, cuidado, suporte social. Tais trabalhos compunham pesquisas qualitativas, as quais pudemos correlacionar com a vivência obtida no estágio CAPS – Centro de Atenção Psicossocial – localizado na cidade de Guarulhos.

A partir da leitura destes artigos, foram produzidas reflexões sobre as quais foi realizada análise paralela ao prontuário e acolhimento de um paciente do CAPS diagnosticado com esquizofrenia, o qual se aproximava do tema proposto, de acordo com as informações obtidas através desta revisão e do estudo de caso foi realizada a análise e discussão e por fim definida a conclusão dos resultados bibliograficamente apurados.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A permanência em campo no dispositivo CAPS - Centro de Atenção Psicossocial, possibilitou o contato com pessoas acometidas pela esquizofrenia, as quais pode-se acompanhar por um breve período, um pouco da sua realidade quanto a convivência social nos meios de interação público e familiar. Dentro desse contexto de observação, destaca-se para fins de análise, um caso específico com o qual houve um contato mais prolongado devido sua frequência assídua no dispositivo. O caso do paciente T.A. usuário do CAPS, diagnosticado com esquizofrenia, apresenta em seu discurso uma ênfase profunda sobre a sua relação familiar e o que isso lhe acrescenta em

aspectos apoiadores e também aspectos irrelevantes para a estabilização ou melhora do seu transtorno.

A esquizofrenia é conhecida como uma das doenças psiquiátricas mais graves e desafiadoras. É definida como uma síndrome clínica complexa que compreende manifestações psicopatológicas variadas de - pensamento, percepção, emoção, movimento e comportamento (OLIVEIRA, FACINA, JUNIOR, 2012, p.310).

Nosso primeiro encontro, o qual foi de acolhimento com T.A. de 36 anos, ele relatou que, como parte do processo de seu tratamento ele deveria comparecer ao CAPS por 40 dias seguidos, vinha todos os dias e ficava o período integral, e naquela ocasião do encontro já era a sua 5ª passagem pelo CAPS. Ele relatou que havia a necessidade de tomar medicamentos de uso contínuo como Clonazepam⁴, Quetiapina⁵ e Depakene⁶. Em seu relato, T.A. disse que anteriormente sentia muito sono e que por conta disso, o médico substituiu a medicação.

Em seu relato sobre o início do transtorno, T.A. diz que teve início em 2010, foi quando ele começou a se tratar no CAPS e foi diagnosticado com transtorno de Esquizofrenia. Segundo seu relato, começou ouvindo vozes de comando que lhe diziam que iria morrer. Às vezes ele achava que era o diabo, outras vezes achava que era Deus. Depois que passou a usar medicações, acreditou que essas vozes seriam produto de sua própria mente.

Seguindo com seus relatos, T.A. disse ter trabalhado em diversas atividades diferentes como por exemplo vendedor de loja, pedreiro, funileiro, segurança e controlador de acesso no shopping, e dentre todas essas experienciadas por ele, a que mais lhe agradou foi a de segurança no shopping, isso porque, segundo suas próprias palavras “se sentia bem munido, armado, a noite no shopping era bonita, um ambiente legal, assistia aos shows no barzinho e via amigos”. Ao ser questionado sobre “vícios”, T.A disse que parou com o alcoolismo em 2017, fez uso de substância psicoativa, “maconha”, mas, concluiu não fazer mais uso, parou aos 19 anos.

Conforme aponta a pesquisa de Oliveira, Facina e Junior (2012, p.310), os sintomas “positivos e negativos” são responsáveis pelas consequências pessoais do convívio com a esquizofrenia que torna difícil a convivência familiar levando ao sentimento de não ser compreendido pelos familiares e amigos. Essas dificuldades identificadas na vida social dos portadores da Esquizofrenia, podem ser identificadas nas falas do paciente T.A, quando relata seu histórico familiar.

⁴ Clonazepam: está indicado no tratamento das crises epiléticas, transtornos de ansiedade, transtorno do humor, síndromes psicóticas, síndrome das pernas inquietas, vertigem e distúrbios do equilíbrio (CLONAZEPAM, 2018).

