ANÁLISE FUNCIONAL DE PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA ANTES E APÓS O SURGIMENTO DO TRANSTORNO[I]

FUNCTIONAL ANALYSIS OF PEOPLE WITH SCHIZOPHRENIA DISORDER BEFORE AND AFTER THE ONSET OF THE DISORDER

Joyce de Oliveira Nunes[II]

Rosane Romanha[III]

Resumo: Este estudo buscou analisar aspectos funcionais de pessoas com esquizofrenia antes e após o surgimento do transtorno. Trata-se de uma pesquisa de campo, de abordagem qualitativa e de nível descritiva. Para a coleta de dados, utilizou-se uma entrevista na modalidade formulário. E quanto à técnica de análise de dados foi utilizada a análise de conteúdo. Foi possível verificar que o funcionamento dos participantes da pesquisa passou por diversas mudanças a partir do período de instalação do transtorno. Desta maneira, os resultados da pesquisa corroboram com a literatura, que já aponta a presença de prejuízo funcional e comprometimento cognitivo na esquizofrenia.

Palavras-chave: Análise funcional. Esquizofrenia. Transtorno.

Abstract: The aim of this study was to analyze the functional aspects of people with schizophrenia before and after the onset of the disorder. This was a field research, qualitative approach and of a descriptive level. For the data collection, an interview was made on the form. And as for the data analysis technique a content analysis was used. It was possible to verify that the functioning of the research participants went through several changes from the time of the onset of the disorder. Therefore, the research results corroborate the literature, which already indicates the presence of functional impairment and cognitive impairment in schizophrenia.

Keywords: Functional analysis. Schizophrenia. Disorder.

[I] Artigo apresentado como trabalho de conclusão de curso de graduação em Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Psicólogo (a).

[II] Acadêmica do curso de Psicologia. E-mail: joyceonunes@hotmail.com

[III] Professora orientadora Mestre em Educação - Universidade do Sul de Santa Catarina - E-mail: rmagna@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

A esquizofrenia foi, e talvez ainda seja uma patologia estigmatizada por grande parte da sociedade, como sendo sinônimo de loucura. Porém, dados da literatura ponderam o equívoco, trazendo inúmeras informações a respeito do transtorno. De acordo com Sadock, Sadock e Ruiz (2017, p. 300) "a esquizofrenia é um dos mais comuns dos transtornos mentais graves, mas sua natureza essencial ainda não foi esclarecida [...]". Estima-se que a incidência para a esquizofrenia seja de 0,3% a 0,7% (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Para a American Psychiatric Association (2014, p. 102):

> A proporção entre os sexos difere em amostras e populações: por exemplo, ênfase em sintomas negativos e duração maior do transtorno (associada a pior prognóstico) demonstram taxas mais elevadas de incidência nos indivíduos do sexo masculino, ao passo que definições que possibilitam a inclusão de mais sintomas de humor e apresentações breves (associadas a melhor prognóstico) demonstram riscos equivalentes para ambos os sexos.

As causas deste transtorno ainda não são esclarecedoras. Porém, há indicações de que fatores de risco (ambientais e genéticos) fazem com que um determinado sujeito tenha pré-disposição para o desenvolvimento do transtorno (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Em se tratando do seu diagnóstico, é preciso estar atento aos diferentes âmbitos da vida do paciente, uma vez que há um prejuízo significativo em aspectos sociais e ocupacionais, visto a partir de uma série de sinais e sintomas que estão associados. O diagnóstico é caracterizado pela presença de delírios, alucinações, discurso e comportamento desorganizados, além de sintomas negativos. Estes sintomas variam de paciente para paciente, pois uma das particularidades do transtorno é a singularidade das características clínicas. Ou seja, configura-se como síndrome clínica heterogênea (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Para Ricci e Leal (2016, p. 368), "o diagnóstico de esquizofrenia tem [...] impacto no funcionamento social e na vida cotidiana das pessoas". A pessoa com esquizofrenia tem seus planos interrompidos e um futuro comprometido em termos de trabalho e aspectos sociais. Para o familiar de pessoas com esquizofrenia, lidar com esta ideia é algo complexo, principalmente ao repensar aspectos anteriores ao surgimento da doença. O indivíduo que possuía capacidade intelectual para realizar atividades do cotidiano, com o surgimento da

doença, pode passar a depender de terceiros e vivenciar certas limitações, e seus responsáveis passam a viver em função dos mesmos, enfrentando inúmeras dificuldades, como abster-se de suas próprias vidas, por exemplo (OLIVEIRA; FUREGATO, 2012).

É comum ouvir falar que pessoas com esquizofrenia deixam a vida social de lado, podendo apresentarem comportamentos de isolamento e retraimento social. Inclusive, uma das dificuldades enfrentadas, tanto pelos familiares, quanto por pacientes, é a baixa adesão ao tratamento em Centros de Atenção Psicossocial, em razão do prejuízo nas habilidades sociais, restringindo-se, muitas vezes, à convivência com familiares (OLIVEIRA; FUREGATO, 2012).

Considerando o exposto, foi realizada uma busca de conteúdos em bases de dados, e constatado que algumas pesquisas trazem aspectos isolados em relação ao tema da presente pesquisa, isto é, análise funcional referente às respostas verbais, funções cognitivas, comportamentos verbais inapropriados, recuperação funcional, entre outros. Porém, cada qual restrito a uma única pesquisa. Sendo assim, buscou-se responder como são os aspectos funcionais de pessoas com esquizofrenia antes e após o surgimento do transtorno?

O desejo por realizar esta pesquisa deu-se através da partilha de momentos com pessoas com esquizofrenia, e percebendo certos fragmentos no relato dos seus cotidianos, despertou-se a curiosidade acerca de outros aspectos relacionados à sua trajetória com a patologia. A pesquisa buscou contribuir primeiramente com pacientes em fase inicial do transtorno, a fim de fazer com que percebam que o que eles enfrentam, outras pessoas podem também estarem enfrentando. Além disso, possibilitar o conhecimento acerca da temática aos mais diversos leitores – incluindo o meio acadêmico.

Nesta perspectiva, através dos objetivos específicos, pretendeu-se, então, identificar o entendimento de pessoas com esquizofrenia acerca do transtorno; descrever o nível de habilidades de vida diária anteriores e posteriores ao surgimento do transtorno; descrever o nível de habilidades sociais anteriores e posteriores ao surgimento do transtorno; identificar hábitos e comportamentos presentes antes e depois do surgimento do transtorno; e identificar aspectos relacionados à afetividade presentes antes e depois do surgimento do transtorno.

1.1 ETIOLOGIA DA ESQUIZOFRENIA

O que se pode relatar acerca da etiologia da esquizofrenia, é que fatores de risco estão presentes para a ocorrência do transtorno, porém, nenhuma teoria existente é dona de uma única verdade (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; WHITBOURNE;

HALGIN, 2015). Para Sadock, Sadock e Ruiz (2017), a prevalência da esquizofrenia é maior em pessoas que já possuem histórico familiar do transtorno, enfatizando que há um aumento na vulnerabilidade para ao desenvolvimento do mesmo, naquele indivíduo que possui parente de 1º ou 2º graus afetado.

A incidência da esquizofrenia pode estar relacionada a fatores ambientais, como o período do ano de nascimento do sujeito afetado, e suas respectivas estações; além do ambiente onde tal indivíduo se desenvolve, tendo taxas mais elevadas para aqueles que crescem no meio urbano (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

De acordo com a American Psychiatric Association (2014), em se tratando de fatores genéticos e fisiológicos, considera-se que alelos de risco possam gerar a pré-disposição do transtorno. Por outro lado, complicações na gestação e no parto, maternidade e paternidade em idades superiores à recomendada, e ainda "[...] adversidades no pré-natal e no perinatal, incluindo estresse, infecções, desnutrição, diabetes materno e outras condições médicas [...]" (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 103), possuem correlação com o surgimento do transtorno.

