

## REVISÃO TEÓRICA DA ESQUIZOFRENIA E IMPLICAÇÕES CAUSADAS PELA DOENÇA NA VIDA DO PORTADOR E DOS FAMILIARES

André Luiz Souza Domingues de Matos<sup>1</sup>  
Karin Lisiany de Pontes<sup>2</sup>  
Álaba Cristina Pereira<sup>3</sup>

**Área de conhecimento:** Medicina.  
**Eixo Temático:** Saúde e sociedade.

### RESUMO

Objetivou-se neste trabalho realizar uma revisão bibliográfica da esquizofrenia, procurando entender a partir do histórico da doença, os sintomas, as causas, os tratamentos, e principalmente, as dificuldades impostas aos pacientes e aos seus familiares após o diagnóstico. Com base em entrevista com paciente e com uma pessoa que convive com um portador da doença, foi possível entender um pouco sobre o grande dilema que essas pessoas vivem, o preconceito que sofrem e o estigma que recebem, além de poder sentir um pouco as mudanças drásticas que ocorrem na vida de indivíduos que possuem ou presenciam alguém com transtorno mental.

**Palavras-chave:** Esquizofrenia. Causas. Sintomas. Estigma. Preconceito.

### 1. INTRODUÇÃO

Atualmente a esquizofrenia é vista como um transtorno psicológico grave. Porém, até atingir o conceito que hoje conhecemos, a doença foi avaliada por muito tempo e, de certa forma, definida por estudiosos como Kraepelin, Bleuler e Schneider. O indivíduo vítima da doença geralmente apresenta dois principais tipos de sintomas: I - Positivos (principais sintomas: alucinações e delírios). E II - Negativos (principais sintomas: embotamento afetivo e a pobreza do discurso).

Tais sintomas afetam sua vida afetiva, social, familiar, financeira, etc., além de mudar permanentemente seu estilo de vida e dos que estão mais próximos, visto ser uma doença crônica e ainda sem cura.

<sup>1</sup> Graduando em Medicina no CCSA da UNIOESTE no campus de Francisco Beltrão – PR.  
[andreluiz.sdm@gmail.com](mailto:andreluiz.sdm@gmail.com)

<sup>2</sup> Graduando em Medicina no CCSA da UNIOESTE no campus de Francisco Beltrão – PR.  
[karinpontes@gmail.com](mailto:karinpontes@gmail.com)

<sup>3</sup> Professora do curso de Medicina no CCSA da UNIOESTE no campus de Francisco Beltrão – PR.  
[alabacps@hotmail.com](mailto:alabacps@hotmail.com)



As causas da doença ainda não são bem caracterizadas, podendo-se destacar algumas teorias: Teoria genética, Teorias Neuroquímicas, Teoria Dopaminérgica, Modificações estruturais ou no desenvolvimento, etc.

O tratamento é predominantemente feito da forma medicamentosa, porém possui complementos, tais como: psicoterapia, terapia de família, terapia ocupacional, etc.

Através da pesquisa bibliográfica e de entrevista com esquizofrênico procurou-se entender a doença e principalmente as dificuldades enfrentadas por um portador da doença e pela família desde o processo de adoecimento até a fase de tratamento.

## **2. REVISÃO TEÓRICA SOBRE A ESQUIZOFRENIA**

### **2.1 UM BREVE HISTÓRICO**

Segundo Elkis (2000), o termo esquizofrenia, tal como conhecemos hoje advém de definições que sofreram modificações ao longo do tempo. Reconhece-se que alguns acontecimentos tenham sido responsáveis pelo conceito mais aceito atualmente. Pode-se encaixá-los num período de 100 anos, em três pontos principais:

- Início (Kraepelin, Bleuler e Scheiner)
- Abrangência do conceito
- Limitação do conceito

O primeiro a tentar desvendar a doença foi Kraepelin, que propôs o conceito de “demência precoce”. Após uma série de estudos e abordagens, os quais foram temas publicados em seus Tratados (que começam em 1893), na 8ª e última edição (1913), Kraepelin relata com exatidão os sintomas que hoje estão associados à Esquizofrenia. Vale lembrar que ele não considerou nenhum destes sintomas como principal, mas procurou estabelecer um conjunto de manifestações que permitirão um diagnóstico. Propôs, assim, que demência precoce é caracterizada por duas grandes síndromes: (1) “O enfraquecimento das atividades emocionais que formam



---

---

as molas propulsoras da volição”; e (2) “A perda da unidade interna das atividades do intelecto, emoção e volição” (ELKIS, 2000; p. 23).

