

**UNIP - UNIVERSIDADE PAULISTA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
CURSO DE PSICOLOGIA**

Ana Lucia Da Silva – N667EF2  
Boaz Dos Santos Paulino – F247635  
Jade De Melo Agapito – T824AH6  
Jayme Tadeu De Mece – F325BJ0  
Nathalia Macedo Oliveira Hernandez – T019GF3

**ESQUIZOFRENIA: SOB O OLHAR DA PSICANÁLISE E SEUS IMPACTOS  
SOCIAIS**

**SÃO PAULO - Campus Norte**

**2024**

**UNIP - UNIVERSIDADE PAULISTA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
CURSO DE PSICOLOGIA**

Ana Lucia Da Silva – N667EF2  
Boaz Dos Santos Paulino – F247635  
Jade De Melo Agapito – T824AH6  
Jayme Tadeu De Mece – F325BJ0  
Nathalia Macedo Oliveira Hernandez – T019GF3

**ESQUIZOFRENIA: SOB O OLHAR DA PSICANÁLISE E SEUS IMPACTOS  
SOCIAIS**

Relatório de Pesquisa apresentado para o Plano de  
Estudo Orientados – PEO, do Curso de Psicologia  
da Universidade Paulista – UNIP, sob a orientação  
da Professora Aline Morais Mizutani Gomes.

**SÃO PAULO - Campus Norte**

**2024**

Ana Lucia Da Silva – N667EF2  
Boaz Dos Santos Paulino – F247635  
Jade De Melo Agapito – T824AH6  
Jayme Tadeu De Mece – F325BJ0  
Nathalia Macedo Oliveira Hernandes – T019GF3

**ESQUIZOFRENIA: SOB O OLHAR DA PSICANÁLISE E SEUS IMPACTOS  
SOCIAIS**

Relatório de Pesquisa apresentado para o Plano de Estudo Orientados – PEO, do Curso de Psicologia da Universidade Paulista – UNIP, sob a orientação da Professora Aline Morais Mizutani Gomes.

O trabalho foi considerado \_\_\_\_\_, com a nota \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ).

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

---

Profa. Maria Cristina B. M. Pellini - Universidade Paulista - UNIP

---

Profa. Mari Del Carmen Ruiz Nogueiras - Universidade Paulista - UNIP

---

Profa. Aline M. Morais Mizutani Gomes - Universidade Paulista

ORIENTADORA



CIP - Catalogação na Publicação

Esquizofrenia: sob olhar da Psicanálise e seus impactos sociais /  
nathalia macedo oliveira hernandes hernandes...[et al.]. - 2024.  
0044 f. + 2.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) apresentado ao Instituto  
de Ciência Humanas da Universidade Paulista, São Paulo, 2024.

Área de Concentração: São Paulo.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. M<sup>e</sup>. ALine moraes mizutani gomes gomes.

1. Esquizofrenia . 2. Psicanálise. 3. impacto sociais. I. hernandes,  
nathalia macedo oliveira hernandes. II. gomes, ALine moraes mizutani  
gomes (orientadora).

## RESUMO

Fundamentado em elementos da teoria psicanalítica, o objetivo principal desta pesquisa é a compreensão do transtorno da Esquizofrenia, das classificações, dos tratamentos e da vivência dos familiares e cuidadores de pacientes, bem como a inter-relação desse fenômeno no aspecto biopsicossociocultural. Buscou-se compreender a interação familiar no que diz respeito à rotina, dificuldades e desafios de lidar e oferecer tratamento a um paciente esquizofrênico. A partir de uma pesquisa qualitativa, que abordou a parte social do estudo de forma mais concreta e observável, analisou-se eventos cotidianos que permeiam e expressam as relações de forma aprofundada por meio de um estudo de caso. Essa metodologia permite ir além dos fundamentos teóricos para eventos reais com o objetivo de explicar ou compreender os fenômenos atuais neste contexto. O estudo destaca a carga emocional dos familiares de uma paciente com esquizofrenia, especialmente de sua mãe e irmã. A paciente, diagnosticada aos 13 anos, enfrenta surtos recorrentes, enquanto a falta de serviços médicos adequados agrava a situação. Estes resultados sublinham a necessidade urgente de suporte psicossocial para as famílias afetadas, evidenciando a complexidade das dinâmicas familiares no cuidado de pacientes com esquizofrenia.

**Palavras-chave:** Esquizofrenia, Psicanálise, Família, Desafios, Tratamentos.

## **ABSTRACT**

Based on elements of psychoanalytic theory, this research aims to understand the disorder of Schizophrenia, including its classifications, treatments, and the experiences of patients' families and caregivers, as well as its biopsychosocial and cultural interrelations. The study focuses on family interactions concerning the routine, challenges, and difficulties of managing and treating a schizophrenic patient. By using qualitative research, which provides a concrete and observable view of the social aspects, it analyzes daily events and interactions in depth through a case study. This methodology enables exploration beyond theoretical foundations to real events, aiming to explain or understand current phenomena within this context. The study highlights the emotional burden on the family, particularly on the mother and sister of a patient diagnosed at age 13, who suffers from recurrent episodes and inadequate medical services. These findings underscore the urgent need for psychosocial support for affected families and reveal the complexity of family dynamics in the care of schizophrenia patients.

**Keywords:** Schizophrenia, Psychoanalysis, Family, Challenges, Treatments.

## SUMÁRIO

<b>Introdução</b>	6
<b>Apresentação</b>	6
Levantamento Bibliográfico	7
Objetivo geral	12
Objetivos específicos	12
Hipóteses	12
Justificativa	13
<b>Método</b>	14
Participantes	15
Instrumentos de coleta de dados	16
Procedimentos de coleta de dados	16
Procedimentos de análise de dados	17
Ressalvas éticas	18
<b>Resultados</b>	18
<b>Discussão</b>	23
<b>Considerações Finais</b>	27
<b>Referências Bibliográficas</b>	28
<b>Apêndice</b>	33
<b>Anexos</b>	34



## INTRODUÇÃO

### APRESENTAÇÃO

Esse trabalho não buscou enfatizar a gênese da Esquizofrenia, mas sim suas implicações na vida do sujeito, destacando os conhecimentos e ensinamentos desenvolvidos pela Psicanálise, que tem buscado possíveis saídas para a Esquizofrenia, o que não se refere à cura, mas a estabilização da doença. Também buscou entender como esse transtorno mental impacta a vida social e familiar do sujeito e a imensa importância que o núcleo familiar tem no êxito do tratamento.

Esta pesquisa pretendeu compreender a interação familiar no que diz respeito à rotina, dificuldades e desafios de lidar e oferecer tratamento a um paciente esquizofrênico, através de uma estratégia de pesquisa qualitativa. Por meio de um estudo de caso se buscou identificar e representar situações singulares, descrevendo e explicando os eventos, além de que buscou fundamentar os achados através de livros, artigos científicos, dados estatísticos e secundários.

A pesquisa abordou várias considerações psicanalíticas e sistemáticas de transtornos mentais graves como psicose e distúrbios relacionados, e concomitantemente analisar as relações sociais e familiares nesse contexto. Para essa construção, além de interagir com os conceitos de Psicose e Esquizofrenia, também foram explorados alguns conceitos das teorias psicanalíticas para compreender as complexidades inerentes ao sofrimento psíquico grave e a possibilidade de minimizá-lo.

Quais os fundamentos da clínica psicanalítica? O que separa a Psicanálise de outras práticas de cuidado, como tratamento medicinal, as diversas psicoterapias ou as curas religiosas? A resposta mais direta a essas questões não se esgota em aspectos teóricos; ao contrário, remete-nos ao domínio da prática analítica, relativo ao método e à técnica, assim como à dimensão ética que dali se depreende (IANNINI e TAVARES, 2022, p. 7).

De acordo com Ribas *et al.* (2022), o Espectro da Esquizofrenia é extremamente amplo e multifatorial e na perspectiva psicanalítica a “lógica” em funcionamento é diferente e está relacionada a dois eixos: a da estrutura e a da posição subjetiva, ambas, profundamente articuladas com o mecanismo causal em jogo.

## LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

A Esquizofrenia é considerada uma doença multifatorial e uma das mais importantes no campo da saúde mental, já que atinge o indivíduo severamente em sua capacidade de pensar claramente e sentir emoções adequadamente.

Na maioria dos casos, ela atinge o sujeito em seu começo de vida, o debilitando gravemente e o incapacitando para entrada em sua fase de maior desenvolvimento e produção, portanto, é de suma importância que informações sobre esse transtorno sejam amplamente estudadas e difundidas para que se possa ajudar estas pessoas e suas famílias de forma adequada.

A esquizofrenia geralmente apresenta seus sintomas mais acentuados na adolescência ou começo da fase adulta e, não raramente, demanda tratamento para o resto da vida. Os homens costumam ser acometidos por volta dos 15 aos 25 anos e as mulheres entre 25 e 35 anos de idade (PITTA, 2018).

Acredita-se que a esquizofrenia seja decorrente de predisposições genéticas do indivíduo, mas até agora não se constatou sua causa raiz com precisão. Todavia, entende-se que tanto fatores genéticos como psicossociais possam contribuir para que a doença seja deflagrada. Também existe a hipótese de que a Esquizofrenia possa decorrer de falhas nos neurotransmissores (PITTA, 2018).

A esquizofrenia é um transtorno psicótico complexo e heterogêneo, que pode apresentar diferentes manifestações clínicas. Os sintomas acontecem no campo psíquico, resultando em problemas na percepção, linguagem, memória e funções executivas e podem ser positivos ou negativos. Os sintomas positivos dizem respeito a aspectos que não deveriam acontecer como, por exemplo, alucinações, delírios, comportamentos incomuns e alteração no processamento dos pensamentos. Nos sintomas negativos tem-se o oposto, comportamentos que deveriam ocorrer, mas que o indivíduo não consegue desempenhá-los a contento, tais como: afetividade, lógica, vivacidade, atenção, memória, prazer, cuidado com a higiene, etc. (PITTA, 2018).

Não existem fases claramente definidas da esquizofrenia reconhecidas de forma consensual. No entanto, algumas abordagens teóricas e sistemas de classificação têm proposto diferentes subtipos ou fases da doença.