Embora fatores genéticos sejam pré-dispositivos de risco para o desenvolvimento da doença, a prevalência de bebês que passaram por esses fatores e permanecem sem o transtorno, é maior (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Além destes fatores genéticos, é necessário que o ambiente favoreça o surgimento do mesmo. Se esta segunda hipótese estiver correta, fatores ambientais podem contribuir, tanto para o desenvolvimento, quanto para a prevenção do transtorno (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Em contrapartida, outros autores, como os apresentados abaixo, trazem novas teorias para tentar explicar as causas da esquizofrenia. Entre elas estão os fatores bioquímicos, os modelos biopsicossociais (vulnerabilidade-estresse, emoção expressa e teoria do duplo vínculo, por exemplo), o modelo cognitivista e outros.

Entre os fatores bioquímicos da esquizofrenia, encontra-se a hipótese da dopamina; o alto nível de serotonina; a norepinefrina; a deficiência do neurotransmissor GABA; entre outros (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Há também estudos que indicam que pessoas com esquizofrenia apresentam "[...] anormalidades neuropatológicas ou neuroquímicas no córtex cerebral, no tálamo e no tronco cerebral" (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017, p. 304).

Entre os modelos biopsicossocias, Griggs (2009) descreve acerca do modelo de vulnerabilidade-estresse, indicando que, embora o indivíduo tenha pré-disposição genética, constituindo a vulnerabilidade, não seria exclusivamente esta que definiria o surgimento do

transtorno, mas sim o estresse ambiental como sendo o fator determinante para o desenvolvimento do mesmo. Barlow e Durand (2015) chamam a atenção ao referir-se à emoção expressa (EE) como fator de recidiva na esquizofrenia. A EE diz respeito aos ambientes familiares hostis e críticos, nos quais pessoas com esquizofrenia possam estar inseridas. Esta não aparece como causa do transtorno, porém, como facilitadora do reaparecimento de sintomas nestes pacientes. Sadock, Sadock e Ruiz (2017) discorrem sobre a teoria do duplo vínculo, que embora não seja utilizada para explicar a causa da esquizofrenia, sugere que os filhos que recebem mensagens repreendedoras de seus responsáveis em relação às suas emoções, por exemplo, na tentativa de fugir da confusão causada por esta atitude dos pais, acabam entrando num estado psicótico. No entanto, segundo Sadock, Sadock e Ruiz (2017), é uma teoria que apresenta falhas.

O modelo cognitivista, de acordo com Cheniaux (2015), parte do pressuposto, de que na esquizofrenia, há uma falha no sistema que permite aos seres humanos distinguirem o "eu" das forças externas. A partir de um comando motor, é possível que o cérebro tenha previsão das consequências que se poderá ter a partir desse movimento. Na esquizofrenia, tal falha levaria a uma diferença no retorno sensorial, levando-os a interpretar que forças externas agem sobre eles.

Deste modo, a interação entre influências sociais, influências emocionais e cognitivas, associadas a influências biológicas, está entre os fatores desencadeadores para o desenvolvimento da esquizofrenia. Ou seja, a vulnerabilidade hereditária ou biológica, associada a ambientes familiares hostis e ambientes estressores, podem compor uma explicação plausível para o surgimento e a recidiva do transtorno. Porém, nem sempre se aplica a todos os casos (BARLOW; DURAND, 2015).

1.2 EPIDEMIOLOGIA

A estimativa para a incidência da esquizofrenia é de "[...] 0,3 a 0,7%, embora haja relato de variação por raça/etnia entre países e por origem geográfica para imigrantes e filhos de imigrantes" (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 102). Em termos de gênero, a esquizofrenia atinge de maneira igual homens e mulheres, porém, com início mais precoce no gênero masculino. Pesquisas apontam que mulheres tem melhor prognóstico que os homens (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Em contrapartida, é mais comum entre o gênero masculino os contatos sociais restritos aos familiares, influenciando, inclusive, no estado civil. Ou seja, a maioria dos homens com esquizofrenia não chegam a se casar,

característica menos recorrente entre mulheres (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), talvez pela idade de início do transtorno um pouco mais avançada com relação aos homens.

De acordo com a American Psychiatric Association (2014, p. 102) “as características psicóticas da esquizofrenia costumam surgir entre o fim da adolescência e meados dos 30 anos; início antes da adolescência é raro”. Início do transtorno a partir dos 40 anos de idade é mais comumente encontrado em mulheres (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Sadock, Sadock e Ruiz (2017, p. 301) afirmam que “as idades de pico do início são entre 10 e 25 anos para os homens e entre 25 e 35 anos para as mulheres”.

Segundo a American Psychiatric Association (2014), pode-se entender que dados epidemiológicos existentes devem ser ponderados, uma vez que, aspectos culturais podem influenciar no diagnóstico do transtorno, como por exemplo, crenças ou manifestações de cunho religioso. É comum ainda haver disparidade de expressões emocionais de país para país, e levando-se em conta o idioma do paciente e do médico, pode-se chegar a um diagnóstico equivocado.

Pessoas com esquizofrenia fazem parte de uma população de comum envolvimento com abuso de drogas e álcool, o que pode acabar por potencializar os sintomas. Além disso, devido ao alto custo do tratamento, estima-se que de 15 a 45% dos norte-americanos com esquizofrenia, compreendem a população dos moradores de rua (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Além de o transtorno depender de um tratamento contínuo e de alto custo, é raro pessoas com esquizofrenia obterem empregos com bons salários. Sendo assim, a esquizofrenia passa a ter maior incidência nas classes socioeconômicas mais baixas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Em se tratando de hospitalização, as taxas para pacientes com esquizofrenia são consideravelmente altas, mesmo fazendo uso de medicamentos, além de serem a maioria nos hospitais psiquiátricos (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

1.3 CURSO E PROGNÓSTICO

Na esquizofrenia não existe um curso específico, pois os sintomas e evolução do transtorno variam muito de paciente para paciente (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Ela se desenvolve em três fases – prodrômica, ativa e residual.

A evolução do transtorno ocorre gradualmente, podendo levar anos para se revelar. Por ser um transtorno que evolui lentamente, apresenta um conjunto de sintomas que

antecedem o primeiro surto, denominado pródromo. Esta fase pode durar poucos meses, ou então longos anos, variando em cada caso, e antecede a fase ativa da doença (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Embora o curso da esquizofrenia não se apresente de forma típica (PALMEIRA; GERALDES; BEZERRA, 2009), o quadro 1 apresenta os principais sintomas relacionados ao pródromo deste transtorno.

Quadro 1 - Os principais sintomas do pródromo da esquizofrenia

Pensamento	Cognição/percepção	Humor	Comportamento
Ideias estranhas, incomuns. Ideias vagas, de que alguma coisa está errada. Medos incomuns. Desconfiança, paranoias, ideias de auto referência. Ciúme, sentimento de culpa, grandiosidade. Pensamento mágico, pensamento obsessivo. Novos interesses como filosofia, religião, ocultismo.	Dificuldade de concentração. Esquecido, confuso, atrapalhado. Desrealização, despersonalização. Distorções da percepção, ilusões.	Preocupação, ansiedade, tensão, humor instável. Sentimento de vazio, de irrealidade. Irritabilidade. Sente-se cansado, sem energia. Rompantes emocionais. Apatia. Alegre, animado. Perplexo. Hostil, agressivo.	Inquieto, agitado. Impulsivo, agressivo. Isolamento, evita mais as pessoas. Parece preocupado e com medo. Descuido da higiene e da aparência. Argumenta e discute mais. Necessita que alguém o tranquilize. Prejuízos na escola ou no trabalho. Piora do sono e do apetite, perda de peso. Fala de maneira confusa, sem nexo. Rotina rígida ou imprevisível.

