

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
COMGRAD/ENF  
Enf 99003- ESTÁGIO CURRICULAR**

**ESQUIZOFRENIA E FAMÍLIA: revisão bibliográfica**

**Ivete Barbosa da Silva**

**Porto Alegre, Setembro de 2002.**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
COMGRAD/ENF  
Enf 99003 – ESTÁGIO CURRICULAR**

**ESQUIZOFRENIA E FAMÍLIA: revisão bibliográfica**

**Ivete Barbosa da Silva<sup>1</sup>**

**Professora Orientadora: Agnes Olschowsky<sup>2</sup>**

**Porto Alegre, Setembro de 2002.**

---

<sup>1</sup> Acadêmica do 9º semestre da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

<sup>2</sup> Professora Adjunta do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Chefe do Serviço de Enfermagem Psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Doutora em Enfermagem.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>5</b>
<b>2.1 Esquizofrenia .....</b>	<b>5</b>
<b>2.1.1 História .....</b>	<b>6</b>
<b>2.1.2 Epidemiologia .....</b>	<b>7</b>
<b>2.1.3 Etiologia .....</b>	<b>8</b>
<b>2.1.4 Critérios Diagnósticos .....</b>	<b>10</b>
<b>2.1.5 Subtipos .....</b>	<b>10</b>
<b>2.1.6 Abordagens de tratamento .....</b>	<b>11</b>
<b>2.2 A Família .....</b>	<b>12</b>
<b>2.3 A enfermagem e a família .....</b>	<b>15</b>
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>18</b>
<b>4 ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	<b>21</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>28</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>30</b>

## **AGRADECIMENTOS**

À orientadora deste estudo, Agnes Olschowsky, pelo apoio constante, pela compreensão, pelas valiosas contribuições que tanto ajudaram para o enriquecimento deste trabalho e pelos ensinamentos que servirão para minha vida profissional e pessoal;

Aos meus pais, pelo patrocínio, carinho e incentivo incondicionais;

Ao meu amado Caio, que me suportou bravamente, durante este período.

## 1 INTRODUÇÃO

Neste trabalho foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre Esquizofrenia, com o intuito de aprofundar meus conhecimentos a respeito dessa patologia, bem como conhecer quais as intervenções familiares realizadas para o atendimento desse transtorno, considerando que na atenção psiquiátrica e de saúde mental interferem fatores psicológicos, sociais, culturais, políticos e econômicos.

O interesse pela área da Psiquiatria surgiu durante a realização do estágio curricular na Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), no quinto semestre da faculdade e, firmou-se com o estágio no Centro de Atenção Psicossocial do HCPA. Estes estágios possibilitaram a convivência com portadores de vários transtornos mentais.

Durante este convívio foi possível perceber como é tênue a linha que separa a sanidade da loucura e mudar minha concepção de que todos os doentes mentais são “loucos, sujos, pobres e institucionalizados”. Vejo-os agora, como pessoas iguais, com família, estrutura social e econômica, universitários, trabalhadores, pais, filhos, etc. Não estão tão distantes da normalidade quanto eu imaginava antes dessas experiências. É possível perceber que são indivíduos que vivem o cotidiano da vida. Porém, por terem um diagnóstico psiquiátrico, têm de enfrentar o estigma e a exclusão social, que os desautoriza e desvaloriza como pessoas.

Dentre tantos transtornos psiquiátricos, a Esquizofrenia despertou minha atenção, interesse e curiosidade, por ter conhecido um paciente que,

devido ao seu distanciamento das pessoas e a grande angústia da família, serviu-me de elemento motivador de aprendizagem e compreensão sobre o que ocorria com aquele indivíduo e seus familiares, e de como poderia ajudá-los, naquele momento e em situações semelhantes, ao longo da atividade profissional?

Outro fator que despertou meu interesse foi a idade. Observou-se que a Esquizofrenia atinge adolescentes e adultos jovens, proporcionando grande sofrimento tanto para o doente quanto para a família, já que convivem durante anos com comportamentos psicóticos, em que as alterações do pensamento, resultam na dificuldade de processar as informações, estabelecer relacionamentos interpessoais e solucionar os problemas do viver cotidiano.

Outro aspecto observado foi o da importância da família, contribuindo na melhora da doença e na adesão ao tratamento, visto que o indivíduo com esquizofrenia sofre com os prejuízos da memória, atenção, aprendizado, interpretação e organização do pensamento, apresentando distração fácil, esquecimento, desinteresse e dificuldade em completar tarefas. Essas alterações trazem a necessidade de alguém que o redirecione, repetindo frequentemente instruções e auxiliando nas atividades diárias e nos cuidados pessoais. Desse modo, faz-se necessária à inclusão dos familiares como parceiros no processo de tratamento.

Levando-se em conta esses fatores, além do fato de que a Enfermagem atua junto à família, surgiram questões como: *quais são as intervenções usadas junto à família dos indivíduos esquizofrênicos? Como a enfermeira pode contribuir para a diminuição da angústia e melhora do funcionamento familiar?*

Pensando nestes questionamentos, observou-se que a Enfermagem Psiquiátrica tem contribuído através da realização de oficinas terapêuticas e educativas, da coordenação de grupos, da realização de consultas de enfermagem, buscando orientar e auxiliar o doente e familiares para o melhor enfrentamento da doença.

Indo ao encontro dessas idéias, Helm (2001) salienta a importância das ações educativas, na qual a abordagem dos programas psicopedagógicos para famílias é principalmente didática e pragmática, visando melhorar o curso da doença, reduzir o índice de recaída e propiciar um funcionamento mais integrado do paciente e da família.

Desse modo, penso que estudar esquizofrenia e as intervenções familiares utilizadas para uma atenção integral desse transtorno psiquiátrico possibilitará uma

prática de enfermagem psiquiátrica e saúde mental mais qualificada, pois através do conhecimento adquirido e refletido, poderemos encontrar e implementar estratégias de ação para o cuidado na área.

Conforme Black, Yates & Andreasen (1992), a doença chamada esquizofrenia tem sido reconhecida na maioria das culturas e descrita desde tempos remotos tanto por pessoas leigas (em produções literárias) quanto nos escritos psiquiátricos clássicos de Pinel, mas o conceito de esquizofrenia foi prenunciado por Morel no século XVIII, quando introduziu o termo “demência precoce” ao descrever um caso de desorganização do pensamento em um menino de quatorze anos (Shirakawa, 1993).

Moller & Murphy (2001) referem que 1% da população sofre de esquizofrenia, destes, cerca de 95% têm a doença durante toda a vida, 25% não respondem adequadamente ao tratamento farmacológico tradicional, de 20 a 50% tentam o suicídio, sendo que 10% obtêm êxito. A esquizofrenia ocupa o quarto lugar mundial, em termos de sobrecarga da doença, perdendo apenas para a depressão, o uso de álcool e o transtorno afetivo bipolar.

As autoras citadas relatam que a sintomatologia dos pacientes com esquizofrenia, em muitas situações, impede a socialização do indivíduo, por apresentarem incapacidade de comunicar-se de maneira coerente, perda de interesse, deteriorização da higiene pessoal e desconfiança, entre outros. Esses sintomas resultam na baixa auto-estima relacionada às poucas conquistas, na sensação de ser desacreditado ou sentir-se envergonhado, na perda de relacionamentos e oportunidades profissionais, que levam ao retraimento ou isolamento social.