Um sistema de classificação que descreve diferentes fases da esquizofrenia é o "Sistema de Classificação das Fases da Esquizofrenia" proposto por Andreasen, Flaum e Arndt (1992). Essa proposta inclui as seguintes fases: a) Prodrômica: esta fase caracteriza-se

por mudanças sutis no funcionamento pessoal, como sintomas não específicos, declínio nas atividades sociais e ocupacionais, dificuldades de concentração e isolamento social; b) Fase aguda: nesta fase, ocorre um episódio psicótico agudo com sintomas positivos pronunciados, como alucinações, delírios e comportamento desorganizado; c) Fase de estabilização: após o episódio agudo, os sintomas psicóticos diminuem e o indivíduo começa a estabilizar-se. Pode haver alguns sintomas residuais, mas a pessoa apresenta uma melhora geral em seu funcionamento; d) fase residual: nessa fase, os sintomas negativos da esquizofrenia como a diminuição da expressão emocional, a falta de motivação e o isolamento social, podem ser mais evidentes, enquanto os sintomas positivos são menos pronunciados.

É importante destacar que essas fases não são universalmente aceitas e podem variar dependendo da abordagem teórica ou do sistema de classificação utilizado. Além disso, a esquizofrenia é altamente heterogênea e pode se manifestar de diferentes maneiras em cada indivíduo (ANDREASEN, FLAUM e ARNDT, 1992).

O diagnóstico da esquizofrenia é geralmente baseado em critérios estabelecidos em sistemas de classificação amplamente utilizados como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e a Classificação Internacional de Doenças (CID). Essas são as principais referências utilizadas internacionalmente para o diagnóstico da esquizofrenia. Elas contêm critérios específicos que os profissionais de saúde mental utilizam para avaliar e diagnosticar o transtorno. É importante ressaltar que o diagnóstico da esquizofrenia deve ser feito por um profissional qualificado, como um psiquiatra ou psicólogo, que leve em consideração a avaliação clínica completa do indivíduo.

De acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, CID-10 (OMS, 2019), existem vários tipos de Esquizofrenia, que são classificadas como a seguir:

- F20.0 Esquizofrenia paranoide
- F20.1 Esquizofrenia hebefrênica
- F20.2 Esquizofrenia catatônica
- F20.3 Esquizofrenia indiferenciada
- F20.4 Depressão pós-esquizofrênica
- F20.5 Esquizofrenia residual
- F20.6 Esquizofrenia simples
- F20.8 Outras esquizofrenias
- F20.9 Esquizofrenia não especificada

A Esquizofrenia é uma doença mental realmente complexa e que afeta profundamente a vida daqueles que a sofrem, todas as abordagens científicas para amenizar os impactos desta doença são válidos. No entanto, neste projeto optou-se por aprofundar os conhecimentos a partir da abordagem psicanalítica, uma vez que tem sido esta uma das abordagens terapêuticas utilizadas para tratar a Esquizofrenia e que busca compreender os processos inconscientes que podem estar na origem dos sintomas apresentados pelo paciente. Segundo Ribas *et al.* (2022): “A esquizofrenia tem como principal característica uma ‘cisão’, da mente propondo como principal característica o prejuízo ao pensamento em suas associações. Do grego: Esquizo (divisão) frenia (mente)” (p. 2).

De acordo com Freud (1924), a esquizofrenia pode ser vista como uma tentativa do indivíduo de lidar com conflitos internos intensos e traumáticos que surgem durante o desenvolvimento da personalidade. Esses conflitos podem ser desencadeados por experiências de perda, abuso, negligência, entre outras situações que podem levar a um estado de desamparo emocional.

Nesse contexto, a Esquizofrenia é vista como uma forma de defesa psicológica, na qual o indivíduo cria uma realidade alternativa para se proteger da dor e do sofrimento que sente. Essa realidade pode se manifestar em alucinações, delírios e outras formas de pensamento e comportamento que não correspondem à realidade objetiva.

A reelaboração da realidade na psicose ocorre nos sedimentos psíquicos dos vínculos até então mantidos com ela, isto é, nos traços mnêmicos, representações e julgamentos que dela se obteve até então, e através dos quais ela é representada na vida psíquica. Esse vínculo, no entanto, nunca se completou; ele foi continuamente enriquecido e alterado por novas percepções. Com isso, também se coloca para a psicose a tarefa de procurar para si as percepções que correspondem à nova realidade, o que é alcançado fundamentalmente pela via da alucinação (FREUD, 1924, p. 07).

É importante notar que a Psicanálise não é a única abordagem terapêutica para a Esquizofrenia e que muitas vezes é utilizada em conjunto com outros tratamentos, como a terapia medicamentosa. No entanto, a compreensão psicanalítica da Esquizofrenia pode fornecer uma visão mais profunda da doença e ajudar a desenvolver abordagens terapêuticas mais eficazes.

Para Freud (1924), a esquizofrenia é uma tentativa do ego de lidar com conteúdos psíquicos traumáticos, separando-se do mundo exterior e criando um mundo interno próprio e desorganizado, caracterizado por fantasias e delírios. O tratamento da Esquizofrenia envolve a análise das defesas do ego e a reintegração desses conteúdos reprimidos em uma narrativa mais compreensível.

Sabemos que outras formas de psicose, as esquizofrenias, tendem a desembocar em um embotamento afetivo, isto é, na perda de toda participação no mundo exterior. Sobre a gênese das formações delirantes, algumas análises nos ensinaram que o delírio se apresenta como um remendo colocado onde originariamente havia surgido uma fissura na relação do Eu com o mundo exterior. Se a condição do conflito com o mundo exterior só não é muito mais evidente do que atualmente já reconhecemos, isso se deve ao fato de que, no quadro clínico da psicose, as manifestações do processo patogênico estão frequentemente cobertas por manifestações de uma tentativa de cura ou de reconstrução (FREUD, 1924, p. 07).

Outro autor indispensável e relevante para o debate da Esquizofrenia na Psicanálise é Lacan, que apresenta o sujeito analisado como uma estrutura de três registros, o imaginário, o simbólico e o real. Pode-se compreender com certo simplismo, que o imaginário é a vertente da imagem do sujeito, que reflete em dois outros aspectos, o Eu, como superfície e a relação com o semelhante; já o simbólico é o que tem relacionamento com a nossa linguagem e com as leis culturais que regem o indivíduo e, por fim, o real é aquilo que escapa a toda simbolização, ligando-se ao orgânico, ao vivo e ao que, em Psicanálise, é chamado de pulsão. Entretanto, convém enfatizar que esses três registros estão interligados (RIBAS *et al.*, 2022, p. 6).

Tal organização pulsional, através dessa ação psíquica, foi abordada por Lacan como estádio do espelho, que permitiria à criança se identificar com o outro, formando seu eu ideal e dando margem ao narcisismo primário. Pode-se observar que o que ajuda o portador de esquizofrenia a não surtar ou a se estabilizar após o episódio de surto está diretamente ligado a forma como o sujeito é manejado antes de surtar e como é remanejado após surtar. Esse entendimento se baseia no que Lacan nomeou como esquema L, que é uma forma simplificada do estádio de espelho. O esquema L indica que o esquizofrênico está numa tentativa de constituição do eixo a-a', que seria um eixo narcísico, numa identificação imediata com o outro, o que sugere que o sujeito nessa condição se encontra num estado dividido (CONCEIÇÃO, 2008).

Segundo Freud (1924), a esquizofrenia é um desequilíbrio psíquico que ocorre quando a pessoa não consegue integrar os conteúdos do inconsciente ao ego, resultando em uma fragmentação da personalidade. Por outro lado, a individualização é um processo de desenvolvimento pessoal que busca a integração dos conteúdos inconscientes ao ego, resultando em uma maior harmonia e equilíbrio psíquico.

Jung também aborda essa relação entre esquizofrenia e individualização em diversos de seus livros, como "Psicologia do Inconsciente" e "O Eu e o Inconsciente". Ele destaca que a esquizofrenia é uma forma extrema de desintegração psíquica, enquanto a individualização é um processo de integração gradual que visa à realização do potencial humano. Para Jung, a

individualização é um caminho para a saúde mental e o bem-estar emocional, enquanto a esquizofrenia é uma condição patológica que requer tratamento médico (BIZARRIA *et al.*, 2013).

Apesar de levar muito em consideração os fatores psíquicos, Jung (2021b) não exclui a possibilidade de o desenvolvimento da esquizofrenia também poder ter causas tóxicas que estão ligadas a modificações fisiológicas as quais foram consequência de emoções causadas na vida de um indivíduo. Dessa forma o autor considera que esta psicopatologia é composta tanto pelo aspecto bioquímico, quanto pelo psicológico (JUNG, 2021b apud FERRO, 2023, p. 34).

Com a medicação devida, equipe de saúde multidisciplinar atuante, combinadas com intervenções psicossociais adequadas, e quebra de paradigmas em relação ao preconceito, entende-se que se pode contribuir e muito para uma melhoria considerável na vida do indivíduo portador desta doença, viabilizando que o mesmo possa ter uma vida bem perto da normalidade. A inclusão de pessoas acometidas por esse transtorno mental não parece estar distante e esse desafio familiar pode ser manejado com a ajuda de profissionais da saúde. De acordo com Barlow e Durand (2015), para os indivíduos com esquizofrenia é de suma importância o apoio em seus ambientes de trabalho e estímulos aos tratamentos terapêuticos e farmacológicos.

Além de tudo, a esquizofrenia é uma doença cheia de estigmas e preconceitos. Cuidar de um paciente esquizofrênico demanda uma dedicação enorme, que a família do paciente pode não estar devidamente preparada para tal. É necessária uma reflexão profunda sobre este cuidado, especialmente ao se levar em conta que após a Reforma Psiquiátrica nos anos 1980, foi estipulada a preferência por tratamentos psiquiátricos extra hospitalares, e assim houve a transferência de parte desta carga para estes cuidadores. Contudo, estes familiares acabam ficando sobrecarregados e nem sempre tem o preparo e/ou recursos financeiros necessários para lidar com as demandas que estes pacientes têm, acarretando sofrimento psicológico para estas famílias e um déficit neste cuidado (FRANCISQUINI *et al.*, 2020).