Fonte: Palmeira, Geraldes e Bezerra (2009, p. 27).

A segunda fase da esquizofrenia (referente à fase ativa) é marcada pelo surgimento de sintomas psicóticos, como delírios, alucinações, afeto embotado, comportamento e discurso desorganizados, entre outros (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

É comum, na fase ativa (ou aguda, como traz o autor), o paciente apresentar baixa adesão ao tratamento médico e irresponsabilidade com a condição clínica. Pode apresentar também impulsividade, levando-o à agressão em relação aos outros ou a ele mesmo; comportamentos inadequados – como pouca higiene, vestir-se inapropriadamente para determinadas ocasiões, podendo, inclusive, manifestarem-se também ao longo da vida do paciente. Além disso, podem apresentar inquietação ou agitação psicomotora, que muitas vezes, pode ter relação com a ansiedade, falta de paciência e irritabilidade que extrapolam o sujeito; comportamento rígido; tentativas de suicídio; comportamentos sexuais inapropriados; comportamento infantilizado; uso de drogas e álcool; entre outros (PALMEIRA; GERALDES; BEZERRA, 2009). A fase ativa deve ter duração de, pelo menos, um mês, e é seguida pela fase residual da doença (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

A fase residual, concomitante com a fase prodrômica, apresenta também alterações no afeto, no discurso e nos aspectos cognitivos (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Segundo a American Psychiatric Association (2014, p. 824), a fase residual corresponde ao "período após um episódio de esquizofrenia que teve remissão parcial ou completa, mas no qual podem permanecer alguns sintomas, e podem predominar sintomas como indiferença, problemas de concentração e afastamento das atividades sociais". Conforme Sadock, Sadock e Ruiz (2017), o paciente pode apresentar recaídas ao longo da vida, e entre cada uma delas, seu funcionamento agrava-se mais.

Em relação ao prognóstico da esquizofrenia, este pode estar associado ao período equivalente ao surgimento dos sintomas psicóticos até o início do tratamento. Quando este vier acompanhado de um atraso, pode acarretar num mau prognóstico, gerando mais déficits no paciente afetado. Além disso, o paciente pode apresentar um maior número de recaídas ao longo da vida (ASSIS; VILLARES; BRESSAN, 2013).

Menos da metade dos pacientes que foram hospitalizados há 5 ou 10 anos atrás, conseguem obter um bom prognóstico. A maioria passa por longos períodos de recaídas, com piora dos sintomas, demandando novas internações. O quadro 2 descreve fatores que influenciam no bom ou mau prognóstico (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Quadro 2 - Aspectos que influenciam o prognóstico positivo e negativo na esquizofrenia

Prognóstico Positivo	Prognóstico Negativo
Início tardio	Início precoce
Fatores precipitantes óbvios	Sem fatores precipitantes
Início agudo	Início insidioso
Histórias pré-mórbidas social, sexual, e profissionais boas	Histórias pré-mórbidas social, sexuais e profissionais ruins
Sintomas de transtorno do humor (especialmente transtornos depressivos)	Comportamento retraído, autístico
Casado	Solteiro, divorciado ou viúvo
História familiar de transtornos do humor	História familiar de esquizofrenia
Sistemas de apoio bons	Sistemas de apoio insatisfatórios
Sintomas positivos	Sintomas negativos
	Sinais e sintomas neurológicos
	História de trauma perinatal
	Sem remissões em 3 anos
	Muitas recaídas
	História de agressividade

Fonte: Sadock, Sadock e Ruiz (2017, p. 318).

1.4 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Um dos grandes avanços para a área da saúde mental foi a delimitação dos critérios diagnósticos dos transtornos mentais, dentre eles, a esquizofrenia, possibilitando, desta forma, sua demarcação.

Atualmente a formulação de diagnósticos tem como base a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), elaborado pela American Psychiatric Association (APA) e a décima edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ambos utilizados por profissionais da área de saúde mental, a fim de chegarem a um diagnóstico fidedigno da condição clínica apresentada pelo paciente. O quadro três traz os critérios diagnósticos da esquizofrenia, estabelecidos por cada um deles.

Quadro 3 – Critérios Diagnósticos da esquizofrenia: comparação entre o DMS-5 e a CID 10

DSM-5	CID 10
295.90 (F20.9)	**F20**
A. Dois (ou mais) dos itens a seguir, cada um presente por uma quantidade significativa de tempo durante um período de um mês (ou menos, se tratados com sucesso). Pelo menos um deles deve ser (1), (2) ou (3): 1. Delírios.	Embora nenhum sintoma estritamente patognomônico possa ser identificado, para fins práticos é útil dividir os sintomas acima em grupos que têm importância especial para o diagnóstico e frequentemente ocorrem juntos, tais como:

2. Alucinações.
3. Discurso desorganizado.
4. Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico.
5. Sintomas negativos (i.e., expressão emocional diminuída ou avolia).

B. Por período significativo de tempo desde o aparecimento da perturbação, o nível de funcionamento em uma ou mais áreas importantes do funcionamento, como trabalho, relações interpessoais ou autocuidado, está acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início (ou, quando o início se dá na infância ou na adolescência, incapacidade de atingir o nível esperado de funcionamento interpessoal, acadêmico ou profissional).

C. Sinais contínuos de perturbação persistem durante, pelo menos, seis meses. Esse período de seis meses deve incluir no mínimo um mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que precisam satisfazer ao Critério A (i.e., sintomas da fase ativa) e pode incluir períodos de sintomas prodrômicos ou residuais. Durante esses períodos prodrômicos ou residuais, os sinais da perturbação podem ser manifestados apenas por sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas listados no Critério A presentes em uma forma atenuada (p. ex., crenças esquisitas, experiências perceptivas incomuns).

D. Transtorno esquizoafetivo e transtorno depressivo ou transtorno bipolar com características psicóticas são descartados porque 1) não ocorreram episódios depressivos maiores ou maníacos concomitantemente com os sintomas da fase ativa, ou 2) se episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, sua duração total foi breve em relação aos períodos ativo e residual da doença.

E. A perturbação pode ser atribuída aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica.

F. Se há história de transtorno do espectro autista ou de um transtorno da comunicação iniciado na infância, o

(a) eco do pensamento, inserção ou roubo do pensamento, irradiação do pensamento;
(b) delírios de controle, influência ou passividade claramente referindo-se ao corpo ou movimento dos membros ou pensamentos específicos, ações ou sensações, percepção delirante;
(c) vozes alucinatórias comentando o comportamento do paciente ou discutindo entre elas sobre o paciente ou outros tipos de vozes alucinatórias vindo de alguma parte do corpo;
(d) delírios persistentes de outros tipos que são culturalmente inapropriados e completamente impossíveis, tais como identidade política ou religiosa ou poderes e capacidades sobre-humanas (p. ex. capaz de controlar o tempo ou de se comunicar com alienígenas de outro planeta);
(e) alucinações persistentes de qualquer modalidade, quando acompanhadas por delírios “superficiais” ou parciais, sem claro conteúdo afetivo, ou por ideias sobrevaloradas persistentes ou quando ocorrem todos dias durante semanas ou meses continuadamente;
(f) intercepções ou interpolações no curso do pensamento resultando em discurso incoerente, irrelevante ou neologismos;
(g) comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada ou flexibilidade cérea, negativismo, mutismo e estupor;
(h) sintomas “negativos”, tais como apatia marcante, pobreza do discurso e embotamento ou incongruência de respostas emocionais, usualmente resultando em retraimento social e diminuição do desempenho social; deve ficar claro que esses sintomas não são decorrentes de depressão ou medicação neuroléptica;
(i) uma alteração significativa e consistente na qualidade global de alguns aspectos do comportamento pessoal, manifestada por perda de interesse, falta de objetivos, inatividade, uma atitude ensimesmada e retraimento social.

diagnóstico adicional de esquizofrenia é realizado somente se delírios ou alucinações proeminentes, além dos demais sintomas exigidos de esquizofrenia, estão também presentes por pelo menos um mês (ou menos, se tratados com sucesso).	