Em seguida, temos a definição do termo esquizofrenia dada por Bleuler (1908-1911), que na verdade procurou defini-la como “esquizofrenias”, devido aos vários subtipos. É importante ressaltar que Bleuler não representava um conceito que excluía o de demência precoce, mas sim um complemento. Ele incluiu o aumento da idade no início do quadro, uma vez que o transtorno poderia aparecer tardiamente e um enfoque em alguns sintomas que seriam fundamentais para o diagnóstico. Esses representam os conhecidos 6 “A” (e não 4, como é comumente divulgado): “distúrbios das associações do pensamento, autismo, ambivalência, embotamento afetivo, distúrbios da atenção e avolição”. Delírios, alucinações, distúrbios do humor, ou catatonia eram definidos como não essenciais ao diagnóstico e, conseqüentemente, acessórios (ELKIS, 2000; p. 24).

Os sintomas fundamentais são considerados como consequência de um distúrbio cerebral, enquanto os acessórios são vistos como uma resposta da personalidade. Devido a essa desconexão entre os sintomas fundamentais e acessórios, também chamada “cisão” originou-se o termo esquizofrenia.

Posteriormente, surgiu a necessidade clínica de se identificar com precisão os sintomas da esquizofrenia. Assim, Schneider em 1948 divulgou os “Sintomas de primeira ordem” (SPO), sendo eles: ouvir os próprios pensamentos soando alto (sonorização do pensamento); escutar vozes sob a forma de argumento e contra-argumento; escutar, com comentários, vozes que acompanham as próprias atividades; ter vivências de influência corporal, ter roubo do pensamento e outras formas de influência do pensamento; sentir tudo como sendo feito ou influenciado pelos outros no campo dos sentimentos, pulsões e vontade; e ter percepção delirante (ELKIS, 2000; p. 24).

Os SPO de Schneider exerceram grande influência sobre a psiquiatria britânica, sobretudo na elaboração do diagnóstico da esquizofrenia pelo Present State Examination (PSE). O PSE foi a base para o exame de pacientes com esquizofrenia em 9 países, o que deu origem ao Estudo Piloto Internacional da Esquizofrenia (Internacional Pilot Study of Schizophrenia, IPSS), um trabalho transcultural patrocinado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), cujo objetivo era verificar invariantes da esquizofrenia (ELKIS, H.; 2000; p. 24).



---

---

Assim, os estudos feitos por Kraepelin, Bleuler e Schneider constituem o alicerce para a compreensão da esquizofrenia e estão presentes nos critérios diagnósticos que operacionalizam o conceito da doença (ELKIS, 2000; p. 25).

A abrangência do conceito de esquizofrenia aconteceu principalmente nos Estados Unidos, onde alguns conceitos bleulerianos foram interpretados com base na psicanálise. Alguns autores ainda aproximaram a esquizofrenia aos transtornos de personalidade, de forma que muitos pacientes, que atualmente seriam titulados como bipolares, por exemplo, foram diagnosticados esquizofrênicos. Em resposta a isso, pesquisadores da Universidade de Washington, na década de 70, publicaram os primeiros critérios diagnósticos estruturados, de forma a restringir alguns sintomas e incluir alguns, como os bleulerianos e schneiderianos. Além disso, acrescentaram um período mínimo da doença de seis meses (retomada do conceito evolutivo kraepeliniano) (ELKIS, 2000; p.25).

Em 1974, pesquisadores que haviam participado do IPSS procuraram uma simplificação dos tipos de sintomas da esquizofrenia e, parcialmente inspirados no modelo de doença mental de Hughlings Jackson, que propõe que a mesma poderia ser melhor definida a partir de dois processos, subdividiram os sintomas da esquizofrenia em dois grandes grupos: positivos ou psicóticos (por exemplo, delírios e alucinações) e negativos ou deficitários (por exemplo, embotamento afetivo, avolição) (ELKIS, H.; 2000; p. 25).

Por fim, temos a dicotomização da esquizofrenia em subtipos I (principais sintomas: alucinações e delírios) e II (principais sintomas: embotamento afetivo e a pobreza do discurso) ou positivo/negativo proposta por Crow (1980). Vale ressaltar que ambos podem refletir dois processos patológicos etiológica e prognosticamente distintos (SILVA; 2006; p.274).

## **2.2 EPIDEMIOLOGIA, INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA:**

### **2.2.1 Epidemiologia:**

A epidemiologia descreve a ocorrência e o desenvolvimento de uma doença durante a progressão dessa na sociedade. Essa análise providencia dados para identificar a frequência de pessoas com esquizofrenia na população e isso ajuda a



---

---

preparar os serviços de atendimento, que podem ser da própria comunidade ou de instituições especializadas.

Há também estudos que determinam o desenvolvimento da doença envolvendo fatores ambientais e predisposições em um meio social. Dessa forma os fatores de incidência e prevalência são instituídos na sociedade com o intuito de delimitar as bases da epidemiologia da esquizofrenia.

### **2.2.2 Incidência e prevalência:**

A incidência é calculada com base em pesquisas populacionais a partir do contato e entrevistas com a população. Essas pesquisas são realizadas em varias áreas do tratamento de esquizofrênicos, assim constatou-se em recente revisão da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o impacto mundial da doença, relatado por Murray & Lopez, uma taxa de prevalência de 0,92% para homens e 0,9% para mulheres. Taxas de prevalência mais elevadas (próximas a 1%) também têm sido relatadas em estudos recentes realizados na América Latina e no Brasil. Isso comprova a variação mínima da taxa de incidência da esquizofrenia entre os sexos o que agrega informações sobre a prevalência da doença no ser humano. Dessa forma a prevalência e a incidência se associam para sugerir uma conclusão sobre o assunto.