O cuidado com o familiar do paciente com esquizofrenia é fundamental para o sucesso do tratamento e para a qualidade de vida do paciente e da família. É importante que os familiares recebam apoio psicológico, informações sobre a doença e seu tratamento, além de orientações sobre como lidar com os sintomas e comportamentos do paciente.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013), o suporte familiar é uma das principais estratégias para a promoção da saúde mental e prevenção de recaídas em pacientes com transtornos mentais.

Dessa forma, é fundamental que os profissionais de saúde envolvidos no tratamento da esquizofrenia incluam a família no processo terapêutico e ofereçam suporte emocional e educativo aos familiares. Além disso, é importante que a família tenha acesso a grupos de apoio e outras formas de suporte social para lidar com as dificuldades enfrentadas.

### **OBJETIVO GERAL**

O objetivo principal é a compreensão do Espectro da Esquizofrenia sob o viés psicanalítico, classificações, tratamentos e a vivência dos familiares e cuidadores de pacientes com esquizofrenia, bem como a inter-relação desse fenômeno no aspecto biopsicossociocultural.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analisar a concepção da Esquizofrenia e compreender suas causas e sintomas através da abordagem psicanalítica.
- Identificar os principais desafios enfrentados pelos pacientes e seus familiares na busca por tratamento e acompanhamento psicológico.
- Discutir as implicações éticas e sociais na Psicanálise sobre a Esquizofrenia, considerando os direitos dos pacientes e seus familiares, bem como o papel da Sociedade e do Poder Público nesse contexto.
- Investigar as possibilidades da intervenção psicanalítica no tratamento da Esquizofrenia considerando as necessidades do paciente e sua relação com o mundo externo.
- Discutir a relação entre a esquizofrenia e os traumas psicológicos vividos pelo paciente, buscando compreender como esses eventos podem influenciar o desenvolvimento da doença.

### **HIPÓTESES**

A partir do momento em que os familiares ou cuidadores de pacientes acometidos por Esquizofrenia passam a conviver com o problema, emerge a necessidade de ajustes e adaptações cotidianas diante do quadro. Essa nova fase requer cuidados assertivos, não direcionados somente ao paciente, mas também aos próprios cuidadores, que passam a demandar cuidados psicossociais.

Muitas das vezes, familiares ou cuidadores se deparam com reações inesperadas que se transformam na falta de uma expectativa positiva, negação ou sentimento de irrealidade, culpa, revolta e também o sentimento de superproteção, que de certa forma tende a privar o paciente, tirando sua autonomia. A inclusão social dos pacientes com Esquizofrenia é fundamental para o seu bem-estar e qualidade de vida.

A expectativa de recuperação e de menores índices de surtos e recaídas são essenciais para a melhora da qualidade de vida e dos relacionamentos, ao contrário de estímulos que possam trazer retrocesso nos quadros esquizofrênicos. Além disso, o autoconhecimento ajuda no enfrentamento dos problemas dentro do meio social e familiar.

A falta de compreensão sobre a doença geralmente leva à estigmatização e à discriminação. São comuns os mitos da incapacidade total do indivíduo de conviver em sociedade, mediante a ideia de que a Esquizofrenia seja uma doença degenerativa ou sem quaisquer expectativas de superação.

## **JUSTIFICATIVA**

Os trabalhos de pesquisa são ferramentas muito importantes para a formação de profissionais capacitados e também para a evolução nos tratamentos das psicopatologias e da saúde mental em geral, seja no que diz respeito à farmacologia ou ao processo terapêutico. Todo trabalho científico deve se relacionar com o desenvolvimento social e com as demandas necessárias de uma sociedade.

É preciso identificar os elementos fenomenológicos que não ocorrem de forma linear buscando encontrar soluções e melhorias para os problemas coletivos através de processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas.

A pesquisa científica é importante para que seja apresentada uma visão real do sofrimento dos pacientes e familiares e através disso seja possível identificar as principais necessidades de atenção para a construção de uma sociedade mais inclusiva e acessível. Além da desconstrução do forte estigma em relação às doenças mentais, é preciso compreender a necessidade de uma rede de apoio com recursos profissionais, farmacológicos e terapêuticos.

Quando pensamos nessa rede de apoio tão importante encontramos desafios a serem analisados como o Estatuto da Pessoa com Deficiência, criado em 06 de Julho de 2015 e que a princípio teve por objetivo promover a igualdade de direitos a qualquer indivíduo que sofresse de deficiência física, mental ou sensorial. No entanto, a partir da vigência deste estatuto, o Código Civil sofreu alterações nos Artigos 3º e 4º, o que pode trazer uma desproteção aos



sujeitos que se encontrem em situação de transtorno mental grave e incapacitante, não os permitindo ser protegidos juridicamente no que diz respeito à sua apresentação mediante atos da vida civil. Isso significa que pessoas com deficiências mentais graves, que afetem sua capacidade de tomada de decisões e tenham o discernimento comprometido para avaliar transações financeiras, compra e venda de bens entre outros, não podem mais ser consideradas inimputáveis no âmbito civil e por esse motivo a família fica impedida de pedir o processo de interdição do indivíduo. Nesse processo, o indivíduo afetado por esse transtorno passava a ser curatelado por alguém da família ou designado pelo Ministério Público para se tornar responsável pelo mesmo e zelar por sua integridade física e material.

Outro desafio é que, apesar da necessidade de um tratamento mais humanizado e acolhedor para pacientes acometidos por transtornos mentais, também é importante trazer a reflexão de que a ideia da abolição de instituições de cuidados psiquiátricos pode ser muito prejudicial aos familiares, já que há casos em que os pacientes precisam de lugares especializados para realizar tratamentos ou de internação. Assim, torna-se importante uma rede de apoio que forneça os recursos necessários para assegurar tanto a família quanto o paciente.

Como na grande maioria de enfermidades graves, despertam-se conflitos e desgastes físicos e emocionais. Contextualizamos então aqui a Esquizofrenia quanto à sua relação na dinâmica familiar e impacto social gerado a partir da abordagem psicanalítica, ressaltando os tipos, sintomas e os tratamentos utilizados.

Por fim, destaca-se que além da presença necessária e salvaguarda à pessoa esquizofrênica, sobrevém uma modificação na rotina do próprio cuidador que, em contrapartida, sofre por insuficiência ao prestar auxílio, carecendo de apoio para que possa enfrentar desafios outrora inexistentes.

## **MÉTODO**

A metodologia utilizada nesta pesquisa foi a qualitativa. Segundo Minayo (2001), a pesquisa qualitativa aborda a parte social do estudo de forma mais concreta e observável, utilizando eventos da vida cotidiana como ferramentas para abordar as qualidades não quantificáveis, que permeiam e expressam as relações mais profundas, sendo assim definida como a ciência da escavação.

Mais especificamente, foi adotado como método o estudo de caso, que vai além dos fundamentos teóricos do estudo para representar a profundidade da questão que se buscava

explorar. Segundo Yin (2011): “Os estudos de caso são investigações empíricas que dissecam fenômenos contemporâneos (casos) em seu contexto real, especialmente quando as fronteiras entre fenômenos e contexto não eram claras” (p. 32).

Ainda de acordo com Yin (2001), os estudos de caso são geralmente métodos de pesquisa que utilizam dados qualitativos derivados de eventos reais com o objetivo de explicar ou compreender os fenômenos atuais em seu próprio contexto, caracteriza-se pelo estudo detalhado e abrangente de vários ou únicos objetos para fornecer conhecimento aprofundado.

O objetivo é explorar, explicar, avaliar ou transformar, através da compreensão do evento estudado e ao mesmo tempo desenvolver uma teoria mais geral sobre o fenômeno observado, ir muito além da descrição de fatos e circunstâncias para fornecer insights sobre o fenômeno em estudo e provar ou contrastar os vínculos estabelecidos no caso.

Os estudos de caso são realizados por meio de pesquisas empíricas que exploram em profundidade fenômenos contemporâneos em situações da vida real, especialmente quando a fronteira entre fenômenos e situações não estão claramente reconhecidas, situações tecnicamente únicas, nas quais existiam mais variáveis de interesse do que pontos de dados.

Para Gil (2007), o estudo de caso é uma técnica de pesquisa amplamente utilizada em biomedicina e ciências sociais, consiste no estudo aprofundado e abrangente de um ou vários objetos, de forma a permitir um conhecimento mais detalhado.

O presente estudo de caso decorreu de acordo com uma perspectiva interpretativa, que procurou compreender como era o mundo do ponto de vista dos participantes, ou uma perspectiva pragmática, que visava simplesmente apresentar uma perspectiva global, tanto quanto possível completa e coerente, do objeto de estudo do ponto de vista do investigador (FONSECA, 2002, p. 33).

## **PARTICIPANTES**

As entrevistas foram realizadas em dias alternados com dois dos familiares mais próximos e atuantes no acompanhamento de uma paciente com Espectro da Esquizofrenia (R.). A primeira foi com a mãe da paciente (M.), de 81 anos, viúva e pensionista, e a segunda com (S.), irmã caçula de 41 anos, casada, dona do lar. A paciente mora na residência da entrevistada M. e a segunda entrevistada S. mora de frente com a paciente, tendo um grande contato com R.

A entrevistada S. tem duas filhas que estudam em escola em horário integral e seu marido trabalha no período da manhã. Ela trabalha de casa com vendas e tem um trabalho flexível, fazendo com que possa acompanhar a paciente em consultas e exames. Também possui outros irmãos com quem realiza esses afazeres.

A entrevistada M. acaba tendo um contato mais direto com a paciente pelo fato de a paciente residir em sua casa. Ela é aposentada e tem algumas casas de aluguel, que ajudam no seu sustento. Um de seus filhos faz as refeições na casa dela e também ajuda nas despesas da casa. O pai de R. faleceu há poucos anos e foi o provedor principal do lar.

Normalmente, M. acaba agendando e marcando as consultas e exames para a paciente e caso haja necessidade comunica os outros irmãos da paciente para que possam auxiliar neste transporte e acompanhamento.

## **INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS**

A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas semiestruturadas, contendo perguntas sobre a história do paciente, os sintomas apresentados, o impacto em suas vidas no cotidiano, as estratégias de tratamento utilizadas e a percepção dos familiares sobre a condição do paciente (Apêndice A).