Fonte: American Psychiatric Association (2014, p. 99).
Organização Mundial da Saúde (1993, p. 86-87).

1.5 TRATAMENTO

De acordo com Romanha (2012), o tratamento para a esquizofrenia ocorre em duas fases, incluindo o tratamento na fase do surto agudo da doença e na fase de manutenção. Na primeira, após avaliação médica, pode se recorrer pela internação, já que o paciente pode colocar em risco sua vida e a vida de outras pessoas. E na fase de manutenção, preza-se que o paciente tenha o mínimo de recaídas possíveis. O tratamento para a esquizofrenia ao longo da vida varia para cada paciente, e envolve desde o uso de medicamentos até as abordagens psicossociais – psicoterapia individual, terapia de grupo, terapias ocupacionais e/ou terapia familiar.

A principal classe de medicamentos utilizada no tratamento medicamentoso da esquizofrenia são os antipsicóticos – típicos e atípicos. Os antipsicóticos típicos, também conhecidos como neurolépticos de primeira geração, podem provocar efeitos adversos, trazendo ao longo da vida graves consequências ao sujeito. Em relação aos antipsicóticos mais recentes (os de segunda geração ou atípicos), ainda não se pode afirmar que sejam definitivamente livres de efeitos colaterais, ainda que, ao longo dos anos, pesquisadores busquem encontrar a melhor maneira de reduzir os sintomas da doença. Os antipsicóticos são prescritos com a finalidade de controlar os sintomas psicóticos, agindo na frequência e gravidade dos mesmos. Os medicamentos mais seguros atualmente são o risperidona, olanzapina e quetiapina (WHITBOURNE; HALGIN, 2015).

O tratamento medicamentoso é indispensável e o prevalente para a esquizofrenia (GRIGGS, 2009). Sendo assim, as abordagens psicossociais agem como aliadas deste tratamento, uma vez que, um de seus objetivos é facilitar a adesão do paciente ao mesmo, ajudando-os a se comprometerem, serem mais ativos e a desenvolverem autonomia (BARLOW; DURAND, 2015).

A psicoterapia individual na esquizofrenia requer versatilidade, alternando entre intervenções e apoio (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Uma das abordagens

psicoterapêuticas com respostas positivas é a terapia cognitiva, trazendo boas perspectivas ao tratamento da esquizofrenia. Desta forma, em conjunto com o paciente, traçam-se as metas de longo prazo, que estão relacionadas com melhor qualidade de vida, como, retomar a independência, ao trabalho, aos estudos, etc., bem como estabelecer novos relacionamentos. Quando esses objetivos são interrompidos por sintomas positivos (delírios, alucinações) do transtorno, lida-se com eles de forma direta, agindo também sob o sofrimento do paciente em torno destes sintomas. A forma de tratamento vai depender do nível cognitivo de cada paciente, sendo necessário muitas vezes, o emprego de técnicas mais simples em alguns casos (BECK *et al*., 2010).

O quadro 4 evidencia as estratégias de intervenção mais adequadas de acordo com cada fase da esquizofrenia, com base na terapia cognitivo-comportamental para psicose (TCCp).

Quadro 4 – Objetivos de tratamento e métodos nas diferentes fases da doença esquizofrênica.

FASE	OBJETIVO	MÉTODO DE TRATAMENTO
Pródromos da doença	Impedir a transição à psicose plena	TCC para sinais precoces e prevenção de aumento dos sintomas
Episódio agudo	Rápida recuperação	TCC e treinamento para enfrentamento
Sintomas residuais em remissão parcial	Redução de sintomas	TCC, treinamento para enfrentamento e melhoria da autoestima
Remissão	Prevenção da recaída	TCC para permanecer bem e intervenção na família
Pródromos da recaída	Interromper a recaída	Identificação de sinais precoces e prevenção da recaída

Fonte: Tarrier e Taylor (2016, p. 507).

A terapia de grupo é outra abordagem de tratamento eficaz para a esquizofrenia, pois através da troca de experiências, os pacientes podem obter apoio com relação à resolução de problemas, relacionamentos e metas que desejam alcançar. Os grupos podem ajudar, inclusive, incentivando o desenvolvimento de habilidades sociais, diminuindo o isolamento; além de facilitar a compreensão acerca da realidade que vivem, entre outros benefícios (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Entre as abordagens psicossociais estão também as terapias ocupacionais, entre elas, a arteterapia, que os auxilia a compartilharem seus mundos de ideias e sentimentos. As terapias

ocupacionais ajudam a desenvolver a comunicação e suas maneiras de se expressarem (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Segundo Romanha (2012, p. 43), "não há preocupação com desempenho e produtividade do paciente, importa o incentivo do contato do paciente com a realidade".

Na terapia familiar, o foco é oferecer apoio aos familiares de pessoas com esquizofrenia, além de ajudá-los a tornarem o ambiente onde vivem, um lugar menos estressor, e a desenvolverem habilidades essenciais no manejo do transtorno (BARLOW; DURAND, 2015).

Por fim, outras estratégias utilizadas no tratamento da esquizofrenia, segundo Romanha (2012, p. 44) são: "Hospital-dia, Hospital-noite e Pensão Protegida, Oficina Abrigada e Acompanhamento Terapêutico". No entanto, para cada paciente, é pensado num conjunto de atividades que melhor se adeque ao seu tratamento (ROMANHA, 2012).

2 MÉTODO

A presente pesquisa caracteriza-se como pesquisa de campo, de abordagem qualitativa e de nível descritiva, pois procurou descrever e analisar aspectos funcionais de pessoas com esquizofrenia, sem preocupar-se com a natureza quantitativa do fenômeno apresentado.

Foram participantes desta pesquisa quatro pessoas com esquizofrenia que frequentam o projeto de extensão da Unisul – Amigos da Saúde Mental –, vinculado aos cursos de psicologia e enfermagem, servindo de campo de estágio também para outros cursos oferecidos pela instituição, sendo uma amostra por conveniência. Foi utilizada como instrumento de coleta de dados, uma entrevista na modalidade formulário. Este foi elaborado pela pesquisadora, que teve como base, leituras e pesquisas na área, com a finalidade de dar conta dos objetivos. Os procedimentos de coleta de dados foram realizados individualmente, em dias alternados, semanalmente, no próprio espaço do projeto de extensão. O ambiente contava com salas que possibilitavam a preservação do sigilo e anonimato, bem como o conforto para cada participante entrevistado. A aplicação do formulário teve duração variada de tempo, ficando em torno de quarenta minutos à uma hora e trinta minutos. Todos foram informados acerca dos procedimentos éticos que norteiam a pesquisa, incluindo o sigilo e anonimato de cada participante. Desta forma, foi realizada a leitura, compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e foram obtidos também os consentimentos para a gravação de voz.

A pesquisa teve como base as exigências estabelecidas pelo Comitê de ética em pesquisa com seres humanos, sendo aprovada pelo mesmo sob o protocolo do parecer 3.481.501. Tais exigências estão previstas na resolução CNS/466/12 e 510/16.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o processo de análise de dados da presente pesquisa, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2011). Estes dados foram analisados a partir dos objetivos específicos, e serão expressos a seguir.

