



**ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE: DIFICULDADES ENFRENTADAS NA
CONVIVÊNCIA FAMILIAR
PARANOID SCHIZOPHRENIA: DIFFICULTIES FACED IN FAMILY LIFE**CONCEIÇÃO, Audenira Oliveira¹**RESUMO**

Este estudo teve como objetivo avaliar as dificuldades enfrentadas pela família de pacientes diagnosticado com esquizofrenia paranoide. A coleta de dados foi realizada em um centro de atenção psicossocial da cidade de Nazaré das Farinhas-BA, a amostra foi constituída por 5 familiares que cuidavam direta ou indiretamente de esquizofrênicos. Foi usada a entrevista semiestruturada e, a seguir, a análise do conteúdo que permitiu identificar as categorias: Incompreensão da família em relação à esquizofrenia; Incerteza em relação ao futuro do seu familiar. Conclui-se que as famílias têm necessidade de compreender a esquizofrenia e as formas de enfrentamento dos problemas referente a esta patologia. Espera-se que com informações oferecidas, os familiares passem a identificar e entender que alguns comportamentos do parente doente se devem à doença.

Palavras-chave: Transtorno mental. Esquizofrenia. Família

ABSTRACT

This study aimed to assess the difficulties faced by the family of patients diagnosed with paranoid schizophrenia. Data collection was carried out in a psychosocial care center in the city of Nazaré das Farinhas-BA, the sample consisted of 5 family members who directly or indirectly cared for schizophrenics. A semi-structured interview was used, followed by content analysis, which allowed the identification of the following categories: Family misunderstanding in relation to schizophrenia; Uncertainty about your family member's future. It is concluded that families need to understand schizophrenia and ways of coping with the problems related to this pathology. It is hoped that with the information provided, family members will begin to identify and understand that some of the sick relative's behaviors are due to the disease.

Keywords: Mental disorder. Schizophrenia. Family

¹ Bacharel em Enfermagem pela FAZAG – Faculdade Zacarias de Góes – Valença – BA. Pós-graduanda em Saúde Mental com Ênfase em Dependência Química pela FaSouza. E-mail: niraolicon@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

No que tange os transtornos mentais temos como referência a ciência, porém é intrigante que sendo a esquizofrenia uma das patologias psiquiátrica mais antiga e incapacitante ainda hoje não se tenha uma etiologia definida.

Nesse contexto, a motivação para desenvolver um estudo sobre a Esquizofrenia Paranoide, surgiu ao realizar visitas supervisionadas, ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), de Santo Antônio de Jesus onde foi desenvolvido um relatório sobre doenças mentais entre elas a esquizofrenia paranoide quando foi despertado interesse em conhecer a patologia e a relação de dificuldades enfrentadas na convivência familiar. Essa motivação vai além da curiosidade científica despertada pela relevância do tema no âmbito da psiquiatria, levando em consideração principalmente os desafios sociais e a complexidade de demandas impostas pela doença mental. A fim de esclarecer o tema proposto fez-se necessária pesquisa aprofundada de referenciais bibliográficos em livros, sites e artigos sobre a problematização da esquizofrenia. Assim, reconhecendo que a esquizofrenia é um problema de saúde pública, que nos últimos anos teve um aumento significativo de casos, torna-se importante inquirir: quais as principais dificuldades e desafios encontrados por familiares de esquizofrênicos na convivência familiar?

Tomando como base o exposto acima, este estudo objetivou conhecer as principais dificuldades e desafios enfrentados pelos familiares dos usuários com esquizofrenia paranoide no Centro de Atenção Psicossocial do município de Nazaré das Farinhas, bem como caracterizar a esquizofrenia; distinguir e correlacionar as dificuldades encontradas pelos familiares dos esquizofrênicos e verificar o comportamento dos familiares dos esquizofrênicos paranoide.

Os sujeitos da pesquisa foram cinco familiares de Esquizofrênicos Paranoide vinculados a instituição. Para ajudar a delinear o perfil dos sujeitos da pesquisa, optou-se por escolher como depoentes, familiares dos usuários que o acompanham e que participam das atividades realizadas no local. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, gravada em áudio - tape e logo depois transcrita na íntegra. Os dados foram analisados de acordo com a pesquisa, de acordo com o

modelo de Marconi e Lakatos (2005), uma vez manipulados os dados e obtido os resultados, o passo seguinte foi a análise e interpretação dos mesmos, o que se constituiu ambos no núcleo central da pesquisa.

