

COMPREENDENDO A ESQUIZOFRENIA

Introdução

Este texto reúne notas sobre assuntos tratados no *II Encontro dos Familiares de Pacientes com Transtorno Mental Severo* realizado no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB)¹, situado à Av. Venceslau Brás, 71 – fundos, Botafogo, de 28/09/2013 a 8/2/2014, para famílias de pacientes considerados em estado de vulnerabilidade². Eu e Antonio, meu marido, esperamos durante aproximadamente dois anos para participar. A participação está condicionada à uma entrevista inicial com a família e o paciente diagnosticado como portador de transtorno mental grave e/ou em tratamento psiquiátrico³.

O Encontro do IPUB tem como principais objetivos:

a) oferecer gratuitamente informações aos familiares de pacientes (e pacientes, se assim desejarem) com transtornos mentais graves (incluindo esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo e transtorno bipolar). Parte-se do pressuposto que a informação é a principal ferramenta contra o preconceito e o estigma em relação ao doente mental;

b) criar oportunidade para as famílias se organizarem e se apoiarem mutuamente, encontrando solução para problemas concretos na sua relação com o doente mental. Parte-se da crença de que a verdadeira recuperação da doença mental se constrói no trabalho conjunto entre profissionais da saúde, pacientes, famílias e a sociedade mais ampla⁴.

O II Encontro foi organizado em três fases:

1a. Fase – oito seminários, realizados uma vez por semana, aos sábados, com o propósito de divulgar informações sobre os transtornos mentais severos;

¹O IPUB tem sua origem no antigo Hospício Pedro II, fundado em 1852, com o objetivo de tratar de forma humana os *alienados mentais*. Em 1893, dentro desse hospício, foi criado o *Pavilhão de Observação*, que era um local voltado à assistência aos pacientes e às atividades acadêmicas. Estudava-se psicopatologia e eram dadas as aulas de psiquiatria para os alunos da Faculdade de Medicina. Em 1938, o então *Instituto de Psicopatologia e Assistência a Psicopatas* foi transferido para a Universidade do Brasil e passou a ser chamado *Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil* (IPUB). Hoje, o IPUB, um órgão suplementar do Centro de Ciências da Saúde (CCS), de acordo com o Estatuto da UFRJ, e tem por finalidade desenvolver em nível de excelência, atividades de ensino, pesquisa, extensão e assistência no campo da Psiquiatria e Saúde Mental. Informação retirada do site, em 2/05/14: http://pt.wikipedia.org/wiki/Instituto_de_Psiquiatria_da_Universidade_Federal_do_Rio_de_Janeiro.

²Informações com Marismar, pelo telefone 2439-4269.

³ Transtorno mental grave é todo transtorno superior a dois anos e que prejudica o funcionamento da pessoa.

⁴ Texto extraído da apresentação do Dr. Leonardo Palmeira no site http://leonardopalmeira.com.br/?page_id=337. Informação retirada em 2/05/2014.

2a. Fase – reuniões organizadas com familiares, alocados por proximidade de moradia, para que quinzenalmente, também aos sábados, discutam a solução de questões que os afligem (“solving problems”). Essas reuniões são supervisionadas e têm a duração de aproximadamente 10 a 12 meses.

3a. Fase – encontros de familiares com total autonomia para darem continuidade ao suporte mútuo a partir do debate de problemas concretos. Esses encontros têm duração indeterminada e seu local e periodicidade são decididos pelo grupo já formado. Pode também contar com supervisão sempre que necessário.

Tanto os seminários quanto as reuniões organizadas tiveram a coordenação dos Drs. Alexandre Keusen e Leonardo Figueiredo Palmeira⁵. Colaboraram ainda Dra. Maria Theresa Geraldese e Dra. Olga Leão, ambas psicólogas, além de alguns estagiários.

Nesse relato focalizo *preferencialmente* as informações relacionadas à Esquizofrenia.

Primeiro dia do Encontro (28/09/2013)

O Seminário se iniciou com os familiares presentes respondendo a três questionários:

Escala de Qualidade de Vida

Inventário de Sobrecarga do Cuidador

Avaliação do nível de conhecimento familiar sobre transtornos mentais severos

Segundo dia do Encontro (5/10/2013)

O que é a Esquizofrenia?

A palavra esquizofrenia vem do grego. Schizo (separado, cindido) Phrenos (mente). Nos estudos convencionais a Esquizofrenia é apresentada como adoecimento crônico que tende à deterioração. É transtorno mental grave⁶ cuja principal característica é a psicose. É considerada

⁵Este último, ao lado de duas co-autoras, escreveu o livro mais claro que já tive oportunidade de ler sobre a Esquizofrenia. Trata-se de *Entendendo a Esquizofrenia. Como a família pode ajudar no tratamento?* Livraria Interciência. Este livro encontra-se na segunda edição que vai além do objetivo da primeira, que foi levar às famílias o conhecimento sobre a doença para que elas fossem facilitadoras do processo de recuperação. Além de como prevenir recaídas, agora os autores querem saber como pacientes se recuperaram da esquizofrenia e hoje levam uma vida normal. E para isso chamaram os próprios pacientes para contarem suas experiências.

⁶Transtorno mental grave é todo transtorno superior a dois anos, que acometa o funcionamento da pessoa.

incapacitante. No entanto, esse modo pessimista de vê-la afeta as relações sociais, familiares e médicas. A tentativa da equipe é substituir a visão pessimista, por uma visão otimista que chama a atenção para a recuperação, entendida do ponto de vista de que podemos ajudar as pessoas a serem o que são, e não o que nós gostaríamos que fossem.

A Esquizofrenia é apresentada pela equipe do Seminário como um *estado de vulnerabilidade*. O estado de vulnerabilidade se constrói como resposta ao estresse. Existem diferentes tipos de vulnerabilidade, mesmo entre os ditos “normais”. O conceito de vulnerabilidade aplicado à Esquizofrenia aparece na década de setenta, no século XX. A pessoa submetida ao estresse está vulnerável, ou seja, apresenta incapacidade de resistir às pressões, traumas e desgostos da vida, aos quais todos estamos expostos. Naquela época já se dizia que o que poderia ser inato não era a doença mental, mas a vulnerabilidade pessoal de desencadeá-la. E que ter ou não a doença dependeria de inúmeras variáveis, como criação, temperamento, personalidade, posturas e hábitos de vida, traumas, etc.

Pelo conceito de vulnerabilidade, um dos princípios fundamentais para a saúde de um organismo, é manter sua homeostase, seu equilíbrio fisiológico. Se estamos com sede precisamos saciá-la, o mesmo ocorre com a fome. Isso ocorre porque nosso organismo detectou alguma ameaça à nossa homeostase e nos alertou a prontamente agirmos para seu reequilíbrio. As células do nosso corpo também agem sob este princípio. Esta ação é uma espécie de pulso vital.

Quando algo de estressante ou desagradável nos ocorre, também agimos para buscar um alívio e restabelecer as condições de felicidade. Experimentamos, nestes momentos, mesmo que seja por um breve período, uma sensação de angústia ou aflição, perdemos algumas noites de sono, ficamos sem apetite, mas logo nos recuperamos e estabelecemos o *status quo*. Nessa hora entram em cena o que psiquiatras chamam de disposição e capacidade de enfrentamento. São ferramentas que utilizamos para resolver assertivamente os problemas da vida. O que ocorre em pessoas vulneráveis, é que a disposição e sua capacidade para solucionar seus problemas não são suficientes para recuperar a homeostase, seja porque o trauma ou o infortúnio da vida é muito grande, difícil de transpor, seja porque sua disposição e capacidade de enfrentamento não estão adequadas. O sofrimento psíquico, então, se prolonga e ganha contornos dramáticos, uma vez que a pessoa não vê saída.

Origem do termo Esquizofrenia

O que hoje conhecemos como Esquizofrenia era, a princípio, graças ao psiquiatra alemão Emil Kraepelin (1856-1926), denominado de Demencia Precoce. Essa denominação surgiu do fato de que a maioria das pessoas acometidas por esse adoecimento eram jovens e exibiam um comportamento regredido e desorganizado que lembrava os idosos portadores de demência, como a Doença de Alzheimer. Sua descrição clínica do adoecimento influenciou gerações de psiquiatras no início do século XX que viam a Demencia Precoce como uma doença orgânica, degenerativa do cérebro. O termo Esquizofrenia surgiu graças às pesquisas do suíço Paul Eugen Bleuer (1857-1939) que, no ano de 1908, tornou público o termo numa conferência em Berlim. Preferiu Esquizofrenia por achar o termo anterior inadequado. Para ele, a principal característica da doença era a cisão entre pensamento e emoção, dando a impressão de uma personalidade fragmentada e desestruturada. Os pacientes não tinham necessariamente uma evolução deteriorante como na demência e muitos se recuperavam. Em 1911, ele reviu e ampliou seu conceito, num estudo seminal, denominado *Dementia Praecox, oder Gruppe der Schizophrenien*.

Apesar da enorme contribuição de Bleuer, a alcunha de doença degenerativa acompanhou a esquizofrenia por muitas décadas e ainda está presente hoje, embora nos últimos 25 anos tenhamos assistido a uma revolução na maneira de tratar os doentes mentais: medicamentos modernos capazes de controlar a doença e de permitir a reintegração dos pacientes à família e à comunidade; dispositivos alternativos aos hospitais, que acolhem a pessoa dentro de sua singularidade e que trabalham pela sua reabilitação psíquica e social; mais informação para vencer os tabus e preconceitos da sociedade; participação colaborativa da família e de redes sociais imbuídas do objetivo comum de apoiar e lutar pela recuperação dos pacientes.