O quadro cinco apresenta a caracterização dos participantes da pesquisa. Uma observação que se pode fazer é em relação à idade de início do tratamento. Pode-se supor que o início do tratamento é quando ocorre a instalação da doença. Neste caso, a idade de início do transtorno referida pelos participantes do estudo está de acordo com a literatura, conforme mencionado anteriormente.

Quadro 5 – Caracterização dos participantes da pesquisa

PARTICIPANTE	IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	GRAU DE INSTRUÇÃO	PROFISSÃO	IDADE DE INÍCIO DO TRATA-MENTO
Participante 1	49	Masc.	Casado	Ensino médio	Ajustador mecânico aposentado	21 anos
Participante 2	39	Fem.	Solteira	Ens. fundamental	Aposentada	24 anos
Participante 3	51	Fem.	Casada	Ens. Médio	Aposentada	26 anos
Participante 4	29	Masc.	União estável	Ens. superior incompleto	Sem profissão	15 anos

Fonte: pesquisa realizada pela autora, 2019.

3.1 COMPREENSÕES ACERCA DA ESQUIZOFRENIA

Este tópico traz o entendimento de cada participante acerca da esquizofrenia, e diz respeito ao primeiro objetivo específico da pesquisa. É de extrema importância que pessoas com esquizofrenia conheçam aquilo que vivenciam, a fim de poderem se engajar no tratamento e terem uma melhor qualidade de vida.

Quando questionados a respeito de sua compreensão acerca da esquizofrenia, as evidências mostraram que os participantes da pesquisa demonstram conhecer muito pouco sobre o transtorno. Ambos trazem definições distintas, sem associar precisamente à um transtorno mental ou a um distúrbio, referindo-se ao senso comum. Exemplos disso podem ser vistos nos relatos abaixo:

"É um mal que tá cada vez mais dando transtorno nas pessoas [...], tem a ver com a desigualdade social." (P1).

"Não é uma doença [...], é uma característica que a pessoa tem [...], não é loucura." (P2).

"É depressão [...] Eu acho que é depressão." (P3).

A esquizofrenia é definida como um transtorno mental, (SADOCK, SADOCK, RUIZ; 2017; PALMEIRA; GERALDES; BEZERRA, 2009) e não como um fator causador de uma patologia, conforme refere o P1. Ao mesmo tempo, pode se entender a palavra 'mal' citada pelo mesmo, como significando algo ruim/negativo, desta forma, atribuir ao sentido que o entrevistado dá ao que vivencia. Além disso, conforme apresentam alguns autores, uma crise aguda na esquizofrenia pode tornar um paciente deprimido (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Isto pode justificar a fala do P3, que afirma que a esquizofrenia 'é depressão'. Para Sadock, Sadock e Ruiz (2017, p. 310), "esses estados depressivos ocorrem em até 25% dos pacientes com esquizofrenia e estão associados com um risco maior de suicídio".

Por outro lado, os participantes da pesquisa fazem menção ao que experimentam ou vivenciam, para expressar seus entendimentos em relação à esquizofrenia, o que condiz com a literatura. Portanto, os mesmos não atribuem estes sinais e sintomas como sendo delírios e alucinações, propriamente ditos. Tais participantes se distanciam de uma compreensão técnica do transtorno, mas, ao mesmo tempo, percebem as alterações. O que se pode observar é que a descrição feita não é da terminologia do sintoma, mas vivência dele. Exemplos disso são mostrados nos seguintes relatos:

"[...] já tive um... uns vultos que eu via [...]" (P1).

"[...] comecei a ouvir vozes, comecei a falar com a televisão [...] e quando eu retornei, para voltar a estudar [...] aí eu via o desenho se mexer." (P3).

"E eu achava que a polícia vinha atrás de mim pra me pegar [...] E... quando eu pego ônibus eu acho que as pessoas tão falando e rindo de mim [...]" (P3).

Tais falas demonstram a presença de delírios e alucinações, sintomas estes que fazem parte dos critérios diagnósticos da esquizofrenia (CHENIAUX, 2015; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Para a American Psychiatric Association (2014, p.

100), “[...] dois sintomas do Critério A devem estar presentes durante parte significativa do tempo em pelo menos um mês ou mais (se tratado com sucesso). [...] Um desses sintomas deve ser a presença clara de delírios [...], alucinações [...] ou discurso desorganizado [...]”.

Do contrário, é possível perceber, na fala do P4, dados mais técnicos e informações a respeito da opinião das outras pessoas. Ao ser questionado sobre sua compreensão acerca do transtorno, o mesmo responde o seguinte:

“Que causa alucinação, vozes, agressividade, suicídio [...] Atinge 1% da população mundial.” (P4).

“A pessoa não entende... ela pensa que é bobiça, que não quer trabalhar, que não quer estudar.” (P4).

Para a American Psychiatric Association (2014), a esquizofrenia atinge cerca de 0,3 a 0,7% de toda a população, enquanto Palmeira, Geraldes e Bezerra (2009) indicam a prevalência da esquizofrenia em 1%, para qualquer parte do mundo. Tais dados se aproximam da fala apresentada pelo P4. Por outro lado, Sadock, Sadock e Ruiz (2017) atribuem um estigma social às doenças mentais, de modo geral, assim como aparece no discurso do referido participante. Para estes autores, inclusive, diminuir tal estigma faz parte de uma das estratégias para a prevenção ao suicídio (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

É possível enxergar além da literatura, o sofrimento que o estigma social da doença causa na vida do portador. Conforme relata o P4, as pessoas que não possuem conhecimento acerca do transtorno, trazem um olhar julgador, que pode afetar o estado emocional destes pacientes, e muitas vezes, contribuir com a piora do quadro. Enfrentar a doença já não é tarefa simples; e isto se torna ainda mais difícil, quando no meio em que se vive, existem pessoas não acolhedoras deste sofrimento.

Existem também algumas características associadas que apoiam o diagnóstico (TARRIER; TAYLOR, 2016; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Ambas aparecem nas falas dos participantes, conforme mostra a seguir:

“[...] fiquei mais agressiva... mais não, fiquei agressiva, porque eu não era.” (P3).

“Porque daí eu fico agressiva também... e muito agitada [...]” (P2).

“Eu tinha pesadelo né [...]” (P2).

“[...] de noite eu não conseguia dormir [...] ficava só deitada na cama, sem comer, sem nada [...] não queria saber de nada.” (P3).

“[...] eu tenho vontade de me isolar [...] quietinha... ninguém falar comigo.” (P3).

Tais características são mais bem explicadas pela American Psychiatric Association (2014, p. 101) ao relatar que “indivíduos com esquizofrenia podem exibir [...] humor disfórico

que pode assumir a forma de depressão, ansiedade ou raiva; padrão de sono perturbado [...]; e falta de interesse em alimentar-se ou recusa da comida". Ainda, segundo a American Psychiatric Association (2014), pessoas com esquizofrenia podem apresentar agressividade, não sendo algo comum à maioria. É mais comum entre homens e, frequentemente está associado a histórico de violência, ou a não adesão ao tratamento, entre outros.

Sem serem diretamente questionados a respeito do tratamento da esquizofrenia, relatam que o mesmo é eficaz e traz remissão dos sintomas, da mesma forma como indicam alguns autores. Em suma, possuem experiências positivas acerca do tratamento, o que é possível verificar através das falas dos participantes 2 e 3:

"[...] tem tratamento né [...], é bom fazer o tratamento [...] A pessoa melhora." (P2).

"Aí esses remédios fazem bem pra mim. Eu não posso ficar sem tomar porque senão volta tudo de novo." (P3).