Sendo assim, espera-se que um estudo nessa linha de pesquisa possa potencializar novas reflexões e discussões em relação ao objeto trabalhado, fazendo dessa maneira, que profissionais de saúde passem a desenvolverem novos olhares em relação à doença, e principalmente sobre as dificuldades e desafios enfrentados pelos familiares no cuidado de portadores de esquizofrenia paranoide, possibilitando a este um melhor convívio familiar.

2. TRANSTORNO MENTAL/EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL

Transtorno mental é uma alteração fisiológica ou orgânica e psicológica, ou ainda um desequilíbrio emocional causado por fatores externa ou interno. Essas alterações prejudicam o desempenho pessoal e familiar, no trabalho, nos estudos, na vida social ocasionado por uma intolerância aos problemas o que leva a perda do prazer pela vida. “Do ponto de vista etiológico a esquizofrenia é considerada multifatorial, tornando assim difícil estabelecer uma causa, acredita-se que existam alterações dos mecanismos biológicos, psicológicos e sociais” (ESPINOSA, 2000, p. 18).

Os acometidos por transtorno mental por perderem a compreensão humana tidos como loucos eram entregues em asilos, recebendo desta forma o mesmo tratamento dispensado a outros pacientes que padeciam de outras patologias não consideradas mentais, mas de cunho social. Por volta do século XVIII com o advento da revolução burguesa e com o objetivo de oferecer um atendimento mais eficiente e humanizado os transtornos mentais foram inseridos no contexto social surgindo assim a psiquiatria como medicina.

No ano de 1970, com o objetivo de diminuir o acúmulo de pacientes nos manicômios, aumentar e melhorar a expectativa de vida dos acometidos por transtorno mental, com o objetivo de redemocratizar o país, iniciou-se um movimento

pela reforma da psiquiatria.

De acordo com (SERRANO,1998) a Reforma Psiquiátrica é entendida como processo social complexo de nível mundial que atua de formas distintas, resultante do declínio do modelo asilar, deixando de ser preeminente, no tratamento psiquiátrico, assunto esse discutido desde a década de 60, no Brasil essa reforma reúne a reestruturação da assistência jurídica e normativa.

Enfatiza ainda que a Reforma da Psiquiatria foi um movimento criado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, sindicalistas, associações de familiares, associações e movimentos de profissionais com vasto histórico em saúde mental e que acontece em diversos territórios, em nível dos governos federal, estadual e municipal, bem como da opinião pública.

Transtornos mental é uma síndrome ou um padrão psicológico de significação clínica que causa danos em importantes áreas da regulação psíquica o que leva a uma alterando o equilíbrio emocional, prejudicando o rendimento intelectual e o comportamento social.

Em 1840, os EUA procurando registrar a frequência das doenças mentais empreenderam um censo classificando todos os transtornos psiquiátricos como insanidade, já o IV Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais (DSM IV-TR), do ano de1994 listou 365 tipos de transtornos psiquiátricos, dividindo-os em 17 seções. Destes a maioria possui tratamento que tem como objetivo auxiliar na recuperação dos acometidos e amenizar o sofrimento. No entanto, devido a sua complexidade uma grande quantidade dos mecanismos fisiológicos e patológicos não estão esclarecidos, havendo uma necessidade de buscar através de pesquisas na área neurofisiológica e neuropsicológica um domínio mais inovador que proporcione uma abordagem mais eficaz no cuidado dessas perturbações.

Dentre os transtornos mentais descrito na literatura e devido a sua complexidade é pertinente destacar a esquizofrenia.

3. ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia é um transtorno psiquiátrico grave caracteriza pelo relaxamento das formas usuais de associação de ideias, baixa de afetividade, autismo e perda de contato vital com a realidade, que de acordo estatística afeta em média 1% da população sem distinguir cultura, etnia, classe social ou sexo. Não existe uma causa para explicar a esquizofrenia, mas várias que concorrem entre si para o seu aparecimento, dentre elas a teoria genética, a teoria bioquímica, e a teoria do estresse (KOGA, 1997; DALLY, 2005).

Para alguns investigadores a esquizofrenia é uma perturbação isolada, no entanto outros acreditam ser uma síndrome (um conjunto de sintomas baseados em numerosas doenças subjacentes). Conforme a preeminência dos sintomas, a esquizofrenia é classificada em subtipos: (LARA, ET AL, 2004, p. 286).

Paranoide – também denominada esquizofrenia com paranoia – é o subtipo da doença mais comumente diagnosticado, que tem como predomínio os sintomas positivos, são também características deste tipo de esquizofrenia, irritabilidade, agressividade, ansiedade, violência e discussões;

Hebefrênica, também chamada de desorganizada, tem como principal característica um comportamento mais infantil, com respostas emocionais inadequadas e pensamentos incoerentes, porém apesar de não serem sintomas excluídos dessa classificação as alucinações e delírios são menos comuns;

Catatônico –. É um dos menos comuns que tem como característica pouca fala, falta de interação com as pessoas ao redor, recusa em se alimentar, movimentos corporais estranhos ou até redução da atividade motora.

