

Revista Científica

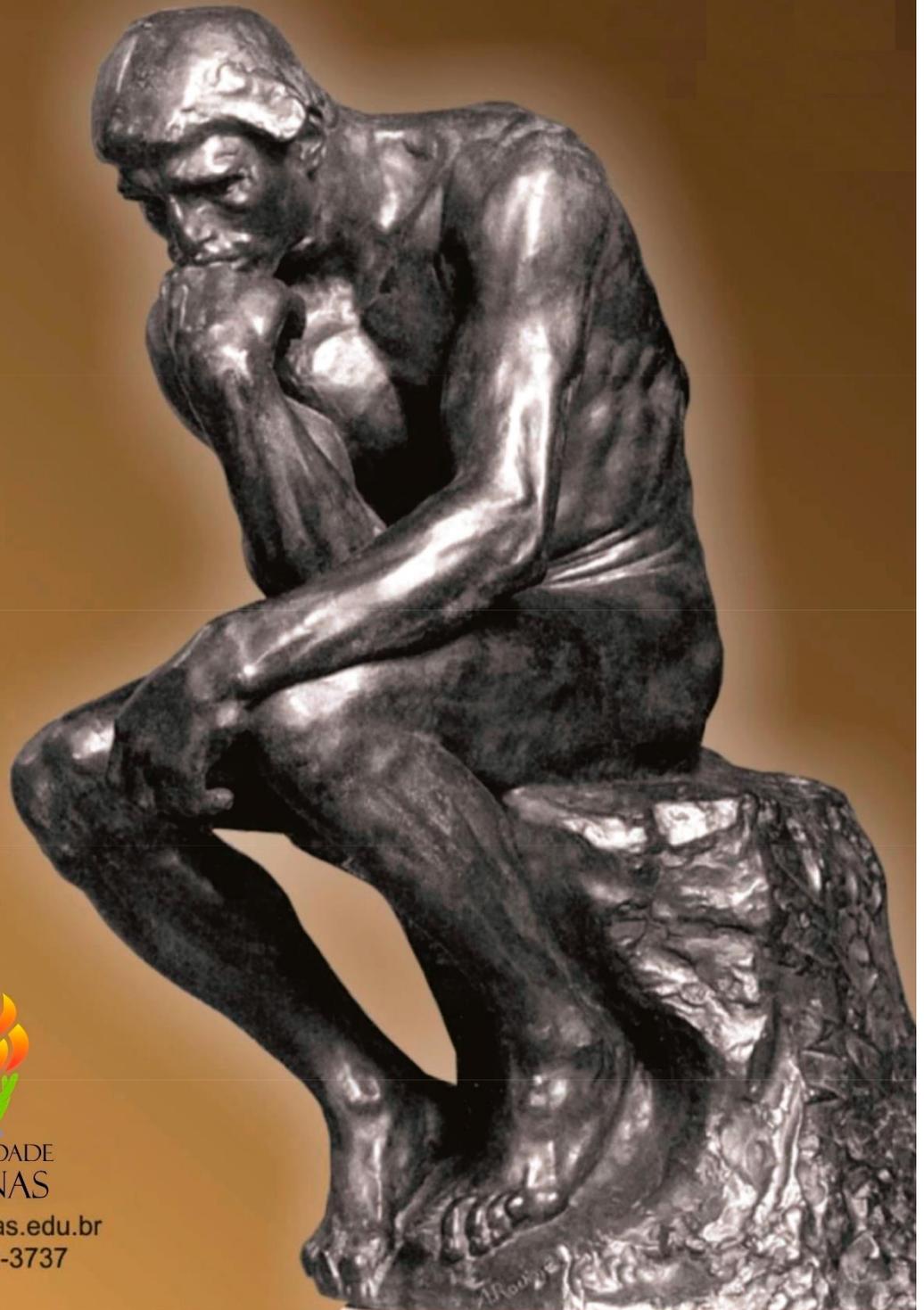
FACULDADE ATENAS- PARACATU-MG

Indexadores:

latindex

LivRe
Revistas de livre acesso

ISSN 1980-6957 | Ano 2020 V12 Nº.4



FACULDADE
ATENAS

www.atenas.edu.br
38 3672-3737

O PAPEL DA PSICOLOGIA NO TRABALHO COM A FAMÍLIA DE PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS

Andressa Alves Oliveira
Robson Ferreira dos Santos
Ana Cecilia Faria
Romério Ribeiro da Silva

RESUMO

A esquizofrenia é uma doença mental grave. Pelas suas particularidades leva a um aumento da sobrecarga dos familiares, estes que se encontram sendo os principais responsáveis por estes pacientes após a reforma psiquiátrica. Dessa maneira, a estrutura familiar acaba passando por mudanças e fragilidades, uma vez que o paciente enfermo necessita de maiores cuidados de seus familiares.

Salienta-se que todos os indivíduos precisam de cuidados e de uma boa qualidade de vida, visto que um ambiente com grande sobrecarga e com vários fatores estressores, pode se dizer que a saúde mental de todos os integrantes estará comprometida e acarretará dificuldades no modo de lidar com o paciente doente.

Nesse contexto, o presente estudo aborda o papel da psicologia no trabalho com a família de pacientes esquizofrênicos, com objetivo de se obter uma melhor qualidade de vida para estes familiares cuidadores, elucidar informações acerca da doença, evidenciar a terapia familiar como intervenção crucial nestes casos a fim de amenizar a sobrecarga gerada neste contexto.

Palavras-chave: Esquizofrenia. Família. Qualidade de Vida. Sobrecarga.