Segundo Gerhardt e Silveira (2009), na entrevista semiestruturada, o pesquisador organiza um conjunto de questões (roteiro) sobre o tema que está sendo estudado, mas permite, e às vezes até incentiva, que o entrevistado fale livremente sobre assuntos que vão surgindo como desdobramentos do tema principal.

Na fase de execução da entrevista foi possível compreender a obtenção das informações inerentes à singularidade e aos aspectos particulares da família e do paciente abordado por essa pesquisa.

## **PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS**

Buscou-se através dos serviços de atendimento a pacientes com Espectro da Esquizofrenia, familiares que estivessem dispostos a participar do estudo. Elas foram informadas sobre a importância da sua participação e os procedimentos para responder às perguntas da entrevista.

Para a coleta de dados foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE – Anexo A) e ciência dos objetos de estudo, dos procedimentos envolvidos e dos possíveis riscos e benefícios da sua participação.

As entrevistas foram conduzidas por membros do grupo, dando a oportunidade aos familiares de expressarem suas experiências e opiniões de forma livre e espontânea, os dados coletados serão mantidos em sigilo e com finalidade acadêmica.

Os encontros foram realizados conforme a disponibilidade dos familiares e cada entrevista durou cerca de 1h 30min.

A primeira entrevista foi realizada no dia seis de abril de 2024 às 19:30h na sala da residência da paciente. Buscou-se informações mais detalhadas sobre o histórico de esquizofrenia da paciente R. e entender a dinâmica familiar, identificar os fatores que influenciam seu estado de saúde mental. Ao chegar para realizar a entrevista, a paciente esquizofrênica cumprimentou a todos e foi para seu quarto, ficando apenas M. na sala. A entrevista começou com as apresentações e explicando os objetivos do encontro.

A entrevista se deu na sala da entrevistada, um local bem organizado, limpo e não houve nenhuma interrupção por parte da paciente ou de qualquer outro membro da família. Durante a entrevista, mesmo focando no tema do cuidado e na história da paciente, muitas vezes a entrevistada fugia do assunto, entrando em histórias que não eram relevantes ao momento, por isso diversas vezes foi preciso voltar o foco para as informações solicitadas como o suporte que a família oferece para M. e para a paciente R. e como eles lidam com as crises.

A segunda entrevista foi realizada com S., no dia doze de abril de 2024, em sua casa. Como a entrevista foi realizada em um horário no qual suas filhas e marido estavam em casa, eles permaneceram no quarto trazendo mais liberdade para que a entrevistada pudesse falar sobre a vivência com a paciente. Apesar de ter duas crianças em sua casa, estava tudo bem organizado. Quando estávamos finalizando a entrevista, S. acabou desabafando e contando alguns assuntos pessoais, que foram acolhidos e que também contribuíram para avaliar a dinâmica familiar.

## **PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS**

A técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 1977) foi aplicada para análise de dados coletados na entrevista feita com os participantes, a fim de obter uma compreensão mais aprofundada dos dados, buscaremos identificar categorias e temas recorrentes em suas respostas.

As respostas dos participantes foram transcritas de forma literal assegurando a fidelidade às suas palavras e identificando os trechos relevantes das respostas, aos quais foram

atribuídos códigos ou agrupamentos em categorias que representam temas ou aspectos do estudo, como sintomas, impactos no cotidiano e estratégias de tratamento.

A interpretação dos resultados foi feita com base na literatura levantada, a partir da qual foram feitas interpretações e conclusões sobre a experiência dos pacientes com esquizofrenia e seus familiares. Sendo identificados padrões, tendências e insights relevantes para o estudo, permitindo uma compreensão mais profunda dos dados coletados, contribuindo para o conhecimento sobre o transtorno esquizofrênico, e auxiliando em um novo olhar perante os familiares do portador.

### **RESSALVAS ÉTICAS**

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética, baseando-se na Resolução CNS nº 510 de 07 de Abril de 2016, que trata do respeito, dignidade humana, autonomia, valores, consentimento ou assentimento livre e esclarecido, benefícios, riscos materiais e imateriais, privacidade, confidencialidade e apresentação clara e acessível no desenvolvimento de pesquisas com seres humanos.

Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para ciência aos entrevistados sobre a preservação do anonimato e sigilo dos dados coletados, assim como o esclarecimento de todos e quaisquer riscos e benefícios. Os riscos a que o participante podia estar sujeito – risco de nível baixo – eram: cansaço, aborrecimento, constrangimento ao responder alguma pergunta, desconforto na gravação da entrevista, alteração na autoestima, de visão de mundo ou estresse provocados pela evocação de memórias. Caso alguma dessas situações se manifestasse, o pesquisador informava ao participante que ele poderia se recusar a responder ou até mesmo desistir de sua participação sem qualquer prejuízo. Em relação aos benefícios, destacam-se: a possibilidade de compartilhar suas experiências no convívio e cuidado com familiares esquizofrênicos e ao final ter acesso a uma devolutiva referente aos resultados do trabalho de pesquisa.

### **RESULTADOS**

A paciente R. tem 59 anos, mora com sua mãe e gosta de se cuidar. Terminou o ensino médio com 50 anos. Ela tem um bom relacionamento com as pessoas e hoje em dia seus amigos são as pessoas que convivem com ela na igreja. Por ser uma moça que foi criada sempre em casa, acabou nunca se relacionando com outros homens de uma maneira mais afetiva, e não demonstra desejo ou vontade de conhecer algum homem desta maneira.

Ambas as entrevistadas relataram que a paciente R. nasceu com uma abertura nos lábios, conhecida como fenda palatina (ou lábio leporino), o que segundo M. (mãe da paciente) foi um susto. Na gestação, M. fez o acompanhamento pré-natal e parecia estar tudo bem com o feto. Devido a essa malformação, R. permaneceu no hospital após o seu nascimento, e por conta disso a paciente sempre teve acompanhamento médico periódico. Segundo M.: “logo que foi operada, foi fechando, só que após isso, a narina ficou um pouco aberta. Ela era uma menina muito forte, sempre foi uma criança forte, saudável”, tendo uma infância dentro dos padrões.

Os primeiros sintomas de esquizofrenia foram observados quando R. tinha entre 13 e 14 anos, logo após fazer a segunda cirurgia de correção dos lábios. Quando ainda estava no hospital no pós-operatório, seu comportamento chamou atenção da equipe médica, que fizeram algumas perguntas para M. e uma delas foi se ela era sua filha verdadeira, causando-lhe espanto a ela e as irmãs da igreja que lhe acompanhavam no momento, porém lhe explicaram o motivo da pergunta: “geralmente, os filhos, quando a mãe vai chegar no hospital... a gente já fala, vai lá, ficar bonita, se arruma e tal, é uma coisa que eles já vão com aquela alegria, né menina, porque minha mãe vai chegar” (trecho da entrevista de M.). Assim, normalmente, após uma internação, no dia da alta, as crianças ficam ansiosas para ir para casa, tomam banho e se arrumam aguardando seus pais/cuidadores chegarem, situação que não aconteceu com R.

Ela não deu nenhuma reação de alegria, e quieta foi pro banheiro, eles levaram ela para o chuveiro, tudo que ela queria era tomar um banho, só que ela ficou lá nesse banheiro, e elas achando que a R. já tinha tomado banho, já estava tudo legal, não, eles acharam o chuveiro ligado e ela em pé, olhando, ela não ligava...não tomou banho, ela disse ok, então ela quieta, você tem medo, disse ok (trechos da entrevista de M.).

Esse comportamento da paciente, de não saber o que fazer ou indiferente, levou os médicos a falarem com M. e orientá-la a investigar suas possíveis causas. Seguindo as orientações da equipe médica e de outros médicos que acompanhavam a paciente, foram realizadas entrevistas clínicas e observação dos comportamentos como: “falar sozinha, sempre muito quieta, só sair de casa com a família” (trecho da entrevista de M.). Foi relatado que a paciente não chegou a namorar, não brincava com outras crianças e se não servisse a comida para paciente, ela não comia.

A partir desse histórico médico, com idade entre 13 e 14 anos, R. foi diagnosticada como esquizofrênica e, desde então, faz acompanhamentos psicoterapêuticos, psiquiátricos e farmacológicos para controlar as crises. Durante um período fez o acompanhamento através

de convênio médico e atualmente é feito através do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual, segundo M., tanto ela quanto a filha R. sempre receberam o suporte necessário através do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Ao entrevistarmos a irmã mais nova da paciente, ela confirmou que a R. está inserida em todas as esferas da família sendo sempre incluída. Os cunhados, por exemplo, sempre se mostraram disponíveis a dar atenção à paciente, conversando e brincando, brincadeiras diversas dependendo do local onde a família se encontrava.

Em contrapartida existe uma relação de posse emocional da mãe com a paciente que não permite que outros filhos ou membros da família participem dos cuidados. Segundo a irmã caçula relatou, em algumas situações a mãe obriga a paciente a fazer coisas que ela não deseja, como forçando a paciente a comer, assim, se a paciente se recusa a comer a quantidade colocada, M. acaba dando a comida em sua boca, a forçando a comer tudo. Esses episódios acontecem com mais frequência quando a paciente está em surto.

Durante as entrevistas, ambos os familiares participantes descreveram que o primeiro surto, assim como as mudanças comportamentais mais significativas se iniciaram quando a paciente estava com idade entre 13 e 14 anos. Esse período também corresponde ao início de seu ciclo menstrual:

A rotina de R. mudou e aí eu perguntei para minha mãe por que ela ficou assim? Minha mãe falava da filha de 13 anos quando ficou mocinha que ela começou a apresentar mudança em seu comportamento e antigamente não tinha os cuidados que tem hoje. Então foi onde tudo começou (trechos da entrevista de S.).

M. afirmou que os episódios de surto são recorrentes. Neste episódio, a paciente acaba tendo um descontrole emocional entrando em estado de mania. Já a irmã S. trouxe uma perspectiva bem diferente ao dizer que tais ocorrências acontecem apenas de maneira eventual e que nesses momentos R. apresenta um comportamento irritadiço, mas sem nenhum registro de agressão física.