## **2.3 TEORIAS ETIOLÓGICAS DA DOENÇA**

As teorias etiológicas se concretizaram na sociedade por não haver uma explicação comprovada sobre o surgimento da desorganização na personalidade de um esquizofrênico. Assim sendo, justifica-se a partir dos fatores psicológicos, biológicos e culturais a patologia da pessoa, mas o fator de natureza genética ainda apresentou-se como a melhor explicação para esse fenômeno. Desse modo foram criadas teorias com o intuito de explicar os fenômenos genéticos, representadas por: Teoria genética, Teoria neuroquímica, distúrbio no neurodesenvolvimento, alterações estruturais e teoria psicológica.

Na teoria genética considera-se a hereditariedade como fator determinante para a manifestação da doença. Esse fator explicita a relação entre parentes



---

---

esquizofrênicos e pessoas que desenvolvem a doença após certo tempo. Visto que há concordância com a probabilidade de haver esquizofrenia entre gêmeos idênticos (50%) e probabilidades variáveis entre gêmeos dizigóticos (aproximadamente 12%), mas mesmo assim a probabilidade é elevada comparando a indivíduos com parentesco inferior (Vallada Filho & Busatto Filho, 1996).

Já na hipótese neuroquímica, na qual existem varias hipóteses que podem até mesmo agir em conjunto no desenvolvimento da doença, a mais aceita na medicina atual é a teoria dopaminérgica central. Essa teoria tem princípios na observação de algumas drogas do tipo anfetamina, que possui o princípio de estimular neurotransmissores; se utilizadas frequentemente e em excesso causa psicose tóxica, fato semelhante ao apresentado pela esquizofrenia. Nesse processo os terminais dopaminérgicos são hiperativados gerando alucinações auditivas, ideias delirantes e agitação psicomotora. Para combater esses efeitos são administrados medicamentos que bloqueiam os receptores dopaminérgicos e auxiliam na reversão dos sintomas da doença.

Outra forma de desenvolvimento teórico da doença é o distúrbio no Neurodesenvolvimento. Pesquisas recentes levam a crer que o desenvolvimento da esquizofrenia pode estar relacionado ao período de desenvolvimento do feto até o crescimento. Desse modo, a má nutrição do feto durante a gestação pode afetar o desenvolvimento do sistema nervoso e desenvolver possíveis anomalias cerebrais que denotam a esquizofrenia. As condições maternas que causam a má nutrição do feto e parecem aumentar o risco de desenvolvimento da esquizofrenia incluem diabetes, doença pulmonar crônica, anemia, inanição materna durante o primeiro trimestre de gestação (Akil & Weinberger, 2000). Além disso, o nascimento prematuro também foi comprovado que afeta o desenvolvimento do sistema nervoso e auxilia no desenvolvimento da esquizofrenia.

Alterações na estrutura do cérebro podem ser algumas das causas do desenvolvimento da esquizofrenia. Estudos da década de 70, com a utilização da tomografia computadorizada, comprovam anomalias na estrutura cerebral dos pacientes que apresentavam os sintomas da doença. Nesses pacientes notaram-se anomalias como: dimensões reduzidas da estrutura cerebral, sendo mais leves e menores que o normal; alargamento do ventrículo cerebral; aumento dos sulcos corticais. As áreas do cérebro mais afetadas nessa anomalia são: lobos temporais,



---

---

sobretudo hipocampo e giro para-hipocampal. Essas áreas possuem ligação com a doença, mas um estudo mais aprofundado dessas áreas só foi possível com a utilização da ressonância magnética que levou diversos pesquisadores a sugerir a presença de anomalias, na maioria dos casos da doença, nos lobos temporais. Assim, progredindo no conhecimento da doença.

Com as teorias Psicológicas na década de 40, começou-se a criar teorias para explicar psicologicamente o desenvolvimento da esquizofrenia. Isso levou certas escolas do pensamento psiquiátrico a tentar explicar a relação psicológica dessa doença nos relacionamentos familiares. Após esse período, em 1948 Fromm-Reichmann criou a teoria da “mãe esquizofrênica”, definindo que comportamentos não aceitáveis socialmente como: rejeição do filho e hostilidades eram constantes nas famílias das pessoas que possuíam a doença. Visto isso, pode-se afirmar que a visão psicossocial da doença não precisa necessariamente estar relacionada com o aparecimento da esquizofrenia, mas pode estar relacionada com o curso tomado pela doença, pois ela possui várias intensidades no momento da crise esquizofrênica. Estudos com base em entrevistas comprovam que o fator emocional da família agrava a situação do esquizofrênico. Sendo assim, estratégias terapêuticas e psicoeducativas auxiliam na prevenção de recaídas do paciente (Brown, Birley, & Wing 1972).