Stuart (2001a) relata que o estigma cultural em relação à doença mental domina a sociedade contemporânea, servindo como barreira para a integração dos doentes mentais e da sociedade.

*“O estigma, em sua definição original, é ‘uma cicatriz deixada por ferro quente na face dos malfeitores’. O estigma é definido, atualmente, como uma marca de desgraça usada para identificar e apartar as pessoas a quem a sociedade vê como desviantes, pecadoras ou perigosas” (p. 247).*

Refere ainda, a autora citada que o diagnóstico de uma doença mental é, freqüentemente, seguido por isolamento e solidão à medida que familiares e amigos se

afastam. Os doentes mentais sentem-se rejeitados e temidos e as famílias recebem a culpa pela doença.

A esquizofrenia é uma síndrome angustiante em que muitas áreas do funcionamento biopsicossocial do indivíduo estão seriamente perturbadas. Seu curso tem mudado desde a introdução de drogas antipsicóticas, mas os efeitos sobre o indivíduo e sua família podem levar a sentimentos de rejeição e resignação (Flaherty, Davis, Janicak & Baptista, 1995).

As idéias explicitadas por estes autores, reafirmaram para mim, a importância desse estudo para se pensar na singularidade das pessoas e das famílias que convivem com os transtornos psiquiátricos, aqui especificamente, o indivíduo com esquizofrenia e seus familiares.

Desse modo, pela minha vivência nos estágios e por identificar essa patologia psiquiátrica como incapacitante, pois o funcionamento da pessoa com esquizofrenia ocasiona respostas desadaptadas, ou seja, sua atenção, memória, pensamento produzem respostas comportamentais desorganizadas que causam dificuldades de processar as emoções e relacionar-se com os outros, é que justifico essa pesquisa.

Penso que esse embotamento afetivo e falta de sociabilidade repercutem na família, que também sofre e sente-se desorganizada, estabelecendo-se em muitas situações sentimentos de rejeição, impotência, vergonha, ansiedade e desesperança no convívio familiar. Através do estudo penso em colaborar/facilitar no atendimento ao familiar bem como aprimorar minha a prática assistencial de enfermeira.

Assim, penso que os profissionais de saúde, especificamente, a enfermeira psiquiátrica, com seus saberes teóricos e práticos, tem a contribuir nas intervenções junto à família de indivíduos com transtornos esquizofrênicos.

Na tentativa de compreender melhor e colaborar no atendimento ao familiar do indivíduo dito esquizofrênico tenho como objetivo desse estudo:

- **identificar quais as intervenções utilizadas na esquizofrenia direcionadas à família.**

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 Esquizofrenia**

Os transtornos mentais podem ser diferenciados em dois tipos: neuroses e psicoses. Nas neuroses o teste de realidade está basicamente intacto e os sintomas são reconhecidos como egodistônicos.

A psicose é caracterizada por comportamento regressivo, desintegração da personalidade e redução do nível de consciência, além do comprometimento do teste de realidade, ou seja, a pessoa avalia erroneamente suas percepções fazendo inferências incorretas sobre a realidade externa (Stuart, 2001b).

Gabbard (1998) citando Freud, refere que a neurose é um conflito entre o ego e o id e a psicose um conflito entre o ego e o mundo externo, envolvendo uma desaprovação e subsequente remodelamento da realidade.

Os sintomas da psicose são agrupados dentro de cinco categorias da função cerebral: cognição, percepção, emoção, comportamento e socialização ou relacionamentos.

A Esquizofrenia é uma doença cerebral séria e persistente que resulta em um comportamento psicótico e em dificuldades no processamento de informações, relacionamentos interpessoais e solução de problemas (Moller & Murphy, 2001).

Gabbard (1998) refere que a Esquizofrenia é uma doença heterogênea com manifestações clínicas que se modificam rápida e facilmente. Uma organização útil da sintomatologia descritiva do transtorno constitui-se numa divisão em três

grupos: 1) sintomas positivos 2) sintomas negativos e 3) relacionamentos pessoais desorganizados. Este modelo estabelece a diferença entre os três processos psicopatológicos encontrados em pacientes esquizofrênicos.

Segundo o autor citado, os sintomas positivos são um excesso ou distorção do funcionamento normal e incluem distúrbios do pensamento, tanto no conteúdo (como delírios), quanto na forma (incoerência, neologismos, ecolalia) e processo (fuga de idéias, atenção comprometida), distúrbios de percepção (como alucinações e ilusões) e manifestações comportamentais (como catatonia e agitação) que se desenvolvem num curto espaço de tempo e com freqüência acompanhado de um episódio psicótico agudo.

Os sintomas negativos representam uma diminuição ou perda do funcionamento normal, caracterizando-se por afeto embotado, pobreza de pensamento, apatia e anedonia (perda do prazer).

Os relacionamentos pessoais desorganizados tendem a se desenvolver ao longo do tempo, conseqüentes aos sintomas positivos e negativos e, incluem uma série de dificuldades interpessoais como isolamento, expressões inadequadas de agressão e sexualidade, falta de consciência das necessidades dos outros, solicitações excessivas e incapacidade de fazer contatos significativos com outras pessoas.

Kaplan, Sadock & Grebb (1997) salientam que a sintomatologia da esquizofrenia pode ser encontrada em outros transtornos psiquiátricos ou neurológicos, portanto o diagnóstico de esquizofrenia não deve basear-se apenas no exame de estado mental, mas também na história de vida do paciente.

### *2.1.1 História*

O conceito de esquizofrenia foi prenunciado por Morel no século XVIII, quando introduziu o termo “demência precoce” ao descrever um caso de desorganização do pensamento em um menino de quatorze anos.

Em 1871, Hecker descreveu a hebefrenia, uma síndrome que acometia jovens, com acessos sucessivos, enfraquecimento mental rápido, transtornos de linguagem e de escrita e maneirismos. Em 1874, Kahlbaum descreveu a catatonia como entidade caracterizada por enfraquecimento mental e transtornos de atividade muscular,

caracterizados por rigidez, tensão e contratura conseqüentes a excessos sexuais, masturbação e estafa intelectual (Shirakawa, 1993).

Em 1896, Emil Kraepelin, o grande sistematizador da nosologia psiquiátrica, englobou os quadros descritos por Morel, Hecker e Kahlbaum, caracterizando-os como uma entidade única, de início súbito no adolescente ou adulto jovem, com curso deteriorante a longo prazo e sintomas clínicos comuns de alucinações e delírios (Louzã Neto & Shirakawa, 1995; Kaplan, Sadock & Grebb, 1997).

Black, Yates & Andreasen (1992) relatam que, Kraepelin trabalhava com Alois Alzheimer que estudava pacientes com prejuízos cognitivos sérios e deteriorização, iniciando em uma idade mais tardia. Estes pacientes são identificados agora como tendo a doença de Alzheimer. Para distinguir pacientes que haviam desenvolvido a doença em idade precoce daqueles de início tardio, Kraepelin referia-se aos primeiros como tendo “demência precoce”. Kraepelin também diferenciou a demência precoce de uma doença que ele denominava de “doença maniaco-depressiva”, apresentando-se em uma idade de início distribuída ao longo da vida, tendo curso e resultado mais episódico e menos deteriorante.