ABSTRACT

Schizophrenia is a serious mental illness. Their particularities lead to an increase in the burden of family members, who are the main responsible for these patients after a psychiatric reform. Thus, a family structure ends up undergoing changes and weaknesses, since the patient suffers with the greatest care from his family members.

It is worth mentioning that all individuals using care and good quality of life, since an environment with great overload and with several stressors, can perceive that the mental health problems of all members are compromised and with problems in the way of dealing with the problems. the sick patient.

In this context, the present study addresses the role of psychology in working with the family of schizophrenic patients, with the aim of obtaining a better quality of life for these family members, elucidating information about the disease, highlighting family therapy as the crucial cases in para facilitate the overhead generated in this context.

Keywords: *Schizophrenia. Family. Quality of life. Overload.*

1 INTRODUÇÃO

Um transtorno de evolução crônica é a esquizofrenia. O paciente portador deste transtorno após a reforma psiquiátrica passa a necessitar dos cuidados de seus familiares que se tornam os seus responsáveis, devido a sua vida ser comprometida, aquém da fragilidade e fatores estressantes que aumentam o risco de suicídio. (DESVIAT e RIBEIRO, 2015).

A esquizofrenia é marcada principalmente por delírios, alucinações, fala desorganizada, e por vezes, comportamento desorganizado ou mesmo catatônico, além dos sintomas negativos incluindo embotamento afetivo e a pobreza de discurso. (DEAN; GIORLANDO e BERK, 2011).

De acordo com Sales et al. (2010) em decorrer da reforma psiquiátrica houveram- se várias mudanças ocorridas no meio familiar, dentre elas o foco é manter o portador de transtorno mental inserido em seu contexto familiar e social, tendo em vista que agora sua família terá que lidar diretamente com o transtorno e com os cuidados, é de extrema relevância que este possuía contato com as diversas fases que a enfermidade da esquizofrenia acarreta no paciente.

A necessidade de adaptação continua as novas mudanças ocorridas na rotina do dia-a-dia e adaptações dos familiares aos portadores do transtorno surgiram através das situações vivenciadas e se fará necessária. (ARAÚJO et al, 2015)

É fundamental que o familiar cuidador questione sobre a patologia e busque informações juntamente com os profissionais que cuidam do paciente esquizofrênico, se saber a respeito da doença por meio confiáveis e aptos a aconselhar e orientar os familiares cuidadores será a maneira melhor de se obter uma boa adaptação no relacionamento com o paciente portador do transtorno mental. (VICENTE et al, 2013)

Devido ao grande sofrimento psíquico, o cuidar do doente mental no ambiente familiar as situações complicadas diante esta convivência com a pessoa, é

necessário certificar-se que a família esteja preparada para receber este ente familiar, para que não se tenha uma sobrecarga extrema diante a toda essa responsabilidade que lhe é passada. (GOMES e MELLO, 2012)

A fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida, se é proposto às famílias cuidadoras intervenções psicossociais que são parte do tratamento e devem ser planejadas em conjunto com a medicação e aos atendimentos clínicos, se ressalta também a importância da terapia familiar que será como principal instrumento de amparo para melhor lidar com o familiar esquizofrênico. (ALVES et al, 2018)

Considerando-se que a esquizofrenia causa um grande sofrimento no contexto familiar, devido às várias mudanças na rotina, e exigência de cuidados minuciosos, é importante se dar a ênfase deste trabalho que é sobre o papel do psicólogo visando à qualidade de vida e o bem estar do familiar cuidador. Salienta-se também que os transtornos mentais são preconizados desde os primórdios através de estigmas sociais e isso dificulta a aceitação da família. (Almeida et al, 2010).

2 POSSÍVEIS INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS DIRECIONADAS AO CUIDADOR

2.1 HISTÓRIA DA ESQUIZOFRENIA

Caracterizada por diversos estigmas e preconceitos construídos na sociedade há muitos séculos, a doença mental atualmente vem sendo evidenciada no aspecto de se ver e vivenciar o sujeito com essa disposição e todos aqueles que estejam próximos a ele. (SANTOS, 2015) Sendo vista como uma das mais graves doenças mentais, a esquizofrenia acomete cerca de 2 milhões de brasileiros, e ainda se é pouca abordada sobre os cuidadores familiares de pacientes com este transtorno. (LIMA, 2017)

É uma doença biológica, sendo assim, causa modificações cerebrais onde vários genes estão comprometidos, por isso a hereditariedade é um aspecto tão importante, tornando possível encontrar mais de um sujeito com esquizofrenia na mesma família. Todavia, não há uma certeza de hereditariedade direta, o que se herda é a predisposição a desenvolver a doença. Sua causa é multifatorial, pode ocorrer por fatores genéticos ou ambientais, por exemplo, as do período perinatal e neonatal como: contratempos no parto, infecções do sistema nervoso central, meningites, entre outras; e as do estágio da adolescência: uso de drogas. (PALMEIRA ET AL, 2009)

O Código Internacional de doenças na décima versão (CID 10, 2011) observa os estados indicativos de surgimento da esquizofrenia, no qual pelo período de semanas ou meses o sujeito aparenta perda de interesse, evita companhia de outros, faltas ao trabalho, irritação e hipersensibilidade. Porém "esses sintomas não são diagnósticos de nenhum transtorno em particular, mas também não são típicos do estado sadio do indivíduo" (p.9)

O Manual Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria na 4 versão (DSM-IV) indica a esquizofrenia pelos sintomas numa duração significativa por um período de pelo menos um mês: delírios, alucinações, fala desorganizada, e por vezes, comportamento desorganizado ou mesmo catatônico, além dos sintomas negativos incluindo embotamento afetivo e a pobreza de discurso. (DALGALARRONDO, 2008)

Como forma de simplificar e de abordar a doença, Carvalho (2012), introduziu uma classificação por diferença entre os tipos de sintomas, sendo que de acordo com a Classificação Internacional estatística de Doenças e problemas relacionados com a saúde (CID, 105), a esquizofrenia pode ser classificada em nove subtipos: esquizofrenia paranoide, esquizofrenia hebefrênica, esquizofrenia catatônica, esquizofrenia indiferenciada, depressão pós-esquizofrênica, esquizofrenia residual, esquizofrenia simples, outras esquizofrenias e esquizofrenia não especificada.