Causas

Especialistas afirmam que não existe uma só causa para o aparecimento deste tipo de transtorno. Trata-se, portanto de um adoecimento com causa multifatorial: o quadro psicológico do indivíduo, o ambiente, o histórico de distúrbios mentais na família e a utilização de substâncias psicoativas podem estar relacionados com o desenvolvimento da esquizofrenia. Pouco se sabe sobre a origem dos transtornos mentais, mas já é bem estabelecido que fatores genéticos e ambientais convergem para o adoecimento. A hereditariedade é um aspecto importante, já que

muitos pacientes apresentam um histórico familiar positivo para distúrbios mentais. Entretanto, é comum que os transtornos mentais na família sejam diferentes, por exemplo, um tem Depressão, o outro tem Transtorno do Pânico e um terceiro é Bipolar.

Estudos genéticos têm associado diversos genes a diferentes distúrbios mentais, mas têm encontrado genes comuns a mais de um transtorno. No caso da esquizofrenia e do transtorno Bipolar (TBH), onde se tem maior robustez científica, vários genes (Disbindina, DISC I, COMT, Neuroregulina, dentre outros) foram encontrados tanto em pacientes esquizofrênicos como bipolares. Isto nos leva a um questionamento: seriam os genes específicos para o transtorno A ou B ou eles predisporiam a pessoa ao adoecimento qualquer que fosse a síndrome⁷? E sendo esta segunda hipótese verdadeira, o que faria com que a pessoa desenvolvesse depressão e a outra esquizofrenia? Isso poderia explicar também porque familiares com a mesma carga genética não adoecem, enquanto outros desenvolvem transtornos mentais graves. Ou seja, embora a genética seja importante, ela não é preponderante. Entram em jogo fatores ambientais, o temperamento e a personalidade da pessoa, que podem tanto protegê-la, como empurrá-la para uma síndrome.

Os genes da esquizofrenia são responsáveis por regular etapas importantes do desenvolvimento cerebral, bem como a produção de neurotransmissores (substâncias produzidas no cérebro para transmitir impulsos elétricos de um neurônio a outro). Esses genes seriam ativados por fatores ambientais de risco, desencadeando uma cascata de eventos que culminariam em alterações sutis do desenvolvimento do cérebro, caracterizadas principalmente por um erro na comunicação entre neurônios de diferentes áreas cerebrais (desconexão neuronal).

A genética pode explicar, em parte, porque alguns são mais vulneráveis, porque uns surtam diante de um problema e outros apenas se abalam, mas conseguem se reequilibrar. Certamente a genética não atua isoladamente. As influências do temperamento (também inato) e da personalidade (adquirida através da criação, das experiências emocionais no início da vida) são de suma importância. Algumas pessoas têm verdadeiro tropismo para problemas, envolvem-se em relacionamentos conturbados, têm condutas de risco, expõem-se a drogas, enfim, criam consciente ou inconscientemente uma atmosfera propícia para o estresse e se colocam em risco o tempo todo para o adoecimento psíquico. É como se colocassem em cheque toda a sua capacidade de enfrentamento, esquecendo-se que o estresse crônico mina sua própria resistência.

Em linhas gerais, o ambiente pode influenciar o adoecimento nas etapas mais precoces do

⁷Síndrome é uma palavra originada do grego antigo significando "con+correr". É um conjunto de sinais e sintomas que define as manifestações clínicas de uma ou várias doenças ou condições clínicas, independentemente da etiologia que as diferencia. Ex.: Síndrome de Down (síndrome congênita); Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), etc...

desenvolvimento cerebral, da gestação à primeira infância. É nesse período que o cérebro é mais sensível, por estar crescendo com rapidez e depender do ambiente para o aperfeiçoamento de suas funções. Esta etapa também é aquela em que os genes de regulação do desenvolvimento estão mais ativos e que, na presença de variáveis genéticas da esquizofrenia, podem interferir em processos naturais do desenvolvimento.

A adolescência é um outro momento delicado, pois o cérebro começa a moldar-se para a vida adulta. Um processo conhecido como poda neuronal apara as arestas do desenvolvimento, que sempre gera conexões esdrúxulas ou desnecessárias. A esquizofrenia pode estar relacionada a um menor número de podas, com conexões errôneas entre os neurônios. Fatores ambientais na adolescência podem influenciar esse processo, desencadeando o primeiro surto da doença.

Os genes que predisõem à esquizofrenia têm isoladamente efeito pequeno, por isso acredita-se que os fatores do ambiente sirvam como ativadores ou amplificadores desse efeito. Um exemplo é a Maconha. Algumas pessoas que possuem determinado alelo de um gene relacionados à doença têm até 5 vezes mais risco de desenvolver psicose se usarem Maconha aos 15 anos. O risco é menor se a exposição à droga ocorrer somente após os 18 anos de idade. O ambiente, neste caso, pode fazer a diferença entre a pessoa ficar ou não doente, dependendo do uso da droga. Este é apenas um dos genes relacionados à esquizofrenia, que pode influenciar uma parcela de casos, já que muitos outros não têm relação com o uso de Maconha. Veja-se a tabela abaixo que relaciona os riscos ambientais, ou seja, situações favoráveis ao adoecimento.

Períodos do Desenvolvimento Cerebral	Fatores Ambientais de Risco
Período Pré-Natal	<ul style="list-style-type: none"> *Viroses (Influenza, Rubéola, Herpes) na mãe, particularmente quando ocorrem no segundo trimestre de gravidez; *Desnutrição materna; *Morte do esposo; *Catástrofes; *Gravidez indesejada; *Depressão durante a gravidez. *Complicações da gravidez (sangramentos, diabetes, incompatibilidade rH, Pré-Eclâmpsia); *Crescimento ou desenvolvimento fetal anormal (baixo peso ao nascer, prematuridade, malformações congênitas, redução do perímetro encefálico).
Período Neonatal	<ul style="list-style-type: none"> *Infecções do SNC (meningite, encefalite, sarampo).

Primeira Infância	*Experiências psicológicas negativas; *Traumas, abuso físico e sexual.
Adolescência	*Uso de Maconha

Tabela retirada do Portal da Esquizofrenia: http://entendendoaesquizofrenia.com.br/website/?page_id=129

O modelo mais aceito hoje para a causa da esquizofrenia reúne fatores genéticos e ambientais (modelo de estresse-diátese)⁹. Ele é teórico e, embora reúna muitas evidências científicas, ainda não é a conclusão definitiva sobre a origem da doença. De acordo com ele, uma pessoa somente desenvolve a esquizofrenia se houver, de um lado, uma herança genética e, de outro, fatores ambientais de risco, capazes de torná-la biologicamente vulnerável ao transtorno.

Fatores ligados à evolução da Esquizofrenia

São vários os fatores que influenciam a evolução desse transtorno:

- a) início precoce;
- b) sintomas pré-mórbidos;
- c) tempo de duração entre sintomas e adoecimento;
- d) subtipos de esquizofrenia;
- e) presença de familiares com esquizofrenia;
- f) ambiente sócio-cultural;
- g) atmosfera familiar

Início precoce

A Esquizofrenia precoce ocorre antes dos dezoito anos e é um evento mais raro. No entanto, a Esquizofrenia se instala em pessoas jovens: no homem entre os vinte e vinte e cinco anos e na mulher, um pouco mais tarde, por volta de vinte e nove a trinta anos. A incidência porém é igual nos dois sexos.

Sintomas pré-mórbidos

⁸Atonia uterina é a incapacidade do útero realizar contrações. Informação retirada do site:

<https://www.google.com.br/#q=atonia+uterina>. Em 6/05/2014.

⁹Modelo teórico que sugere que certas características específicas tornam os indivíduos mais propensos a psicopatologia após o início dos eventos estressantes do ambiente. Essas características seriam, portanto, fatores de vulnerabilidade (diáteses). Informação retirada do site:

<http://wikbio.com/pt/dicion%C3%A1rio/defini%C3%A7%C3%A3o-de/di%C3%A1tese-estresse-modelo>. Em 6/05/2014.

Os sintomas pré-mórbidos aparecem antes do processo patológico se tornar evidente. Os antecedentes pré-mórbidos de uma história típica mostram uma pessoa com personalidade esquizóide ou esquizotípica, isto é, uma pessoa caracterizada como calada, passiva, introvertida, com sinais de mutismo e negativismo acentuados ou, então, uma pessoa caracterizada como mais agitada, tagarela, com comportamentos bizarros e mesmo agressivos e violentos.

Os sintomas precoces da esquizofrenia, também conhecidos como prodrômicos, são aqueles que ocorrem meses a anos antes de um primeiro surto. Eles não são específicos da doença e não permitem um diagnóstico precoce do transtorno. Podem ocorrer comportamento hiperativo desde a infância, desatenção, dificuldades de memória e aprendizado, sintomas de ansiedade, desânimo, desinteresse generalizado e humor depressivo.

É comum haver, antes do primeiro surto, dificuldade ou mesmo descontinuidade de atividades regulares e também maior dificuldade de viver relações familiares. Algumas pessoas podem desenvolver um comportamento mais arreado e indisciplinado; ter momentos de explosão de raiva ou descontrole emocional. No entanto, a Esquizofrenia também pode se manifestar sem necessariamente um período prodrômico muito claro e com desenvolvimento rápido dos primeiros sintomas psicóticos. Veremos os sintomas comuns do período prodrômico, mais à frente.