(Entrevistador): Ela fica agressiva? (S): Ela fica muito nervosa, muito irada, mas em palavras. Mas tipo, me bater, ela não bate, ela não bate na gente porque eu não bato não e, às vezes, ela até fica nervosa, mas ela não bate. Ela é uma pessoa super boa.  
(Entrevistador): Ela fica irritada e agressiva? (S): Ela fica irritada e agressiva em palavras. No demais, para mim, dá para lidar com ela de boa, até as crianças. Quando não está em crise, elas vão lá brincar com as bonecas, no sentido de poder fazer alguma atividade e como as meninas são pequenas, a boneca chega ser uma brincadeira da rotina delas (minhas filhas). Quando ela fala não quero mais, não quero mais (trechos da entrevista de S.).

M. também corrobora as afirmações de que a paciente não demonstra um grau alto de agressividade ou periculosidade:

(Entrevistador): Dona M, uma dúvida, quando R. entra nessa fase que ela fica em surto, ela demonstra alguma agressividade? Ela fica mais irritada ou ela só fica mais

emotiva? Como é esse assunto? (M): Não. A R., quando ela tá, ela entra nesse surto, ela chora. E o caso é que se a gente falar alguma coisa, ela não é aquela mansa, ela já fica irritada (trechos da entrevista de M.).

Segundo o que foi relatado pelos familiares, R. costuma ter os surtos em momentos de fortes emoções, ou seja, novos episódios surgem a partir de eventos que causem à paciente uma instabilidade emocional:

(Entrevistador): Você percebe que tem alguma coisa que desencadeia essa crise por exemplo alguma coisa que acontece que é um gatilho (S): É assim se ela fica feliz, pode aparecer se ela ficar triste pode aparecer (Entrevistador): Então qualquer emoção mais forte que ela tenha pode desencadear? (S): O mais interessante quando meu pai morreu, ela foi a mais forte de todos e a gente ficou preocupada com ela e ela ficou de boa. Ela teve depois que todo mundo já estava bem, ela vive muita coisa. A gente tem que tomar muito cuidado e saber levar porque senão... (trechos da entrevista de S.).

S. também comentou sobre como ela acredita que o ambiente tem influência na ocorrência dos surtos de R. ao contar que houve uma melhora em seu quadro de saúde ao mudarem de residência:

(Entrevistador): E isso foi melhorando? (S): Isso foi melhorando. Mas a R. melhorou bastante. Quando ela morava lá embaixo na casa do fundo era pior, era bem pior. Hoje, que está aqui em cima, faz 2 anos que melhorou muito. (Entrevistador): Mas o que você acha que mudou? O ambiente? (S): O ambiente que influenciava. O ambiente mudou muito, porque lá embaixo era gelado. Agora morando aqui, na última casa do prédio, a paciente recebe mais sol e pode observar as pessoas na rua e mesmo que ela não queira levantar de sua cama, o ambiente fica bem iluminado e quente (trechos da entrevista de S.).

Quando se aborda a necessidade de internação, torna-se perceptível que há divergências entre os membros da família quanto à sua necessidade. Enquanto a cuidadora principal enfatiza a importância das internações, outros membros da família já não compartilham dessa mesma perspectiva. Segundo informações fornecidas pela irmã, a mãe demonstra o desejo de que R. seja internada em qualquer caso de crise, mesmo que outros membros da família não considerem essa medida necessária. Relata também que a mãe, apesar de não querer que a filha saia ou fique sob os cuidados de outros membros da família, também manifesta o desejo de que ela permaneça internada: “Ela não quer ela longe dela para passear, por exemplo, quando quer ir pra algum lugar ela não quer ir porque não quer ficar sozinha, mas quer que a internet, onde vai ficar sozinha” (trecho da entrevista de S.).

A mãe relatou que, durante um período desafiador em que seu marido estava hospitalizado, ocorreu um episódio de crise com R. Como resultado, ela foi internada no mesmo hospital que seu pai. Cabe ressaltar que, de acordo com os familiares, R. nunca demonstrou agressividade física. Durante uma visita à ala hospitalar em que R. se encontrava, os familiares se depararam com R. amarrada, resultando em sentimentos de nervosismo,



desconforto e perturbação tanto para a família quanto para a paciente, uma vez que eles não a consideravam uma ameaça.

Devido a esse incidente, a mãe informou que R. nunca mais foi internada, pois suas irmãs não aceitavam mais: “Não levo mais, eu não posso levar porque eu vou lá, ela está amarrada. Não. Nunca mais” (trecho da entrevista de S.). Desde então, nas situações de crise, ela permanece apenas na companhia da mãe em casa.

Através da entrevista fez-se menção às instituições e ao conjunto de pessoas que convivem, neste caso sua família, que prestam suporte mais essencial à mesma. Conforme relatado, R. reside com sua família, sendo na maior parte do tempo assistida por sua mãe M., que lhe presta os cuidados durante maior parte do tempo e também por suas três irmãs mais velhas, que buscam harmonia na dinâmica familiar frente à esquizofrenia e ao bem-estar de ambos: “Quer dizer, é difícil. Mas dar o remédio pra ela, cuidar dela. Então, eu como mãe, eu digo pra vocês, entra a área espiritual, mas entra a matéria de autoridade”, afirmou M. sobre seu cuidado materno em um lar de cinco filhos, sendo três irmãs mulheres e dois irmãos homens.

Apesar da aparente sobrecarga sofrida pela família, S. reiterou: “a gente não faz diferença, não tratamos ela como especial, não, aonde a gente vai, R. também vai junto, fazemos questão de ela estar com a gente”, falando a respeito de convivência e manejo do espectro da esquizofrenia no convívio familiar. Todavia ressaltou que apenas as mulheres da família compartilham esse cuidado, ao contrário dos irmãos homens: “(...) tudo o que acontece aqui, só quem socorre é eu, minha irmã e a outra, e se minha mãe passar mal com eles (filhos homens que não ajudam) ligam pra gente onde nós estivermos”.

Por outro lado, S. pontuou que considera sua mãe autoritária e superprotetora:

E o pior é que é assim, se a gente vai no CAPS, eles chamam a gente. Uma vez a assistente social me chamou e minhas irmãs, sobre a R. etc., mas como eu vou fazer? Ela acha que ela manda, não tem o que fazer. Então eu digo: “mãe, pelo amor de Deus, não fica fazendo isso”, mas minha mãe enfrenta a gente também. Quando a R. está em crise, minha mãe também está (trecho da entrevista de S.).

Afirmou que há um conflito constante diante do problema que atinge a comunicação dentro da família, onde divergem opiniões e procedimentos que ecoam cansaço psíquico aos envolvidos e participantes deste meio, S. ratificou:

Minha mãe também fica nervosa e daí desconta nos outros. Eu tive que marcar com uma psicóloga (para a mãe), tá na fila, e dizer que era uma irmã da igreja que queria falar com ela. E eu fiz acordo com a psicóloga dizendo “fala pra minha mãe que você precisa saber de mim sobre crise de ansiedade por causa de meu pai” (trecho da entrevista de S.).

S. sempre participou de visitas e acompanhamentos juntamente com sua mãe sobre os quais relatou alguns acontecimentos:

Ela sempre foi acompanhada pelo psiquiatra, que tinha que tomar remédio, às vezes eu acompanhava a minha mãe, às vezes a gente ia com minha mãe, a R ficou muito tempo internada. Acompanhava muito a minha mãe nas internações, demais eu ia com minha mãe (trecho da entrevista de S.)

Relatou também sobre certa precariedade em alguns atendimentos ambulatoriais, não apenas no que diz respeito ao manejo clínico, mas sobre a qualidade dos atendimentos, nos quais os familiares não são ouvidos de maneira adequada sobre a evolução do paciente e os cuidados e ajustes que a família deve considerar em relação ao tratamento.

Somente em assuntos ligados diretamente à área clínica, os familiares são observados nesse contexto médico. A família apenas recebe prescrições e busca por outro lado, conduzir o cuidado em seus lares. S. traz essa fala com grande descontentamento:

(...) o médico resolveu, o médico tirou alguns remédios dela porque realmente estava fazendo mal pra ela, estava dando suador, estava ficando gelada, precisando tirar e tirar. Tem psiquiatra que tem hoje e já no mês que vem já não tem mais, aí fica o clínico te atendendo, aí o clínico pega e vê que você tá em crise e sua mãe não ajuda aí como é que o médico faz? Ao invés de tirar, aumenta (trecho da entrevista de S.)

Sobre aspectos socioculturais relacionados à R., S. apresentou como uma vitória enorme sobre a doença o fato de a irmã, apesar das características da esquizofrenia, ter alcançado seu diploma: “A R. já se formou e ela fica em crise e volta, mas se formou”, relacionando esse fato a um poder de ressignificação e de ressocialização de pessoas em tratamento.

Socialmente, R. interage com poucas pessoas de sua comunidade religiosa e prefere o aconchego de seu lar, como citado por S.:

A R. quando fica sozinha em casa, fica uma benção, procura comida sozinha, liga o forno, canta e escuta músicas. Outro dia, minha mãe saiu e a R. estava dormindo, numa paz, quando deu o horário de ir pra igreja, ela desceu e foi para o culto. (...) Mas é preciso saber lidar com ela, quando está em crise, R. se reserva, não vai na igreja, mesmo a gente falando com ela, não vai, quando percebe que ela está bem, diz assim: “hoje eu melhorei, eu não estou mais resfriada, eu melhorei” (trecho da entrevista de S.).

Já sobre relacionamentos ou interatividade com o sexo oposto, sua irmã expõe como R. se sente próxima a pessoas do sexo oposto: “ela tem medo de homem se sentar ao lado dela, porém quando R. está na igreja se comporta e se relaciona normalmente” (trecho da entrevista de S.).