Silva (2016) caracteriza a Esquizofrenia Paranoide como: ideias delirantes e relativamente estáveis; frequentemente de perseguição, em geral acompanhadas de alucinações e perturbações da percepção. A Esquizofrenia hebefrênica é caracterizada por presença proeminente de perturbação dos afetos; ideias delirantes e alucinações rápidas e fragmentárias e comportamento irresponsável e imprevisível. A Esquizofrenia Catatônica é caracterizada por distúrbios psicomotores proeminentes que podem causar alteração entre extremos tais como hipercinesia e estupor, ou entre a obediência automática e o negativismo. A Esquizofrenia Residual é caracterizada pela presença de sintomas "negativos" embora não necessariamente irreversíveis. A Esquizofrenia simples é caracterizada pela ocorrência progressiva de excentricidade de comportamento; incapacidade de responder às exigências da sociedade e um declínio global do desempenho. Além das referidas, ainda a esquizofrenia Indiferenciada, Depressão pós-esquizofrênica, outras e não especificadas.

Quando usada a classificação americana do DSM IV, está subdividida em cinco principais subtipos: paranoide, desorganizada, catatônica, indiferenciada e

residual. (CARVALHO, 2012)

Sendo uma doença em que seus sintomas são característicos e algo complexo, uma vez que envolve áreas do pensamento, particularmente quanto à forma e ao conteúdo e que levam a uma deterioração mental. (CARVALHO, 2012)

Para que possam também contribuir no tratamento da esquizofrenia, sem dúvida é preciso nomear, porém, os rótulos não podem tomar unicamente nas pessoas, elas são antes de tudo sujeitos completos em entendimento. (SANTOS, 2015)

2.2 QUEM É O CUIDADOR?

A entidade primordial social de qual fazemos parte e que reorganizou para acolher seus filhos é a família, ela nos apresenta os valores morais e culturais da sociedade universal. Atualmente procuramos entender a família como integração de partes onde os membros se inter-relacionam e formam toda a teia familiar para o desenvolvimento de papéis. A família assim sendo, é um todo constituído de vários componentes, visto que qualquer que seja a

alteração das partes influenciará o grupo, pois os sujeitos nas várias estruturas familiares se constituem no relacionamento com o outro. (SANTOS, 2015)

O paciente portador da esquizofrenia após a reforma psiquiátrica passa a necessitar de cuidados então de seus familiares que se tornam os seus responsáveis, devido a sua vida ser comprometida, aquém da fragilidade e fatores estressantes que aumentam o risco de suicídio. (DESVIAT e RIBEIRO, 2015)

O desvão assistencialista provedor de uma condição de incapacidade perde seu significado no momento que tantas outras propostas dão conta de evidenciar a saúde mental e dar suporte a família. Para que a reforma psiquiátrica não passe a ter um efeito negativo e contrário do esperado e assim sobrecarregando os familiares, se faz necessário ponderar-se que se tenha preparo, acompanhamento psicológico e assistencial com profissionais de saúde qualificados para a orientação adequada. (ALVES et al, 2018)

2.3 ELEMENTOS PSICOLÓGICOS QUE PODEM SER ENCONTRADOS NO CUIDADOR

É fundamental que o familiar cuidador questione sobre a patologia e busque informações juntamente com os profissionais que cuidam do paciente

esquizofrênico, se saber a respeito da doença por meio confiáveis e aptos a aconselhar e orientar os familiares cuidadores será a maneira melhor de se obter uma boa adaptação no relacionamento com o paciente portador do transtorno mental. (VICENT et al, 2013)

Como diz Palmeira et al (2009,p. 69) “Tentar aproximar-se, explorar e compreender melhor esse mundo desconhecido é um desafio imprescindível para resguardar a relação positiva e afetuosa da família com o paciente, tão importante para seu tratamento e para o prognóstico de sua doença”.

A adoção de espaços onde o cuidador possa ser escutado e compartilhe suas experiências é uma construção primordial, tendo em vista que lidar cotidianamente com o adoecimento mental gera conflitos e tensões que merecem a oferta de um espaço terapêutico que dê conta de uma demanda de sofrimento, pois onde quer que habite esse quadro, habitam também os preconceitos; o cansaço; a culpa; falta de informação; de perspectivas positivas quanto ao futuro, enfim, uma série de adversidades necessitadas de novos arranjos e do trânsito de novos afetos. Pensando que são poucos os serviços de saúde que projetam, também nos cuidadores, o sentido terapêutico que trará contributos a partir do momento diagnóstico até o prognóstico da doença. (SANTOS, 2015)

2.4 O PSICÓLOGO COMO CUIDADOR

Sugere-se a participação do psicólogo, que dê enfoque na saúde mental e qualidade de vida do cuidador familiar, para uma melhor capacitação desses familiares em programadas de intervenções que possibilitem que se reduza a sobrecarga da família cuidadora, a continuidade dos cuidados ao longo do ciclo de vida e avaliando todo o contexto familiar. (AMIN, 2001) Palavras validadas por Boff (2012, p 29) “ao dizer que cuidar e ser cuidado são duas demandas fundamentais de nossa existência pessoal e social”.