Tempo de duração entre sintomas e adoecimento

Este tempo pode variar, mas quanto mais cedo ocorrer o diagnóstico e o tratamento mais chances a pessoa terá de amenizar o transtorno do qual padece. Pesquisas demonstram que o atraso médio para um primeiro atendimento chega a um ano após o início dos primeiros sintomas psicóticos. Há uma grande dificuldade em reconhecer os sintomas, de convencer o paciente a receber ajuda médica, de encontrar serviços capacitados para este primeiro atendimento. A difusão da informação, nesse sentido, é fundamental, pois o atraso no tratamento pode acarretar sérios riscos à saúde dessas pessoas, inclusive o de suicídio.

Subtipos de Esquizofrenia

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em sua quarta edição (DSM-IV tr) existem cinco subtipos de Esquizofrenia:

Esquizofrenia Paranóide → seus portadores são reservados, desconfiados e por vezes agressivos. Estão presentes sintomas de delírios e alucinações. Trata-se de uma forma de

Esquizofrenia em que predominam as ideias delirantes e as alucinações. Não afeta a atividade intelectual. As pessoas que sofrem com esse transtorno apresentam grande desconfiança, ansiedade e altos níveis de fúria, podendo facilmente se envolver em confrontos físicos.

Esquizofrenia Hebefrênica (desorganizada) → seus portadores apresentam predominantemente alterações emocionais, de pensamento e comportamento, o que origina irritabilidade e comportamentos agressivos. A Esquizofrenia Hebefrênica está relacionada com distúrbios afetivos. É caracterizada por delírios, alucinações e comportamento imprevisível. Existe uma forte tendência para o distanciamento social e outros tipos de sintomas, como expressões pouco comuns e estranhas, negligência com a própria aparência, entre outros. Normalmente é diagnosticada antes dos 25 anos de idade.

Esquizofrenia Catatônica → seus portadores apresentam predominantemente sintomas motores, podendo apresentar apatia, cansaço e por vezes agitação. É uma forma de Esquizofrenia que surge de maneira repentina, geralmente a partir dos 30 anos. Durante os períodos de excitação podem manifestar-se impulsos agressivos. É caracterizada pela falta de atividade e resposta a outras pessoas, rigidez de postura e apresentação de expressões faciais estranhas como caretas, por exemplo.

Esquizofrenia Indiferenciada → seus portadores apresentam sintomas que não se diferenciam segundo a predominância;

Esquizofrenia Residual → seus portadores apresentam isolamento social, apatia, desmotivação, sendo raro encontrar neles alucinações e delírios.

Presença de familiares com Esquizofrenia

Na Esquizofrenia há uma predisposição genética, mas é possível desenvolver ou não o adoecimento. O ambiente, e determinados eventos podem ser favoráveis ou desfavoráveis à sua irrupção.

Ambiente Sócio-Cultural

Diversos estudos mostram uma relação grande entre pobreza e Esquizofrenia. O estudo de Glover et al. (1999)¹⁰, realizado em vinte distritos sanitários espalhados em toda a Inglaterra mostrou que quanto mais severo o transtorno mental maior a probabilidade dele ser encontrado em áreas carentes, independente do nível de cuidados.

No entanto, a Esquizofrenia atinge cerca de 1% da população em todo o mundo, independente da cultura, condição sócio-econômica ou etnia. Seu início ocorre mais comumente na adolescência e início da idade adulta, sendo rara na infância e após os 50 anos. Nos homens seu início é mais precoce do que nas mulheres, embora existam exceções. A Esquizofrenia atinge uma população em idade produtiva, sendo a terceira doença que mais afeta a qualidade de vida da população entre 15 e 44 anos. Também é responsável pelo alto custo social e dos serviços de saúde, já tendo sido a causa mais frequente de internação nos hospitais.

Atmosfera familiar

Assim como a Esquizofrenia interfere nas relações familiares, a recíproca é verdadeira. De um lado, a família reage ora negando ou subestimando o adoecimento; ora sente culpa e responsabiliza a si ou outros pela doença; ora se revolta com raiva do adoecimento ou então superprotege porque acredita que o paciente precisa ser controlado e cerceado. O familiar precisa de tempo e informação para mudar sua concepção e sentimento sobre a doença.

Atitudes familiares positivas contribuirão para uma melhor recuperação, menores índices de recaída, maior qualidade de vida e maiores possibilidades de trabalho e autonomia. Atitudes familiares negativas desgastam as relações, impossibilitam a recuperação e colaboram para uma evolução mais grave da Esquizofrenia. Emoção Expressa (EE) é o termo dado por pesquisadores ao conjunto de atitudes, sentimentos e reações dos familiares que refletem emoções desajustadas em relação à doença e ao paciente. Quando uma família apresenta EE, isto significa que as relações estão bastante conflituadas, aumentando a sobrecarga e o estresse. Também está prejudicada a capacidade de solucionar os problemas trazidos pela doença. A convivência fica deteriorada. Altos índices de EE estão relacionados ao número maior de recaídas e a um pior prognóstico.

Estudos realizados na Inglaterra, no final da década de cinquenta, no século XX, mostraram que pacientes internados, liberados para alta, ao voltar a conviver na mesma moradia com esposas

10 Possivelmente o trabalho de GLOVER, G. R. ; LEESE, M. & MCCRONE, P. More severe mental illness is more concentrated in deprived areas. *British Journal of Psychiatry*, 175:544-548, 1999

e pais, foram expostos a muito estímulo, muita tensão, muita preocupação e retornaram mais rapidamente e mais vezes à hospitalização. Já aqueles que foram morar com irmãos ou em albergues e pensões permaneceram livres da hospitalização ou levaram mais tempo para entrarem em estado de surto. O resultado desses estudos foram confirmados alguns anos mais tarde, já na primeira metade da década de sessenta do século XX, onde se verificou que os comentários críticos, a hostilidade e mesmo a superproteção elevaram o nível de agudização da doença. Daí a defesa de que até mais importante que a causa do adoecimento, para a qual existem várias teorias, como vimos, são os fatores que ajudam ou prejudicam na recuperação. Em meados da década de setenta do século XX, novamente os estudos mostram que tanto entre anglo-saxões e mexicanos, habitantes de Los Angeles, quanto com indianos o resultado era semelhante: dos indivíduos esquizofrênicos que viviam em ambientes de baixa emoção expressa (ABE), apenas 10% entravam em crise, contra 86% que viviam em ambientes de alta emoção expressa (AEE).

Quem adoece em países em desenvolvimento apresenta melhor prognóstico do que quem adoece em países desenvolvidos, talvez pelas características diferenciadoras das famílias, que se distinguem na sua relação com o paciente nos seguintes quesitos:

Atitude de respeito familiar às necessidades de relacionamento dos pacientes.

Atitude em relação à legitimidade da doença.

Atitude ligada ao nível de expectativa dos familiares em relação ao funcionamento social do paciente.

Resposta emocional dos familiares para com a doença.

Observou-se, em vários países, que os programas de apoio aos familiares de esquizofrênicos têm tido uma contribuição positiva em relação ao processo de recuperação do esquizofrênico, no sentido da melhoria da comunicação entre o paciente e sua família; redução do nível de EE; melhora do ambiente e convivência familiar; aumento da participação do paciente em programas de reabilitação; redução de alguns sintomas psiquiátricos, sobretudo de sintomas deficitários; melhora do funcionamento social; redução de doenças médicas na família e da utilização de serviços de saúde; redução dos custos do tratamento.

O objetivo principal dos programas de apoio aos familiares de esquizofrênicos é colaborar no melhor efeito possível para a recuperação do paciente, prevenindo recaídas, melhorando a adesão ao tratamento medicamentoso, atuando em sinergia com os programas de reabilitação,

aprimorando o funcionamento social; envolvendo a colaboração mútua de diferentes tipos de profissionais.

Terceiro dia do Encontro (19/10/2013)

Este dia do encontro foi dedicado à exposição e discussão do tema: Introdução à clínica de transtornos mentais graves (Diagnósticos e principais sintomas).

APRESENTAÇÃO DE VÍDEO – *Preconceito e Estigma*. Ver o vídeo no seguinte endereço:

<http://entendendoaesquizofrenia.com.br/website/?p=4806>

Uma de quatro pessoas em todo o mundo sofre de enfermidade mental em algum período ao longo da vida. Segundo Dr. Leonardo Palmeira, leva-se algum tempo para se chegar ao diagnóstico de Esquizofrenia porque alguns dos seus sintomas são parecidos ou semelhantes a outros processos de transtorno mental. O estado de vulnerabilidade caracteriza-se pelo movimento de cruzar a fronteira entre a saúde e a doença e vice-versa.

Ele identifica quatro períodos no adoecimento:

Período Pré-mórbido – 0 a 10 anos

Período Prodrômico – 10 a 20 anos

Período Crítico – 20 a 30 anos

Período Crônico – acima de 30 anos

*Sintomas da Esquizofrenia*¹¹

A esquizofrenia é uma doença mental cuja principal característica é a psicose. A psicose é uma síndrome¹² que acomete o psiquismo da pessoa em várias áreas. Nela, sempre existe algo que

¹¹Sobre a Esquizofrenia ver o site www.nami.org que reúne vídeos em inglês e espanhol sobre este estado de vulnerabilidade.