A esquizofrenia, por ter componentes de caráter psicológico, afeta o emocional do paciente e também dos familiares. Esse fato manifesta reações no esquizofrênico que desencadeia melhoras ou pioras no quadro clínico desse e, como consequência, o paciente pode ser colocado em situação de vulnerabilidade e estresse. Posto isso, o raciocínio inicial é de que se faz necessário combater os sintomas da doença, tendo como causa principal a esquizofrenia em si, mas os fatores ambientais de estresse e vulnerabilidade são características determinantes no diagnóstico do paciente, sendo o foco inicial para a melhora do paciente e também da condição de vivência dos familiares.

## 2.4 PRINCIPAIS SINTOMAS

A esquizofrenia é uma doença psiquiátrica em que o órgão afetado é o cérebro. Os primeiros sinais e sintomas costumam aparecer na adolescência ou



---

---

início da idade adulta. É possível dividir os sintomas da esquizofrenia em três grupos: (1) sintomas positivos ou psicóticos, (2) sintomas negativos e (3) sintomas de desorganização.

A esquizofrenia é uma doença mental grave, caracterizada por sintomas positivos, negativos, e cognitivos que afetam quase todos os aspectos da atividade mental, incluindo a percepção, a atenção, a memória e a emoção. Os sintomas estão associados a diversos graus de prejuízos sociais e funcionais persistentes. (LINDENMAYER, J. P.; KHAN. A.; 2012, p. 27)

Os sintomas positivos são caracterizados pelo excesso de distorções dos processos mentais, como por exemplo, alucinações, delírios e fala ou comportamento desorganizado.

Alucinações se caracterizam pela percepção de uma experiência sensorial na ausência de uma fonte externa. As mais comuns são as auditivas, porém, podem ocorrer todas as outras modalidades, como visuais, gustativas, ou olfativas, por exemplo.

Os delírios são definidos como crenças falsas e fixas, geralmente inabaláveis, mesmo diante de evidências que provem o contrário. Os delírios podem ser de perseguição (os indivíduos acreditam que são vítimas de conspirações), de referência (os indivíduos atribuem um significado pessoal às ações, observações e declarações de outra pessoa, e a objetos ou eventos, quando, na verdade, não existe tal significado) de controle (indivíduos sentem que uma força externa manipula seus pensamentos), dentre muitos outros.

Os sintomas negativos da doença envolvem o afeto, o desenvolvimento social e cognitivo do indivíduo. Geralmente apresenta expressão de emoções diminuída, apatia, falta de motivação, retraimento, falta de interesse em contatos sociais, pobreza de fala, etc.

Já os sintomas de desorganização englobam a fala e o comportamento, em que a desorganização da forma ou do fluxo de pensamento é evidente na produção da linguagem. Os indivíduos que têm transtorno do pensamento formal realizam movimentos e gestos sem objetivos, além de apresentarem discurso desorganizado.

Alguns portadores da doença costumam ainda apresentar um comportamento que vai contra os costumes sociais, o qual geralmente é bizarro aos olhos da



civilização. Por exemplo: vestir-se de maneira incomum, masturbar-se em público, realizar movimentos estranhos, etc.

Podemos citar ainda, comportamentos de agressividade e hostilidade, envolvendo expressões de raiva, ressentimentos, sarcasmo, abuso verbal, comportamento violento, irritabilidade, não cooperatividade, etc.

## 2.5 TRATAMENTO

Por ser um transtorno de evolução crônica e que costuma comprometer a vida do indivíduo, exige um acompanhamento psiquiátrico a longo prazo. O objetivo principal é evitar recaídas, além de prevenir suicídios, promover reabilitação do paciente e diminuir o estresse familiar (SHIRAKAWA, 2000; p.56).

A relação médico-paciente e o vínculo devem ser trabalhados constantemente para o êxito do acompanhamento psiquiátrico. As estratégias do tratamento variam conforme o paciente, sua família, a fase e a gravidade da doença (SHIRAKAWA, I.; p.56).

O paciente geralmente chega ao consultório na fase aguda, num momento de crise. Inicialmente, o médico deverá atender o paciente, e só depois conversar com os familiares, pois o primeiro contato é a principal oportunidade para se trabalhar o vínculo, o qual é importantíssimo para o tratamento.

A primeira consulta deve ser detalhada, em que o médico possa observar e esmiuçar a doença com dados fornecidos principalmente pelos familiares. Além disso, é importante a realização do exame clínico e caso necessário, exames complementares.

Nessa fase, dependendo do caso poderá ser necessária uma internação curta (15 a 30 dias), para que o paciente se estabilize, para que sejam ajustadas as doses ideais dos antipsicóticos. Ao diminuir a agressividade e agitação do indivíduo, o acompanhamento poderá ser feito ambulatorialmente.