Como intervenção podem ser usados manejos psicoeducacionais, para conhecimento sobre a esquizofrenia, reconhecimento do medicamento como fator importante do tratamento, novos métodos de lidar com os problemas da rotina, foco nos problemas trazidos pela família, reduzir a tensão e aprimorar para lidar com as situações difíceis. (SCAZUFCA, 2000)

O modelo psicoeducacional para o trabalho com famílias de esquizofrênicos foi testado e demonstrou ser tão efetivo em reduzir as taxas de recidivas, que qualquer tratamento oferecido para a esquizofrenia que não incluía

essa intervenção como componente central corre o risco de ser julgado antiético. (MINUCHIN, 2008)

Como o foco é fornecer informações a essas famílias em vez de remediá-las, a psicoeducação traz a terapia familiar que adveio de uma tentativa de obter novas formas de atuar em problemas psiquiátricos importantes como a esquizofrenia. Michael Goldstein, Carol Anderson e William McFarlane projetaram intervenções destinadas a ajudar as famílias de esquizofrênicos a criar uma atmosfera que não apenas reduz as chances de recidivas, mas também promove um funcionamento ideal de seu membro esquizofrênico. (MINUCHIN, 2008). “Diversas abordagens atuais em terapia familiar insistem na importância de não encerrar as famílias em categorias patológicas” (MORO e LACHAL, 2008, p.129)

Na abordagem de terapia familiar sistêmica, que também é vista como uma importante intervenção, muito eficaz em trazer a família como um conjunto de pessoas que por sua ligação afetiva estão, dinamicamente, gerando subjetividades e não apenas pessoas que fazem parte do mesmo espaço, tem a intenção de beneficiar o cuidador, para que possam ser ouvidos e tenham um espaço particular para apresentar suas dificuldades, anseios, conflitos, que possam ser atendidos de forma terapêutica. (SANTOS, 2015)

Assim, segundo Romano (1999, p.71) a família é um sistema de intercomunicação, o comportamento de um indivíduo só pode ser compreendido pelo contexto de todo o grupo e do meio de inserção. Vimos na terapia sistêmica familiar uma via de suporte com relevante sentido, tendo em vista que se constituem a partir de conceitos fundamentais à diminuição de conflitos, melhora na comunicação e rearranjo do padrão emocional. (SANTOS, 2015)

Vale ressaltar que é necessário a todo tipo de terapia que em terapia familiar também seja feita uma avaliação de aplicação e limites às necessidades de cada situação, mesmo tendo conhecimento de que as terapias sistêmicas familiares são excelentes indicações para o caso demandado. Todavia, não deve perder o sentido ético do processo psicoterápico para que as pessoas possam ser de fato beneficiadas e não sejam apenas como personagens para enquadramento teórico sem sentido. Por fim, devemos considerar que é necessária a criação de espaços para os familiares estabelecerem relações de sentido entre a doença, o doente e o ato de adoecer, organizar modos de lidar com o sujeito com esquizofrenia, tornar mais leve o peso das frustrações e reduzir as tensões do cotidiano, estando preparados para viabilizar situações positivas diante do complexo sistema de relações. (SANTOS,2015)

3 MUDANÇAS OCORRIDAS NO SISTEMA FAMILIAR

3.1 FAMÍLIA AO LOGO DA HISTÓRIA

A principal unidade básica de desenvolvimento pessoal e onde se experienciam um aglomerado de experiências essenciais para a construção da personalidade é a família. Um sistema muito complexo, uma vez que não existem duas famílias similares. (CARVALHO, 2012)

Expondo novas formas de famílias e de associados, com um crescimento da diversidade e das interações conjugais, as mudanças na sociedade portuguesa, provocaram, modificações relevantes na organização e estrutura familiar. (CARVALHO, 2012)

Gameiro (1992:187) elucidava a família como “uma teia complexa de convivência e sentimentos que não são suscetíveis de serem consideradas com as ferramentas feitas para o estudo dos sujeitos (..) a fácil explicação de uma família não adequa-se para disseminar a abundância e a complexidade relacional desta organização” .

Figueiredo (2009) descreve principalmente pelas “inter-relações determinadas entre os seus componentes, numa composição particular de entidade, estrutura e finalidade”.

Engloba uma instituição complexa, dada em um contexto social vasto, que tem uma história e cria história, em uma teia múltipla de relações de entendimento. (CARVALHO, 2012)

A compreensão de família tem-se modificado, de acordo com as transformações da sociedade onde se inclui, principalmente: questões econômicas, culturais e religiosas, pelo que tem decorrido as indagações da consanguinidade, ou seja, da proximidade e da coabitação, convivência, dando um amplo destaque às facetas psicológicas e sociológicas, representando sobretudo pela formação de laços fraternos (Wright & Leahey, 2002; Figueiredo, 2009).

Em todas as definições são encontrados elementos que são comuns: a família é uma instituição com valores e características próprias ; é um grupo de pessoas ligadas por laços de parentesco ; é um sistema de relações interdependentes, com funções de manutenção, proteção e sobrevivência (Hanson, 2001; Wright & Leahey, 2002; Figueiredo, 2009).

Tangendo a família como grupo fundamental de desenvolvimento pessoal, do qual deverá viabilizar o desenvolvimento e autonomização dos seus integrantes conjuntamente à criação de um sentimento de pertença (Relvas, 2003), visto que o comportamento de cada um dos integrantes é inerente do comportamento dos outros comportamentos dos demais sujeitos e aquilo que ocorre abala a família no seu conjunto (Alarcão, 2006).