¹²Síndrome é uma palavra originada do grego antigo significando "con+correr". É um conjunto de sinais e sintomas que define as manifestações clínicas de uma ou várias doenças ou condições clínicas, independentemente da etiologia que as diferencia. Ex.: Síndrome de Down (síndrome congênita); Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), etc... Informação retirada do site: <http://pt.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome>

Em 6/5/2014.

confronta a realidade. Ela afeta o pensamento, a cognição e o comportamento. É sempre o resultado do que se passa na mente de alguém. Todas as psicoses afetam 31 em cada 100.000 pessoas, mais homens do que mulheres. Nesse mesmo total de pessoas, 7, e a maioria masculina, apresentam quadro esquizofrênico. O transtorno bipolar, nesse mesmo número de pessoas, é mais frequente do que a Esquizofrenia e atinge mais mulheres do que homens.

PSICOSE	
Pensamento	delírios, desorganização
Cognição	afeta sensopercepção ¹³ , atenção, memória, função executiva
Comportamento	Humor deprimido, maníaco, indiferente

Existe uma diferença, por exemplo, no início dos quadros da Esquizofrenia e do Transtorno Bipolar. Na Esquizofrenia, o pródromo¹⁴ é insidioso, muito lento. Trata-se aqui de uma Psicose processual, que modifica aos poucos as percepções, pensamento e comportamentos das pessoas. No Transtorno Bipolar, o início é mais rápido do que na Esquizofrenia.

No pródromo da Esquizofrenia é difícil aos familiares perceber o que de fato está ocorrendo. Confundem-se os sintomas com uma crise existencial, uma possível depressão, uma fase ruim. Antes do diagnóstico, as reações emocionais da família são geralmente de negação do adoecimento. Durante o diagnóstico, aparecem a revolta e a culpa. Depois do diagnóstico, a família passa a conviver com padrões disfuncionais crônicos. Em outras palavras, a emoção expressa (EE).

De um modo geral, do ponto de vista clínico, os sintomas da Esquizofrenia são de dois tipos: os sintomas positivos e os sintomas negativos.

Sintomas Positivos

São, basicamente, os delírios e alucinações. São também sintomas de maior impacto no ambiente familiar e social. Numa crise de surto, por exemplo, é até comum orientar as pessoas que estão próximas a não “ir contra”, para que o esquizofrênico não fique irritado ou se sinta acuado. É

¹³Sensopercepção é a capacidade de distinguir o que se passa no meio externo ou interno.

¹⁴Na medicina, pródromo é um sinal ou grupo de sintomas que pode indicar o início de uma doença antes que sintomas específicos surjam. O termo é derivado da palavra grega *prodromos* ou *precursor*. Cf. Site:

[http://pt.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%B3dromo_\(medicina\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%B3dromo_(medicina))

importante lembrar que o delírio se caracteriza por uma visão distorcida da realidade. Para a pessoa que tem Esquizofrenia tudo que ela vê ou ouve, naquele momento, é real....daí a dificuldade de saber o que é fantasia do que é realidade. A alucinação, no sentido mais amplo da palavra, é uma percepção na ausência de um estímulo. Em sentido mais estrito, alucinações são definidas como as percepções em um estado consciente e acordado, na ausência de estímulos externos, que têm qualidades de percepção real, na medida em que são vivas, substanciais, e localizadas no espaço objetivo externo. Alucinações podem ocorrer em qualquer modalidade sensorial - visual, auditiva, olfativa, gustativa, tátil, proprioceptiva, equilíbrioceptiva, nociceptiva, thermoceptive e chronoceptive¹⁵.

Sintomas Negativos

No sintoma negativo o paciente é mais resistente ao tratamento. Existe uma diminuição dos impulsos, da vontade de viver e um achatamento afetivo. Há a perda da capacidade de entrar em ressonância com o ambiente, de sentir alegria ou tristeza condizente com a situação externa. É caracterizado pela falta de vontade, desmotivação, falta de afeto, dificuldade de expressar o que sente. Possui uma certa indiferença à vida. O grande desafio é fazer com que a pessoa com Esquizofrenia perca os sintomas negativos, por isso a medicação somada à psicoterapia é fundamental para o sucesso do tratamento.

A evolução ou prognóstico da Esquizofrenia é tão variável quanto à própria doença. Existem pacientes que têm apenas uma crise, que retomam suas atividades e que permanecem com sintomas que pouco interferem com sua vida. Há outros que perdem mais com a crise e têm maior dificuldade para retomar seus compromissos e são mais dependentes de supervisão e apoio. E existem aqueles com um curso mais grave, muitas recaídas e menor autonomia.

A ciência ainda não descobriu todas as explicações para essas diferenças. Sabe-se que um maior número de recaídas compromete muito a evolução e as possibilidades de recuperação a longo prazo. Para cada crise, estima-se que o paciente leve de 6 a 12 meses para recuperar o nível anterior de funcionamento. Portanto, a prevenção de recaídas, através de um tratamento regular e abrangente, que contemple as esferas bio-psico-sociais do indivíduo e de sua família, é fundamental.

¹⁵Informação retirada do site: [http://www.news-medical.net/health/Hallucination-What-is-a-Hallucination-\(Portuguese\).aspx](http://www.news-medical.net/health/Hallucination-What-is-a-Hallucination-(Portuguese).aspx). Em 9/5/2014.

O quadro prodromico pode, e geralmente é confundido com questões da adolescência, da juventude. Isso pode ocorrer até o primeiro surto.

Sintomas comuns- Pródromo Esquizofrenia		
Pensamento	Humor	Comportamento
*Ideias incomuns (esotéricas, místicas, astrofísicas) *Ideias vagas de que algo não vai bem. *Medo de sair de casa *Desconfiança dos outros à sua volta *Dificuldade de concentração *Esquecimento *Distorções da percepção (barulhos, vozes) *Auto-referência	*Humor instável *Ansiedade *Hostilidade *Sentimento de vazio *Esgotamento físico	*Isolamento *Hostilidade *Perda do autocuidado

O primeiro surto

O primeiro surto ocorre quando se cria uma situação que exige internação hospitalar. O internamento é muito difícil para a família. Na verdade, se configura como uma situação dramática. Na Esquizofrenia, o primeiro surto pode ocorrer até dois anos depois de sintomas muito camuflados. No Transtorno Bipolar, a primeira crise ocorre com 228 dias de instalação do quadro e é mais fácil de perceber. A diferença no quadro é que no segundo transtorno há uma oscilação do humor, da excitabilidade à depressão.

Observe-se que os gens ocasionadores desses dois transtornos são os mesmos, mas por algum motivo, a manifestação vai diferir: ou transtorno do afeto (Bi-polar) ou psicose processual (Esquizofrenia). As personalidades esquizoafetivas se situam na interface entre esses dois transtornos. A personalidade *borderline* é um transtorno de bi-polaridade.

Um grande avanço na abordagem das funções psíquicas dos transtornos mentais foi realizado por Karl Theodor Jaspers (1883-1969). No seu livro *Psicopatologia Geral* (1913), ele apresenta pioneiramente uma abordagem das funções psíquicas dos transtornos mentais¹⁶.

¹⁶Nesse livro pioneiro, Jaspers se propõe a discutir intensamente as questões relativas à enfermidade psíquica, faz uma crítica conceitual sistemática da psicopatologia e propõe uma classificação “não dogmática”, baseada numa reflexão metodológica e numa contestação do paralelismo psicofisiológico. Seu objetivo é separar a compreensão estática da compreensão genética dos fatos psíquicos e de suas relações causais. Assim, descreve a Psicopatologia como uma disciplina voltada tanto para a explicação causal dos fenômenos quanto para a compreensão das vivências subjetivas.

Informação retirada do site: <http://filosofiacienciaevida.uol.com.br/ESFI/Edicoes/37/artigo144540-1.asp> Em

Fundamenta seu estudo numa abordagem fenomenológica desses transtornos. Levado ao pé da letra, o termo Psicopatologia, que vem do grego, significa “doença do espírito”. A Psicopatologia estuda os fenômenos anormais da mente e as manifestações de comportamentos e de experiências que podem indicar um estado psicológico anormal. Ela procura estudar tais fenômenos exatamente como se apresentam à experiência imediata de quem os vive e, para isso, leva em conta os gestos, o comportamento e as expressões dos enfermos, além dos relatos e das autodescrições feitas por eles. Essa perspectiva foi revolucionária num momento em que não existiam medicamentos para tratamento dos transtornos mentais. Foi possível, a partir daí esmiuçar, em detalhe, as características que assumiam o pensamento e a percepção quando transtornados. Assim, por exemplo, os quadros de delírios e alucinações foram conceituados e descritos. Os primeiros são alterações do pensamento e os segundos da percepção. Veja-se a tabela a seguir:

Delírios - alteração do pensamento	Alucinações – alteração da percepção ¹⁷
<ul style="list-style-type: none"> *certeza subjetiva absoluta *ininfluenciabilidade *irreduzibilidade *incorrigibilidade *inderivabilidade (não é derivado de estados psicológicos de frustrações) 	<ul style="list-style-type: none"> *corporeidade *extrojeção *nitidez *estabilidade *ininfluenciabilidade

O surgimento dos tratamentos medicamentosos colaboraram para aliviar os sintomas dos delírios e alucinações que vão perdendo força, o que também ajuda na conscientização do paciente sobre o seu estado de vulnerabilidade.

Quarto dia do encontro (26/10/2013)

Neste dia, foram retomados os argumentos relativos aos sintomas apresentados e oferecidas *sugestões de ação à família frente aos sintomas positivos*. Essas sugestões configuram uma estratégia de comunicação que os familiares podem privilegiar porque os problemas de comunicação provocam o afastamento entre os integrantes da família, sobretudo nas crises.