## **DISCUSSÃO**

A esquizofrenia é caracterizada como uma “cisão” (*Spaltung* em alemão) da mente, tendo como principal característica uma falha no pensamento em suas associações (RIBAS *et al.*, 2022). Os manuais de saúde mental apresentam como características principais:

- alterações na afetividade
- comportamento, vontade
- relações interpessoais
- vida escolar e ocupacional
- percepção entre outros

De acordo com as informações apresentadas pelos familiares durante as entrevistas, foi possível notar algumas dessas características comportamentais em R., conforme trecho a seguir: “[Entrevistador]: Mas ela nunca chegou a ter nenhum episódio de alucinação auditiva, viu algo? [S]: Ah eu a vi falando sozinha e ria... ficava rindo e dizia ‘você que tá doida’”. Esse trecho da entrevista com S. indica que R. em alguns momentos falava sozinha e parecia ter alucinações auditivas ou até mesmo visuais.

A esquizofrenia tem características psicóticas, como as formas de delírios e alucinações e costumam surgir entre o fim da adolescência até os 30 anos; o início antes da adolescência é uma condição rara. A idade de pico do início do primeiro episódio psicótico é entre o início e a metade da faixa dos 20 anos para o sexo masculino e fim dos 20 anos para o feminino. O início pode acontecer de forma abrupta e inesperada, mas na maioria dos sujeitos a esquizofrenia se desenvolve de forma lenta e gradativa apresentando uma variedade de sinais e sintomas clinicamente importantes (RIBAS *et al.*, 2022).

A rotina de R. mudou e aí eu perguntei para minha mãe por que ela ficou assim? Minha mãe falava da filha de 13 anos quando ficou mocinha, que ela começou a apresentar mudança em seu comportamento e antigamente não tinha os cuidados que tem hoje. Então foi onde tudo começou (trechos da entrevista de S.).

O quadro clínico de psicose sempre esteve envolvido com a medicina psiquiátrica, a psicanálise e a psicopatologia numa busca por tratamento. Segundo Lacan (1985 [1955-1956]), o desencadeamento da psicose está diretamente ligado à constatação que todo saber que o sujeito acredita possuir para se sustentar acaba por desabar quando lhe ocorre algum tipo de acometimento.

Esse movimento de articulação promovido por profissionais que buscam integrar a psiquiatria clássica com a psicanálise contrasta significativamente com uma vertente da psiquiatria contemporânea, mais alinhada com a neurobiologia e os manuais internacionais. Nesta abordagem atual, o foco é predominantemente nos transtornos mentais fortemente

classificados para direcionar tratamentos baseados em psicofármacos, em detrimento da análise clínica ou dos mecanismos subjetivos de produção das psicoses.

Nas contribuições da psicanálise, não são apenas os comportamentos disfuncionais que caracterizam a esquizofrenia, mas principalmente a dificuldade em lidar com a realidade, devido ao descolamento entre o eu e o mundo real (FREUD, 1924).

Assim, no que diz respeito à psicanálise, a “lógica” em funcionamento da pessoa com esquizofrenia é diferente e está relacionada a dois eixos: a da estrutura e a da posição subjetiva, ambas, profundamente articuladas com o mecanismo causal em jogo. A cisão do Eu é apontada como um dos fenômenos primários da esquizofrenia, que acaba por provocar um rompimento de sua unidade e a tentativa de restituição dessa coesão perdida manifesta-se em alterações do pensamento, ambivalência afetiva, delírios e alucinações, o que por sua vez impactam na dissensão do eu (FREUD, 1924).

Segundo Costa (2008), a experiência de sofrimento psíquico grave na família pode ser compreendida através de reflexões psicanalíticas. Nesse contexto, a estrutura familiar se desenvolve em torno das problemáticas específicas dessa realidade, influenciando todo o ciclo de vida da família, esse processo é caracterizado pela evolução através de diferentes etapas.

Conforme entrevista com familiares, apesar de haver uma busca por harmonia e conformidade no cuidado e trato com a paciente, o conjunto de fatores relacionados ao acometido por esquizofrenia mostra se tratar de um grande desafio. Desde a confirmação diagnóstica, as mudanças comportamentais, que trazem a necessidade de internação, até aspectos inerentes à necessidade de uma rede de apoio, tornam indispensável que se adquira informações atualizadas sobre a doença e sobre o seu tratamento, para que se alcance apoio psicológico satisfatório aos seus cuidadores e, desta forma haja melhor compreensão sobre manejos diante dos comportamentos do paciente e cuidados no próprio meio familiar.

Como puderam ser observados nas entrevistas, diversos aspectos, tanto sociais como familiares, são atingidos ou sofrem em decorrência dos desgastes e sintomas de impotência que afetam toda a dinâmica sobre o tratamento. Como destacado no caso apresentado, a paciente reside com sua mãe.

Na experiência vivida por uma mãe e seus cinco filhos, emerge uma dinâmica peculiar na qual a carga de responsabilidade pesa notavelmente sobre ela. Essa carga, por sua vez, torna a relação entre mãe e filha um misto de afeto, cuidado e posse, a interação estabelecida entre ambas sugere um controle emocional da mãe que transformou a filha dependente de

cuidados especiais em um suporte de seu equilíbrio instável não permitindo a filha uma independência progressiva, e conseqüentemente a mantendo em um estado de infantilização.

Segundo Freud (1905), o conceito de infantilização na psicanálise se refere ao comportamento, emoções ou pensamentos que lembram uma fase anterior do desenvolvimento psicológico, especialmente a infância. Isso pode acontecer devido a questões emocionais não resolvidas, dependência excessiva de autoridades ou como forma de evitar responsabilidades adultas. Nesse contexto, as relações familiares e os papéis desempenhados ganham uma dimensão única, marcada pela interdependência e pela complexidade das emoções envolvidas, especialmente porque cada um tem suas próprias responsabilidades, gerando uma sobrecarga que permeia suas vidas de forma intensa.

Conforme Barlow e Durand (2015), é substancial a importância e o apoio nos ambientes familiar e social que proporcionem a inclusão da pessoa acometida, entretanto essa condição esbarra em uma quase escassa atenção da saúde pública diante do sofrimento em excesso que traduz um pesado fardo aos cuidadores.

Assim, identifica-se importante sobrecarga naquela família, onde há medo, angústia, raiva e sensação de impotência provocados pela condição atual. Nesse sentido, nota-se que as ações realizadas por programas de Saúde Pública subsistem de forma insatisfatória enquanto não consideram e contribuem eficazmente sobre as características e particularidades mais diversas inerentes ao cotidiano dos familiares ou cuidadores dos pacientes. Sobre a família predomina uma sobrecarga no aspecto psicológico e sobre as atividades relacionadas aos cuidados ao paciente nos diversos aspectos da vida, o que aponta para a necessidade de serviços públicos implementarem continuamente ações que possam prestar melhor assistência psicológica aos cuidadores, maior orientação sobre como a família pode lidar com os comportamentos e as informações necessárias sobre a doença. Uma permanente atenção de ajustes e reajustes colabora na redução deste sofrimento (BARROSO, BANDEIRA e NASCIMENTO, 2007).

Aparentando sofrer grande sobrecarga emocional devido aos cuidados à paciente, a família relata também haver insuficiência no atendimento médico em relação à paciente, esclarecendo que a rotatividade dos profissionais no local prejudica o tratamento e o bom acompanhamento clínico.

O amor e o apoio da família são essenciais para a recuperação do paciente, todavia esse cuidado familiar pode debilitar a saúde mental dos seus membros, o que foi também observado em conversa com ambas as entrevistadas. Seria importante uma intervenção

psicossocial na dinâmica da família de pacientes que convivem nesse ambiente e também com cuidadores, ainda que sejam apenas pessoas próximas à família. Muitas famílias, como a de R., acabam elaborando alguns padrões interativos singulares e característicos, como comportamentos comunicativos vagos, comportamentos críticos, discussões conflitantes, certa falta de clareza, comportamentos dissociados da realidade do problema e até mesmo super envolvimento, como no caso da mãe de R. Todos esses aspectos foram observados na entrevista. Alguns desses padrões, que também são reconhecidos como de "emoção expressa", podem colaborar com o déficit proporcionado pela doença e propiciar uma recaída de R. Isso cria um ciclo de distração e, por conseguinte, de desatenção ao próprio paciente, o que traz como consequência a desesperança e maior frustração na família (RODRIGUES e SILVA, 2006).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo forneceu uma visão abrangente da esquizofrenia sob a ótica da psicanálise, abordando suas classificações, tratamentos e os impactos na vida dos pacientes e de seus familiares. A investigação revelou a complexidade da esquizofrenia como um transtorno multifatorial, que afeta profundamente o funcionamento cognitivo e emocional dos indivíduos.

Os achados destacam a carga emocional significativa suportada pelos familiares ao lidar com um parente esquizofrênico. A falta de serviços médicos adequados exacerba esses desafios, sublinhando a necessidade urgente de suporte psicossocial robusto. O estudo de caso demonstrou que a interação familiar desempenha um papel crucial na rotina e no tratamento eficaz dos pacientes.

A abordagem psicanalítica, com seu foco nos processos inconscientes e na dinâmica familiar, oferece uma perspectiva valiosa para a compreensão e estabilização dos sintomas da esquizofrenia. Embora não vise a cura, esta abordagem pode contribuir significativamente para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

É categórico que políticas públicas sejam implementadas para fornecer recursos adequados e reduzir o estigma associado à esquizofrenia. A integração de intervenções psicanalíticas com tratamentos médicos e suporte social pode facilitar uma abordagem mais holística e eficaz para o tratamento da esquizofrenia.

Este estudo reafirma a necessidade de um enfoque multidisciplinar no manejo da esquizofrenia, combinando conhecimento teórico com práticas terapêuticas e suporte familiar.

A promoção de uma rede de apoio abrangente é essencial para o bem-estar dos pacientes e para o alívio da carga sob seus cuidadores, proporcionando-lhes uma vida mais equilibrada e integrada na sociedade.

A continuidade das pesquisas neste campo é vital para aprofundar a compreensão da esquizofrenia e desenvolver estratégias de intervenção que atendam às necessidades complexas dos pacientes e de suas famílias. A colaboração entre profissionais de saúde, pesquisadores e formuladores de políticas será fundamental para avançar no tratamento e na inclusão social dos indivíduos afetados por essa condição.

Um dos maiores desafios dessa pesquisa foi aplicar a teoria psicanalítica à prática clínica, especialmente, ao lidar com os aspectos sociais da esquizofrenia, embora os estudos de caso proporcionem uma análise profunda de um indivíduo, eles têm limitações em termos de generalização dos resultados.