De acordo com CARVALHO (2012) deve-se frisar que nenhum dos papéis é particular e privativo da família como unidade social, apesar de ser muito diferente em comparação às outras unidades funcionais existentes na sociedade, de outra forma, podemos afirmar que a família tem como funções: gerar afetos; proporcionar a segurança e a aceitação pessoal; proporcionar a satisfação e sentimento de utilidade; assegurar a continuidade das relações; proporcionar a estabilidade e a socialização; e proteger a saúde dos seus membros.

3.2 TIPOS DE FAMÍLIA

CARVALHO (2012) argumenta que é por meio dos limites, das regras e da organização dos subsistemas familiares que podemos falar de famílias funcionais ou disfuncionais.

A concepção de funcional ou disfuncional pode ser posta a uma e não a outra família. Em todas as famílias existem adversidades para superar, logo a mudança é o aspecto de como lidar com eles, salienta CARVALHO (2012).

Uma família é tida como funcional se experimenta os momentos de estresse, de forma a cuidar da identidade do sistema e a prezar pelas diferenças individuais dos membros (Tribuna, 2000).

Segundo Carvalho (2012), a família organiza-se em função do papel que cada integrante executa. Nas famílias funcionais, os papéis estão satisfatoriamente determinados e careceriam de serem os modelos de ensino para que a criança possa seguir o adulto, como seu padrão. Na família funcional há dificuldades e falhas estas que serão chamados e ponderados no momento certo. As normas familiares devem ser negociadas sempre que plausível.

Nas famílias disfuncionais, mais fechadas, os problemas não se abordam, permanecem, mas não são abordadas, as normas se confundem com as narrativas: ... “na minha família nenhuma pessoa se aborrece”, “os homens não choram”, “somos todos felizes”... (CARVALHO, 2012)

De acordo com Carvalho (2012) as famílias devem ser condescendentes

e as normas têm de ser habituadas de acordo com o desenvolvimento, ao crescimento e ao ciclo vital da família. É fundamental que no caso da existência de crianças no seio familiar, que elas saibam diferenciar o que é concedido e o que é desaprovado.

A fim de compreender como se comporta a família em condições de funcionalidade, os especialistas tentam compreender a existência de alianças e/ou coligações entre os integrantes da família. (Carvalho, 2012)

Uma família sistematizada, por exemplo, manifesta uma liderança democrática em que insere as crianças, com equilíbrio nos papéis e nas condições familiares. Na família flexível, a liderança é democrática entre os integrantes, onde são incluídas as crianças, com adaptação das regras e dos papéis em função da idade. Nas famílias rígidas o mesmo já não se condiz, visto que, um dos membros determina a dinâmica familiar, estabelecendo uma inflexibilidade de papéis e uma severidade nas regras. Nas famílias caóticas, os papéis não estão bem definidos, com troca constante de papéis entre os seus integrantes e o uso de alguma ansiedade nas tomadas de decisão. (OLSON, 2000)

3.3 ESQUIZOFRENIA E FAMÍLIA

Segundo Carvalho (2012) a existência de uma doença como a esquizofrenia no seio familiar vai modificar todo trajeto familiar e vai pôr em prova algumas das dificuldades e vulnerabilidades do doente e de toda a família.

A doença crônica é de fato uma causadora de preocupação, porém, quando a doença de um dos membros da família se trata da competência mental, é sentida pelos familiares de forma mais difícil e preocupante, como se de um processo de “luto” se tratasse. (CARVALHO, 2012)

Carvalho (2012) destaca uma situação de crise quando diagnosticada numa fase precoce da vida, devido à modificação da estrutura habitual da família e o movimento natural do ciclo de vida familiar ser desestruturado.

Ao longo dos anos se faz o processo de entendimento sobre a consciência da existência da doença mental no ciclo familiar, e isso faz com que família tenha uma nova visão acerca da doença, levando a de fato a reconhecer sua existência, e também as perspectivas de cura sendo anuladas por completo (Oliveira, 2001)

A necessidade de adaptação continua as novas mudanças ocorridas na rotina do dia-a-dia e adaptações dos familiares aos portadores do transtorno

surgiram através das situações vivenciadas e se fará necessária. (ARAÚJO et al, 2015)

Através disso podemos nos aproximar do conceito de facticidade proposto por *Heidegger* (2006), que consiste no fato de o “ser” estar no mundo à mercê de situações sem necessariamente participar das decisões relacionadas: simplesmente surge uma contingência, e o sujeito tem que aprender a lidar com ela.

Em decorrer da reforma psiquiátrica houveram-se várias mudanças ocorridas no meio familiar, dentre elas o foco é manter o portador de transtorno mental inserido em seu contexto familiar e social, em vista que agora a família terá que lidar diretamente com o transtorno e com os cuidados, se faz de extrema relevância que se possua contato com as diversas fases que a enfermidade da esquizofrenia acarreta no paciente (Sales et al. 2010)

No Brasil, são escassos os estudos relacionados a sobrecarga que passam os cuidadores de pacientes com esquizofrenia, na literatura mundial em contrapartida, temos diversos estudos relacionados a esse assunto.

Pode-se dividir a sobrecarga familiar em dois componentes: sobrecarga objetiva e sobrecarga subjetiva. (ALBURQUERQUE et al, 2002).