⁵ Quetiapina: (Hemifumarato de Quetiapina) é indicado para o tratamento da esquizofrenia, como monoterapia ou adjuvante no tratamento dos episódios de mania associados ao transtorno afetivo bipolar, dos episódios de depressão associados ao transtorno afetivo bipolar, no tratamento de manutenção do transtorno afetivo bipolar I (episódios maníaco, misto ou depressivo) (QUETIAPINA, 2019).

⁶ Depakene: (ácido valpróico), está indicado isoladamente ou em combinação a outros medicamentos no tratamento de crises parciais complexa, quadros de ausência simples e complexa e adjuvante no tratamento de pacientes com crises de múltiplos tipos (DEPAKENE, 2020).

Sobre seu relacionamento com os pais, T.A. conta que o pai foi embora de casa quando ele tinha 16 anos de idade e que o mesmo passou a ser morador de rua. Sobre sua mãe, ele relata não ter um bom relacionamento com a mesma, diz que ela perde o controle emocional e se irrita com ele facilmente, o motivo de seu descontrole, é o sentimento de raiva que nutre por seu pai e acaba por descontar essa raiva nele. Diz que moram apenas os dois na mesma casa e que ele colabora nas despesas do lar porque recebe um benefício do governo por incapacidade laborativa. T.A. diz ter dois irmãos, os quais já constituíram suas famílias, são casados e tem filhos. Quando questionado para falar um pouco sobre seu lar, T.A. diz ter lembrança de uma relação conturbada com a mãe. A mãe, segundo ele, lhe fala: “você é filho do homem que destruiu a minha vida”, “então ela desconta em mim toda essa raiva que sente pelo meu pai”. Ele conta que o pai é morador de rua e diz: “ele nunca foi um bom pai para mim, eu apanhava todo dia, vida difícil, minha mãe não me tolera, eu não parecia estar aqui, estava cansado”.

T.A. relata ser pai de duas filhas, uma de 15 e outra de 17 anos de idade. Ele diz que viveu 3 anos com uma mulher, a qual ele conheceu no CAPS durante o período em que passava por atendimento, mas eles não se entendiam e então se separaram.

Sobre o seu histórico patológico, T.A. é portador de esquizofrenia catatônica CID 10 - F20.2. Na ocasião do atendimento, ele disse que o médico trocou o remédio haviam uns 10 dias e a partir daí ele começou a se sentir mais disposto, com mais alegria. Com o remédio passado sentia-se sem energia, sentia dores por todo corpo. No dia deste primeiro acolhimento, o paciente T.A. estava com o olhar fixo em quem lhes ouvia (os estagiários de Psicologia). Seu comportamento no início era bastante resistente, olhar desafiador, um pouco agitado, inquieto com as mãos, pensamento acelerado, linguagem logorreica⁷, depois foi mais cooperativo, orientado em relação a patologia.

Praticamente ao término do atendimento T.A. disse: “Foi muito bom falar com vocês, estou me sentindo feliz. Às vezes eu fico fechado, eu me sentia uma cobaia, mas agora deixei de pensar nisso. Eu gostei de quem me atendeu”. Antes que deixasse o recinto, foi proposto a ele realizarmos um teste projetivo (HTP)⁸ com o qual foi possível destacar a seguinte síntese interpretativa:

No desenho da casa, foi solicitado a T.A que desenhasse uma casa e ele questionou se poderia desenhar um castelo, levou oito minutos para concluir o desenho, com poucas rasuras e linhas reforçadas.

⁷ logorreia - Alteração de forma e de conteúdo do discurso onde o paciente faz jorrar uma quantidade imensa de palavras, com ou sem sentido. Ocorre, sobretudo em históricos, na fase maníaca dos distúrbios maníaco-depressivos e portadores de esquizofrenia (TRIPICCHIO, 2008).

⁸ H.T.P. é um teste projetivo que tem como objetivo compreender aspectos da personalidade do indivíduo bem como a forma deste indivíduo interagir com as pessoas e com o ambiente. O HTP estimula a projeção de elementos da personalidade e de áreas de conflito dentro da situação terapêutica e proporciona uma compreensão dinâmica das características e do funcionamento do indivíduo (BORSA, 2010).