A escolha da abordagem psicanalítica se mostrou acertada para compreensão da esquizofrenia em sua complexidade. A análise detalhada dos aspectos inconscientes e das dinâmicas psíquicas do paciente possibilitou uma compreensão mais aprofundada dos sintomas e comportamentos manifestados. No entanto, foi um desafio integrar essa perspectiva com a realidade social do paciente, exigindo uma análise multidisciplinar e um olhar atento às influências externas, uma rica perspectiva para compreender a esquizofrenia, especialmente em termos de dinâmica psíquica e processos inconscientes, foi crucial considerar os impactos sociais que influenciaram a condição do paciente.

Concluimos que a exclusão e o estigma social não apenas complicam o tratamento, mas também afetam profundamente a identidade e o bem-estar do indivíduo, reforçando a importância de abordagens terapêuticas integrativas que considerem tanto o mundo interno quanto o contexto social do paciente, revelando como o estigma e a exclusão social podem agravar o quadro clínico, enfatizando a importância de intervenções que promovam a inclusão e a compreensão desses indivíduos.

Para nós, este estudo de caso foi uma oportunidade de crescimento acadêmico e profissional, proporcionando uma visão mais holística da esquizofrenia. A reflexão sobre os desafios e aprendizados permitirá uma prática clínica mais consciente e eficiente, sempre buscando o melhor interesse do paciente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDREASEN, N. C., FLAUM, M., ARNDT, S. The Comprehensive Assessment of Symptoms and History (CASH): An instrument for assessing diagnosis and psychopathology. **Archives of General Psychiatry**, n. 49, v. 8, p. 615–623, 1992.

Disponível em: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820080023004>. Acesso em 29 de maio de 2024.

BARDIN, N. **Análise de Conteúdo: Princípios e Procedimentos**. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

BARLOW, D.; DURAND, V. **Psicopatologia: uma abordagem integrada**. 7. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2015.

BARROSO, S. M.; BANDEIRA, M. B.; NASCIMENTO, E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 34, n. 6, p. 270-277, 2007.

Disponível em: [Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública](#)>. Acesso em 24 de abril de 2024.

BIZARRIA, F. P.de A.; TASSIGNY, M. M.; OLIVEIRA, N. T. G. JESUÍNO, S. L. C. dos S. Reflexões sobre diagnóstico psiquiátrico à luz psicologia analítica. **Est. Inter. Psicol.**, Londrina, v. 4, n. 2, p. 148-168, 2013. Disponível em: [Reflexões sobre diagnóstico psiquiátrico à luz da psicologia analítica](#). Acesso em 02 de abril de 2024.

Disponível em: [Reflexões sobre diagnóstico psiquiátrico à luz da psicologia analítica](#). Acesso em 02 de abril de 2024.

CARVALHO, Cláudia Maria Sousa de Clique aqui para inserir texto. et al. Vivências de familiares da pessoa com esquizofrenia. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 125-131, 2017. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-6976201700030003](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-6976201700030003). Acesso em 03 de outubro de 2023.

CONCEIÇÃO, F. H. **Esquizofrenia: algumas contribuições de Freud e Lacan**. A Clínica no campo Psi. 14 de Janeiro de 2008. Disponível em: <https://www.redepsi.com.br/2008/01/14/esquizofrenia-algumas-contribui-es-de-freud-e-de-lacan/>. Acesso em 17 de junho de 2023.

COSTA, Ileno Izídio. Família e psicose: reflexões psicanalíticas e sistêmicas acerca das crises psíquicas graves. **Estud. pesquis. psicol.**, v. 8, n. 1, p. 94-100, 2008.



Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v8n1/v8n1a10.pdf>. Acesso em 24 de junho de 2024.

FERRO, M. T. S. **A esquizofrenia à luz da psicologia analítica: uma análise do filme cisne negro**. Trabalho de Conclusão de Curso – UFAL, Alagoas, 2023.

Disponível em:

file:///C:/Users/Usuario/Downloads/A%20esquizofrenia%20%C3%A0%20luz%20da%20psicologia%20anal%C3%ADtica%20uma%20an%C3%A1lise%20do%20filme%20cisne%20negro%20(1).pdf

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FRANCISQUINI, P. D. SOARES, M. H., MACHADO, F. P., LUIS, M. A. V., MARTINS, J. T. Relação entre bem-estar, qualidade de vida e esperança em cuidadores familiares de pessoas esquizofrênicas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73 (Supl 1), e20190359, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/VMFvP5m3PXGgvjcPbkxdBGS/?lang=pt#>. Acesso em 29 de abril de 2024.

FREUD, S. Tratamento psíquico. 1890. In: IANNINI, G; TAVARES, P. H. (Org.).

**Obras Incompletas de Sigmund Freud: Fundamentos da clínica psicanalítica**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2022.

FREUD, S. Neurose e Psicose. 1924 In: IANNINI, G; TAVARES, P. H. (Org.). **Obras Incompletas de Sigmund Freud: Neurose, Psicose, Perversão**. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2022.

FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905). Um caso de Histeria, Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos, **Psicol. USP** v.6 n.2 São Paulo 1995. Disponível em:

[https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1678-5177199500020004](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-5177199500020004). Acesso em 18 maio de 2023.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Universidade Rio Grande do Sul, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2007.

JARDIM, Luciane Loss. A fragmentação do eu na esquizofrenia e o fenômeno do transitivismo. **Revista Mal Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 267 – 284, 2011. Disponível em:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482011000100010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482011000100010). Acesso em 05 maio de 2024.

LACAN, J. **As psicoses**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. (Originalmente publicado em 1955-1956).

LACAN, J. O estádio do espelho como formador da função do eu. In: LACAN, J. **Escritos** (p. 96-103). Rio de Janeiro: Zahar, 1998. (Originalmente publicado em 1949).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10: Classificação estatística internacional de doenças**. 10. Ed. Genebra: OMS, 2019. Disponível em: [Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders \(F20-F29\)](#) Acesso em 25 setembro de 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Famílias, saúde mental e bem-estar: visão geral**. Genebra: OMS, 2013.

PALMEIRA, L. **O papel da família**. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <https://entendendoaesquizofrenia.com.br/a-esquizofrenia/o-papel-da-familia/>. Acesso em 05 maio de 2023.

PITTA, José Cássio do Nascimento. **Esquizofrenia**. São Paulo, 2018. Disponível em: [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/pab/5/idades\\_casos\\_complexos/unidade28/unidade28\\_ft\\_esquizofrenia.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/5/idades_casos_complexos/unidade28/unidade28_ft_esquizofrenia.pdf). Acesso em 24 abril de 2024.

RIBAS, Allan Israel. FONTANA, Eduarda Goettems. GUTIERREZ, Eduardo Daltrozo. ROSA, Luís Filipe Maia. JUNG, Tercio Inacio. Esquizofrenia, entre os manuais e psicanálise: duas visões do mesmo sujeito? **XXVII Jornada de Pesquisa, Salão do Conhecimento**, UNIJUÍ, Outubro de 2022. Disponível em: <https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/22402/20896>. Acesso em 08 maio de 2023.

RODRIGUES, M. G. A.; SILVA, L. K. Intervenção familiar na esquizofrenia: recorte de modelos de ensaios clínicos. **Revista do Departamento de Psicologia**. UFF, v. 18, n. 2, p. 93–109, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdpsi/a/S8DtH6kqq7wDfq8z5QpKMJF/?lang=pt>. Acesso em 24 de abril de 2024.

## APÊNDICE

### Roteiro de entrevista

**Perfil:** sexo, idade, escolaridade, estado civil, profissão

1. Quais são as principais mudanças comportamentais que você observou no seu familiar que o ajudaram a perceber a doença?
2. Como foi o processo de diagnóstico?
3. Quando houve o primeiro surto do seu familiar? E como lidaram com essa ocorrência?
4. Como a Esquizofrenia afeta a vida familiar? E quais as principais dificuldades enfrentadas na rotina?
5. Os episódios de surto ocorreram com que frequência? Houve alteração nessa frequência, tornando o intervalo entre as ocorrências mais curtas ou mais longas?
6. Como os episódios de surto impactam na organização familiar? É possível através da experiência prever quando ocorrerá um novo surto?
7. Quando houve a percepção da necessidade de internação? Utilizaram serviço público ou privado?
8. Como você entende o tratamento da doença? E quais suas expectativas em relação a esse processo?
9. Você conta com alguma rede de apoio? Como outros familiares ou alguma entidade privada ou pública que forneça ajuda nos cuidados do paciente e também nos cuidados próprios? Ajuda financeira, psicológica, cuidados médicos, entre outras.

## ANEXO A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido



Comitê de Ética em Pesquisa - CEP  
e-mail: cep@unip.br

UNIVERSIDADE PAULISTA – UNIP  
Campus Indianópolis  
Rua Dr. Bacelar, 1212 – 4º andar – Vila Clementino  
CEP: 04026-002 – Fone: (11) 5586-4090

Horário de funcionamento: das 08:00 às 19:00

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro Participante:

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa Esquizofrenia sob o olhar da Psicanálise e seus impactos sociais, que se refere a um projeto de Trabalho de Conclusão de Curso dos participantes Ana Lucia da Silva, Boaz dos Santos Paulino, Jade de Melo Agapito, Jayme Tadeu de Mece e Nathalia M. O. Hernandez, a qual pertence ao Curso de Psicologia da Universidade Paulista - UNIP.

O objetivo geral deste estudo é investigar os aspectos emocionais, sociais e práticos enfrentados pelos familiares de pacientes com Esquizofrenia, identificando suas necessidades, tal como apoio psicológico, entendimento sobre o transtorno, acesso a recursos financeiros e outros desafios apresentados pela situação. Os resultados contribuirão para sensibilizar a sociedade para reduzir o estigma associado a Esquizofrenia e a necessidade de apoio a família.

Sua forma de participação consiste em responder a perguntas sobre a história do paciente, os sintomas apresentados, o impacto em suas vidas no cotidiano, as estratégias de tratamento utilizadas por meio de uma entrevista semiestruturada.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Não será cobrado nada e não haverá gastos, decorrentes de sua participação, se houver algum dano decorrente da pesquisa, o participante será indenizado nos termos da Lei.