Na fase de reabilitação, o psiquiatra deverá explicar que a doença é crônica e carece de um tratamento durante tempo indeterminado. É crucial trabalhar a aceitação do paciente em relação à doença, desmistificar preconceitos e promover a conscientização, a qual tem como objetivo a cooperação do indivíduo para tomar a



---

---

medicação. Além disso, é necessário que ele entenda que ao deixar a medicação de lado acarretará em recaídas que prejudicarão ainda mais a sua própria vida.

A partir de então, é possível ajudá-lo a recuperar as habilidades sociais perdidas, incentivá-lo a cuidar das atividades do cotidiano, como sono, alimentação, higiene e lazer e até a volta para o trabalho.

Nesse sentido, é importantíssimo que o paciente seja encaminhado para um tratamento psicossocial, envolvendo psicoterapia e terapia ocupacional, pois é evidente que o modelo médico não é capaz de suprir todas as necessidades daquele indivíduo.

### **3. IMPLICAÇÕES DA DOENÇA NA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE E DA FAMÍLIA**

Por ser uma doença crônica e ainda sem cura, é importante reconhecer as dificuldades enfrentadas por um portador da doença e principalmente pelos que estão mais próximos a ele, como família, parentes e amigos, pois o estilo de vida dessas pessoas sofrerá mudanças permanentes após receber tal diagnóstico. E nós, como sociedade, deveríamos estar também preparados para conviver com esses indivíduos, estando aptos a entender o sofrimento vivido por eles, além de procurar ajudar a combater todo o tipo de preconceito que possam vir a sofrer.

#### **3.1 ESTIGMATIZAÇÃO DO DOENTE**

Um dos maiores desafios enfrentados por um indivíduo diagnosticado com esquizofrenia é, depois dos sintomas clínicos, a própria reinserção na sociedade. Muitas vezes, por falta de conhecimento, as pessoas simplesmente rotulam tais pacientes como “loucos”, “anormais”, e atribuem um conceito negativo ao nome da doença.

Também são comuns entre a sociedade definições errôneas em relação aos esquizofrênicos. Tais como: “essas pessoas não possuem inteligência”, “são perigosos”, “não sabem o que estão dizendo”, “não tem nenhuma noção da realidade”, etc.



Estigma é uma palavra que significa uma marca negativa colocada na pessoa. Vivemos, hoje, uma situação em que as pessoas com transtornos mentais, em particular e esquizofrenia, mobilizam-se para ter seus direitos reconhecidos. Infelizmente, essa é uma situação que não se resolve unicamente com leis contra a discriminação. Trata-se de uma questão mais profunda, que tem raízes na história e na maneira como as pessoas aprendem seus valores na vida em sociedade. O estigma em relação aos transtornos mentais tem grande impacto na vida dos portadores, por isso vem sendo muito estudado e começa a ser uma preocupação das autoridades em saúde. (ASSIS, J. C.; VILLARES, C. C.; BRESSAN, R. F. p. 138).

Assim, observa-se que é crucial que sejam tomadas algumas medidas para auxiliar esse tipo de doente a conviver bem em sociedade. Muitas vezes ele é incentivado pelos médicos e pelos familiares a se relacionar com outras pessoas, a trabalhar e a tentar viver uma vida normal, porém, a comunidade em geral, acaba prejudicando esse indivíduo ao rejeitá-lo e excluí-lo do convívio social.

### **3.2 A FAMÍLIA E O PACIENTE ESQUIZOFRÊNICO**

Como a doença geralmente provoca um isolamento desses pacientes, o convívio deles acabará se restringindo à família, e talvez a um círculo pequeno de amizades. Devido a isso, certamente essas pessoas que estão mais próximas vão sofrer um desgaste físico e mental, principalmente no início da doença, por não saberem ao certo como lidar com a nova situação.

O impacto gerado sobre familiares às vezes é tão devastador quanto no próprio paciente. O primeiro episódio da doença é, na maioria das vezes, marcado por uma crise aguda, com alucinações, delírios, comportamentos bizarros e estranhos e, algumas vezes, terminando em internação. Tal fato gera um estresse significativo na família, provoca sentimentos de raiva, culpa, negação, superproteção, dentre outros.

Esse primeiro “choque” com a doença é normal, afinal, essas pessoas estão vivenciando uma situação assustadora, que talvez nunca imaginassem que fossem presenciar.



O problema é quando o tempo passa e um bom relacionamento entre familiares e o portador da doença não é estabelecido, pois as ações dessas pessoas contribuirão para possíveis recaídas do paciente.

Geralmente, as ações prejudiciais, realizadas pelos que cuidam do esquizofrênico são: cuidado excessivo que fere a autonomia do indivíduo, impaciência, incredulidade em relação aos sintomas, preconceito, demonstração de raiva ou revolta perto do paciente, etc.

Além disso, muitos familiares, após o diagnóstico, dedicam-se exclusivamente ao paciente, deixando de lado os cuidados pessoais, trabalho, afazeres diários, momentos de lazer, etc. Certamente tal atitude levará essa pessoa a um quadro de estafa, ansiedade ou depressão, o que piorará muito a situação da família.