Assim como descreve Griggs (2009), o tratamento medicamentoso é o principal tratamento para a esquizofrenia. O que não tornam menos importantes os tratamentos psicossociais, uma vez que auxiliam o paciente a aderirem aos medicamentos, e trabalharem outros aspectos também importantes para o seu desenvolvimento (BARLOW; DURAND, 2015).

De modo geral, pode-se observar que cada experiência é única, e que a esquizofrenia se manifesta de diferentes formas. As compreensões variam conforme o que cada um internaliza acerca da doença, utilizando os sintomas que vivenciam para explicar seus entendimentos. É possível notar também a pobreza de detalhes nos seus discursos, como já mencionado acima. O emprego do senso comum nas suas falas, é algo muito presente. De acordo com alguns autores, é comum ao paciente com esquizofrenia, o declínio cognitivo, facilitando a incapacidade destes indivíduos com relação ao transtorno (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; CHENIAUX, 2015).

3.2 HABILIDADES DE VIDA DIÁRIA

Este tópico inclui aspectos do dia-a-dia dos participantes, habilidades relacionadas à trabalho e estudos/aprendizagem. O que chama muito atenção são as respostas dos participantes da pesquisa com relação ao trabalho, as quais são quase unânimes. Isto é, o fato de terem trabalhado apenas antes do surgimento do transtorno, com exceção de um participante, pois este relata ter tido um emprego recentemente, num negócio de família. Isto

acaba colocando em evidência as reais oportunidades de trabalho que indivíduos com esquizofrenia recebem; além das condições que possuem de manterem um emprego.

Ao longo da entrevista, apenas um dos participantes da pesquisa relatou sua experiência de trabalho após o surgimento do transtorno, referindo que suas atividades mantiveram-se iguais em relação ao período que antecedeu o surgimento do transtorno. Os demais apresentaram certa dificuldade em manterem um emprego, ou mesmo em adquirirem um novo trabalho.

Tal dificuldade é expressa nas seguintes falas:

"[...] não queria saber de nada. Nem pra procurar trabalho nada [...]" (P3).

"Eu me lembro, eu não conseguia até achar serviço. Por ali eles já analisaram que eu tava com algum problema [...]" (P3).

"[...] trabalhava na metalúrgica [...], aí dali eu saí não consegui mais parar em lugar nenhum" (P1).

Neste caso, há que se pensar, a partir dos relatos dos participantes, que a esquizofrenia é realmente um transtorno debilitante, conforme referem os especialistas. Quando a pessoa é afetada pela patologia, logo a vida profissional também o é, e daí em diante, todo um rol de consequências podem surgir, potencializando ainda mais o sofrimento.

Com relação à vida acadêmica, pôde-se perceber que houve diminuição na habilidade de estudar, e a capacidade de concentração diminuiu ou manteve-se igual. Com o surgimento do transtorno, metade dos participantes sentiu-se mais sobrecarregados em relação à vida acadêmica, enquanto o restante afirma que se manteve igual neste aspecto. Referindo-se ao desempenho e produtividade nas atividades acadêmicas, apenas um participante afirma ter aumentado o nível após a instalação do transtorno, havendo certo declínio para os demais.

De acordo com Palmeira, Geraldes e Bezerra (2009), indivíduos com esquizofrenia apresentam prejuízos na escola e no trabalho, fazendo parte dos principais sintomas do pródromo da esquizofrenia. Também é possível justificar isso a partir dos critérios diagnósticos do DSM-5, quando este descreve que o nível de funcionamento em algumas áreas da vida é significativamente abaixo do funcionamento anterior ao surgimento do transtorno, incluindo o funcionamento no trabalho e na vida acadêmica. Ainda de acordo com estes critérios diagnósticos, quando o transtorno aparece na infância ou adolescência, o indivíduo pode não atingir o grau esperado de funcionamento na escola, trabalho ou mesmo na área social (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Torna-se necessário reabilitar este paciente através de intervenção por especialidade médica/psicológica, entre outros.

Em se tratando das habilidades de vida diária, foi possível perceber que nas atividades de: pentear/lavar o cabelo, cuidar da saúde e administrar o dinheiro, bem como, ajudar em afazeres domésticos, tomar banho e ter cuidado com as unhas, maior parte dos participantes da pesquisa percebeu diminuição ou manutenção do nível de realização de ambas. Tal mudança foi percebida após a instalação do transtorno. Com relação à habilidade de aprender a dirigir automóvel, é igual para todos os participantes, ou seja, nenhum deles possui e/ou adquiriu esta habilidade. Por outro lado, a maioria dos participantes passou a frequentar o mercado para fazer compras mais vezes, comparado à fase que antecede o surgimento do transtorno.

Percebe-se que há certo prejuízo no funcionamento das atividades mais básicas, as quais diminuíram a frequência, de modo geral. Apenas percebeu-se um progresso quanto à habilidade de fazer compras, o que se deve ao fato (provavelmente) de que é uma atividade acessível a estas pessoas, e, no entanto, a executam.

Ricci e Leal (2016) já afirmam em seus estudos acerca do impacto que a esquizofrenia provoca no dia-a-dia destas pessoas. Entende-se também que a cada recaída que o paciente experimenta, maior o impacto no seu funcionamento, o que acaba por agravar ainda mais o seu quadro (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Segundo a American Psychiatric Association (2014, p. 101), “há também fortes evidências de relação entre prejuízo cognitivo [...] e prejuízo funcional em indivíduos com esquizofrenia”. O mesmo vale para o autocuidado, que de acordo com o DSM-5, é abaixo do que se tinha antes do surgimento do transtorno (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

3.3 HABILIDADES SOCIAIS

Foi possível constatar que as habilidades sociais como respeitar regras, reconhecer erros, lidar com críticas, saber agradecer, cumprir horários, responder perguntas, enfrentar problemas de forma equilibrada e criar vínculos de amizade, mantiveram-se iguais para a maioria dos participantes (corresponde à três ou mais participantes). Falar em público, solucionar problemas e dialogar, são habilidades nas quais houve um aumento ou manutenção no nível de funcionamento para a maioria dos participantes. Somente para a habilidade relacionada à procura de emprego é que se percebeu diminuição.

Para a American Psychiatric Association (2014, p. 100), “o diagnóstico envolve o reconhecimento de um conjunto de sinais e sintomas associados a um funcionamento profissional ou social prejudicado”. Além disso, pessoas que tinham contato social ativo,

podem acabar tornando-se pessoas mais introvertidas, apresentando privação social (TARRIER; TAYLOR, 2016; WHITBOURNE; HALGIN, 2015). No entanto, presume-se que em casos de início tardio - geralmente em mulheres - o funcionamento social acaba sendo preservado (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Como se pode notar nos resultados da pesquisa referente às habilidades sociais, a minoria delas apresentou diminuição em seu nível de funcionamento. Sendo que, grande parte delas, manteve-se igual para a maioria dos participantes. O que se pôde perceber, é que alguns participantes expressaram dificuldades em desvincular o antes e depois do surgimento do transtorno, ao responderem as afirmativas relacionadas a estas habilidades. Ou seja, é provável que suas respostas tenham sido direcionadas apenas ao período em que estão em tratamento, portanto, em fase ativa ou residual do transtorno. Por serem pacientes que possuem acompanhamento de profissionais da área de psicologia/enfermagem/assistência social, compreende-se que ambos apresentam certa evolução ao tratamento. De acordo com os resultados da pesquisa, é possível verificar que as habilidades sociais foram significativamente preservadas na maioria dos participantes, o que, provavelmente, se deve à adesão desses pacientes ao tratamento e ao convívio com os demais pacientes, integrantes do projeto de extensão em questão, principalmente no que se refere a participação em oficinas e grupos terapêuticos.