4/5/14.

¹⁷ Na alteração da percepção aqui considerada existem todas as características do real, sem o objeto de percepção, como por exemplo, ouvir vozes, ver vultos, sentir cheiros ou gostos estranhos. As alucinações nem sempre duram o tempo todo.

1. Escuta

É importante para o familiar ouvir reflexivamente, não reagindo a partir das suas crenças, o que o levaria a negar o argumento que o paciente relata, a criticar e a emitir uma outra opinião. Ainda, resumir as ideias do paciente na forma de questão, para se certificar de que compreendeu o que ele disse. Não retrucar é fundamental, assim como não fazer juízo de valor, adiando respeitosamente a sua opinião. É ainda importante se certificar se o paciente compreendeu o que o familiar disse, terminando por exemplo com a frase: *Tudo bem?* No momento em que for emitir a sua opinião, é interessante seguir a regra dos três:

Desculpar-se por ter outra opinião;

Reconhecer que pode estar errado (humildade);

Concordar em discordar (*Eu receio que possa desapontá-lo com minha opinião, mas esta é somente a minha opinião e eu posso estar errado, espero apenas que possamos concordar em discordar deste assunto. Tudo bem?*)

2. Empatia

Trata-se de ter empatia com os assuntos que o paciente considera importantes, mesmo que pareçam absurdos para você (*Eu imagino como deve estar sendo difícil para você conviver com essas perseguições! Eu imagino como deve ser difícil ter que tomar um remédio sem se considerar doente!*).

3. Janela de Oportunidade

O familiar, a partir dos comentários do paciente, detecta uma oportunidade para esclarecer certos aspectos em relação ao tratamento, ou outra questão qualquer. Quando o paciente solicita a opinião do familiar, sobre tomar ou não remédios, por exemplo, é um bom momento para mostrar vantagens e desvantagens do uso da medicação, corrigindo concepções erradas, destacando os benefícios para o paciente. Lembrar sempre de concordar em discordar. Alguns aspectos dessa questão também podem ser remetidos ao médico, como por exemplo a possibilidade da troca da medicação, no caso de efeitos adversos.

4. Atitudes

Reduzir a expressão emocional, sabendo aguardar um melhor momento, com menos tensão para se posicionar sobre este ou aquele aspecto. Reduzir cobranças e críticas. Buscar

concordâncias e evitar pontos discordantes. Usar sempre um tom conciliador e jamais revidar na mesma moeda. No caso de uso de drogas, não reprimir, mas dialogar sobre o assunto; estabelecer limites; fornecer informações; estimular uma decisão consciente; remeter ao tratamento; tolerância, proteção, vigilância, atenção, responsabilidade.

Enfim, diante dos sinais positivos é preciso reconhecer um *sinal de alerta*. Recomenda-se ao familiar acolher, proteger e acalmar a si próprio, não confrontar diretamente a realidade com os delírios. Dar apoio ao paciente, zelando para que evite ambientes superestimulantes (muito barulho, muita gente) ou hostis. Ajudá-lo a evitar risco!

Quinto dia – 9/11/2013

Este dia foi dedicado às estratégias da família no caso de sintomas negativos, que não estão apenas presentes na esquizofrenia, mas em diversos transtornos psiquiátricos.

Dr. Leonardo Palmeira apresentou um quadro classificador dos sintomas:

Domínios	Sintomas	Família
Sintomas Positivos	Alucinações Delírios Desorganização do Pensamento Comportamento Bizarro ou desorganizado	Primeiros a serem reconhecidos como patológicos. Misticismo Religião Características de personalidade
Sintomas Negativos	Esmaecimento do afeto Alogia (falta de lógica, contrasenso) Apatia (falta de motivação, entusiasmo) Abulia (incapacidade de tomar decisões) Anedonia (insensibilidade ao prazer)	Preguiça Imaturidade Retardo Não reconhece sintomas negativos como parte do transtorno
Sintomas Cognitivos	Falta de atenção Problemas de memória Disfunção Executiva (ela prejudica a velocidade do processamento das informações; a memória de trabalho; a atenção e concentração; a evocação da memória de longo prazo, a tomada de decisão, dentre outros aspectos)	Déficit intelectual Aprendizado deficiente Déficit neurológico à parte

Os sintomas negativos, presentes em várias doenças e transtornos psiquiátricos estão sempre relacionados às funções que o paciente deixa de ter ou tem menos. Eles criam o estigma social e o autoestigma. É sempre preciso lembrar que os indivíduos não são a doença, mas a doença reflete uma parte que está relacionada à sua vulnerabilidade. Precisamos criar uma visão mais humana da doença mental, tanto quanto já temos para a doença física.

Geralmente os pacientes com sintomas negativos criam sentimentos de incapacitação; baixa autoestima; desânimo; procrastinação; descontinuação de atividades; tomam decisões precipitadas, impulsivas; apresentam dificuldades em ter *insights*, em realizar análise, síntese e críticas, e dificuldade de compreensão de situações complexas. Acabam demonstrando dificuldades acadêmicas e laborais, descuidando da aparência e da higiene e inibindo o comportamento, por exemplo, falando muito menos.

Do ponto de vista emocional, os pacientes acabam demonstrando equívocos e interpretações erradas, ausência de empatia, atmosfera monótona, afastada, “indiferente”.

Todas essas dificuldades acabam acarretando consequências sociais

Combate aos sintomas negativos

As consequências dos efeitos negativos podem ser atenuadas se a família aceitar a situação, informando-se sobre as características desse estado de vulnerabilidade, revendo suas expectativas em relação ao paciente, elaborando o “luto” da doença, evitando a superestimulação, reduzindo cobranças e críticas.

Há muito o que fazer:

1. Em relação às deficiências cognitivas, recomenda-se o mapeamento cognitivo, que é uma espécie de testagem neuropsicológica e o tratamento cognitivo através da reabilitação cognitiva, de exercícios cognitivos de memória e atenção; cursos, leituras e estudos se isso for possível.

2. Em relação às deficiências emocionais, recomenda-se não pré-julgar; verbalização (“O que você está sentindo?”); legitimar e respeitar o sentimento do outro; oferecer outras formas de expressão do sentimento (Musicoterapia; Arteterapia; Teatro).

A estimulação precisa ser gradativa, estando-se atento ao potencial real, mantendo uma atitude de parceria que não autoriza a desejar pelo outro, buscando o *feedback*, planejando a ação em níveis crescentes de dificuldade e complexidade, obtendo orientação de equipe terapêutica.

O combate, tanto aos sintomas positivos quanto aos negativos, implica na reeducação familiar através de grupos de ajuda; na psicoterapia do paciente; no seu treinamento de habilidades sociais; no seu tratamento medicamentoso. Todas essas alternativas servem para que

o paciente reduza sua baixa auto-estima e se empodere do que realmente é possível, na sua singularidade, para viver de modo mais satisfatório.

Sexto dia – 23/11/2013

Este encontro foi dedicado a aprofundar mais o aspecto da recuperação, em seus vários aspectos, o que inclui o processo de tratamento medicamentoso, reabilitação e internação.

VÍDEO – *The voices in my head – depoimento de Eleanor Longden*. O vídeo pode ser encontrado no seguinte endereço: <https://www.youtube.com/watch?v=zIT2quwkQy0>

O conceito de recuperação da Esquizofrenia evoluiu nos últimos vinte e cinco anos da tradicional visão médica de remissão (desaparecimento) dos sintomas e prevenção de recaídas para uma noção mais abrangente, que parte do indivíduo que sofre de transtorno mental grave e se concentra na sua subjetividade e na sua relação com seu meio social e familiar.

A recuperação pode ser olhada a partir de dois pontos de vista: o pessoal e o clínico. No entanto, qualquer que seja o caso, é importante não se iludir com a possibilidade de “voltar a ser o que era antes”. O processo de adoecimento vai gerar mudanças e deixa cicatrizes difíceis de desaparecer, pelos episódios de abandono de emprego e escola; pelos vínculos sociais que se esvaziam, etc... O importante é construir um novo equilíbrio que, certamente, não repetirá o equilíbrio anterior conhecido pelo esquizofrênico e seus familiares.

Os pacientes com transtorno mental grave, particularmente as pessoas com Esquizofrenia, através do movimento de associações ocorrido em diferentes países a partir da década de 1980/1990, como EUA, Inglaterra, Austrália e Nova Zelândia, têm sustentado que o que eles desejam não é diferente do que qualquer cidadão comum almeja: ter um sentimento de pertencimento à sociedade, receber uma remuneração justa por trabalho ou atividade produtiva, morar num lugar decente, relacionar-se, ter amigos, amar, enfim, alcançar um equilíbrio emocional, mental, físico e espiritual a partir do sofrimento que a doença lhes trouxe, sendo capazes de adquirir, ou readquirir, habilidades ou capacidades que lhes tragam um sentido de contribuição e de valor em sua comunidade.

Histórias pessoais de sofrimento e superação começaram a surgir de diferentes partes do

mundo e reverberaram em outros pacientes que vivenciavam o mesmo sentimento de recuperação, baseado muito mais em valores como esperança, identidade, significação e responsabilidade do que em aspectos clínicos, como a remissão dos sintomas. A definição mais citada de recuperação pessoal é a de Bill Anthony (1993):

Recuperação é profundamente pessoal, um processo único de mudar suas próprias atitudes, valores, sentimentos, objetivos, habilidades e/ou papéis. É uma forma de viver uma vida com satisfação, esperança e contribuição ainda que com limitações causadas pela doença. Recuperação envolve o desenvolvimento de um novo sentido e propósito na sua vida enquanto se cresce e amadurece para além dos efeitos catastróficos da doença mental.