Indiferenciado- Surge quando há sintomas de esquizofrenia, no entanto estes não encaixam nos outros tipos e, por isso, a pessoa não se encaixa nos tipos de esquizofrenia citados;

Residual é um quadro mais tardio, em que os sintomas chamados de 'negativos' passam a ser mais proeminentes, onde os delírios e alucinações, que fazem parte dos sintomas positivos, apesar de ainda presentes, são menos evidentes que as mudanças de comportamento.

4. A ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE

Paranoia é uma forma de psicopatia (doença psíquica) “caracterizada pelo aparecimento de ambições suspeitas, que se acentuam evoluindo para delírios persecutórios e de grandeza estruturados sobre base lógica.” As desordens afetivas, da vontade, linguagem e os manifestações catatônicos, são discretas ou ausentes dicionário Aurélio (2005).

Portanto para (BRASIL, 2008, p. 07), a esquizofrenia paranoide é definida como uma modalidade de esquizofrenia que, vista como uma significativa perda de contato vital com a realidade, através do relaxamento das formas usuais de associação de ideias, assume forma de paranoia, vista por sua vez, como o surgimento de ambições desmedidas evoluindo, em geral, para mania de grandeza (megalomania) aliada a delírios persecutórios. (BRASIL, 2008, p. 07).

5. ETIOLOGIA

Do ponto de vista etiológico, apesar de estudos apontarem vários fatores de risco para o desenvolvimento da esquizofrenia (genes, vírus, fatores ambientais, fatores perinatais, consumo de substâncias e outros) às causas deste fenômeno ainda permanece uma incógnita, oscilando entre a desregulação de neurotransmissores (dopamina, glutamato, serotonina) e padrões familiares. Estudos utilizando métodos modernos de imagem, como tomografia computadorizada e ressonância magnética, observou que alguns pacientes apresentavam pequenas alterações cerebrais, que parecem estar relacionadas a doença (DONALD C GOFF 1, MICHELE HILL, OLIVER FREUDENREICH 2010) BUCKLEY, ET AL., 2009).

A teoria da dopamina que consiste no fato de que a mediação antipsicótica bloqueia os receptores pós-sinápticos da dopamina do subtipo D2 tem sido a mais citada como associadas aos sintomas da patologia.

6. SINTOMATOLOGIA

Os sintomas da esquizofrenia ocorrem geralmente nos primeiros anos da vida adulta e o transtorno deixa variados graus de prejuízo residual, são classificados em duas categorias: sintomas positivos e sintomas negativos, acompanhados por uma deterioração funcional significativa durante um período de tempo relativamente longo e constante (variando de 1 a 6 meses) gerando uma combinação de incapacitação que de acordo com a cronicidade da doença pode permanecer por toda a vida o que torna a esquizofrenia um distúrbio particularmente trágico para muitas pessoas.

Os sintomas positivos estão diretamente associados ao momento do surto psicótico, caracterizando-se por uma condição mental agudo acarretando grande desordem psíquica e fenômenos delirantes ou alucinatórios com perda da capacidade de distinguir o que é real e o que é fantasia, situação esta presente nos quadros agudos. É comum que a pessoa adoecida crie fantasias a ponto de duvidar da realidade do mundo e das pessoas ao seu redor. É o que a ciência denomina delírios ou ideias delirantes (BRASIL, 2008).

Existe também outros sintomas positivos que levam o indivíduo acreditar que podem ler a mente dos outros ou fantasiar acerca de seus familiares, acreditando que podem ser sócias, impostores ou confundir estranhos com alguém da família, esses sintomas podem não ocorrer em todos os casos de esquizofrenia ou mesmo presente podem variar na intensidade e qualidade dos sintomas.

7. SINTOMAS NEGATIVO

Os sintomas negativos da esquizofrenia respondem por um grau substancial da morbidade associada à doença, estes estão classificados em primários, quando decorrem da patologia, ou secundários, quando provem de outras manifestações da doença ou do seu tratamento (APA, 2002; MÖLLER, 2007).

Os sintomas negativos primários embotamentos afetivo, alogia e avolição, estão relacionados a fase crônica da patologia, são bastantes resistentes ao tratamento e causam deficiência de algumas funções como a vontade e a afetividade. A falta de vontade ou iniciativa em atividades cotidiana é vista por alguns familiares

como preguiça, entretanto esse é um sintoma da doença. A afetividade é a capacidade de demonstrar afeto e sentimentos, levando-o a ter dificuldade de interação e comunicação social (APA, 2002; MÖLLER, 2007).