Assim, vemos que o tratamento não deve ser dirigido somente aos pacientes, mas também às pessoas que estarão em contato direto com ele. Atualmente, a terapia de família na esquizofrenia é um dos tratamentos complementares de maior eficácia, pois contribuem diretamente para a adesão do tratamento médico. Nessas terapias, as famílias recebem instruções sobre a doença que permitirão lidar melhor com a patologia no dia a dia.

### **3.3 A VIDA DO ESQUIZOFRÊNICO E AS DIFICULDADES ENFRENTADAS**

Os sintomas mais característicos da esquizofrenia afetam a vida social, afetiva, financeira e familiar do portador. Além de gerar muitas vezes o sentimento de não ser compreendido pelos amigos e familiares.

Para entender um pouco mais essa questão, foi realizada uma breve entrevista com um indivíduo esquizofrênico juntamente com sua irmã.

O paciente referido, que será chamado por suas iniciais – E.L.S -, após ter sido diagnosticado com a doença precisou de auxílio familiar para realizar o tratamento e por isso foi morar com sua irmã, mostrando que a doença afetou sua vida pessoal, visto que antes dela era uma pessoa independente.

Devido aos surtos que já teve, E.L.S, apesar de ser muito inteligente, perdeu eficiência no trabalho, o que provocou um sentimento de inferioridade. Além disso, quase todo o dinheiro que recebe é utilizado para o tratamento, o que evidencia as consequências financeiras da doença.



---

---

Apesar de tudo, possui expectativas e sonhos em relação ao futuro. Entretanto, como ele sofre de surtos psicóticos frequentemente e possui dificuldades em realizar o tratamento, terá maiores dificuldades para alcançar os objetivos que almeja.

Assim, com base na conversa realizada com este paciente esquizofrênico (entrevista no apêndice) pôde-se perceber as dificuldades enfrentadas por um portador da doença, que, além de discriminação, sofre com as barreiras financeiras e as mudanças que ocorreram em sua vida.

#### **4. METODOLOGIA**

A metodologia utilizada nesta pesquisa foi a pesquisa bibliográfica sobre o assunto e realização de entrevista com indivíduo portador da esquizofrenia e sua irmã. Por questões didáticas, a entrevista se encontra em anexo e em sua maior parte foi transcrita para terceira pessoa, de modo que a resposta dos dois entrevistados se encontra mesclada.

#### **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com base nos referenciais teóricos utilizados para a construção do artigo foi possível entender o conceito de esquizofrenia, suas características gerais, as possíveis causas, os tratamentos mais aceitos atualmente e as consequências para o portador e seus familiares.

Por envolver diretamente a personalidade e o modo de agir do indivíduo, a doença além de ser tão devastadora quanto qualquer outra que atinja o funcionamento do corpo, possui um agravante: o portador precisa enfrentar maiores dificuldades para se inserir novamente na sociedade, vencer os preconceitos e procurar viver uma vida “normal”, visto haver um estigma que gira em torno da doença.

Geralmente, as pessoas que não têm conhecimento sobre o assunto tratam com inferioridade o esquizofrênico, por acreditarem que não são capazes de desenvolver atividades normalmente. Não excluimos o fato de possuírem maiores dificuldades, porém não se pode simplesmente rotulá-los inúteis.



---

---

Assim, para diminuir o sofrimento gerado ao doente e aos familiares quando recebem o diagnóstico, seria necessária uma conscientização geral da população em relação à doença. É que como qualquer outro indivíduo acometido por uma patologia, o esquizofrênico não tem culpa, e também carece de apoio e solidariedade, não só dos que estão próximos a ele, mas da comunidade em geral, para que ele possa aceitar sua condição e aderir ao tratamento.

Apesar de não possuir cura, a esquizofrenia pode ser atenuada com princípios básicos de vivência, partindo do convívio com os familiares, amigos, terapias ocupacionais e também com a administração de remédios.

A parte psicológica do indivíduo afetado pela doença é a mais prejudicada desde o processo de adoecimento, até as crises e mesmo quando já há aceitação da doença, pois este paciente tem sua personalidade fragmentada a cada surto psicótico. Deste modo, é taxado muitas vezes de louco, criando preconceitos em relação a si mesmo. Com isso, deixa de interagir ativamente no meio social que ele frequentava, piorando sua situação.

Vale ressaltar que o apoio familiar pode diminuir essas inconstâncias da doença e manter presente as características reais do indivíduo, numa tentativa de ajudá-lo a preservá-las.

Por fim, defende-se a divulgação da doença, para que todos possam ajudar as pessoas que sofrem devido ao fato de serem esquizofrênicos. Salieta-se também a necessidade de mais pesquisas científicas em relação ao assunto, principalmente no que diz respeito ao diagnóstico e tratamento, que ainda é bastante divergente ao redor do mundo.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ASSIS, J. C.; VILLARES, C. C.; BRESSAN, R. A.; **Entre a razão e a ilusão: desmistificando a esquizofrenia.** Porto Alegre, RS. Artmed, 2013.