Kraepelin é reconhecido como o delineador da esquizofrenia, especialmente em relação ao curso e ao resultado, mas foi Eugen Bleuler, que em 1911, “rebatizou” a demência precoce com o nome de esquizofrenia (etimologicamente “mente fendida”) para indicar a presença de uma divisão entre o pensamento, a emoção e o comportamento dos afetados e, segundo ele, na esquizofrenia não existia propriamente demência no sentido clássico, a aparição da moléstia não era fatalmente precoce e nem a sua evolução era para a demência terminal. Bleuler enfatizava a sintomatologia como critério diagnóstico e propôs os conceitos de sintomas primários (ou fundamentais), diretamente relacionados ao processo mórbido, portanto autônomos como perturbação das associações, autismo, ambivalência e embotamento afetivo e, sintomas secundários (ou acessórios), que seriam reações da personalidade a esse processo, portanto psicologicamente compreensíveis como alucinações e delírios (Shirakawa, 1993; Kaplan, Sadock & Grebb, 1997).

### *2.1.2 Epidemiologia*

A prevalência da esquizofrenia situa-se em 1% da população mundial.

Conforme Kaplan, Sadock & Grebb (1997) os dois sexos são atingidos igualmente, embora os homens apresentem início mais precoce, maior comprometimento decorrente dos sintomas negativos e pior funcionamento social que as mulheres.

O início da esquizofrenia se dá de 15 a 25 anos para homens e de 25 a 35 anos para mulheres, sendo raro seu surgimento antes dos 10 ou após os 50 anos.

Algumas pesquisas indicam a existência de uma alta taxa de nascimentos (5% na Europa e nos Estados Unidos) de indivíduos com esquizofrenia entre o final do inverno e início da primavera, levando a hipótese de algum risco específico à estação do ano, como um vírus ou uma mudança sazonal na dieta (Laraia, 2001; Kaplan, Sadock & Grebb, 1997).

Gabbard (1998) salienta que outro fator epidemiológico verificado, a partir dos programas de desinstitucionalização do doente mental, é um aumento nos índices de casamento e fertilidade entre pessoas esquizofrênicas, levando a um crescimento do número de filhos nascidos de pais esquizofrênicos, favorecendo o risco genético para a doença.

### *2.1.3 Etiologia*

A esquizofrenia é uma doença heterogênea, sendo que a apresentação clínica, a resposta ao tratamento e o curso da doença em cada indivíduo é variada.

Um modelo que procura integrar os fatores etiológicos é o Modelo de Diátese do Estresse que afirma que um indivíduo pode ter uma vulnerabilidade específica (diátese) que, quando influenciada por fatores ambientais estressantes permite o desenvolvimento dos sintomas de esquizofrenia. A vulnerabilidade ou os fatores estressores podem ser tanto biológicos, psicológicos ou socioculturais (Moller & Murphy, 2001; Kaplan, Sadock & Grebb, 1997).

A causa da esquizofrenia é desconhecida, mas acredita-se que exista, pelo menos, uma causa biológica.

Laraia (2001) descreve alguns dos componentes biológicos da esquizofrenia:

- componente bioquímico: diversas substâncias químicas cerebrais foram implicadas na esquizofrenia, mas as pesquisas salientam um excesso do neurotransmissor dopamina; um desequilíbrio entre a dopamina e outros neurotransmissores, principalmente a serotonina e; problemas no sistema receptor da dopamina.

- componente neurológico: as técnicas de imagem cerebral concentram-se em duas áreas específicas que são o córtex frontal (envolvido com os sintomas negativos) e sistema límbico (envolvido com os sintomas positivos). As varreduras por tomografia computadorizada têm demonstrado dilatação dos ventrículos, principalmente do ventrículo lateral, de pacientes com esquizofrenia crônica, implicando em falta de desenvolvimento ou perda de tecido cerebral. Os estudos com ressonância magnética têm repetido esse achado, além de demonstrar diversas estruturas cerebrais diminuídas, como a região hipocampal (que modula a resposta emocional e a memória) no sistema límbico.

- componente genético: o padrão de vulnerabilidade herdado para a esquizofrenia resulta da interação de influências desconhecidas com diversos genes, afetando a estrutura e o funcionamento do cérebro. Uma nova hipótese, chamada de ampliação de repetição do trinucleotídeo (mutação na qual certa seqüência de DNA ocorre mais de uma vez quando os genes são copiados), poderia explicar parte das taxas diferenciais de ocorrência da esquizofrenia entre gêmeos monozigóticos. O risco genético para a esquizofrenia é de 1% para indivíduos sem parente afetado, 2 a 3% para parente em segundo grau afetado, 10% para irmão/irmã afetados, 15% para um dos pais ou gêmeo dizigótico afetado, 35% para ambos os pais afetados e 50% para gêmeo monozigótico afetado.

Conforme Moller & Murphy (2001) no passado, predominavam as causas psicológicas, sociológicas e ambientais decorrentes da ausência de causas biológicas identificadas. A esquizofrenia foi vista como uma doença causada, em parte, por alguma falha individual de caráter. Algumas teorias psicodinâmicas descreviam a mãe como ansiosa, superprotetora ou fria e insensível, outras descreviam um problema de comunicação na forma de mensagens dúbias, levando ao desenvolvimento da esquizofrenia.

Embora estas teorias estejam ultrapassadas para etiologia da esquizofrenia, são válidas na compreensão dos agentes estressores responsáveis por recaídas.

Alguns teóricos propuseram que fatores socioculturais como a pobreza, a sociedade, a desarmonia cultural, a industrialização e a urbanização estariam envolvidas na etiologia da esquizofrenia. Atualmente, considera-se que estes estressores exerçam seus principais efeitos sobre o momento de início e a severidade da doença (Moller & Murphy, 2001; Kaplan, Sadock & Grebb, 1997).

#### *2.1.4 Critérios Diagnósticos*

De acordo com o DSM-IV, um diagnóstico de esquizofrenia requer:

- A presença de dois (ou mais) sintomas psicóticos característicos (delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatônico, sintomas negativos) presentes por um período de 1 mês (ou menos, se tratados com sucesso).
- Disfunção social, profissional e no autocuidado.
- Sinais contínuos da perturbação por pelo menos seis meses.
- Exclusão de transtorno esquizoafetivo e transtorno de humor, ou se presente, os episódios de humor é de duração breve com relação a duração do distúrbio.
- Exclusão de substância ou condição médica geral.
- Exclusão de um transtorno mental orgânico: se houver história de transtorno autista ou outro transtorno invasivo do desenvolvimento, o diagnóstico adicional de esquizofrenia é feito apenas se delírios ou alucinações estiverem presentes por pelo menos 1 mês.

#### *2.1.5 Subtipos*

O DSM IV classifica 5 subtipos de esquizofrenia que estão baseados, predominantemente, na apresentação clínica.

- esquizofrenia paranóide: preocupação com um ou mais delírios ou alucinações auditivas freqüentes e pouca apresentação dos seguintes sintomas: discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatônico e afeto embotado ou inadequado.
- esquizofrenia desorganizada: os seguintes sintomas são proeminentes: discurso desorganizado, comportamento desorganizado e afeto embotado ou inadequado.
- esquizofrenia catatônica: presença de dois dos seguintes sintomas: imobilidade motora (flexibilidade cêrea ou estupor); atividade motora excessiva (aparentemente, sem motivo); negativismo ou mutismo; posturas inadequadas ou bizarras, movimentos estereotipados, maneirismos ou trejeitos faciais proeminentes; ecolalia ou ecopraxia.
- esquizofrenia indiferenciada: presença de sintomas psicóticos característicos (delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatônico, sintomas negativos), sem satisfazer os critérios para os subtipos paranóide, desorganizado ou catatônico.
- esquizofrenia residual: ausência de delírios e alucinações proeminentes, discurso desorganizado e comportamento amplamente desorganizado ou catatônico; as evidências de perturbação são indicadas pela presença de sintomas negativos ou dois ou mais sintomas psicóticos característicos presentes de forma atenuada.