O desenho da casa Anexo – A, tinha a proporção grande, o que demonstra: que o lar para ele é um ambiente restritivo e de tensão, as distorções moderadas podem ser interpretadas como ansiedade, a perspectiva central e inferior sugerem rigidez e necessidade de apoio. Como foi pedido para desenhar uma casa e ele desenhou um castelo, havia detalhes excessivos e bizarros, que demonstram obsessividade e psicose. A linha de solo, mostra a necessidade de segurança e ansiedade e as transparências no desenho, pobre contato com a realidade. A porta pequena projeta inadequação e indecisão. E as dobradiças presentes na porta, atitude defensiva. Ainda é possível observar a ênfase no telhado que remete a introversão e fantasia e o beiral enfatizado remete a desconfiança. A ênfase nas paredes sugere esforço para manter o controle do ego. Ênfase Vertical, contato pobre com a realidade, preocupações sexuais. Qualidade da linha forte, mais uma vez sugere: tensão e ansiedade.

No desenho da árvore Anexo – B, percebemos proporção grande, sugerindo novamente ambiente restritivo. Há distorções no tamanho das flores, sendo maiores que a árvore, o que sugere psicose. O desenho central rigidez e inadequação e a margem inferior demonstra necessidade de apoio, os detalhes excessivos remetem a obsessividade compulsiva, ansiedade. Na árvore é possível ver os galhos excessivos que indicam compensação, mania, as cicatrizes no caule demonstram traumas, a base estreita perda de controle. A casa que ele desenhou embaixo da árvore interpretamos que poderia ser o CAPS, visto numa perspectiva de acolhimento.

No desenho da pessoa Anexo C, T.A traz proporção grande, remetendo outra vez a ambiente restritivo e tensão, perspectiva central, rigidez e a margem inferior remete a necessidade de apoio. Ele desenhou apenas o rosto, omitindo o resto do corpo, por isso analisamos as omissões. Omissão dos braços, culpa e inadequação. Cabeça grande, regressão. Omissão das pernas: desamparo, perda de autonomia. Omissão do tronco: psicopatologia severa.

Deu ênfase aos olhos, o que no manual do HTP indica dominação social compensatória. Ênfase nos olhos: paranoia. Ênfase excessiva nas orelhas: paranoia e alucinações auditivas. Ênfase no desenho do nariz e o cabelo enfatizado: preocupações sexuais. Ainda no sombreamento dos detalhes do desenho vemos que T.A sugere outra vez sentimento ansiedade e na linha forte: tensão.

Sobre o caso T.A, com a análise da anamnese, desenhos do HTP e a leitura do seu prontuário, levantamos as hipóteses de que a doença Esquizofrenia Catatônica lhe causa um ambiente restritivo no lar, pois assim que pedimos para que ele desenhasse uma casa, ele perguntou se poderia desenhar um castelo, o que pode sugerir ausência de referência de lar. O paciente demonstra traços de psicose, necessidade de segurança, ansiedade, tensão, pobre contato com a realidade, está sempre em estado defensivo, sempre alerta, desconfiado. Tenta manter o controle do ego, possivelmente sofre de traumas relacionados a descoberta e as consequências causadas pela doença. Demonstra sentimento de perda de autonomia, indícios de patologia severa, paranoia e alucinações auditivas, o que converge com suas falas durante a anamnese, quando nos diz que o mais lhe incomodava na

manifestação da doença era ouvir vozes.

Paralelamente aos serviços prestados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para pessoas diagnosticadas com esquizofrenia, o apoio oferecido, a compreensão, o acolhimento, o não julgamento, a não estigmatização e também a quebra de um olhar estereotipado dirigido a elas, contribuem significativamente para uma melhor condução na vida cotidiana destas pessoas.

Pessoas portadoras do espectro da esquizofrenia em geral precisam dos cuidados e apoio de pessoas que possam garantir de certa forma sua saúde e segurança. Em virtude das necessidades constantes das pessoas com esquizofrenia, bem como às diversas condições sociais, culturais e econômicas, normalmente é comum que seus cuidados recaiam sobre parentes diretos que podem dar resposta aos seus problemas. Porém todo o cuidado permanente possibilita que os familiares sejam afetados nas suas diversas dimensões da saúde, expondo-os em alto risco de estresse emocional e outras diversas doenças físicas e mentais. A constante exposição a esse tipo de situação acarreta em uma sobrecarga crescente aos envolvidos o que, gera uma redução na qualidade de vida tanto dos cuidadores quanto dos portadores do transtorno mental (QUIROGA et al., 2015).