Os sintomas negativos secundários, (paranoia, isolamento social, alogia, apatia podem ser consequência de sintomas positivos já a expressão facial reduzida e a bradicardia podem estar relacionadas com efeito adverso da medicação assemelhando ao embotamento. Esses sintomas segundo com exceção dos causados pelo efeito das medicações tendem a diminuir no primeiro ano da patologia, tornando possível a distinção entre ambos (APA, 2002; MÖLLER, 2007).

8. DIAGNÓSTICO

A esquizofrenia é um transtorno psicótico de difícil diagnóstica devido as suas peculiaridades de manifestação clínica. Estudos realizados entre as décadas de 1950 e 1990, apontaram elucidações para a evolução da esquizofrenia, estabelecendo padrões relacionados a familiares, que teriam como principal característica a partir do estabelecimento de certos padrões relacionais familiares patológicos, os quais teriam como característica principal a comunicabilidade interpessoal disfuncional.

Toda via, para o uso desses critérios é necessário, no entanto que que o profissional disponha de vasto conhecimento clinico.

A história do paciente é fundamental nesta parte, pois é a partir dela que o profissional irá se nortear. Mesmo com toda evolução da ciência, ainda hoje não se conhece exames capazes de diagnosticar com exatidão a esquizofrenia, utilizam-se exames neurológicos e testes psicológicos na tentativa de contribuir, porem essa contribuição é mínima. Sendo assim o diagnóstico é feito por um profissional qualificado através de uma combinação de sinais, sintomas, prejuízo no funcionamento social, ocupacional e histórico familiar conclui DSM – IV (2008, p. 304).

De acordo com a referência supracitada para diagnosticar com sucesso a esquizofrenia é necessário a presença de dois ou mais sintomas centrais para um mínimo de um mês, como delírios, discurso desorganizado, alucinações, comportamento desorganizado ou catatônico ou surgimento de sintomas negativos.

Estes sintomas devem continuar durante um período mínimo de seis meses, com os primeiros sintomas de continuar durante pelo menos um mês. A esquizofrenia paranoide é diferenciada pelas alucinações e delírios de presença que envolve a percepção de perseguição ou grandiosidade em suas crenças sobre o mundo.

9. TRATAMENTO

A esquizofrenia paranoide é uma doença que requer tratamento constante, este visa o controle dos sintomas e a reintegração social do paciente através de três vertentes principais: a terapêutica farmacológica (na fase psicótica aguda e na manutenção da patologia), a terapêutica não farmacológica ou intervenção psicossocial e a promoção da adesão à terapêutica. O pioneiro no tratamento para transtorno mental foi o médico Frances Philippe Pinel, que defendia que os transtornos mentais eram originados por tensões sociais, psicológicos, hereditárias, acidentes de trabalho e não possessão demoníaca (NETO, 2010).

10. TERAPIA FARMACOLÓGICA (Fase Aguda)

A abordagem terapêutica é empregada de acordo com a fase da patologia. Nos episódios psicóticos agudos a intervenção farmacológica deve ser feita imediatamente, que tem como objetivo controle no comportamento, redução dos sintomas psicóticos, avaliação de fatores determinante para ocorrência e avaliação do estado clínico. Esses fármacos devem ser introduzidos o mais precocemente possível para um prognóstico mais favorável. Esses fármacos devem ser escolhidos de acordo com critérios avaliando riscos benefícios. (ADIS INTERNATIONAL LIMITED, 2009, RJ Wyatt * e I. Hente 2001, Stephen Z Levine 1, Stefan Leucht 2012

Os antipsicóticos utilizados na fase aguda são os chamados de primeira linha- típicos (clorpomazepina e o haloperidol, flufenazpina, flupentixol, clopentixol) e os de segunda geração atípicos (clozapina, risperidona, sertindol, quetiapina, amissulprida, aripiprazol, zotepina) na escolha é preciso estabelecer a resposta do indivíduo ao fármaco, a segurança na utilização prolongada, impacto dos efeitos

adversos, facilidade de administração e custo. De acordo com a resposta do indivíduo a medicação pode haver necessidade de ajuste ou troca de medicamento. (ROBINSON, ET AL., 2005; NOVICK, ET AL., 2010; PAUL MACKIN 1, SIMON HL THOMAS2011)

Na fase de manutenção que ocorre quando a patologia está em estágio de estabilidade, os objetivos do tratamento são: prevenção de recaídas, exacerbação dos sintomas e melhora no funcionamento cognitivo. A não adesão ao tratamento de manutenção ou a interrupção aumenta para 50-75% a probabilidade de recidivas num período de 1 a 2 anos sem medicação. A descontinuação da farmacoterapia pode levar o paciente a desenvolver sintomas residuais necessitando assim aumento da posologia ou inclusão de fármacos antipsicóticos, anticonvulsivantes, benzodiazepinas para reduzir ansiedade, agitação ou os sintomas afetivos (APA, 2004; JOHN M. KANE, STEFAN LEUCHT 2008).