#### *2.1.6 Abordagens de tratamento*

Segundo Gabbard (1998) o tratamento da esquizofrenia apresenta vários enfoques terapêuticos, como farmacoterapia, psicoterapia, intervenção familiar e hospitalização.

Os medicamentos antipsicóticos ou neurolépticos foram introduzidos no início da década de 50, revolucionando o tratamento da esquizofrenia. Embora, não ofereçam uma cura, são efetivos na redução dos sintomas psicóticos.

As drogas antipsicóticas são divididas em dois grupos: típicas ou convencionais e atípicas. Os antipsicóticos típicos são antagonistas da dopamina,

resultando em dois efeitos: diminuição dos sintomas positivos e produção de efeitos colaterais extrapiramidais. Os antipsicóticos atípicos exercem bloqueio tanto dos receptores da dopamina quanto da serotonina, melhorando assim, os sintomas positivos, negativos sem efeitos extrapiramidais significativos.

Após o controle dos sintomas psicóticos, os indivíduos necessitam de uma relação terapêutica consistente, confiável e apoiadora associada a farmacoterapia, sendo indicado algum tipo de psicoterapia. A psicoterapia de grupo permite que os pacientes conversem livremente, sobre suas preocupações com os sintomas e com o estigma da doença mental.

As intervenções familiares têm-se mostrado eficazes na prevenção de recaídas e na melhor adesão ao tratamento medicamentoso. As famílias aprendem a reconhecer os sintomas da recaída, os efeitos colaterais das medicações e seu manejo, o curso e o prognóstico da esquizofrenia.

Quando o indivíduo apresenta uma crise psicótica aguda, a internação é a melhor alternativa de tratamento. A estrutura da unidade hospitalar oferece um lugar seguro ao indivíduo, evitando danos a si mesmo ou aos outros.

Penso que a farmacoterapia, a psicoterapia e as intervenções familiares são ações necessárias e fundamentais que caracterizam um cuidado integral e de qualidade nos transtornos esquizofrênicos.

## **2.2 A Família**

A palavra família não é um conceito unívoco.

Segundo Osorio (1996) talvez, seja uma expressão passível de descrições, mas não de conceituação, já que é possível descrever várias estruturas ou modalidades assumidas pela família ao longo do tempo.

A unidade familiar se apresenta sob variadas composições: nuclear (pais e filhos), extensa ou ramificada (com diferentes gerações incluídas), com a inclusão de pessoas que mantêm estreitos laços afetivos ou compostas apenas pelo círculo de amigos, sem nenhuma consangüinidade, dificultando um conceito único e universal (Elsen, 1994).

*“Todos os estudos recentes sobre o assunto mostram, de alguma maneira, a dificuldade para utilização consensual do termo família na nossa realidade e a conseqüente necessidade de delimitar e definir esse grupo em nossos trabalhos de investigação (...). Famílias foram e são estudadas por vários segmentos da ciência em diferentes dimensões espaço-temporais e, possivelmente, nenhum estudo vai esgotar o assunto e fornecer resposta para todos os questionamentos” (Cervený apud Schneider, 2001. p. 27).*

Conforme Delaney apud Nitschke (1999) ao trabalhar com famílias faz-se necessário defini-la, buscando conhecê-la e compreendê-la em seu processo de viver, pois através dessa definição teremos clareza de quais concepções irão nortear as intervenções junto à família.

Osório (1996) reconhecendo a necessidade e a dificuldade de conceituação formula uma definição para a família.

*“Família é uma unidade grupal onde se desenvolvem três tipos de relações pessoais – aliança (casal), filiação (pais/filhos) e consangüinidade (irmãos) – e que a partir dos objetivos genéricos de preservar a espécie, nutrir e proteger a descendência e fornecer-lhe condições para a aquisição de suas identidades pessoais, desenvolveu através dos tempos funções diversificadas de transmissão de valores éticos, estéticos, religiosos e culturais” (p. 16).*

As teorias e marcos conceituais familiares têm colaborado com o profissional de enfermagem na tentativa de abordar a família, já que não oferecem apenas conceitos diferentes, mas perspectivas teóricas que possibilitam compreender a família.

Elsen (1994) descreve alguns destes referencias teóricos utilizados na área da saúde e, conseqüentemente, na enfermagem:

- Interacionismo simbólico: a família é uma unidade de pessoas em interação;
- Desenvolvimento da família: a família é um sistema semi-aberto, com uma história natural composta por vários estágios sendo que a cada um deles correspondem tarefas específicas por parte da família;
- Sistêmica: a família é um sistema formado de subsistemas diferentes e maior do que a soma de suas partes, em interação com outros sistemas;

- Conflito: a família é uma arena na qual ocorrem conflitos de interesse e alianças à procura de uma ordem negociável;
- Materialismo histórico: a família é uma instituição social, um todo articulado, relacional, constituídos pelo homem social, ativo, permeado pela estrutura social de classes.

A autora define ainda, a família saudável como:

*“(...) uma unidade que se auto-estima positivamente, onde os membros convivem e se percebem mutuamente como família. Tem uma estrutura e organização para definir objetivos e prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar de seus membros. A família saudável se une por laços de afetividade exteriorizados por amor e carinho, tem liberdade de expor sentimentos e dúvidas, compartilha crenças, valores, e conhecimentos. Aceita a individualidade de seus membros, possui capacidade de conhecer e usufruir de seus direitos, enfrenta crises, conflitos e contradições, pedindo e dando apoio a seus membros e às pessoas significativas. A família saudável atua conscientemente no ambiente em que vive, interagindo dinamicamente com outras pessoas e famílias em diversos níveis de aproximação, transformando e sendo transformada. Desenvolve-se com experiência, construindo sua história de vida.” (p. 68)*

Schneider (2001) refere que a família é constituída de indivíduos que integram um sistema social amplo, onde todos são vigiados por parentes que criticam, sugerem, ordenam, persuadem, elogiam e às vezes ameaçam, para que sejam desempenhadas as obrigações relativas aos papéis sociais.

De acordo com Oliveira & Jorge (1999), a família é a instituição natural e indispensável para garantir a perpetuação e a proteção de seus membros, visto que o ser humano não sobrevive sem cuidados nos primeiros anos de vida.

Observa-se que, no ambiente familiar, o indivíduo recebe apoio afetivo, psicológico e material necessários ao crescimento, desenvolvimento e individualidade. Através da convivência adquire os valores éticos e humanitários formando hábitos, crenças e comportamentos construídos entre gerações e presentes nas diversas culturas.

Os autores acima citados trazem a importância das intervenções familiares, considerando que são as famílias que convivem no dia-a-dia e vão lidar com as dificuldades decorrentes da doença, tendo que organizar-se nesse novo funcionamento.

Desse modo, penso que os diferentes conceitos e referenciais teóricos de família permitem aos profissionais da saúde, um conhecimento das concepções que podem facilitar e orientar o atendimento das diversas situações familiares.