**Entendendo a esquizofrenia.** Disponível em: <  
<http://entendendoaesquizofrenia.com.br/website/>> Acesso em: 21 jun. 2014.

HALES, R. E.; YUDOFKY, S. C. GABBARD, G. O.; **Tratado de Psiquiatria Clínica.** Cap. 10. Porto Alegre, RS. Artmed, 2008.

HELKIS, H. A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2000. Disponível em: <  
<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s1/a09v22s1.pdf>> Acesso em: 19 jun. 2014.

LIEBERMAN, J. A.; STROUP T. S.; PERKINS, D. O.; **Fundamentos da esquizofrenia.** Porto Alegre, RS. Artmed, 2012.

MARI, J. J.; LEITÃO, R. J.; A epidemiologia da esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2000. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462000000500006&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462000000500006&script=sci_arttext&tlng=en)> Acesso em: 20 jun. 2014.

OLIVEIRA, R. M.; FACINA, P. C. B. R.; SIQUEIRA JÚNIOR, A. C.;. *A realidade do viver com esquizofrenia.* **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2012. Disponível em: <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000200017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000200017&script=sci_arttext)> Acesso em: 21 jun. 2014.

SHIRAKAWA, I.; Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2000. Disponível em: <  
<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s1/a19v22s1.pdf>> Acesso em 19 jun. 2014.

SILVA, R. C. B.; **Esquizofrenia: uma revisão.** 2006. Disponível em: <  
<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v17n4/v17n4a14.pdf>> Acesso em: 19 jun. 2014.

VARELLA, D. **Esquizofrenia.** Disponível em: <  
<http://drauziovarella.com.br/letras/e/esquizofrenia/>> Acesso em: 19 jun. 2014.

## APÊNDICE

### Identificação:

1. NOME: E.L.S. (masculino)
2. ESTADO CIVIL: divorciado



3. DATA DE NASCIMENTO: 09/10/1971
4. NATURALIDADE: Jacupiranga-SP
5. GRAU DE INSTRUÇÃO: Superior completo (pedagogia) + Administração (incompleto)
6. ATIVIDADE LABORAL: já trabalhou de engraxate, office-boy, escriturário, professor e atualmente é secretário de escola.
7. RELIGIÃO: Evangélica

**História patológica pregressa:**

1. CIRURGIAS PRÉVIAS: nega.
2. USO DE MEDICAMENTOS: Já fez uso de Risperidona, atualmente em uso Aripipazol e outros medicamentos prescritos que não soube referir o nome (está realizando um tratamento novo atualmente).
3. INTERNAÇÕES PRÉVIAS: 03 internações psiquiátricas, sendo duas em hospitais psiquiátricos na cidade de Sorocaba-SP e outra em Clínica Particular na cidade de Peruíbe-SP.
4. DOENÇAS (HAS, DM, TB, TIREÓIDE): Possui Diabetes Mellitus.
5. DOENÇAS DOS FAMILIARES (HAS, DM, TB, TIREÓIDE): Mãe e uma irmã com Diabetes Mellitus, mãe com hipertensão arterial sistêmica e pai falecido por CA de vesícula.

**História social:**

1. USO DE ÁLCOOL: nega.
2. TABAGISMO: nega.
3. USO DE DROGAS: nega.



---

---

### **História da doença atual (ESQUIZOFRENIA):**

**IDADE DO INÍCIO DOS SINTOMAS:** E.L.S. afirma que há 20 anos entrou em depressão após morte do pai e reprovação do vestibular na UFPR para Administração (não passou por 0,25), iniciando o tratamento com psiquiatra por quase 20 anos. Começou a apresentar os sintomas de esquizofrenia aos 39-40 anos após divórcio.

**COMO FOI REALIZADO O DIAGNÓSTICO, E HÁ QUANTO TEMPO FOI REALIZADO:** E.L.S. relata que após o divórcio “a depressão piorou” e desenvolveu transtorno bipolar evoluindo com sintomas de esquizofrenia segundo médico psiquiatra, o qual deu início ao tratamento. A irmã relata mais precisamente que os sintomas de esquizofrenia apareceram após 02 anos da separação e que, como ele já fazia acompanhamento psiquiátrico, não foi difícil para o médico reconhecer os sintomas.

**FORMA DE ESQUIZOFRENIA DIAGNOSTICADA:** Esquizofrenia esquizo-afetiva.

**ENCAMINHAMENTO PARA CAPS OU OUTRO HOSPITAL:** E.L.S. CONTA que realiza acompanhamento particular psiquiátrico na cidade de Curitiba-PR e no ambulatório de saúde mental do SUS da cidade de Registro. Durante as crises foi tratado em hospital psiquiátrico.