Em caso de resistência ao tratamento, é necessária avaliação adicional do paciente e terapêutica instituída além de considerar causa relevante ou outras patologias. Em indivíduos com sintomatologia resistente ao tratamento farmacológico a terapia eletroconvulsiva poderá ser instituída (NICE, 2010)

11. TERAPIA NÃO FARMACOLOGICA

Como forma de minimizar o sofrimento dos pacientes causado pelos sintomas da esquizofrenia é aplicada a terapia psicossocial, esta tem como objetivo preencher algumas lacunas deixadas pelos sintomas negativos (KERN, ET AL., 2009).

12. TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

O foco primário do tratamento da esquizofrenia era controlar os sintomas positivos. Nos anos 90, com o objetivo de minimizar os efeitos das perturbações psicóticas foi introduzida no tratamento dos pacientes a terapia Cognitiva que busca uma valorização cada vez mais contundente do afeto nas relações terapêuticas que se estabelecem, interligando pensamentos, sentimentos e comportamentos (NICE,

2010).

A abordagem psicossocial tem como objetivo promover a reintegração do paciente à família e à sociedade. Uma vez que, inúmeros sintomas (desinteresse, apatia, desinteresse, isolamento social dentre outros) podem persistir mesmo após as crises, é prudente um acompanhamento individualizado com o objetivo de proporcionar uma reabilitação adequada ao paciente. Um dos recursos terapêuticos, associado ao tratamento farmacológico que tem mostrado importante recurso terapêutico, na reabilitação e estabilização do paciente acometido por essa patologia é a psicoterapia (NETO, 2010).

13. ADESÃO TERAPÊUTICA

A adesão ao tratamento é fundamental para o sucesso da terapia instituída pelo médico e equipe de saúde visando reduzir os sinais e sintomas de uma doença. A não adesão ao tratamento ou adesão parcial, encontra-se associada a uma resposta inadequada ao tratamento, risco de hospitalização, evolução funcional negativa, recidivas, aumento dos custos no tratamento, prognóstico desfavorável e risco de suicídio (PERKINS, ET AL., 2008; DONALD C. GOFF, MD; MICHELE HILL, MRCPSYCH; E OLIVER FREUDENREICH, MD 2010)

Sem medicação e acompanhamento psicoterapêutico, a maior parte dos esquizofrênicos paranoides torna-se incapazes de operar no mundo real, podendo desenvolver severas alucinações e delusões, o que facilmente os tornarão perigosos, tanto para eles mesmos como para as pessoas que os cercam. O manejo clínico do paciente pode incluir hospitalização e medicamentos antipsicóticos, terapias familiares, comportamental, de grupo, individual, de habilidades sociais, bem como de reabilitação (KAPLAN, 1996).

A terapia medicamentosa é indispensável, e em caso de não haver suporte familiar e dependendo da gravidade da sintomatologia manifestada deve-se cogitar a possibilidade de internação, que deve ser por um período curto e manejado para que possa introduzir o antipsicótico mais adequado ao caso e assim buscar uma reabilitação mais eficaz (SHIRAKAWA, 2000).

14.O CONTEXTO FAMILIAR

O termo “família” é derivado do latim “familus” que significa “escravo doméstico”. Esse termo foi criado na Roma Antiga para nomear um, novo grupo social que surgiu entre as tribos latinas, ao ser introduzido à agricultura e também a escravidão. A Família é uma das mais antigas e mais importantes instituições humanas, é um tema bastante complexo e abrangente. Sobre essa instituição, fenômeno universal, por assim dizer pode-se afirmar que é uma instituição que evolui conforme as conjunturas sócias culturais.

A palavra Família, no sentido popular e nos dicionários, significa núcleo social de pessoas unidas por laços afetivos, que geralmente compartilham o mesmo espaço e mantêm entre si uma relação solidária, ou ainda, pessoas de mesma ascendência, linhagem, sangue estirpe ou admitidos por adoção. (PRADO, 1991, p.7).