### **2.3 A enfermagem e a família**

Elsen (1994) relata que o profissional enfrenta a controvérsia sobre a existência ou não de uma saúde familiar distinta da saúde dos indivíduos, ou seja, a saúde da família significa a soma da saúde dos indivíduos que a compõem ou a família também é possuidora de um “estado de saúde” que pode ser identificado, diferente de seus membros?

A autora citada, observa que a família possui um estado de saúde próprio, que consiste no produto de todas as forças com as quais seus membros contribuem dentro do contexto de sua cultura e envolve, além do conhecimento, atitudes, valores, papéis e distribuições de tarefas dentro da família.

Concordo com as idéias da autora e considero que para atender a família é necessário romper com o modelo individualista, que trata o indivíduo e seus sintomas, porque quando este adocece, mobiliza todos os membros de sua família, tornando impossível não atentar aos seus aspectos de vida coletiva.

Waidman (1999) salienta que através do relato de familiares, durante realização de visitas domiciliares, percebeu que estes necessitavam de esclarecimentos e orientações a respeito da doença mental, demonstrando despreparo para conviver com o familiar portador de doença mental.

O familiar fica sem saber como agir diante do comportamento psicótico, em que as alterações do pensamento, resultam na dificuldade de processar as informações e solucionar os problemas do cotidiano.

Koga & Furegato (1999) salientam a importância da enfermagem na participação e implementação de programas com o propósito de orientar os familiares a respeito da sintomatologia e dos tratamentos para que possam compreender melhor a doença e agir de maneira adequada na manutenção do equilíbrio familiar.

Mas, segundo Silva (2000), nem sempre o importante nas famílias que convivem com doença mental é a doença propriamente dita, mas seus significados e os efeitos provocados nos membros da família. As necessidades familiares estão atreladas às atitudes, valores e papéis desempenhados, anteriormente, pelo familiar doente.

Sundeen (2001) aponta que o apoio à família é muito importante para a reabilitação da pessoa com doença mental e cita três categorias de programas para intervenções familiares: capacitação, tratamento e educação.

A capacitação consiste em observar os vários pontos problemáticos comuns na vida familiar e aprender modos de enfrentar essas áreas problemáticas. Isto capacita a família, proporcionando a seus membros um senso de controle sobre suas vidas.

O tratamento familiar consiste em terapias na tentativa de que os indivíduos diferenciem a si mesmos do sistema familiar, melhorem a comunicação e estrutura familiar.

A educação familiar inclui informações e exercícios para o desenvolvimento de habilidades.

Outra questão necessária para a efetiva intervenção familiar é a aliança entre família e profissional (Conn, 2001).

Esta aliança foi evitada por muito tempo, em virtude das teorias que correlacionavam famílias disfuncionais à etiologia da esquizofrenia, pois o familiar, que teria de conviver e dar o suporte ao tratamento era considerado a causa da doença.

Kaplan, Sadock & Grebb (1997) descrevem algumas destas teorias:

- duplo vínculo: conceito formulado por Gregory Bateson para descrever uma família hipotética na qual os filhos recebem mensagens parentais conflitantes, fazendo com que a criança retrai-se a um estado psicótico a fim de escapar da confusão insolúvel do duplo vínculo.

- cismas e famílias obliquas: teoria formulada por Theodore Lidz descrevendo dois padrões anormais de comportamento familiar. Em um tipo de família predomina um atrito (cisma) entre os pais, competindo e rivalizando entre si pelo afeto dos filhos, e no outro, predomina um quadro psicopatológico de um dos cônjuges, no qual um dos parceiros é dependente ou masoquista e o outro supre esta necessidade de dependência.

- pseudomutualidade: Winne descreve que as peculiaridades do indivíduo com esquizofrenia são em partes determinadas por anormalidades nas interações entre os membros da família. Há um esforço de adequação para manter a idéia de que se está correspondendo às expectativas do outro, impedindo assim a diferenciação da própria identidade.

- emoção expressa: definida como atitudes de criticismo, hostilidade ou superenvolvimento emocional dirigidas ao paciente e expressas pelos familiares. Pesquisas têm indicado que altos níveis de emoção expressas elevam o número de recaídas.

Embora estas teorias estejam ultrapassadas para explicar as causas da esquizofrenia, elas são clinicamente relevantes na identificação de fatores estressantes enfrentados pelos indivíduos esquizofrênicos.

Helm (2001) relata que as teorias sobre o funcionamento familiar, recentemente, deram lugar a um novo modelo (paradigma da competência) que valoriza a capacitação familiar, enfocando a importância do profissional e a família trabalharem como colaboradores. Esse paradigma salienta as seguintes idéias:

- foco sobre os comportamentos promotores do crescimento;
- promoção e reforço do funcionamento individual e familiar mediante o amparo à aquisição de comportamentos pró-sociais, auto-suficientes e outros comportamentos adaptados;
- definição do relacionamento entre aquele que busca ajuda e aquele que a oferece como uma parceria que pressupõe uma responsabilidade conjunta;
- encorajamento ao auxílio que esteja de acordo com a cultura da família e seja congruente com a apreciação dos problemas e necessidades da família;
- promoção do uso de redes naturais de apoio pela família.

### 3 METODOLOGIA

O estudo se realizou através de uma pesquisa bibliográfica que, para Gil (1999), é desenvolvida a partir de material já elaborado em livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita. Este tipo de pesquisa tem a finalidade de colocar o pesquisador em contato com aquilo que já foi escrito sobre o assunto, permitindo aprimorar os conhecimentos e explorar novas idéias.

De acordo com o autor citado, a pesquisa bibliográfica constitui-se das seguintes fases:

- formular o problema: utilização de pesquisa bibliográfica com a finalidade de melhorar a visão do problema, tornando-o mais específico ou, ainda, para o fim de construção de hipóteses;
- elaborar o plano de trabalho: orientação dos procedimentos seguintes após a definição dos objetivos. Corresponde ao desenvolvimento que se pretende dar à pesquisa;
- identificar as fontes: identificação das fontes capazes de fornecer as respostas adequadas à solução do problema proposto como procura de catálogos de livros, publicações e especialistas que realizaram pesquisas na área;
- localizar e obter o material: localização das obras identificadas. Pode ser feita em consultas a bibliotecas ou em compras nas livrarias;
- ler o material: leitura do material localizado. Primeiramente, leitura exploratória; após, leitura seletiva; leitura analítica; e por último, leitura interpretativa.

- confeccionar as fichas de leituras: com o objetivo de identificar as obras consultadas, registrar o conteúdo e os comentários acerca das obras e ordenar os registros.

- estruturar a construção lógica do trabalho: classificar as fichas de leitura e agrupá-las por assuntos.

- redigir o texto: é a última etapa de uma pesquisa bibliográfica. Não existem regras fixas que determinem o procedimento, mas alguns aspectos devem ser considerados na elaboração do relatório como conteúdo (introdução, contexto e conclusões), estilo (impessoal, claro, preciso e conciso) e aspectos gráficos (organização das partes, disposição do texto, citações, notas de rodapé, tabelas, bibliografia).

O levantamento bibliográfico foi realizado através dos resumos dos trabalhos dos periódicos nacionais, veiculados no Sistema da Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), usando como palavras-chave esquizofrenia e família.

Para análise do material bibliográfico levantado foi utilizado:

- leitura exploratória: rápida leitura do material bibliográfico com o objetivo de verificar em que medida a obra consultada interessava à pesquisa.