Os estudos definem a jornada de recuperação pessoal como um processo ativo, individual e único, um processo não-linear e multidimensional, que envolve diferentes estágios e esforços pessoais na busca de experiências capazes de mudar a vida. Não se trata de cura, mas de um processo gradativo de transformação pessoal, da forma como encarar a vida e as pessoas, rever conceitos e crenças, resignificar experiências, buscar um novo olhar sobre si próprio e sobre o papel que se pode ter na comunidade a partir do adoecimento. A recuperação não é um processo que naturalmente ocorra com a intervenção de um profissional ou dela prescindida, mas encontra auxílio e amparo em ambientes que ofereçam suporte, apoio e tratamento (ver site: www.nami.org).

Em relação às etapas de recuperação, pesquisadores identificaram cinco categorias distintas entre os estudos:

1. relacionamento: através de grupos de ajuda ou outros, sentindo-se parte da comunidade.
2. esperança e otimismo em relação ao futuro: acreditar na possibilidade de se recuperar, ter motivação para mudar, relacionamentos que inspirem esperança, pensar positivo e valorizar os sucessos, ter sonhos e aspirações.
3. identidade: reconstruir e redefinir um senso positivo de identidade, superar o estigma.
4. sentido na vida: buscar um sentido nas experiências da doença mental, espiritualidade, qualidade de vida, papel social e objetivos sociais para uma vida plena; reconstruir sua vida.
5. empoderamento: responsabilidade pessoal, controle sobre sua própria vida, focar na sua

força e no seu poder (quais são suas melhores habilidades, formas de relaxamento e diversão, maneiras de se tranquilizar, focar no bem-estar).

A insistência pelo diagnóstico é menos efetiva do que aprender a lidar com os sintomas que o paciente com o qual se convive apresenta. A questão é como ajudar o outro a se autoajudar? O que a pessoa faz com suas próprias adversidades? É preciso lembrar que tomada de consciência não é imposição. É trabalho. A medicação pode atenuar os sintomas, não necessariamente cessá-los. O tratamento precoce pode definir o rumo do adoecimento. Por ocasião do primeiro surto é importante a qualidade da intervenção para evitar recidivas. Há casos, se bem que poucos, em que houve recuperação e até remissão dos sintomas.

Tratamento Medicamentoso

Os antipsicóticos, também conhecidos como neurolépticos, são os medicamentos utilizados no tratamento da Esquizofrenia. São assim chamados por possuírem efeito calmante (neuro=nervo; lepsis=apreensão) e por combaterem sintomas como delírios, alucinações, comportamento desorganizado e agitado. Eles atuam sobre um neurotransmissor (substância química responsável pela transmissão dos estímulos entre os neurônios) chamado dopamina, cujo excesso provoca os sintomas positivos e desorganizados da Esquizofrenia. Bloqueando canais receptores de dopamina nos neurônios, eles evitam que o excesso da substância atinja as células nervosas, reequilibrando o sistema de neurotransmissão. Esse efeito é essencial para a duração do efeito antipsicótico por longo prazo.

O efeito terapêutico pode demorar de 4 a 8 semanas, embora alguma melhora do comportamento já possa ser percebida nos primeiros dias de tratamento. É fundamental que nesse período a medicação seja administrada de forma regular. O tratamento de manutenção não é menos importante, pois é capaz de evitar futuras recaídas e precisa ser mantido mesmo que a crise aguda tenha sido contornada. É comum o abandono do tratamento pelo paciente nessa fase, por acreditar estar curado, o que deixa a pessoa vulnerável a uma nova crise. O médico é o único capaz de determinar o tempo total de tratamento para cada caso, podendo variar de 1 a 5 anos ou, em alguns casos, por período indeterminado.

Os primeiros antipsicóticos foram descobertos na década de 50. A clorpromazina (Amplictil), o primeiro deles, era utilizada como antiemético¹⁸ e sedativo e teve seu efeito antipsicótico

¹⁸ Antieméticos são medicamentos que possuem como principal característica o alívio dos sintomas relacionados com o enjoo, as náuseas e os vômitos. Informação retirada do site: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Antiem%C3%A9tico>

descoberto por acaso quando foi usado em pacientes psiquiátricos. A sua eficácia representou uma revolução na maneira de tratar os doentes mentais, recebendo a alcunha de “esvaziadora de hospícios”, pois contribuiu para a desinternação de milhares de pacientes. Logo depois vieram outras substâncias, como o haloperidol (Haldol). Os antipsicóticos mais antigos são conhecidos como típicos ou de primeira geração, possuem uma alta afinidade por receptores de dopamina e são muito eficazes no combate à psicose.

Entretanto, a ocorrência de efeitos colaterais duradouros (vulgarmente conhecidos como impregnação), principalmente do tipo parkinsoniano (tremores, rigidez, lentidão e apatia) e de discinesias tardias (distúrbios do movimento, contraturas musculares), fez com que pesquisadores se preocupassem em desenvolver substâncias tão eficazes quanto melhor toleradas. Surgiram, então, os antipsicóticos de segunda geração ou atípicos.

O primeiro deles foi a Clozapina (Leponex), seguido da Risperidona (Risperdal) e da Olanzapina (Zyprexa). Eles se diferenciam dos mais antigos por possuírem também efeito sobre receptores de serotonina e por um bloqueio mais balanceado dos receptores de dopamina, o que contribui para uma menor incidência de efeitos parkinsonianos. Também são eficazes no tratamento das psicoses, com ação superior aos típicos nos sintomas negativos e cognitivos da Esquizofrenia.

Antipsicóticos de primeira geração (décadas de 1970 e 1980)

Atuam nos receptores de dopamina. Ajudam nos sintomas de delírios, mas podem agravar sintomas negativos. Apresentam também efeitos colaterais.

Substâncias/Medicação

Clorpromazina → Haldol

Levome-promazina → Stelazine

Periciazina → Clopixol

Teondazina → Semap (saiu do mercado. Medicação barata e boa, mas o fabricante encerrou a produção)

Antipsicóticos de segunda geração

Em 6/05/2014.

Leponex

Risperdal (r)

Zyprexa (r)

Seroquel

Abilif ou Aristab (similar)

Socian

Invega

Risperdal-Consta (injetável)

Invega-Sustena (injetável)

O uso de genéricos nem sempre apresenta os mesmos resultados, porque o genérico não é obrigado a ser 100% igual. Há uma margem de até 75% de semelhança. Existe diferença ocasionada também pela mudança de laboratório que o produz.

Principais parafeitos e complicações do tratamento antipsicótico

Os antipsicóticos produzem diversos efeitos colaterais, como os chamados sintomas extrapiramidais (fenômenos parksonianos)

*Discinesia tardia (movimentos repetitivos, involuntários)

*Agranulocitose (diminuição de glóbulos brancos)

*Dislipidemia (presença em níveis anormais ou excessivos de lípidios ou lipoproteínas no sangue)

*Diabetes Mellitus (doença metabólica causada por aumento anormal de açúcar no sangue)

*Prolongamento do intervalo QT e risco de arritmias¹⁹

*Ganho de peso e obesidade (algumas medicações aumentam apetite para carboidrato)

*Aumento de transaminases (gordura no fígado)

19 O intervalo QT no eletrocardiograma corresponde ao tempo que decorre desde o princípio da despolarização (que vai desde o início da onda Q no complexo QRS) até o fim da repolarização dos ventrículos (que corresponde à onda T). O valor normal do intervalo QT pode chegar a até 440 milissegundos; outros admitem que este valor pode chegar a até 456 milissegundos. Esse intervalo varia de acordo com várias circunstâncias: idade, tônus autonômico, exercício, etc. O aumento do intervalo QT pode resultar em taquicardia ventricular, arritmias ventriculares e *torsades de points* (uma arritmia ventricular associada com uma severa redução do débito cardíaco podendo levar à fibrilação ventricular) chegando a levar à morte. Informação retirada do site: http://www.cebrid.epm.br/bol_psifavi/ed09/2.htm. Em 6/05/2014.

*Hiperprolactinemia (hipersecreção da hipófise)

*Ginecomastia (hipertrofia das glândulas mamárias)

*Amenorréia (ausência de menstruação)

*Acatisia (condição psicomotora em que a pessoa sente grande dificuldade de permanecer parado, sentado ou imóvel)

*Disfunção sexual (falta de libido, falta de ereção, não conseguir ejacular)

*Síndrome Neuroléptica Maligna (trata-se de efeito raro que provoca rigidez muscular, febres altas e confusão mental). Se ocorrer é preciso hospitalizar.

Do conjunto de pacientes, 30% a 40% não apresentam resposta satisfatória a dois ou mais antipsicóticos de segunda geração. É o que se denomina *Esquizofrenia Refratária*. Aí o uso de Leponex mais Clozapina é o indicado. Todos devem fazer o monitoramento constante pelo hemograma completo. Possivelmente se associam tranquilizantes, anticolinérgicos, estabilizadores de humor ou antidepressivos junto às medicações contra a Esquizofrenia. Nenhum desses remédios pode ser interrompido inopinadamente. O manejo precisa ser cuidadoso, e tanto o início como a interrupção precisam ser lentos.