**PSICOTERAPIA:** E.L.S. conta que apenas toma os medicamentos, mas que não confia nos medicamentos prescritos pelo psiquiatra de Registro e apenas pega receitas quando estão vencidas para comprar os remédios indicados pelo psiquiatra de Curitiba. A irmã relata que “o psiquiatra de Registro tem que falar que é muito amigo do mesmo psiquiatra da cidade de Curitiba pra que ele aceite tomar os medicamentos”.

**OBTEVE MELHORA APÓS TRATAMENTO?** E.L.S. conta que sim. Segundo ele, quando não está em crise consegue realizar suas atividades normalmente. A irmã relata que ele permanece assintomático cerca de 3-4 meses, porém toma os



---

---

medicamentos de forma irregular, e que inclusive ele esconde os comprimidos e finge que tomou e depois joga fora.

DIFICULDADES EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO: E.L.S. explica que gostaria de se tratar apenas com o psiquiatra da cidade de Curitiba, mas as viagens e as consultas são muito caras e por isso precisa frequentar mensalmente o médico da cidade de Registro. A irmã relata uso regular das medicações. E que quando se sente melhor, se nega a tomar os remédios ou simula que tomou diante de todos, levando a piora do quadro e a volta de crises.

QUAIS OS SINTOMAS QUE COMEÇOU APRESENTAR INICIALMENTE? ALGUM SINTOMA PREDOMINANTE? E.L.S. diz apenas que sentia muito medo de ficar sozinho à noite. Já irmã conta que durante as crises, ele se torna agressivo verbalmente, e “sempre diz que vai viajar para Israel”.

NA ÉPOCA DO APARECIMENTO DOS SINTOMAS, O QUE SE TORNOU DIFERENTE? SENTIU MEDO EM RELAÇÃO AO FUTURO? “*Sempre tinha que ter alguém comigo porque sentia medo de ficar sozinho à noite e passava todas às noites acordado.*” Conta E.L.S. Em relação ao futuro, pensa em se aposentar e se mudar de cidade para começar uma vida nova e pagar pensão para os filhos.

DIFICULDADES RELACIONAMENTO ENFRENTADAS APÓS A DESCOBERTA DA DOENÇA (EMPREGO, FAMILIARES, AMIGOS). E.L.S. aparenta ter dificuldades no emprego. Na escola acha que os colegas de trabalho o julgam incapaz de realizar as tarefas. “*Quando tem pouco trabalho na escola acho que o chefe não me dá tarefas porque me julga incapaz*”. A irmã conta que ele não consegue se comunicar adequadamente com as pessoas, pois a conversa é desconexa, e não dá continuidade nos assuntos, “*ele começa a falar um assunto e muda pra outro sem terminar o que estava dizendo*”. Ela explica ainda que no emprego ele não consegue executar uma grande quantidade de tarefas, e por isso o diretor acaba atribuindo menos serviço a ele. E em relação aos familiares ele mesmo diz que tem total apoio e que todos ajudam no tratamento.



---

---

ENFRENTOU ALGUM PRECONCEITO APÓS O DIAGNÓSTICO? E.L.S. acredita que não. Apenas no emprego, por não ter tantas tarefas quanto os outros. A irmã comenta uma situação curiosa, que durante a descompensação da doença ele tem preconceitos com pessoas de cor negra. Fica investigando e querendo saber por que é negra, quer saber a descendência das pessoas, as incomodando e criando uma situação desagradável.

O QUE SENTE NOS MOMENTOS DE CRISE? E.L.S. relata que fica falando muito, o tempo inteiro, e que pensa muito. Sente que está entrando em crise e pede para ser internado. A irmã conta que quando ele fica totalmente descompensado perde a noção e se torna agressivo, não querendo mais ser internado. Nas crises sempre fala que vai viajar para Israel. Em relação à higiene, começa a ficar desleixado, não quer trocar a roupa, escolhe as roupas mais velhas e sempre quer vestir a mesma roupa, não faz barba (diferente quando não está em crise – fora da crise é muito vaidoso, gosta das melhores roupas e melhores sapatos, não deixa de cortar cabelo nem fazer barba). Começa a falar em inglês.

CUIDADOR: Familiares (irmã). É interditado provisoriamente. Nas internações a irmã se torna responsável por tudo. Nos momentos de remissão da doença ele assume as responsabilidades normais (banco, etc.)

COMO É UM DIA-A-DIA TÍPICO: E.L.S. conta que levanta cedo, faz suas refeições, vai ao trabalho no horário certo, sem se atrasar. Gosta muito de ler e cuidar da aparência pessoal, além de apreciar ficar com os familiares. A irmã relata que ele é uma pessoa bastante emotiva e fica facilmente triste. Quando não está em crise consegue fazer tudo adequadamente e é muito responsável em relação aos horários. Ela conta ainda que E.L.S. é uma pessoa muito amorosa com os familiares, muito inteligente, inclusive obtendo aprovação em concursos públicos para aumento da remuneração.

O QUE PENSA EM RELAÇÃO À DOENÇA? E.L.S. diz ser consciente que tem a doença e que precisa tomar o medicamento para não entrar em crises.