- leitura seletiva: determinação do material que realmente interessava à pesquisa.

- leitura analítica: tem por finalidade ordenar e resumir as informações contidas nas fontes, de forma que essas possibilitassem a obtenção de respostas ao problema da pesquisa.

- leitura interpretativa: tem por objetivo relacionar o que o autor afirma com o problema para o qual se propunha uma solução.

A consulta bibliográfica foi realizada no dia 08/07/2002 e repetida em 13/07/2002. Inicialmente utilizou-se a palavra esquizofrenia resgatando 860 artigos, após refinou-se a pesquisa acrescentando a palavra família, obtendo-se 80 artigos.

Destes 80 artigos, 38 estavam publicados em periódicos nacionais.

Durante a leitura exploratória, **verificou-se que 14 artigos interessavam à pesquisa por conterem em seus resumos ou títulos as expressões família do esquizofrênico ou intervenções familiares.**

Na etapa seguinte, realizou-se a leitura seletiva, sendo selecionados 5 artigos que abordavam em seu conteúdo intervenções direcionadas à família.

Posteriormente, realizou-se a leitura analítica e interpretativa desses artigos, percorrendo os seguintes passos da análise: identificação das idéias centrais do artigo; agrupamento por idéias centrais; análise das informações, interpretando o que os artigos afirmavam, relacionado-os com o problema de estudo, ou seja, quais as intervenções utilizadas na esquizofrenia direcionadas à família.

As questões éticas foram preservadas a medida em que os autores consultados foram referenciados no texto.

#### 4 ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo é apresentada a análise dos artigos publicados nos periódicos nacionais, conforme descrito anteriormente na página 21.

Durante a leitura exploratória, selecionamos 14 artigos que continham em seus resumos ou títulos expressões como *família* ou *intervenções familiares*.

Na classificação destes artigos por tipo de metodologia encontramos as seguintes classificações:

- 2 estudos de caso clínico (estudo de causística);
- 3 pesquisas quantitativas;
- 1 pesquisa qualitativa (estudo de crenças, valores, percepções, representações e sentidos atribuídos);
- 3 ensaios (estudo que se baseia unicamente na experiência do autor);
- 5 revisões bibliográficas (estudo baseado em consulta bibliográfica).

No agrupamento por idéias centrais, verificou-se que:

- 1 artigo, escrito por Abreu et al. (1991), relatava uma pesquisa realizada com familiares de pacientes psiquiátricos crônicos não hospitalizados, moradores de um bairro de Porto Alegre. Os pesquisadores utilizaram um questionário para verificar a existência, ou não, de fardo ou sobrecarga familiar. As questões relacionavam-se com as mudanças ocorridas no ambiente familiar a partir do aparecimento da doença, buscando avaliar as dificuldades pelas quais passavam os membros da família durante a

convivência com o familiar doente.

- 5 artigos, escritos por Montagna (1981); Penna (1988); Poppe et al. (1990) e Terzis (1986, 1987), abordavam o funcionamento intrafamiliar e suas possíveis relações com surgimento da esquizofrenia.

- 3 artigos, Bechelli (1982); Cavalcanti (1991) e Shirakawa (1991), apontavam as intervenções ou tratamentos com ênfase em medicações neurolépticas.

Os 5 artigos restantes traziam em seu conteúdo intervenções utilizadas na esquizofrenia direcionadas à família, relacionando-se com o problema desse estudo, o qual passo agora a descrição e análise dos mesmos.

Camarotti (1998) coloca que desde o final dos anos 40, a família tornou-se o alvo das investigações no tratamento das doenças mentais. Inúmeras teorias buscaram relacionar a família e o entendimento das psicoses e das esquizofrenias.

A autora parte do pressuposto da multifatorialidade da esquizofrenia, afirmando que a família deve ser necessariamente incluída, seja como fator causal da esquizofrenia ou como recurso terapêutico e, que é inconcebível pensar em tratamento sem a participação desta. Menciona que diversos estudos discutem quais as características, comportamentos e sentimentos familiares que podem interferir na evolução e tratamento dos pacientes com esquizofrenia, surgindo daí, conceitos como o de fardo ou sobrecarga familiar (carga excessiva que o paciente psiquiátrico representa a seus familiares) ou teorias como a das Emoções Expressas que relaciona-se com atitudes de criticismo, hostilidade ou superenvolvimento emocional dirigidas ao paciente e expressas pelos familiares.

Refere também, que pesquisas demonstram que o alto índice de fardo familiar ou de emoções expressas aumentam o risco de recaídas e internações psiquiátricas. Os achados destas pesquisas possibilitaram o desenvolvimento de abordagens familiares que minimizassem a influência negativa sobre os pacientes.

Os programas de intervenção familiar têm recebido uma denominação geral de psicoeducacionais devido à existência da combinação de materiais didáticos sobre esquizofrenia e estratégias terapêuticas que buscam diminuir o estresse gerado na convivência dos pacientes com os familiares. Esses programas demonstraram melhora na aderência medicamentosa, efetividade em lidar com os estressores, diminuição na

sintomatologia cognitiva, melhora nas funções adaptativas dos pacientes e redução do risco de recaídas.

Os conteúdos mais comuns tratados nestes programas são:

- engajamento precoce da família no processo de tratamento;
- informações educativas sobre a esquizofrenia: teorias etiológicas, variações no prognóstico, tratamento, entre outros;
- treinamento nos aspectos de comunicação: melhorar a clareza na comunicação e as formas de prover “feedbacks” positivos e negativos dentro da família;
- treinamento para resolução de problemas;
- intervenção nos períodos de crise.

O artigo nos mostra a importância das intervenções familiares para uma efetiva assistência e cuidado aos indivíduos com transtornos esquizofrênicos. Porém, assinalo que o mesmo centra-se na atuação e no conhecimento do profissional, o que considero importante e incontestável nas intervenções, não discutindo questões referentes a colaboração dos familiares como participantes ativos no conteúdo das intervenções, outro fator determinante para uma abordagem eficaz.

Visto que, as intervenções familiares demonstraram melhora na aderência medicamentosa, efetividade em lidar com os estressores, diminuição na sintomatologia cognitiva, melhora nas funções adaptativas dos pacientes e redução do risco de recaídas, faz-se fundamental a aliança entre profissional e familiar.

Em outro artigo, Scazufca (2000) relata que as intervenções psicossociais para famílias de indivíduos com esquizofrenia têm por objetivos reduzir ou prevenir os sintomas deste transtorno, melhorando a qualidade de vida de toda a família, sendo enfático no trabalho colaborativo entre familiares e profissionais.

A esquizofrenia é vista como uma doença que pode se manifestar em indivíduos biologicamente vulneráveis, nos quais um ambiente familiar pode colaborar para o início da doença ou para recaídas. No entanto, a família não é a responsável ou culpada pela ocorrência da doença. É necessário reconhecer as dificuldades que a família passa a ter com a presença de um membro com transtorno grave e persistente.

Assim, as necessidades da família devem ser avaliadas antes do início do programa de intervenção, identificando os problemas específicos, que irão ser

abordados durante o tratamento. As idéias dos familiares sobre esquizofrenia, mesmo que pareçam absurdas, devem ser ouvidas e respeitadas.