3.4 HÁBITOS E COMPORTAMENTOS

Em se tratando do quarto objetivo específico, que visa identificar hábitos e comportamentos presentes antes e depois do surgimento do transtorno, pode-se entender que os hábitos de usar drogas, fumar e usar bebida alcóolica, diminuíram significativamente em relação ao consumo que alguns dos participantes faziam antes da instalação do transtorno.

Sadock, Sadock e Ruiz (2017) apontam que é frequente o uso de substâncias entre pessoas com esquizofrenia. Em seus estudos, indicam que a prevalência do uso de drogas (exceto o tabaco) na esquizofrenia é de 50%. Enquanto que o uso de álcool tem prevalência de 40%. Sendo assim, comparado com o restante da população geral, a prevalência do uso de drogas na esquizofrenia é maior. A grande preocupação é que o uso destas substâncias (tanto o álcool, quanto algumas drogas) provoca o aumento de sintomas psicóticos. Em outra parte, Sadock, Sadock e Ruiz (2017, p. 302) afirmam que a nicotina (presente no tabaco), tem prevalência de 90% na esquizofrenia, e “[...] pode diminuir sintomas positivos, como

alucinações, em pacientes com esquizofrenia por seu efeito sobre os receptores de nicotina no cérebro que reduzem a percepção de estímulos externos [...]".

O hábito de 'sono' não foi alvo de especulação durante a entrevista, mas aparece no relato de uma das participantes da seguinte forma (como já mencionado ao longo da análise):

"[...] de noite eu não conseguia dormir [...] ficava só deitada na cama [...]" (P3).

Observa-se, então, que os padrões perturbados de sono, trazidos pela literatura, realmente estão presentes na esquizofrenia. E com relação ao comportamento agressivo, houve aumento, diminuição e manutenção deste comportamento, entre os participantes da pesquisa, após o surgimento do transtorno.

Palmeira, Geraldes e Bezerra (2009) fazem menção ao comportamento de sono prejudicado e de comportamentos agressivos já na fase prodrômica da esquizofrenia. O DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) traz que, quanto aos hábitos de sono, é comum na esquizofrenia trocar o dia pela noite, mantendo padrões disfuncionais; e que comportamento de agressividade não é uma característica presente na maioria das pessoas com esquizofrenia (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Tais comportamentos agressivos, quando ocorrem, se limitam durante os surtos psicóticos, pois se entende que o paciente sente-se mais vulnerável, com maior desorganização psíquica e na presença de outros sintomas psicóticos (PALMEIRA; GERALDES; BEZERRA, 2009).

Neste caso, o que se pode averiguar através das respostas dos participantes, é que os dados referentes aos comportamentos agressivos são compatíveis com a literatura, uma vez que não são todos os participantes que apresentam tal comportamento. Dentre os que apresentam agressividade, esta não se manteve na mesma intensidade. Ou seja, a agressividade pode aparecer quando o paciente não tem adesão ao tratamento; sendo assim, é possível que o paciente que apresenta aumento de comportamentos agressivos não esteja em total conformidade com o mesmo, ou ainda, pode possuir histórico de violência.

Por fim, entende-se que a quase ausência do uso de drogas e álcool entre os participantes da pesquisa, vai de encontro com as orientações acerca da esquizofrenia que são fornecidas no projeto do qual fazem parte, tendo em vista que o abuso destas substâncias potencializam os sintomas deste transtorno. Sendo assim, cabe aos profissionais da área, manterem este auxílio prestado aos pacientes, no sentido de continuarem possibilitando um tratamento eficaz e a preservação da qualidade de vida.

3.5 ASPECTOS RELACIONADOS À AFETIVIDADE

Em relação à afetividade, os resultados mostraram que o nível emocional após a instalação do transtorno teve um aumento quando comparado a este mesmo estado emocional de antes da patologia. Os dados mostraram que ansiedade, tristeza, euforia e humor deprimido aumentaram em termos gerais. Sendo que ansiedade e euforia nem sequer estavam presentes no período anterior ao surgimento do transtorno.

Segundo o DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), o humor disfórico pode estar presente na esquizofrenia como sendo uma característica associada que apoia o diagnóstico. Sendo assim, pode aparecer sob aspecto da raiva, ansiedade, ou mesmo depressão. Entende-se que os participantes da pesquisa compreendem tristeza e humor deprimido como sendo sinônimos; automaticamente, interligados com a depressão. O que, de fato, pode estar presente na esquizofrenia, como mencionado acima.

Remetendo-se aos sentimentos de irritabilidade/impaciência, a maioria dos participantes os apresentava em algum nível. Com o aparecimento da esquizofrenia, a maioria dos participantes não apresentou mais estes sentimentos. O sentimento de medo estava presente em apenas um participante, ao passo que, com o início da esquizofrenia, este número subiu para dois.

De acordo com Sadock; Sadock e Ruiz (2017, p. 292) “os aspectos das fases residual e prodrômica incluem [...] anormalidades do afeto [...]”. Enquanto Palmeira, Geraldes e Bezerra (2009) complementam que alguns aspectos como ansiedade, medo, irritabilidade e impaciência, humor alegre e animado, estão presentes na fase prodrômica da esquizofrenia.

Por fim, o que pôde se perceber ao longo da entrevista, é que os participantes não compreendem (ou simplesmente não conhecem) a fase prodrômica como sendo inerente ao transtorno. Desta forma, parecem entender que alguns sinais e sintomas (como irritabilidade/impaciência, por exemplo) que se manifestam nesta fase, estavam presentes apenas no período que antecede o início do transtorno. Isto se deve, provavelmente, pelo aparecimento dos sintomas positivos (delírios, alucinações) somente na fase ativa da esquizofrenia (BARLOW; DURAND, 2015; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou mostrar como são os aspectos funcionais de pessoas com esquizofrenia, antes e após o surgimento do transtorno. A princípio, verificou-se que a

compreensão dos participantes acerca da esquizofrenia carece de informações técnicas, fazendo-se notar o emprego de termos do senso comum, embora convivam há anos com o transtorno, e inclusive, em tratamento.

O prejuízo funcional aparece na pesquisa a partir dos resultados que foram obtidos. Na medida em que se propôs descrever o nível de habilidades de vida diária, por exemplo, percebeu-se muitas mudanças no funcionamento destas pessoas. Em se tratando do desempenho, e produtividade no trabalho e nos estudos, foram encontradas muitas dificuldades; trazendo à tona que a esquizofrenia afeta tanto o funcionamento no cotidiano, quanto a vida profissional e acadêmica. Exemplo disso, é que todos os participantes apresentaram dificuldades em se manterem em um emprego, intensificando ainda mais o sofrimento.

Baseado em evidências, é possível entender que as habilidades sociais foram significativamente preservadas, em razão de ter sido uma pesquisa realizada com pacientes em tratamento. Percebe-se, desta forma, a eficácia do acompanhamento de profissionais capacitados, incluindo o tratamento medicamentoso. Além disso, o contato com outras pessoas (profissionais, acadêmicos e outros) privilegia estes pacientes. Ao participarem de grupos terapêuticos e oficinas, em conjunto com os demais, desenvolvem a área social, facilitando o alcance das metas de tratamento.

A presença de alguns hábitos e comportamentos nestes participantes (como agressividade em alguns e sono perturbado) são tais quais os dados trazidos pela literatura; exceto quando se refere ao uso de drogas/álcool. Porém, este último se explica com base no tratamento que recebem, frequentando o referido projeto de extensão; pois foram participantes que, em algum momento de suas vidas, já fizeram uso, ao menos, de bebida alcóolica. Entende-se que pessoas com esquizofrenia que não estão em tratamento, tem maior envolvimento com abuso de substâncias por não serem orientados acerca do transtorno, o que não se aplica aos participantes da pesquisa.