O papel da família é essencial para o tratamento, reabilitação e reinserção social do seu familiar que sofre de esquizofrenia paranoide. Várias famílias procuram ajuda dos profissionais de saúde, na tentativa de superem e sobreviverem às dificuldades encontradas; no entanto, existe aquelas que não o fazem, ocasionando o seu adoecimento, ou seja, não conseguem lidar com as crises, conduzindo à sua desestruturação ou destruição (NAVARINI, V. E.; HIRDES 2008)

Reforça ainda que a família deve estar preparada para o fato de o doente poder ter recaídas ao longo do tempo, o que pode conduzir a um possível internamento hospitalar. É importante o apoio da família ao doente durante o tempo da sua permanência no hospital, através de reforço positivo, comunicação, visitas, mostrar interesse em saber como vai a evolução da sua doença.

Para tanto a família necessita ter um suporte adequado de multiprofissionais para minimizar o seu sofrimento dentro desse contexto.

15. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Em 1992, a Portaria GM 224/92 regulamentou o funcionamento de todos os

serviços de saúde mental em acordo com as diretrizes de descentralização e hierarquização das Leis Orgânicas do Sistema Único de Saúde. Essa portaria define os NAPS/CAPS, como unidade de saúde aberto e comunitário do SUS sendo referência de tratamento para as pessoas que sofrem de transtornos mentais, psicose e neuroses graves, cuja severidade e / ou persistência justifiquem sua permanência em um dispositivo intensivo, comunitário, personalizado e promotor de qualidade de vida. (BRASIL, 2005).

De acordo com a referência, os CAPS são unidades responsáveis pelo atendimento de pessoas com problemas psiquiátricos visando a recuperação da saúde mental e a integração do paciente com sua família e comunidade. Nos últimos anos, a rede de atendimento CAPS vivenciou uma grande expansão, duplicando a quantidade e qualidade de serviços em todo o país, com atenção diária o que muda completamente o número de desistência dos usuários acompanhados nos serviços de saúde mental no Brasil.

Seguindo ainda o estudo supracitado, os CAPS são diferenciados pela capacidade de atendimento, porte, clientela acompanhada e pela organização no país seguindo um perfil populacional dos municípios. Assim, estes serviços diferenciam-se com CAPSI, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 a 70.000 habitantes. CAPSII, oferecendo uma resposta efetiva as demandas de saúde mental em municípios com população entre 70.000 a 200.000 habitantes, CAPS III, Previstos para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes, CAPSi, responsável pelo atendimento a crianças e adolescentes que apresentem intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves implantados em municípios com mais de 200.000 habitantes e CAPSad, especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, são equipamentos previstos para cidade com mais de 200.000 habitantes.

16. ANÁLISES E DISCUSSÃO

A esquizofrenia constitui um transtorno de difícil diagnóstica dada a sua

característica de apresentação clínica heterogênea, podendo levar algum tempo para ser efetuado, esse diagnóstico deve ser feito por especialista através de uma avaliação clínica do paciente, entrevista psiquiátrica cuidadosa aos familiares, e presença de dois ou mais sintomas centrais para um mínimo de um mês, como delírios, alucinações, comportamentos e discursos desorganizados ou catatônico ou ainda sintomas negativos. (DSM – IV, 2008, p. 304).

Diante do diagnóstico o impacto emocional que o adoecimento traz aos familiares muitas vezes é tão intenso quanto o que atinge o doente. No início da doença é normal que surjam alguns sentimentos principalmente na vivência dos sintomas precisando assim de tempo para mudar seus sentimentos, refletir sobre suas convicções e perder seus medos. Os familiares relataram grande impacto ao receber o diagnóstico utilizando palavras como desespero e culpa. Este tipo de sentimento leva o familiar de modo consciente ou não a mergulhar numa busca incessante por eventuais erros cometidos no passado, buscando assim amenizar seu sofrimento, desta forma a culpa se revela como uma das marcas mais visíveis na vida dessas pessoas estimuladas possivelmente pelas teorias psicológicas existentes.

Como a esquizofrenia é ainda pouco conhecida e sujeita a muitas desinformações as pessoas se sentem confusas diante das atitudes excêntricas do paciente, assim o impacto inicial da notícia é bastante doloroso levando a uma situação de estresse que desorganiza todo o grupo. Existe uma concepção cultural para explicar a esquizofrenia bastante frequente "um problema de cabeça" podendo ser entendida como uma forma de conviver com o drama familiar causado pela patologia, evitando usar a palavra esquizofrenia, utilizando termos mais amplo ao se referir ao transtorno. Ao atribuir a uma determinada parte do corpo a responsabilidade sobre a patologia os familiares mostram um desconhecimento ou incerteza sobre a mesma, mostrando que apesar da convivência diária com o familiar a compreensão sobre a doença ainda é muito deficitário.