As principais características dos programas de intervenção incluem:

- elementos de educação sobre a esquizofrenia;
- atitude positiva dos terapeutas em relação à família;
- foco da intervenção nos problemas atuais da família;
- reconhecimento junto à família da importância da medicação no

tratamento.

A autora cita algumas estratégias de intervenção, como componentes psicoeducacionais, uso de técnicas cognitivo-comportamentais, técnicas de resolução de problemas que visam à redução das tensões na família e aprimoramento das estratégias para lidar com situações difíceis. Estudos comprovam que as intervenções têm se mostrado eficazes na prevenção de recaídas e que os familiares geralmente aprovam estas intervenções demonstrando a eficácia também na melhora da qualidade de vida de toda a família.

Observa-se que as intervenções citadas são voltadas para o trabalho colaborativo, focando os problemas atuais da família e não buscando culpados para a situação vivida, o que ao meu ver, facilita o acolhimento. Acredito também, que essa abordagem é efetiva, pois atua de uma maneira compreensiva e individualizada, a medida que integra os conhecimentos profissionais e familiares, adaptando-se as reais necessidades da família e facilitando, desse modo, a aderência e interesse familiar, já que estes encontram esclarecimento sobre as suas dúvidas e anseios.

Schneider (2000), em seu artigo, realizou uma pesquisa fenomenológica com familiares de esquizofrênicos internos em uma instituição psiquiátrica, buscando conhecer o que é ser familiar de esquizofrênico.

O autor encontrou nos discursos dos familiares entrevistados que:

- o mundo transforma-se com o sofrimento psíquico do parente;
- a família passa a viver um cotidiano de incertezas e ambigüidades, manifestando a necessidade de atribuir causas à doença;
- a família passa a tomar conta do familiar esquizofrênico assumindo todos os seus cuidados e até as suas responsabilidades impedindo que ele seja independente;

- o familiar mostra-se ambíguo quanto ao fato de permanecer com o parente em casa ou no hospital, pois relata que gostaria que este permanecesse em casa para receber cuidados e afeto, mas considera o hospital uma atitude satisfatória;
- os familiares expressam a necessidade de um suporte emocional, de informações a respeito do seu parente (tratamento, comportamento), além de desejarem falar sobre si, de suas experiências e sentimentos;
- a cura do familiar é, muitas vezes, apoiada em crenças espirituais, na fé, em um poder superior que dá forças à família.

O autor refere que o sistema de promoção à saúde mental poderia incentivar um melhor suporte à família, através de uma postura colaboradora, enfatizando o ato de lidar com o parente que se encontra em sofrimento psíquico. Acrescenta, ainda, que apesar da validade de um plano de informações e orientações, é necessário um plano de informações particulares e individuais, que corresponda aos anseios dos familiares, facilitando a percepção e expressão de seus sentimentos, inquietudes e dúvidas.

Saliento a importância do plano de orientação aos familiares conforme abordado pelo autor, dando ênfase também nos aspectos existenciais desse familiar, levando-se em consideração suas vivências, expectativas, medos e dúvidas.

Siqueira Júnior (1999), em seu estudo, tinha como hipótese que a família orientada é continente com seu familiar. Essa orientação facilitaria o melhor desempenho do paciente e evitaria internações.

O autor comparou dois grupos de familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia que estiveram internados em uma unidade psiquiátrica do interior de São Paulo, sendo que um recebeu atendimento grupal e o outro não.

O grupo de famílias em atendimento participou de 30 sessões previamente agendadas, sendo que o outro grupo foi orientado conforme a rotina do Ambulatório de Saúde Mental.

As 30 sessões tiveram os seguintes objetivos:

- ensinar aos familiares sobre sintomas e efeito da medicação, encorajando a compreensão sobre a necessidade da medicação e identificação de sinais e efeitos colaterais;

- aumentar o conhecimento dos familiares sobre o estresse do meio ambiente e seu relacionamento com a reagudização;
- criar uma aliança de trabalho entre o paciente, sua família e a equipe, diminuindo a culpa e o ressentimento;
- identificar a resistência do paciente e de sua família, propondo estratégias para atividades de vida diária;
- proporcionar ao paciente, através do familiar, oportunidade para praticar e reforçar habilidades;
- encorajar o familiar a diminuir o isolamento e estigma social do paciente.

No final do atendimento constatou-se que:

- o número de internações no período de nove meses foi igual para os dois grupos;
- o desempenho dos pacientes que receberam orientação grupal foi alterada para melhor, enquanto o desempenho do grupo que não foi orientado não demonstrou melhora significativa.

O autor verificou com o estudo, que, embora o atendimento em grupo não tenha alterado o número de internações psiquiátricas, mostrou-se eficaz para melhorar o desempenho do paciente com esquizofrenia e diminuir o tempo de internação, visto que os familiares orientados conseguiram reconhecer precocemente os sintomas de recaída, buscando atendimento rapidamente.

Desse modo, observo que as intervenções familiares neste estudo foram voltadas para a educação do familiar e paciente sobre etiologia e tratamento, bem como, o encorajamento para a diminuição do isolamento e estigma social que familiares e pacientes convivem diariamente. O artigo traz a importância da parceria dos profissionais e da família, em que a aliança dos envolvidos é fundamental para uma intervenção de qualidade que diminua o sofrimento psíquico.

Villares (2000) salienta a diferença entre programas psicoeducacionais conduzidos por profissionais, com enfoque clínico, ênfase na diminuição dos comportamentos e atitudes familiares “negativas”, e programas educacionais, desenvolvidos e conduzidos por leigos, realizados na comunidade, baseados em teorias

de redução de estresse, de desenvolvimento de recursos para lidar com a doença, da adaptação, favorecendo o acolhimento e não buscando culpados.

Coloca também, que as teorias que atribuíram a etiologia da esquizofrenia às inter-relações familiares dificultaram o relacionamento entre profissionais e familiares, aumentando o estigma e o isolamento para abordagem das situações vivenciadas.

Segundo a autora, há muito a ser estudado quanto as abordagens familiares, pois pouco se sabe sobre a abrangência e os tipos de serviços oferecidos aos familiares. Traz em seu estudo a experiência com um “Núcleo de Família”, criado em 1997 por profissionais do Programa de Esquizofrenia, com objetivo de estudar, planejar e desenvolver um conjunto de abordagens familiares.

Esse programa busca integrar dados da cultura local procurando entender a doença sob o ponto de vista das famílias, aproximando os conhecimentos leigos e profissionais. A partir desse conhecimento, o núcleo desenvolve um modelo de orientação familiar denominado “Seminários Informativos sobre a Esquizofrenia”, sendo um espaço educativo, no qual a informação e a orientação são construídas através do processo colaborativo entre familiares e profissionais. Embora não existam dados conclusivos deste projeto, todos os participantes reconhecem a validade do trabalho.

Essa experiência nos mostra o respeito com as idéias e vivências dos familiares, facilitando o diálogo simétrico entre profissionais e familiares na construção conjunta de abordagens mais efetivas, pois considera ambos saberes e fazeres dos profissionais e família.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha pelo tema intervenções familiares no atendimento da esquizofrenia, surgiu do interesse em aprender e compreender o que ocorre com o indivíduo portador deste transtorno e sua família. Buscando identificar quais as intervenções utilizadas na esquizofrenia direcionadas à família realizei uma pesquisa bibliográfica.

Através desta metodologia de pesquisa, identifiquei uma bibliografia escassa nos periódicos nacionais sobre este tema, evidenciando a necessidade de novos estudos e reforçando meu interesse por este assunto.