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como baixo: cansaço, aborrecimento, constrangimento ao responder alguma pergunta, desconforto na gravação da entrevista, alteração na autoestima, de visão de mundo ou estresse provocados pela evocação de memórias. Caso alguma dessas situações se manifeste, o pesquisador informará ao participante que ele pode se recusar a responder ou até mesmo desistir de sua participação sem qualquer prejuízo.

Em relação aos benefícios, destacam-se: a possibilidade de compartilhar suas experiências no convívio e cuidado com familiares esquizofrênicos e ao final ter acesso a uma devolutiva referente aos resultados do trabalho de pesquisa.



Comitê de Ética em Pesquisa - CEP  
e-mail: cep@unip.br

UNIVERSIDADE PAULISTA – UNIP  
Campus Indianópolis  
Rua Dr. Bacelar, 1212 – 4º andar – Vila Clementino  
CEP: 04026-002 – Fone: (11) 5586-4090

Horário de funcionamento: das 08:00 às 19:00

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado.

Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Esse termo terá suas páginas rubricadas pelo pesquisador principal e será assinado em duas vias, das quais uma ficará com o participante e a outra com o pesquisador principal. Profa. Aline Moraes Mizutani Gomes, CRP 06/89949, que pode ser encontrada no endereço: Rua Amazonas da Silva, 737, São Paulo-SP, telefone (11) 98492-3564.

Eu \_\_\_\_\_ (nome do participante e número de documento de identidade) confirmo que Ana Lucia da Silva, Boaz dos Santos Paulino, Jade de Melo Agapito, Jayme Tadeu de Mece e Nathalia Macedo Oliveira Herna explicaram-me os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do participante da pesquisa)

Eu, \_\_\_\_\_  
(nome do membro da equipe que apresentar o TCLE)

obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante da pesquisa ou representante legal para a participação na pesquisa.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do membro da equipe que apresentar o TCLE)

*Aline Moraes Mizutani Gomes*  
(Identificação e assinatura do pesquisador responsável)

## ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética



Continuação do Parecer: 6.581.536

o impacto em suas vidas no cotidiano, as estratégias de tratamento utilizadas e a percepção dos familiares sobre a condição do paciente (Anexo 1) e

do Registro de Observação do local onde o paciente reside, conforme Anexo 2.

Segundo Gerhardt e Silveira (2009), na entrevista semiestruturada, o pesquisador organiza um conjunto de questões (roteiro) sobre o tema

que está sendo estudado, mas permite, e às vezes até incentiva, que o entrevistado fale livremente sobre assuntos que vão surgindo como desdobramentos do tema principal.

A fase de execução da entrevista compreende a obtenção das informações inerentes à singularidade e aos aspectos particulares da família e do

paciente abordado por essa pesquisa. Semelhantemente, o Registro de Observação servirá de instrumento de organização das atividades durante

as abordagens ao paciente e aos seus familiares responsáveis, ordenado cronologicamente dias e horários durante as etapas das entrevistas.

Procedimentos de coleta de dados

Buscaremos através de serviços de atendimento a pacientes com espectro da esquizofrenia familiares que estejam dispostos a participar do estudo.

Eles serão informados sobre a importância da sua participação e os procedimentos para responder às perguntas da entrevista.

Para a coleta de dados será solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e ciência dos objetos de estudo, dos

procedimentos envolvidos e dos possíveis riscos e benefícios da sua participação.

A entrevista será conduzida por membros do grupo, dando a oportunidade aos familiares para que expressem suas experiências e opiniões de forma

livre e espontânea, os dados coletados serão mantidos em sigilo e com finalidade acadêmica.

Pretende-se agendar os encontros conforme a disponibilidade do familiar, sendo um tempo estipulado de até duas horas por entrevista. Inicialmente,

a entrevista tem como objetivo coletar dados e informações, o que nos ajudará a avaliar a dinâmica familiar em meio à problemática.

Já o contato com a clínica de repouso será realizada através da rede de conhecidos dos membros do grupo.

Da mesma forma, a instituição será

convidada a participar através da apresentação do projeto, explicitando que não serão realizadas intervenções com os residentes, apenas a

**Endereço:** Rua Dr. Bacelar, 1212 4º andar  
**Bairro:** Vila Clementino **CEP:** 04.026-002  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5586-4086 **E-mail:** cep@unip.br





Continuação do Parecer: 6.581.536

observação da rotina de funcionamento e das interações.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

##### Objetivo Primário:

O objetivo principal deste projeto será a compreensão do Espectro da Esquizofrenia sob o viés psicanalítico, classificações, tratamentos e a vivência dos familiares e cuidadores de pacientes com esquizofrenia, bem como a inter-relação desse fenômeno no aspecto biopsicossociocultural.

##### Objetivo Secundário:

- Analisar a concepção da Esquizofrenia e compreender suas causas e sintomas através da abordagem psicanalítica.
- Identificar os principais desafios enfrentados pelos pacientes e seus familiares na busca por tratamento e acompanhamento psicológico.
- Discutir as implicações éticas e sociais na Psicanálise sobre a Esquizofrenia, considerando os direitos dos pacientes e seus familiares, bem como o papel da Sociedade e do Poder Público nesse contexto.
- Investigar as possibilidades da intervenção psicanalítica no tratamento da Esquizofrenia considerando às necessidades do paciente e sua relação com o mundo externo.
- Discutir a relação entre a Esquizofrenia e os traumas psicológicos vividos pelo paciente, buscando compreender como esses eventos podem influenciar o desenvolvimento da doença.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### Riscos:

Os riscos que o participante pode estar sujeito – risco de nível baixo – são: cansaço, aborrecimento, constrangimento ao responder alguma pergunta, desconforto na gravação da entrevista, alteração na autoestima, de visão de mundo ou estresse provocados pela evocação de memórias.

Caso alguma dessas situações se manifeste, o pesquisador informará ao participante que ele pode se recusar a responder ou até mesmo desistir de sua participação sem qualquer prejuízo. Além disso, caso o participante sinta necessidade poderá procurar apoio psicológico na clínica da UNIP

<b>Endereço:</b> Rua Dr. Bacelar, 1212 4º andar	<b>CEP:</b> 04.026-002
<b>Bairro:</b> Vila Clementino	
<b>UF:</b> SP <b>Município:</b> SAO PAULO	
<b>Telefone:</b> (11)5586-4086	<b>E-mail:</b> cep@unip.br





Continuação do Parecer: 6.581.536

(realizado no CPA End: Rua Amazonas da Silva, 737 - Vila Guilherme - São Paulo - SP, Telefone: 11 2790-1550 - Ramal 1520).

**Benefícios:**

Em relação aos benefícios, destacam-se: a possibilidade de compartilhar suas experiências no convívio e cuidado com familiares esquizofrênicos e ao final ter acesso a uma devolutiva referente aos resultados do trabalho de pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa nacional, de graduação, 3 participantes.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Recomendações:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Norma Operacional CNS nº 001/13, item XI.2.d

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2234053.pdf	09/11/2023 17:11:25		Aceito
Declaração de concordância	intencao_pesquisa_G7.pdf	09/11/2023 17:09:59	Aline Morais Mizutani Gomes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	frm_termo_de_consentimento_TCLE_modificado_G7.docx	06/11/2023 12:00:14	Aline Morais Mizutani Gomes	Aceito
Orçamento	orcamento_G7.pdf	06/11/2023 11:59:04	Aline Morais Mizutani Gomes	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_compromisso_pesquisador_G7.pdf	06/11/2023 11:55:26	Aline Morais Mizutani Gomes	Aceito

**Endereço:** Rua Dr. Bacelar, 1212 4º andar  
**Bairro:** Vila Clementino **CEP:** 04.026-002  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5586-4086 **E-mail:** cep@unip.br



Continuação do Parecer: 6.581.536

Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	carta_apresentacao_G7.pdf	06/11/2023 11:53:48	Aline Morais Mizutani Gomes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_final_G7.docx	06/11/2023 11:53:23	Aline Morais Mizutani Gomes	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_G7.pdf	06/11/2023 11:52:55	Aline Morais Mizutani Gomes	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 14 de Dezembro de 2023

---

**Assinado por:**  
**Bettina Gerken Brasil**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Dr. Bacelar, 1212 4º andar  
**Bairro:** Vila Clementino **CEP:** 04.026-002  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5586-4086 **E-mail:** cep@unip.br

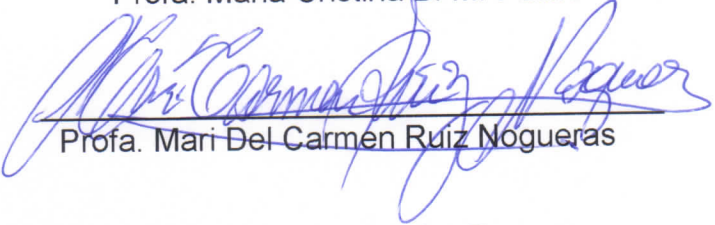
UNIVERSIDADE PAULISTA – UNIP  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – ICH  
CURSO DE PSICOLOGIA


ATA DE DEFESA

No dia 28 de outubro de 2024, reuniu-se, no campus Norte, a Banca Examinadora para arguição da pesquisa intitulada **ESQUIZOFRENIA: SOB O OLHAR DA PSICANÁLISE E SEUS IMPACTOS SOCIAIS**, realizada pelos alunos Ana Lucia da Silva RA: N667EF2, Boaz Dos Santos Paulino RA: F247635, Jade de Melo Agapito RA: T824AH6, Jayme Tadeu de Mece RA: F325BJ0, Nathalia Macedo Oliveira Hernandez RA: T019GF3. A Banca Examinadora foi composta pelas Profas. Maria Cristina B. M. Pellini e Mari Del Carmen Ruiz Nogueras e presidida pela orientadora Profa. Aline Moraes Mizutani Gomes.

Reunida, a Banca decidiu pela nota dez (10,0).

\_\_\_\_\_  
Profa. Maria Cristina B. M. Pellini

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Mari Del Carmen Ruiz Nogueras

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Aline Moraes Mizutani Gomes  
Presidente da Banca Examinadora