Para a maioria dos autores, a sobrecarga objetiva abrangeria aspectos como: rotina doméstica; relações familiares; relações sociais; lazer e carreira dos familiares; financeiro; crianças e irmãos podendo reduzir a atenção dos pais nos filhos não portadores de uma doença mental. (RODRIGUES, 2011)

De acordo com Rodrigues (2011) a sobrecarga familiar subjetiva compreenderia: saúde física, envolvendo sintomas psicossomáticos como perda de apetite, dor de cabeça, dor de estômago, hiperventilação e danos físicos, decorrentes do comportamento agressivo do paciente; saúde mental: tensão, ansiedade, irritabilidade até infelicidade e depressão; e ‘estresse subjetivo’: emoções e sentimentos negativos, como culpa, incerteza, ambivalência, ódio, raiva, condolência e sentimento de perda, em parte, já considerados dentro das tensões que sobrevêm às relações familiares.

Para Carvalho (2012) temor e insegurança se transformam na realidade vivida por essas famílias, são sentimentos constantes pois estão ligados ao medo que a família tem de que se manifeste comportamentos violentos. É um desafio lidar com comportamentos problemáticos que envolvem agressividade verbal e física, agitação, “crises de nervo e destruição de objetos é uma luta diária dos quais os

familiares de indivíduos com transtorno mental passam”.

Conforme Carvalho (2012) o relacionamento da família e do doente torna-se desestruturado socialmente, o comportamento conturbado e as reações inadequadas que o doente apresenta limita a interação social de todos ao seu redor, se deve também um medo constante de que aconteça algum constrangimento frente a esses comportamentos.

A desordem que ocorre na relação com o doente com esquizofrenia, tem um efeito intenso nos integrantes da família. (CARVALHO, 2012)

Evidencia Carvalho (2012) que se faz necessário que os integrantes familiares também recebam e tenham cuidados, pois as adversidades vivenciadas devido ao fato de auxiliarem o membro que adoeceu são frágeis, acarretando muita angustia e insegurança sobre o modo de viver do familiar.

Uma fonte de estresse é o facto de interação da família com os serviços de saúde vale-se ressaltar pois por diversas vezes o contato com os profissionais de saúde se torna exaustivo e frustrante, por estes não conhecerem as vivencias e significados da família, assim como as fragilidades, os questionamentos e as necessidades que possuem (Oliveira, 2001).

A relação entre a interação familiar e a doença mental apesar de todas as complicações tem evoluído nos últimos anos. (CARVALHO, 2012)

Destaca Carvalho (2012) que através da compreensão da doença pela família, aceitando as turbulências do doente e aos possíveis episódios futuros, se poderá então manter a estabilidade e um ambiente seguro.

Pontuando Almeida (2010) a unidade da saúde, proposta como um dos importantes fundamentos do SUS, pode se garantir que cuidar de um paciente esquizofrênico inclui também, cuidar de seu cuidador.

4 INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS

As intervenções psicossociais envolvendo familiares de indivíduos com esquizofrenia se desenvolveram por meio de estudos que mostraram que a presença de um membro com esquizofrenia na família está diretamente relacionada com a sobrecarga em diversos aspectos da vida familiar e seus membros, como os relacionamentos, lazer, saúde física e mental. Estudos importantes também mostraram que o clima afetivo familiar crítico, hostil e de alto envolvimento emocional pode afetar negativamente o curso da doença. Mais recentemente, observou-se que quanto maior o sentimento de sobrecarga relatado pelos familiares,

maiores as chances dos mesmos serem críticos, hostis e muito envolvidos emocionalmente com o membro doente. (SCAZUFCA, 2000)

Outra característica das intervenções familiares psicossociais é a ênfase na colaboração entre familiares e profissionais, compartilhando, por exemplo, informações sobre a doença ou discutindo conjuntamente os objetivos e tarefas no percorrer o tratamento. As intervenções psicossociais são parte do tratamento do familiar com esquizofrenia e devem ser planejadas conjuntamente com o tratamento medicamentoso e outros atendimentos clínicos específicos. (SCAZUFCA, 2000)

A participação da família no processo terapêutico é sempre um passo fundamental na recuperação do indivíduo com esquizofrenia, tendo em mente que a intervenção familiar deverá ser um dos recursos a se considerar no tratamento. (SANTOS, 2015)

Procura-se oferecer formas de atendimento que permita a participação de todos os familiares que convivem com o membro doente, com o objetivo de se obter uma perspectiva ampla sobre os problemas da família, as diversas visões dos familiares sobre a situação do membro doente e as possíveis soluções dos problemas atuais da família. As necessidades da família devem ser analisadas antes do início de qualquer programa de intervenção. Esse processo visa identificar os problemas específicos da família que deverão ser abordados durante o tratamento, e introduzir o modelo colaborativo e de resolução de problemas desde o início. (SCAZUFCA, 2000)

4.1 TERAPIA FAMILIAR SISTÊMICA COMO INTERVENÇÃO

Segundo Santos (2015) a terapia sistêmica familiar originou-se alicerçado a junção de duas notáveis teorias aplicadas às relações humanas, a Teoria da Comunicação (Bateson) que deposita na linguagem um ponto base para formação de relações benéficas e conhecimento do mundo; e a Teoria dos Sistemas (Bertalanffy) que abrange as relações como a característica definidora dos sistemas dispendo que estes se constituem como um complexo de componentes em interação. Seus principais conceitos de pormenorização, ciclo de vida, genetograma e padrão vieram embasados dessas duas teorias.

Santos (2015) salienta que vindo como mais uma alternativa no cuidado à família de pessoas com alguma enfermidade mental entra como mais uma viabilidade numa indispensável rede de acolhimento, sendo uma terapia propicia para melhorar o funcionamento familiar e o bem estar de seus integrantes.