O estudo possibilitou identificar intervenções utilizadas na esquizofrenia direcionadas à família, vislumbrando as experiências realizadas no país, mostrando a importância da participação familiar no tratamento dessa patologia.

Desse modo, no levantamento bibliográfico identifiquei as seguintes intervenções utilizadas nas abordagens das famílias de indivíduos com esquizofrenia: informações educativas sobre etiologia, prognóstico e tratamento da esquizofrenia; foco nos problemas atuais da família; treinamento para resolução de problemas; encorajamento para a diminuição do isolamento e do estigma social; reconhecimento da importância da medicação; treinamento nos aspectos da comunicação familiar; além, da aliança entre profissionais e família.

Os artigos pesquisados demonstraram a eficácia destas intervenções na aderência ao tratamento, na diminuição da sintomatologia cognitiva, na melhora das funções adaptativas dos pacientes, na redução do risco de recaídas, repercutindo em

uma melhora da qualidade de vida, não só do indivíduo atingido, mas de toda a família.

Concluo o estudo, enfatizando que o cuidado de enfermagem mais qualificado requer associado ao conhecimento científico, a compreensão e a sensibilidade do profissional, bem como, o respeito pela singularidade e pluralidade dos diferentes aspectos da vida coletiva.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Paulo Silva Belmonte de; PAULA, Lílian Vargas de; KLAFKE, Adriana et al. Fardo do paciente psiquiátrico crônico na família. **Revista ABP-APAL**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 49-52, abr./jun. 1991.

BEHELLI, Luiz Paulo de C. Preparações depot em doentes esquizofrênicos em consultório particular e em ambulatório público. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 143-147, mar./abr. 1982.

BLACK, Donald W.; YATES, William R.; ANDREASEN, Nancy C. Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme e Transtornos Delirantes. In: TALBOTT, John A. **Tratado de Psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 267-299.

CAMAROTTI, Maria Henriqueta. A família, as esquizofrenias e o impacto da abordagem familiar no tratamento. **Revista de Saúde do Distrito Federal**, Brasília, v. 9, n. 3, p. 36-41, jul./set. 1998.

CAVALCANTI, Maria Tavares. O tratamento do paciente esquizofrênico crônico: uma revisão. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 53-63, mar. 1991.

CONN, Victoria. A visão da família sobre o continuum do cuidado. In: STUART, Gail W.; LARAIA, Michele T. **Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 296- 302.

ELSEN, Ingrid. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: BUB, Lydia Ignes Rossi (coord.). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Ed. Da UFSC, 1994. p. 61-77.

FLAHERTY, Joseph A.; DAVIS, John M.; JANICAK, Philip G.; BAPTISTA, Dayse. **Psiquiatria: diagnóstico e tratamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 103-133.

GABBARD, Glen O. **Psiquiatria psicodinâmica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 133-154.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HELM, Patrícia E. Intervenções familiares. In: STUART, Gail W.; LARAIA, Michele T. **Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 710- 733.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J.; GREBB, Jack A. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 439-465.

KOGA, Mariko; FUREGATO, Antonia Regina F. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. In: LABATE, Renata Curi (org.). **Caminhando para a assistência integral**. Ribeirão Preto, São Paulo: Scala, 1999. p. 363-377.

LARAIA, Michele T. Contexto biológico do cuidado de enfermagem psiquiátrica. In: STUART, Gail W.; LARAIA, Michele T. **Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 114- 137.

LOUZÃ NETO, Mario Rodrigues; SHIRAKAWA, Itiro. Esquizofrenia. In: TABORDA, José G. V.; PRADO-LIMA, Pedro; BUSNELLO, Ellis D'Arrigo. **Rotinas em Psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 120-131.

MOLLER, Mary D.; MURPHY, Millene E. Respostas neurobiológicas, esquizofrenia e transtornos psicóticos. In: STUART, Gail W.; LARAIA, Michele T. **Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 438- 471.

MONTAGNA, Plínio Luiz K. Expressão de emoções no ambiente familiar e evolução das esquizofrenias: estudo piloto em pacientes de idioma português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 10, n. 1/2, p. 07-23, jun. 1981.

NITSCHKE, Rosane Gonçalves. **Mundo imaginal de ser família saudável: a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos**. Pelotas: Ed. Universitária UFPel, 1999.

OLIVEIRA, Mirlândia Maria Braga de; JORGE, Maria Salete Bessa. Doente mental e sua relação com a família. In: LABATE, Renata Curi (org.). **Caminhando para a assistência integral**. Ribeirão Preto, São Paulo: Scala, 1999. p. 379-388.

OSORIO, Luiz Carlos. **Família hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

PENNA, Elaine Fernandes. A família do esquizofrênico. **Informação Psiquiátrica**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 129-139, out./dez. 1988.

POPPE, Maria da Conceição Maggioni; BARROS, Monique Medeiros; LOWENKRON, Theodor Salomão. Estudo sobre a influência da interação entre os progenitores e o surgimento de esquizofrenia num dos filhos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 69-74, mar./abr. 1990.

SCAZUFCA, Márcia. Abordagem familiar em esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, p. 53-55, mai. 2000. supl. 1.

SCHNEIDER, Jacó Fernando. **Ser-família de esquizofrênico: o que é isto?** Cascavel: Eduoeste, 2001.

\_\_\_\_\_. O cuidado e a família do esquizofrênico. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 284-290, jul./ago. 2000.

SHIRAKAWA, Itiro. Histórico e conceito. In: CAETANO, Dorgival; FROTA-PESSOA, Oswaldo; BECHELLI, Luiz Paulo de C. **Esquizofrenia: atualização em diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Atheneu, 1993. p. 3-6.

\_\_\_\_\_. O acompanhamento psiquiátrico por longo prazo de pacientes esquizofrênicos. **Temas**, São Paulo, v. 21, n. 40/41, p. 316-324, jan./jun. 1991.

SILVA, Mara Regina Santos da. A finalidade do trabalho de enfermagem com famílias que convivem com a doença mental em seu cotidiano. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 138-151, jan. 2000.

SIQUEIRA JUNIOR, Antônio Carlos. Grupo de Familiares, como colaborador no tratamento de esquizofrênicos. **Nursing**, São Paulo, v. 2, n. 18, p. 14-16, nov. 1999.

STUART, Gail W. Promoção da Saúde Mental. In: STUART, Gail W.; LARAIA, Michele T. **Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2001a. p. 241-253.

\_\_\_\_\_. O modelo de adaptação ao estresse de Stuart. In: STUART, Gail W.; LARAIA, Michele T. **Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2001b. p. 97-113.

SUNDEEN, Sandra J. Reabilitação psiquiátrica. In: STUART, Gail W.; LARAIA, Michele T. **Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 275-295.

TERZIS, Antonios. Estudos acerca da família do esquizofrênico. **Arquivo Brasileiro de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 128-139, jul./set. 1986.

\_\_\_\_\_. Constelação familiar e esquizofrenia. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 45, n.3, p. 276-280, set. 1987.

VILLARES, Cecília C. Adaptação transcultural de intervenções psicossociais na esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, p. 53-55, mai. 2000. supl. 1.

WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini. Enfermeira e família compartilhando o processo de reinserção social do doente mental. In: LABATE, Renata Curi (org.). **Caminhando para a assistência integral**. Ribeirão Preto, São Paulo: Scala, 1999. p. 389-407.