O desenvolvimento biopsicossocial do ser humano é algo que não está sob seu total controle, e diante disso, Villares, Redko e Mari (1999), fala sobre a esquizofrenia e diz se tratar de uma patologia que incapacita o sujeito por ela afetada e que aos cuidadores ou familiares, de alguma maneira lhes cabe o cuidado para com este sujeito que se torna dependente e desorganizado. O papel dos cuidadores ou familiares precisa ser o de promover um olhar de acolhimento, compreensão e também propiciar o contato entre a pessoa que vivencia o transtorno e os serviços de saúde existentes. Essa responsabilidade consiste em procurar, avaliar e encaminhar o doente ao médico, centro de atenção psicossocial, hospital ou a um serviço de saúde disponível, tomar a dianteira entre o profissional que preconiza um determinado tratamento e o paciente que muitas vezes reluta na aceitação desse tratamento, enfrentar os momentos de crises agudas e tomar as decisões sobre quais os momentos possíveis de se fazer o manejo em casa ou quando buscar por uma auxílio emergencial (VILLARES; REDKO; MARI, 1999).

Ainda de acordo com Villares, Redko e Mari (1999), não são todas as famílias de portadores de esquizofrenia que vão possuir condições emocionais e econômicas para lidar de forma satisfatória com os aspectos da doença. Porém, de alguma forma eles elaboram a experiência e administram seus sofrimentos e expectativas e dessa maneira viabilizam o convívio com a doença, tentando buscar suporte junto a conhecidos, em alguma crença e até mesmo em tratamentos alternativos.

O envolvimento afetivo inerente aos laços familiares são orientadores que vão direcionar as possibilidades de entendimento nas buscas de soluções para várias questões que estão intrínsecas ao convívio junto a um familiar doente. Elaborar um significado na busca de se compreender o convívio com uma doença grave, é um processo que evidencia o fenômeno da doença com uma

construção cultural e vai constituir modelo explanatório, um sistema de conceito o qual fundamenta uma relação conciliadora entre a doença, o doente e a realidade social. Não fazer parte desse contexto todos os aspectos inerentes a busca e manutenção de um tratamento médico e, desta forma, a compreensão dos modelos explanatórios é relevante para desenvolver e operacionalizar uma abordagem humanizada e eficaz de saúde mental para a esquizofrenia (VILLARES; REDKO; MARI, 1999).

5. CONCLUSÃO

Estudos que são conduzidos nos campos das ciências sociais, psicologia e antropologia, com enfoque direcionado à compreensão do apoio familiar no trato com pacientes portadores de esquizofrenia, embora diferenciando-se em relação aos enfoques teóricos e metodológicos, têm buscado descrever e compreender como questões de estrutura e relacionamento familiar se interrelacionam com aspectos da etiologia, curso e prognóstico da esquizofrenia (VILLARES; REDKO; MARI, 1999).

A perspectiva que nasce junto ao convívio constante entre o paciente portador de transtorno mental com sua família, reforça a importância da atenção básica na promoção de tratamento desses pacientes.

Com esse estudo, buscou-se obter uma melhor compreensão dos aspectos relacionais entre as pessoas portadoras de esquizofrenia junto ao ambiente familiar, de que maneira essa relação pode influenciar tanto para a estabilidade patológica do paciente e as possíveis interferências que possam surgir dessa relação que possa vir a desencadear questões emocionais que se instalam nesse contexto familiar que vivencia tal realidade.

As etapas da negação, revolta, depressão e o enfrentamento estão intrincadas nesse contexto familiar. Num primeiro momento face ao diagnóstico da doença, a recusa em aceitar o fato se torna eminente por falta até de condições psicológicas da família. Posteriormente à notícia, surge o sentimento de revolta e com isso os questionamentos de injustiça, o porquê de aquilo estar acontecendo e como lidar com isso dali para a frente. Essa etapa muito provavelmente pode ser acompanhada por um desencadeamento depressivo neste ambiente familiar, onde o silêncio se faz presente, não se sabendo ao certo que caminho seguir, o que fazer e como lidar com tal situação. Mas, uma vez a realidade posta, a família precisa partir para o enfrentamento, seguir adiante com seus compromissos e sabendo que uma nova situação de vida os acompanhará dali em diante.