Por ser um transtorno mental grave a esquizofrenia afeta não só o paciente, mas toda família que traz em si uma história de vida, de valores, de crenças, de conceitos e culturas que espera uma linhagem geneticamente saudável e preparada para exercer suas funções. (KAPLAN E SADOCK, 1996, p.850).

Situação desta natureza é um agravante na evolução do transtorno. Determinadas famílias mostraram alto grau de críticas com o paciente levando-os a sofrer recaídas mais frequentes, isto ocorre porque os familiares não possuem conhecimento acerca da patologia, não sabendo desta forma agir com o familiar adoecido em consequência julgam-no como uma pessoa ruim, capaz de maltratar a família, como se o mesmo tivesse consciência dos seus atos.

Por motivação da doença alguns membros da família se afastam evitando contato, sobrecarregando assim o familiar mais próximo no cuidado, o que acarreta um maior risco de adoecimento psíquico, essa responsabilidade somada à falta de conhecimento e esclarecimento a respeito da doença desencadeia sentimentos de angústia, muitas vezes levando o familiar a atribuir ao adoecido a responsabilidade sobre os dramas existente. Diante das crises a maioria das pessoas não sabem como lidar com comportamentos estranhos e bizarros ficando perdidos, assim confrontam, brigam ou colocam limites, neste momento surgem dúvidas, inseguranças, dentre outros sentimentos. A dificuldade em expressar afeto, a inexistência de diálogo e a impetuosidade são reações frequentemente ostentadas por pessoas com transtornos mentais.

Durante a entrevista relatou-se bastante a questão do preconceito, pois ele ainda existe de uma maneira ou de outra, a sociedade em geral precisa aceitar e aprender a lidar com o fato; pois são pessoas que precisam de uma atenção maior, carinho, dedicação não só por parte da família que lida dia a dia com o seu familiar doente, mas principalmente pela sociedade devendo esta evoluir em seus pensamentos. Com a dificuldade de se relacionar, o isolamento social e familiar ao ponto de nem sair à rua é inevitável, as dificuldades em conseguir ou manter o emprego para suprir as necessidades no domicílio, as mudanças decorrentes de efeitos colaterais dos medicamentos - como a sonolência e a lentidão do raciocínio, modificam a rotina da família ocasionando sofrimento e sensação de impotência. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de promoção de ações voltadas a família com vistas a minimizar o sofrimento e a sobrecarga acarretada pelo transtorno

17. CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE: DIFICULDADES ENFRENTADAS NA CONVIVÊNCIA FAMILIAR.
AUTOR(A): CONCEIÇÃO, AUDENIRA OLIVEIRA.

A esquizofrenia ainda é um desafio para a área da psiquiatria, pois muito se investiga, e pouco se concretiza devido suas peculiaridades. O propósito do estudo foi investigar quais eram as dificuldades enfrentadas na convivência familiar. Com o estudo foi possível elencar algumas dessas dificuldades, e verificar o quão complexo é essa relação, pois, esta é influenciada por diversos sentimentos que permeiam por todos os momentos, mas o seu significado e intensidade variam de acordo com cada situação. Nos relatos das famílias foi percebida que a provável dificuldade de se estabelecer um vínculo familiar pode tornar difícil a convivência causando um intenso sofrimento para ambos. Diante do exposto conclui-se que o que mais necessita ser trabalhado, é a percepção da família sobre a problematização da esquizofrenia, palestras informativas poderiam ser realizadas por profissionais experientes, qualificados e habilitados em saúde mental, nas comunidades, ambientes de trabalho enfocando a saúde mental, bem como enfocando na necessidade de participação de todos.

Sendo assim, espera-se que um estudo nessa linha de pesquisa possa potencializar novas reflexões e discussões em relação ao objeto trabalhado, fazendo dessa maneira, que profissionais de saúde passem a desenvolver novos olhares em relação à doença, e principalmente sobre as dificuldades e desafios enfrentados pelos familiares na convivência de pessoas diagnosticados com esquizofrenia paranoide, possibilitando a este um melhor convívio familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADIS INTERNATIONAL LIMITED. **Optimize the benefits and minimize the adverse effects of antipsychotics in patients with acute schizophrenia**. Drugs Ther Perspect. 2009, Vol. 25.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 304.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). DSM-IV: **Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais** (4ª Ed.).