Por fim, percebeu-se a presença de muitos aspectos afetivos, que antes da instalação do transtorno não eram experienciados, tais como: aumento da ansiedade, tristeza, euforia e humor deprimido; ambos percebidos na maioria dos participantes.

Sendo assim, todos os objetivos da pesquisa foram alcançados. Foi observado apenas que, talvez um instrumento menos denso, pudesse ter contribuído de melhor forma. Logo, os resultados alcançados já eram esperados, uma vez que, embora a esquizofrenia seja uma síndrome heterogênea, apresenta um curso de três fases – prodrômica, ativa e residual – visível em todos os participantes.

O presente estudo abre um leque de possibilidades para futuras pesquisas, essencialmente na área da psicologia. Tendo em vista a relevância da pesquisa, vê-se a necessidade de aprofundar um pouco mais a temática, ampliando também para os aspectos cognitivos, por exemplo, de pessoas com esquizofrenia. Abre-se a possibilidade ainda, de realizar um estudo comparativo a este, com pacientes que não estiveram em tratamento.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais:** DSM-V. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ASSIS, Jorge Cândido de.; VILLARES, Cecília Cruz; BRESSAN, Rodrigo Affonseca. **Entre a razão e a ilusão:** desmistificando a esquizofrenia. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011. Tradução de: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro.

BARLOW, David H.; DURAND, V. Mark. **Psicopatologia:** uma abordagem integrada. 7 ed. Revisão técnica Francisco B. Assumpção Jr. São Paulo: Congage Learning, 2015.

BECK, Aaron *et al*. **Terapia cognitiva da esquizofrenia.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

CHENIAUX, Elie. **Manual de Psicopatologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Ltda, 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 466/2012. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acesso em: 01 jul. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 510/2016. Dispõe sobre pesquisa em ciências humanas e sociais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf. Acesso em: 01 jul. 2019.

GRIGGS, Richard A.. **Psicologia**: uma abordagem concisa. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

OLIVEIRA, Renata Marques de; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. Um casal de idosos e sua longa convivência com quatro filhos esquizofrênicos. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 46, n. 3, p. 618-625, jun. 2012. DOI 10.1590/s0080-62342012000300013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/13.pdf. Acesso em: 19 abr. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10:** Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PALMEIRA, Leonardo Figueiredo; GERALDES, Maria Thereza de Moraes; BEZERRA, Ana Beatriz Costa. **Entendendo a Esquizofrenia**: Como a família pode ajudar no tratamento?. Rio de Janeiro: Interciência, 2009. 202 p.

RICCI, Ellen Cristina; LEAL, Erotildes Maria. Cotidiano, esquizofrenia e narrativas da experiência de adoecimento. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Ufscar**, [s.l.], v. 24, n. 2, p.363-372, 2016. DOI 10.4322/0104-4931.ctoar0585. Disponível em: http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/0104-4931.ctoAR0585. Acesso em: 01 maio 2019.

ROMANHA, Rosane. **Trajetórias escolares de portadores de esquizofrenia:** uma reflexão sobre memórias escolares e sobre práticas docentes. 2012. 141 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de pós-graduação – Mestrado em educação, Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, 2012.

SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott; RUIZ, Pedro. **Compêndio de psiquiatria:** Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

TARRIER, Nicholas; TAYLOR, Rumina. Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. In: BARLOW, David H. (Org.). **Manual clínico dos transtornos psicológicos:** tratamento passo a passo. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. Cap. 12. p. 501-530.

WHITBOURNE, Susan Krauss; HALGIN, Richard P. **Psicopatologia:** perspectivas clínicas dos transtornos mentais. 7. ed. Porto Alegre: AMGH Editora, 2015.

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA - UNISUL

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE FUNCIONAL DE PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA ANTES E APÓS O SURGIMENTO DO TRANSTORNO

Pesquisador: Rosane Romanha

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 16799319.3.0000.5369

Instituição Proponente: Fundação Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.481.501

Apresentação do Projeto:

O projeto sob análise refere-se à Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina como requisito parcial à aprovação na unidade de aprendizagem Proposição de Projetos de Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. A temática da pesquisa é a funcionalidade de pessoas com esquizofrenia antes e após o surgimento do transtorno, sendo a coleta de de dados realizada com quatro pessoa e prevista para o mês de setembro.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Analisar aspectos funcionais de pessoas com esquizofrenia antes e após o surgimento do transtorno.

Objetivos Específicos

Identificar o entendimento de pessoas com esquizofrenia acerca do transtorno.

Descrever o nível de habilidades de vida diária anteriores e posteriores ao surgimento do transtorno.

Descrever o nível de habilidades sociais anteriores e posteriores ao surgimento do transtorno.

Identificar hábitos e comportamentos presentes antes e depois do surgimento do transtorno.

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25
Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca **CEP:** 88.137-270
UF: SC **Município:** PALHOCA
Telefone: (48)3279-1036 **Fax:** (48)3279-1094 **E-mail:** cep.contato@unisul.br

Identificar aspectos relacionados à afetividade presentes antes e depois do surgimento do transtorno.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O balanço entre Riscos e Benefícios é considerado correspondente à legislação vigente e foi assim indicado pelos pesquisadores:

"Fui alertado (a) que, da pesquisa a se realizar, posso esperar apenas benefícios indiretos como, ajudar a proporcionar conhecimento aos mais diversos leitores, incluindo a comunidade acadêmica, e o uso deste trabalho para futuras pesquisas. Recebi também que é possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos: devido aos níveis de emoção em cada resposta, pode me ocorrer um possível desconforto com as mesmas, pois estas remetem-se ao passado, podendo gerar angústia e recordações carregadas de afeto. Caso venham a ocorrer, serão tomadas as seguintes providências: poderei desistir da pesquisa ou aguardar um tempo para continuar

respondendo a entrevista, ou poderei ainda ser encaminhado ao Serviço de Psicologia da Unisul sob a responsabilidade da pesquisadora responsável".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa apresentado contém todos os elementos que permitam o alcance de seus objetivos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão consoantes com a legislação vigente, ou seja, de acordo com a Resolução do MS 510/2016 e Resolução 466/2012.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O presente protocolo de pesquisa encontra-se em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 e/ou 510/16.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA - UNISUL

Continuação do Parecer: 3.481.501

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1391844.pdf	04/07/2019 00:13:29		Aceito
Outros	declaracao_ciencia.pdf	04/07/2019 00:11:12	JOYCE DE OLIVEIRA NUNES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	04/07/2019 00:09:55	JOYCE DE OLIVEIRA NUNES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	04/07/2019 00:09:35	JOYCE DE OLIVEIRA NUNES	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	04/07/2019 00:08:43	JOYCE DE OLIVEIRA NUNES	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

PALHOCA, 01 de Agosto de 2019

Assinado por:
Maria Inés Castiñeira
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25
Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca **CEP:** 88.137-270
UF: SC **Município:** PALHOCA
Telefone: (48)3279-1036 **Fax:** (48)3279-1094 **E-mail:** cep.contato@unisul.br

AGRADECIMENTOS

Dedico meu maior agradecimento à Deus e tenho um bom motivo para isso: Ele é o melhor que há em mim. Tenho um outro motivo: é Ele que sempre me ampara nos momentos que me rendo. Mas eu dedico também à todos os humanos que me inspiram, me incentivam e reforçam o meu comportamento de querer aprender mais e mais. Por fim, agradeço também à minha pessoa, por ter chego até aqui. E daqui ainda irá muito longe, pois o céu é o limite!