A medicação via oral precisa ser mantida com regularidade e tomada sempre nos mesmos horários. É preciso, portanto, criar uma disciplina para o uso das medicações orais.

Eletrochoque (ECT)

A eletroconvulsoterapia (ECT), popularmente conhecida como eletrochoque, é um tratamento antigo na psiquiatria, que antecede o arsenal farmacológico atualmente à disposição para tratar as doenças psiquiátricas. No passado era utilizada indiscriminadamente para vários transtornos, inclusive de forma errada, como medida punitiva para pacientes com mau comportamento. Isso fez com que o ECT fosse cercado de tabus que persistem até hoje. Outros tratamentos polêmicos, como a lobotomia e o choque insulínico já foram banidos da medicina, mas o eletrochoque permanece como uma alternativa de tratamento, inclusive para a Esquizofrenia.

No Brasil, o ECT é regulamentado pelo Conselho Federal de Medicina. Diferente das práticas antigas, o ECT de hoje só lembra o de antigamente pelo nome. É realizado de maneira criteriosa e com indicações precisas, em circunstâncias muito diferentes, que preservam o paciente

e visam exclusivamente sua saúde.

Ele é aplicado sob anestesia, com o paciente monitorado clinicamente através de aparelhos que medem seus batimentos cardíacos, pressão arterial e saturação de oxigênio. Em geral são necessárias de 6 a 12 sessões, realizadas em dias diferentes, geralmente alternados com um a dois dias de repouso. Através do estímulo elétrico, o ECT provoca uma liberação maciça de neurotransmissores no cérebro, o que melhora o quadro mental do paciente após algumas sessões. Abaixo as principais indicações:

1. Ausência de resposta aos antipsicóticos diante da gravidade do quadro;
2. Catatonia com riscos à saúde, por inanição, desidratação e outras complicações médicas;
3. Risco grande de suicídio ou tentativas sucessivas;
4. Gravidez, quando o quadro é grave e há restrições ao uso de antipsicóticos.

O ECT ainda é utilizado nos dias de hoje no mundo inteiro (com exceção de poucos países que o proibiram por questões políticas), por ser um tratamento eficaz e pouco arriscado. O principal efeito colateral é sobre a memória, podendo provocar amnésia durante o período do tratamento, mas com recuperação posterior. Ver uma sessão de ECT no seguinte endereço:

http://entendendoaesquizofrenia.com.br/website/?page_id=132

Estimulação transcraniana

É o primeiro tratamento para depressão. Estimula o campo magnético e tem a vantagem de direcionar o estímulo, mas seu efeito é só cortical e não subcortical. Deve ser feita acompanhada de medicamentos. O tratamento é longo e custoso.

Reabilitação

Os antipsicóticos possuem eficácia inquestionável nas fases agudas da Esquizofrenia, reduziram drasticamente as internações psiquiátricas e permitiram a convivência dos pacientes na sociedade e junto às suas famílias. Contudo, os sintomas negativos e cognitivos, obstáculos para que muitos possam viver uma vida produtiva e independente, mudaram pouco com os medicamentos atuais.

O tratamento psicossocial, também conhecido como reabilitação psicossocial, procura melhorar esses sintomas e resgatar a autonomia, a individualidade e a capacidade de socialização e relacionamento dessas pessoas, através de oficinas terapêuticas que misturam arte, leitura, trabalhos manuais, música, dança, teatro, atividades físicas, reflexões e debates sobre a doença. O programa deve ser individualizado, levando-se em conta o potencial e as limitações de cada um. O treinamento de habilidades específicas ou o aprendizado de um ofício também pode e deve ser estimulado, visando uma atividade produtiva ou mesmo um trabalho no futuro.

No Brasil, esse tratamento é oferecido no serviço público pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e hospitais-dia de centros e hospitais psiquiátricos. Na iniciativa privada também existem clínicas especializadas e hospitais-dia na reabilitação de pacientes psiquiátricos e alguns planos de saúde já cobrem este tipo de tratamento. O paciente frequenta o serviço de 2ª a 6ª feira (ou em alguns dias da semana), geralmente entre as 9 e 17 horas, regressando para sua casa ao final do dia. A frequência e horário podem ser combinados previamente com a equipe técnica. Esse dispositivo de tratamento vem contribuindo para a redução das internações psiquiátricas e dos índices de recaída, já que é possível identificar mais precocemente sintomas agudos e tratar a crise sem a necessidade de internação hospitalar.

A psicoterapia pode ser oferecida em conjunto com o tratamento psicossocial ou isoladamente. É um espaço para o paciente falar de suas angústias e dificuldades e buscar apoio e coragem para enfrentar os desafios. Pode ajudar a melhorar a auto-estima, a aceitar e compreender melhor sua doença, bem como a monitorar seus próprios sintomas. Ela pode ser individual ou em grupo. No grupo, o paciente ouve o relato de outras pessoas que passaram por problemas semelhantes, relativizando suas experiências. As técnicas psicoterápicas mais utilizadas são a psicodinâmica (psicanálise) e a cognitivo-comportamental.

Uma abordagem mais nova de reabilitação é a que utiliza jogos e tarefas que estimulam funções cognitivas, como memória, atenção, capacidade executiva e de planejamento (reabilitação cognitiva). Ela visa aperfeiçoar funções acometidas pela Esquizofrenia e melhorar o desempenho cognitivo global dos pacientes. Pode utilizar técnicas cognitivo-comportamentais para treinar situações cotidianas, como, por exemplo, ir ao supermercado fazer compras. Ajuda o paciente a avaliar e monitorar seu próprio comportamento e desempenho em tarefas do dia-a-dia.

Internação

A Esquizofrenia já foi caracterizada como a doença com maior percentual de ocupação de leitos hospitalares no mundo, ganhando das doenças cardiovasculares, segunda colocada. Desde o advento dos antipsicóticos, a partir dos anos 50, essa realidade vem mudando: milhares de pacientes deixaram os hospitais e retornaram ao convívio de suas famílias ou passaram a contar com outros recursos de moradia dentro de sua comunidade. A psiquiatria e, em particular a Esquizofrenia, passaram a ser tratadas ambulatorialmente.

A internação continua sendo hoje necessária em alguns casos, mas a grande maioria não precisa dela para seu tratamento. Internações prolongadas, como as que eram praticadas antigamente, em que o paciente ficava por meses ou anos internado, mostraram ser prejudiciais a longo prazo para a doença e seus portadores. A falta de estímulos para uma vida produtiva, a rotina manicomial, o distanciamento da família, a escassez de relações afetivas, enfim, o isolamento da sociedade e do mundo, tornavam os pacientes mais retraídos e apáticos, permitindo que os sintomas negativos da Esquizofrenia se cronificassem. O retorno ao lar ficava mais difícil à medida que o tempo de internação se prolongava. Muitos pacientes relutavam em deixar os hospitais com medo da realidade distante que encontrariam lá fora.

A hospitalização é necessária quando se esgotam os recursos ambulatoriais para tratamento e quando o paciente oferece risco à sua vida ou à sua integridade. A internação é uma decisão médica e visa garantir o início do tratamento, abrandar os sintomas mais agudos e as alterações de comportamento que estão colocando o paciente em risco. Os critérios para internação são a presença de sintomas agudos, desorganização, agressão familiar, resistência em tomar medicação. A internação é também um recurso pedagógico quando se dá como resposta a atitudes agressivas (falta de limites). A internação involuntária exige que o paciente seja removido por equipe especializada, cuidados com a polícia, transparência, isto é, falar a verdade e não tentar enganar o paciente, mas mostrar que a internação é necessária para preservar a integridade do próprio paciente. O paciente revoltado com a internação vai compreendê-la à medida que melhora dos sintomas.

A duração da internação deve ser a menor necessária para que as suas motivações sejam controladas. A família deve estar presente a todo o momento para evitar que esse período signifique uma ruptura nas suas relações, já que, na maioria dos casos, a internação é cercada de conflitos de ambas as partes. Vale enviar uma carta ao paciente após sua internação explicando a

medida como instrumento de proteção e não perseguição ou castigo.

Uma das causas de internação no momento inicial da Esquizofrenia estão relacionadas à atitude do paciente em recusar o tratamento medicamentoso. Os fatores associados a essa ausência de adesão são, sobretudo, a atitude negativa frente à medicação e o abuso de substâncias. Quando o esquizofrênico consome drogas, caracteriza-se um quadro de *comorbidade*. A comorbidade patogênica ocorre quando duas ou mais doenças estão etiologicamente relacionadas.

Sétimo dia – 30/11/2013

Este encontro foi dedicado à apresentar e discutir o papel da família nos transtornos mentais graves.

Sentimentos e Emoções

Os portadores de Esquizofrenia, pelas características da própria doença, passam a maior parte de seu tempo com suas famílias, principalmente seus pais e irmãos. As pessoas diretamente ligadas a eles também sofrem com os desgastes provocados pelo transtorno.

A Esquizofrenia pode interferir nas relações familiares, provocar sentimentos negativos, como raiva, medo e angústia, pela sensação de impotência que os sintomas trazem. Como reagir frente a um delírio ou uma alucinação? Que comportamento ter diante de alguém desmotivado, que se isola ou que reluta em fazer alguma atividade? Como aceitar os percalços que a doença traz sem descontar no paciente, sua principal vítima, as nossas próprias frustrações?