Destaca Sora Trujano (1998) o tratamento por via sistêmica, que vem

sendo cada vez mais procurado, o tratamento auxilia a: elevar a autoestima dos pacientes; reduzir conflitos; lidar com raivas e mágoas presentes entre parentes; promover diálogo e autoconhecimento; evitar a culpabilização da família pelo adoecimento; reduzir a sobrecarga dada aos membros da família, especialmente a mães e pais; reduzir o sentimento de solidão, tanto do paciente quanto daqueles próximos a ele; esclarecer dúvidas sobre o tratamento e auxiliar todos a ter uma melhor aceitação e colaborar com o mesmo.

Posto isto, Santos (2015) destaca um modelo sistêmico de atendimento seria aquele que o sistema familiar desempenha um papel principal no caminho para a doença e para a saúde, ponderando com isso que esta família significa um organismo vivo e que precisa estar em alerta aos sinais do curso do adoecimento. Complementando um modelo sistêmico de família, pode se criar uma representação tridimensional dos sistemas mais vasto de doença/família. Os tipos psicossociais de doença, as fases transitórias da enfermidade e os componentes de funcionamento.

Os danos causados pelos estigmas e preconceitos em relação ao doente e sua família são muito danosos, com desagregações muitas vezes irremediáveis, não se pode pensar na família como sendo uma detonadora ou parte do adoecimento, nem no doente como responsável por relações conflituosas ou o causador das dificuldades enfrentadas. Precisamos restituir relações positivas com a fluidez do diálogo, tendo em vista que "o transtorno mental provoca deslocamentos nas expectativas e nas relações afetivas entre as pessoas, ao ser um fenômeno não integrado no código de referência do grupo" como nos lembra Rosa (2011).

Um ponto relevante apontado por Santos (2015) que justifica a necessidade de uma terapia familiar com uso da abordagem sistêmica que a partir de seus conceitos de padrão emocional; metacomunicação; double-binds e ressonância, moverá o sistema familiar no sentido de observar o funcionamento existente e como criar novos padrões saudáveis de interação.

Como aponta Boff (2012, p.15) "Somos filhos e filhas do infinito cuidado que nossas mães tiveram ao nos acolher neste mundo. E será o simples e essencial cuidado que ainda vai salvar a vida, proteger a Terra e nos fazer singelamente humanos". Assim, falamos em um aspecto essencial da vida, o cuidado, mais uma das vertentes do amor quando nos identificamos com o outro que sofre e necessita de proteção, gentileza, envolvimento, solicitude, enfim, quantos nomes pudermos chamar afetos de dar e receber, condição inerente à natureza humana.

Portanto, conclui Silva (2016) que informar-se sobre a esquizofrenia é de extrema importância na área da saúde para que se possa compreender a doença

em seus pormenores, ter um melhor acompanhamento do paciente e para que se tenha um tratamento adequado que seja composto pela terapêutica medicamentosa, psicoterápica e socioterápica com a finalidade de proporcionar uma melhor qualidade de vida e sociabilidade ao paciente e sua família.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A família de pacientes esquizofrênicos passa por uma sobrecarga elevada e observa-se que, diante os estudos realizados pouco se fala sobre essas famílias, sobre os cuidados que elas carecem e principalmente o escasso estudo sobre a psicologia como atuante diante a esses cuidadores que, por consequência, não tem uma escolha diante a enfermidade que se instalou no seu ciclo familiar e se vê na obrigatoriedade de cuidar do paciente enfermo. Visto que a partir da reforma psiquiátrica esse cuidado do enfermo fica na responsabilidade dos familiares que estão à mercê de sofrimentos e fragilidades com uma rotina corrompida tanto diária como social e também, do pouco que se sabe sobre a esquizofrenia com escassas informações e ainda tendo que lidar com os estigmas e preconceitos diante da doença mental.

A complexidade da esquizofrenia e as fases fragmentadas dos familiares devem ser trabalhadas e não somente categorizadas, a singularidade de cada um deve ser respeitada visando o melhor tratamento possível, assegurando sempre a abertura de novos espaços que fortifiquem esses sujeitos.

Os principais cuidados que a psicologia fornece a essas famílias se dá através das intervenções psicossociais e da terapia familiar, ressaltando no presente estudo a terapia familiar sistêmica que é uma das ferramentas importantes e direcionadas aos familiares corroborando para reduzir os conflitos, promover o diálogo, transmitir conhecimento acerca da doença, reduzir a sobrecarga, amenizar os sentimentos de solidão e desamparo, dentre outros.

O tema do cuidado em saúde mental é muito fragilizado, pois desde os primórdios se sabe que a psicologia foi uma área de enfoque para o cuidado clínico e individualizado e seus serviços prestados não satisfaziam grande parte da população que ainda necessitava de cuidados. A substituição do modelo manicomial após a reforma psiquiátrica se faz com urgência a necessidade de outros meios de ressocialização com a família e o paciente.

Portanto, ainda se falta muito para que a psicologia como importante área da saúde possa dar a esses familiares cuidadores uma qualidade de vida abundante. É crucial ressaltar a importância da psicologia e o cuidado que os

familiares como cuidadores principais desses pacientes precisam ter garantidos, pois todo cuidador também carece de cuidados.

REFERÊNCIAS

ALARCÃO, M. (2002). **(Des)Equilíbrios familiares. Psicologia clínica e psiquiatria**. 2. ed. Coimbra: Quarteto.

ALMEIDA, Marcelo Machado de et al. **A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia**. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 32, n. 3, p. 73-79, 2010.

ALVES, Joana F. Morgado et al. **Problemas dos cuidadores de doentes com esquizofrenia: A sobrecarga familiar**. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, n. 19, p. 8-16, 2018.

AMARANTE, Paulo. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2005.

American Psychiatric Association (1994). **DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais**. Lisboa: Climepsi Editores. American Psychiatric Association (2002).