Isso posto, entende-se que a relação que se estabelece no âmbito familiar junto ao paciente precisa promover uma escuta plena no sentido de acolhimento deste familiar adoentado, identificar as possíveis intercorrências oriundas da administração de psicotrópicos, promover acesso deste, aos serviços de assistência psicossocial e médica, propiciar o convívio social evitando assim a sua alienação do meio onde vive.

Face a compreensão trazida através deste estudo, entende-se que é notório o tratamento e a postura de acolhimento que deve ser oferecida ao familiar adoentado, porém a atenção psicológica aos demais componentes da família se torna imprescindível para que estes possam angariar condições para se sustentarem diante deste enfrentamento de luta e luto experienciado no seio familiar de um portador de esquizofrenia.

REFERÊNCIAS

BORSA, J. C. Considerações sobre o uso do teste da Casa-Árvore-Pessoa – HTP. Avaliação Psicológica. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – RS – Brasil. p. 151-154, 2010.

CASANOVA-RODAS, Leticia. Et al. Apoio social e funcionalidade familiar em pessoas com transtornos mentais. Salud Ment vol.37 no.5 México set./out. 2014.

CLONAZEPAM. Farm. Resp.: Dr. Francisco M. S. F. Manaus - AM: Novamed Fabricação de Produtos Farmacêuticos Ltda, 2018. Bula de remédio. Disponível em <<https://consultaremedios.com.br/clonazepam-nova-quimica/bula>> Acesso em 07 de junho de 2021.

DEPAKENE. Farm. Resp.: Graziela F. S. Rio de Janeiro – RJ: Abbot Laboratórios do Brasil Ltda, 2020. Bula de remédio. Disponível em <<https://consultaremedios.com.br/depakene-capsula/bula>> Acesso em 07 de junho de 2021.

NOLASCO, Marcela. Et al. Sobrecarga de familiares cuidadores em relação ao diagnóstico de pacientes psiquiátricos. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de São João Del Rei, p.9. 2014.

OLIVEIRA. R.M; FACINA P.C.B. R, JÚNIOR A.C.S. Realidade do viver com esquizofrenia. Revista Brasileira Enfermagem Rebem, n.65, p. 309-316, 2012.

QUETIAPINA. (Hemifumarato de Quetiapina). Farm. Resp.: Dra. Tatiana C. Campinas – SP: Medley Farmacêutica Ltda, 2019. Bula de remédio. Disponível em <<https://consultaremedios.com.br/hemifumarato-de-quetiapina-medley/bula>> Acesso em 07 de junho de 2021.

QUIROGA, Mey-Ling Li. Nível de sobrecarga emocional em cuidadores familiares de pessoas com esquizofrenia em um hospital público de Lambayeque-Peru. *Revista Neuropsiquiátrica*, Lima- Peru, v.78, n.4, out, 2015. Disponível em < http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972015000400006&lang=pt>. Acesso em 05 de junho de 2021.

RASCON, Maria Luisa.et al. Necessidades em situações de crise em parentes de pacientes com esquizofrenia. *Salud Ment.* v.37, n.3 México maio / junho. 2014.

TORALES, Julio; MEYER, Enrique de Domenico; FARIÑA, Eliana Duarte. Esquizofrenia e distúrbios de percepção visual. *Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int.* Vol.7 no.2 Assunción Set. 2020.

TRIPICCHIO, A. in Dicionário. Logorreia. Rede PSI, 2008. Disponível em: <https://www.redepsi.com.br/2008/02/26/logorr-ia/>. Acesso em 07 de junho de 2021.

TURBIANI, R.: Incapacidade de sentir prazer, o sintoma muitas vezes ignorado da depressão. *BBC News*, São Paulo – SP - Brasil, 2018. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/geral-45661795>>. Acesso em 07 de junho de 2021.

VILLARES, Cecília C; REDKO, Cristina P; MARI, Jair J. Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, v.21, n.1, 1999.

ANEXOS

ANEXO -A- DESENHO DA CASA



ANEXO -B- DESENHO DA ÁRVORE



ANEXO -C- DESENHO DA PESSOA