O impacto emocional que o adoecimento traz aos familiares é muitas vezes tão intenso quanto àquele que atinge o paciente. Algumas reações comuns entre os familiares, particularmente no início da doença, quando tomam conhecimento do diagnóstico, são:

- Negação ou subestimação: sentimento de incredulidade ou de irrealidade, como se aquilo não estivesse acontecendo ou como se fosse um pesadelo do qual se poderia acordar a qualquer momento. O familiar pode criar fantasias acerca da doença, duvidar ou questionar seus sintomas, acreditar numa cura miraculosa ou achar que o problema é menor e não deve gerar preocupações.
- Sentimento de culpa: procurar responsabilizar alguém ou a si próprio, buscar um culpado para a doença.

- Sentimento de revolta: agir com raiva diante do paciente ou de outro familiar, por não aceitar a doença.
- Superproteção: acreditar que a doença vai deixar o paciente incapacitado e dependente, desenvolvendo formas de controle e cerceamento que irão tolher a liberdade e limitar a autonomia da pessoa.

O familiar precisa de tempo e de informação para mudar seus sentimentos, refletir sobre suas convicções e perder os preconceitos. Aprender a lidar com os sintomas vem a partir da vivência cotidiana, que precisa de reflexão e reavaliação constantes. Nossas atitudes podem ser determinantes para o futuro da pessoa que sofre de Esquizofrenia. Atitudes positivas contribuirão para uma melhor recuperação, um futuro mais promissor, com menores índices de recaída, maiores possibilidades para trabalhar a autonomia e melhorar a qualidade de vida e dos relacionamentos. Atitudes negativas desgastam as relações, impossibilitam a recuperação plena e estão associadas a um maior número de recaídas e a uma evolução mais grave da Esquizofrenia.

Emoção expressa (E.E.), apenas recapitulando, é o termo dado por pesquisadores ao conjunto de atitudes, sentimentos e reações de familiares que refletem emoções desajustadas relacionadas à doença e ao familiar adoecido. Quando se diz que uma família tem altos níveis de E.E., significa que os relacionamentos estão em conflito, aumentando a sobrecarga e o estresse. A capacidade de solucionar os principais problemas trazidos pela doença e sua convivência fica muito prejudicada. Por esse motivo, altos índices de E.E. são um dos fatores que mais se relacionam às recaídas e a um pior prognóstico.

Os familiares e pessoas próximas precisam dedicar um tempo ao conhecimento dos aspectos da doença, como forma de compreender melhor seu familiar e amigo, refletir sobre suas atitudes, mudar padrões errados de comportamento e reduzir o grau de estresse, buscando solucionar da melhor forma os conflitos do dia-a-dia. Essa nova maneira de encarar a Esquizofrenia vai reverter em benefícios para si, aliviando o sofrimento e o impacto causados pelo adoecimento e, sobretudo, melhorando a convivência e o ambiente familiar.

Padrões Emocionais

Os sentimentos provenientes da convivência do familiar com o paciente podem se cristalizar com o tempo, ditando atitudes e comportamentos que se repetirão no dia-a-dia. Muitos

não percebem que estão agindo de maneira errada, pois o padrão de relacionamento estabelecido está tão enraizado, que permeia, de forma automática, grande parte do contato entre eles. O familiar passa a ter dificuldade de agir de forma diferente, na maioria das vezes culpando o paciente por isso, quando, na verdade, ele próprio não vem conseguindo mudar o seu comportamento sozinho. Isso leva a um ciclo vicioso, onde não se sabe mais onde está a causa e a consequência.

Os principais padrões emocionais encontrados em familiares de esquizofrênicos são detalhados a seguir. Um mesmo familiar pode apresentar mais de um padrão.

- Hipercrítica – atitude crítica em relação ao paciente, cobrando atividades, tarefas e resultados com um nível elevado (e, muitas vezes, incompatível) de exigência, resultando quase sempre em seu fracasso. O familiar pode se tornar demasiadamente crítico também em relação aos sintomas e comportamentos provenientes da doença e que o paciente tem dificuldade de controlar. Esta atitude resulta comumente num padrão mais hostil de relacionamento.
- Hostilidade – atitude hostil e de briga, com discussões e desavenças frequentes, que pode evoluir, em alguns casos, para agressividade verbal e física de ambas as partes.
- Permissividade – atitude permissiva, descompromissada ou indiferente, que, em geral, revela a pouca disponibilidade do familiar de se envolver com o paciente, não se importando com coisas boas ou negativas relacionadas a ele.
- Superproteção – atitude superprotetora, preocupação demasiada, tendência a tomar a frente do paciente nas decisões e atividades que lhe cabem, restringindo sua liberdade e autonomia. Pode ocorrer controle excessivo, gerando discussões e desentendimentos entre o controlador e o paciente, evoluindo para um clima hostil.
- Superenvolvimento afetivo – alguns familiares anulam-se, deixam de reservar um tempo para si, para atividades sociais e de lazer, passando a cuidar exclusivamente do paciente. Podem desenvolver quadros afetivos que variam da estafa à ansiedade e depressão. Sacrificam muito o seu lado pessoal e deixam transparecer sua frustração e cansaço, passando a impressão de que o paciente é um estorvo ou culpado por seu sofrimento. Muitos precisam também de um tratamento médico e de um acompanhamento psicoterápico.

É importante que o familiar identifique se alguns dos padrões característicos estão ocorrendo e reflita sobre suas atitudes e sentimentos. Uma recomendação geral é que cada um

possa dedicar parte de seu tempo às atividades que proporcionem prazer, uma válvula de escape para o estresse. Ter um período sozinho, para se cuidar, fazer atividades físicas, ter uma leitura agradável ou para relaxar e refletir sobre si mesmo. Buscar atividades sociais e de lazer que incluam o paciente também ajuda a aliviar as tensões e a reaproximar as pessoas. Conversar, trocar idéias e experiências, buscar soluções em conjunto e dividir melhor a sobrecarga, buscando a união de todos para enfrentar as dificuldades do dia-a-dia.

Terapia e Psicoeducação

A terapia de família na Esquizofrenia é um dos tratamentos complementares de maior eficácia, com repercussão direta no estado clínico do paciente. Existem vários trabalhos científicos que comprovam seus efeitos na adesão ao tratamento médico, na redução de recaídas e de hospitalizações, na melhoria da qualidade de vida e autonomia do paciente. Para os familiares, a terapia pode ajudá-los a reduzir o estresse, a trabalhar melhor seus sentimentos e angústias, superando a sensação de culpa e/ou fracasso, a identificar preconceitos e atitudes errôneas e os auxilia na busca de soluções para os problemas cotidianos.

O modelo de terapia que mais tem se mostrado eficaz na Esquizofrenia é o da psicoeducação de família, que acrescenta à terapia informações sobre a doença. Oferecer conhecimento teórico é imprescindível para ajudar o familiar a compreender melhor seu paciente, reavaliando julgamentos e atitudes. Esta importante etapa educativa o prepara para a etapa seguinte, a terapia propriamente.

A terapia pode ser individual (com um ou mais membros de uma mesma família) ou em grupo (várias famílias). Ela analisa as situações práticas do dia-a-dia e como cada um lida com os conflitos e soluciona os problemas, propondo uma reflexão. Ela pode recorrer a qualquer momento à etapa educativa para corrigir equívocos que porventura persistirem. Essa reflexão é essencial para que o familiar esteja mais receptivo às novas maneiras de lidar com o estresse e adquira maior habilidade no manejo e na solução das situações, reduzindo assim a sobrecarga e melhorando a qualidade do relacionamento familiar.

Os 14 “mandamentos” para o enfrentamento da Esquizofrenia pelos familiares²⁰:

²⁰Esses “mandamentos” foram elaborados pelo grupo que esteve presente ao Primeiro Encontro de Familiares com Transtorno Mental Severo, oferecido pelo IPUB.

- Não negar os sintomas da doença.
- Procurar tratamento para o paciente e para os familiares.
- Informar-se e procurar grupos de auto-ajuda.
- Reduzir as expectativas, não desejar pelo paciente.
- Ajudar nas atividades de rotina e na medicação.
- Ampliar sua rede social e socializar-se.
- Valorizar os avanços e ganhos em detrimento dos problemas.
- Não criticar ou cobrar.
- Respeitar, ouvir e compreender o paciente.
- Estimular o fazer em família.
- Manter sua individualidade e não anular sua vida ou desistir de buscar a felicidade.
- Não se culpar pela doença e não culpar o paciente.
- Viver sua espiritualidade.
- Combater o estigma e o preconceito

Oitavo dia – 7/12/2014

Este dia foi dedicado à apresentação das famílias do primeiro encontro junto ao grupo reunido no segundo encontro de familiares, com depoimentos e troca de experiências. Foram também oferecidas instruções sobre a continuidade do trabalho, que implicou na formação de grupos de partilha.

O ingresso nos grupos de partilha foi realizado a partir dos seguintes critérios: ter ao menos 75% de presença aos Seminários; presença no dia 7/12/13 no qual se realizou uma avaliação do processo até então; desejo de participar. Para dar início a esse processo, cada família de paciente foi convidada a elaborar um genograma e a apresentar os dados relevantes para todo o grupo. Ver, em anexo, os símbolos para o Genograma e um exemplo geral dele.

Referências Bibliográficas

Além das notas de aula e dos sites indicados no texto, usei fartamente as informações fornecidas pelo Dr. Leonardo Palmeira, em seu site: <http://leonardopalmeira.com.br/> . Essa consulta me ajudou a colocar em ordem os conteúdos pesquisados e obter informações

complementares àquelas fornecidas no Encontro.

Texto produzido por Clarice Nunes

Rio de Janeiro, 6 de maio de 2014.