AMIN, Tereza Cristina Coury et al. **O paciente internado no hospital, a família e a equipe de saúde: redução de sofrimentos desnecessários**. 2001. Tese de Doutorado

BIRMAN, Joel. **Despossessão, saber e loucura: sobre as relações entre psicanálise e psiquiatria hoje**. In Quinet, Antônio. **Psicanálise e psiquiatria: Controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

BOFF, Leonardo. **O cuidado necessário**. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

CARTER, Betty et al. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CARVALHO, José Carlos Marques de. **Esquizofrenia e família: repercussões nos filhos e cônjuge**. 2012.

CID 10. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da **CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed, 1993.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DEAN, Olivia; GIORLANDO, Frank; BERK, Michael. **N-acetylcysteine in psychiatry: current therapeutic evidence and potential mechanisms of action**. Journal of psychiatry & neuroscience: JPN, v. 36, n. 2, p. 78, 2011.

DESVIAT, Manuel; RIBEIRO, Vera. **A reforma psiquiátrica**. SciELO-Editora

FIOCRUZ, 2015.

FIGUEIREDO, Maria Henriqueta de Jesus Silva (2009). **Enfermagem de família: um contexto do cuidar**. Tese de Doutorado em Ciências de Enfermagem.

GAMEIRO, J. (1992). **Voando sobre a psiquiatria. Análise epistemológica da Psiquiatria Contemporânea**. Porto: Edições Afrontamento

HANSON, S. (2001). **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família – Teoria, Prática e Investigação**. 2.ed. Loures: Lusociência.

HANSEN, Nayara Fernanda et al. **A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia: uma revisão integrativa da literatura**. Revista eletrônica de enfermagem, v. 16, n. 1, p. 220-7, 2014.

LIMA, Israel Coutinho Sampaio; LIMA, Sérgio Beltrão de Andrade. **Vivenciando sentimentos e fragilidades do cuidar em esquizofrenia: visão de familiares cuidadores**. Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online), v. 9, n. 4, p. 1081-1086, 2017.

LIMA, Maria do Socorro Bezerra; MOREIRA, Erika Vanessa. **A Pesquisa Qualitativa em Geografia**. Caderno Prudentino de Geografia, v. 2, n. 37, p. 27-55, 2015.

MATOS, Samara Dourado. **Atenção integral a saúde mental na Unidade de Saúde da Família**. José Machado de Souza, Aracaju-SE. 2017.

MINUCHIN, Salvador; LEE, Wai-yung; SIMON, George.m. **DOMINANDO A TERAPIA FAMILIAR**. 2. ed. SÃO PAULO: S.A, 2008. p. 85-87.

MORO, Marie Rose e LACHAL, Christian. **As psicoterapias: modelos, métodos e indicações**. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

NASCIMENTO, Maria Luana Alves do et al. **VIVÊNCIAS DE CUIDADORES DE PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA**. Revista de Saúde Pública de Santa Catarina, v. 10, n. 2, p. 22-37, 2017.

OLSON, D. (2011). **FACES IV and the Circumplex Model: Validation study**. Journal of marital & family Therapy, 3(1), 64-80

OLIVEIRA, A. (2001). **Os sentimentos da família frente a facticidade da doença mental**. Família, Saúde e Desenvolvimento, 3(2), 146-153.

PALMEIRA, Leonardo ET AL. **Entendendo a Esquizofrenia: Como a família pode ajudar no tratamento?** Rio Janeiro: Interciência, 2009

PAULILO, M. A S. **A pesquisa qualitativa e a história de vida**. Serviço Social em Revista. Londrina, v.2, n. 2, p. 135-148, jul/dez.1999. . Acesso em 26 de julho de 2016.

RODRIGUES, Maria Goretti Andrade; SILVA, Leticia Krauss. **Sobrecarga familiar no transtorno mental grave: uma introdução**. Saúde em Debate, v. 35, n. 89, p. 303-314, 2011.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno Mental e o Cuidado na Família**. 3 Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

RELVAS, Ana Paula (2000). **O ciclo vital da família: perspectiva sistêmica**. 2.ed. Porto: Afrontamento.

ROMANO, Wilma Belkiss. **Princípios para prática da psicologia clínica em hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

SANTOS, Geny. **Esquizofrenia e o Cuidado à Família em uma Abordagem de Terapia Sistêmica**. REVISTA LATINO-AMERICANA DE PSICOLOGIA CORPORAL, v. 3, n. 1, p. 65-76, 2015.

SILVA, Amanda Mendes et al. **Esquizofrenia: Uma revisão bibliográfica**. UNILUS Ensino e Pesquisa, v. 13, n. 30, p. 18-25, 2016.

SILVA, Regina Cláudia Barbosa da. **Esquizofrenia: uma revisão**. Psicol. USP, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 263-285, 2006 .

SHIRAKAWA, Itiro. **Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia**. Brazilian Journal of Psychiatry, v. 22, p. 56-58, 2000.

SORIA TRUJANO, Rocío; MONTALVO REYNA, Jaime; HERRERA OLMEDO, Paul. **Terapia familiar sistêmica en un caso de esquizofrenia**. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, v. 1, n. 1, 1998.

TRIBUNA, M. F. (2000). **Famílias de acolhimento e vinculação na adolescência**. Dissertação de Mestrado em Famílias e Sistemas Sociais. Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra.

VICENT, Jéssica Batistela et al. **Aceitação da pessoa com transtorno mental na perspectiva dos familiares**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 34, n. 2, p. 54-61, 2013.

WRIGHT, M. L. & Leahey M. (2002). **Enfermeiras e famílias. Um guia para a avaliação e intervenção na família**. 3.ed. São Paulo. Roca.