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2002). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Schizophrenia.** Psychiatry Online. [Online] 2004. <https://scholars.uthscsa.edu/en/publications/practice-guideline-for-the-treatment-of-patients-with-schizophre> Consultado a 18 de Agosto de 2021

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.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Brasília Ministério da Saúde, 2008

BUCKLEY, Peter F.; MILLER, Brian J.; LEHRER, Douglas S.; CASTLE, David J. 2009. Psychiatric Comorbidities and Schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin.** 2009, Vol. 35, p. 383-402.

DALLY, Peter, **Psicologia e psiquiatria na enfermagem:** São Paulo: EPU, 2006.

DALLY P. **Mothres living with suicidal adolescents:** a phenomenological study of their experience. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2005.

ESPINOSA, Ana Maria Fernández, **Psiquiatria.** Rio de Janeiro: McGraw Hill, 2000.

FERREIRA ABH. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa.** 3 ed. São Paulo: Positivo, /2005.

GOFF, Donald C., HILL, Michele; FREUDENREICH, Oliver. **Strategies for Improving.** Treatment Adherence in Schizophrenia and Schizoaffective Disorder. J Clin Psychiatry. 2010, Vol. 71, p. 20-26.

KANE, John M.; LEUCHT, Stefan. 2008. Unanswered Questions. in: **Schizophrenia Clinical Trials.** Schizophrenia Bulletin. 2008, Vol. 34, p. 302-309.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J. **POCKET handbook of clinicapsychiatry. Pocket handbook of clinical psychiatry** 1996.

KERN, Robert S.; GLYNN, Shirley M.; HORAN, William P.; MARDER, Stephen R. Psychosocial Treatments to Promote Functional Recovery: in: **Schizophrenia Bulletin.** 2009, Vol. 35, pp. 347-361.

KOGA, M. - **Convivência com a pessoa esquizofrênica:** sobrecarga familiar [dissertação]. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

LARA, Diogo R.; GAMA, Clarissa Severino; ABREU, Paulo Silva Belmonte. Esquizofrenia. in: KAPCZISKI, Flávio; QUEREDO, João; IZQUIEDEDDED, Ivan (Orgs). **Bases biológicas dos transtornos psicóticos.** 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

LEVINE, Stephen Z.; LEUCHT, Stefan. Early symptom response to antipsychotic medication as a marker of subsequent symptom change: **An eighteen-month follow-up study of recent**. Schizophrenia Research. 2012, Vol. 141, pp. 168-172.

MACKIN, Paul; THOMAS, Simon H L. 2011. **Atypical Antipsychotic Drugs**. BMJ. 2011, Vol. 342.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MÖLLER, Hans-Jürgen. **Clinical**: Evaluation of negative symptoms in schizophrenia. European Psychiatry. 2007, Vol. 22, pp. 380-386.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH & CLINICAL EXCELLENCE. Schizophrenia Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia. in: **Adults in Primary and Secondary Care (Updated Edition)** CG82. Londres : National Institute for Health & Clinical Excellence, 2010.

NETO, Mario Rodrigues Louzã. **Esquizofrenia** Disponível em:http://www.saudemental.net/o_que_e_esquizofrenia.htm. Acesso em 23 de junho de 2020

NOVICK, Diego; HARO, Josep Maria; SUAREZ, David; PEREZ, Victor; Dittmann, RALF W.; Haddad, Peter M. 2010. **Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia**. Psychiatry Research. 2010, Vol. 176, p. 109-113.

PERKINS, Diana O.; GU, Hongbin; Weiden, PETER J.; McEvoy, Joseph P.; Hamer, ROBERT M.; LIEBERMAN, Jeffrey A. Predictors of Treatment Discontinuation and Medication Nonadherence. in: **Patients Recovering From a First Episode of Schizophrenia, Schizophreniform Disorder, or Schizoaffective Disorder: A Randomized, Double-Blind, Flexible-Dose, Multicenter Study**. J Clin Psychiatry. 2008, Vol. 69, p. 106-113.

PRADO, Adélia. **Poesia reunida**. São Paulo: Siciliano, 1991.

ROBINSON, Delbert G.; WOERNER, Margareth G.; DELMAN, Howard M.; KANE, John M. **Pharmacological Treatments for First-Episode Schizophrenia**. Schizophrenia Bulletin. 2005, Vol. 31, pp. 705-722.

SERRANO, Alan Índio. **Onze estações e um devoto de São Jorge** - discursos psicológicos num serviço de saúde. Florianópolis, 1998, Dissertação (Mestrado em Psicologia) curso de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

SHIRAKAWA, Itiro. **Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia**. Rev. Bras. Psiquiatr. 22 (Supl I): 56-8. São Paulo: 2000.

WYATT, R.J.; Henter, I. 2001. **Rationale for the study of early intervention.** **Schizophrenia Research.** 2001, Vol. 51, p. 69-76