

MIGUEL ANTÔNIO DE MELLO SILVA

***ESTUDO DE ASPECTOS PSICOLÓGICOS E
CULTURAIS DE FAMILIARES DE UM
GRUPO DE PACIENTES
ESQUIZOFRÊNICOS FRENTE À DOENÇA***

Campinas

1998

MIGUEL ANTÔNIO DE MELLO SILVA

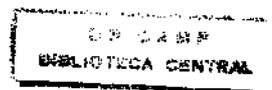
***ESTUDO DE ASPECTOS PSICOLÓGICOS E
CULTURAIS DE FAMILIARES DE UM
GRUPO DE PACIENTES
ESQUIZOFRÊNICOS FRENTE À DOENÇA***

*Dissertação de Mestrado apresentada ao
Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental da
Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas para
obtenção do título de Mestre em Saúde Mental*

Orientador: Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato

Campinas

1998



UNIDADE	PC
N.º CHAMADA:	
V.	
TEMPO BC	34706
PROG.	395/98
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	11/08/98
N.º CPD	

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

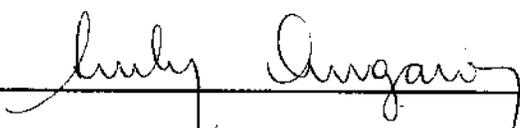
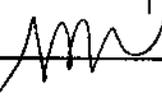
CM-CO114403-9

Si38e	<p>Silva, Miguel Antônio de Mello</p> <p>Estudo de aspectos psicológicos e culturais de familiares de um grupo de pacientes esquizofrênicos frente à doença / Miguel Antônio de Mello Silva. Campinas, SP: [s.n.], 1998.</p> <p align="center">Orientador: Egberto Ribeiro Turato</p> <p align="center">Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.</p> <p align="center">1. Aconselhamento. 2. Atitude. 3. Psicologia Médica. 4. Cultura. I. Egberto Ribeiro Turato. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.</p>
-------	--

Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato

Membros:

1. 
2. 
3. *Eloiza Helena Rubello Falle Celeri*

Curso de pós-graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 30/06/98

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram, nas mais diferentes formas, para a realização deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato, meu orientador, pela relação amistosa de sua supervisão, pela sua ativa participação, constante disponibilidade, total apoio e amizade;

À Cristiana Schimidt, pelo empenho com o qual ouviu as falas em gravações nem sempre claras;

Aos meus pais, pela implícita e sempre-presente expectativa bem como pelo interesse pelas minhas angústias;

Aos meus amigos, por involuntariamente terem sido o “relógio” deste empreendimento;

À toda a equipe de saúde da Enfermaria e do Ambulatório de Psiquiatria pela cooperação;

Aos familiares dos pacientes que aceitaram participar desta pesquisa, por tudo que me ensinaram ;

Aos professores do curso de Saúde Mental, pelo subsídios oferecidos;

Aos funcionários queridos pela presteza e amizade;

Ao CNPQ, pelo financiamento sem o que este empreendimento seria inviável;

A todos quantos estas palavras são insuficientes para expressar minha gratidão.

E, em especial, a Deus, que conhece meus planos pessoais e me capacitou a dar mais este passo.

RESUMO.....	I
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Aspectos histórico-culturais da loucura e da esquizofrenia.....	2
1.1.1. Na antiguidade, idade média e no período pré-capitalista.....	3
1.1.2. No Brasil colonial.....	7
1.2. A evolução histórica do conceito de esquizofrenia.....	8
1.3. Aspectos clínicos das esquizofrenias.....	13
1.3.1. Epidemiologia.....	13
1.3.2. As controvérsias a respeito da etiologia da esquizofrenia.....	14
1.3.3. Aspectos psicopatológicos da esquizofrenia.....	18
1.3.3.1. Percepção.....	19
1.3.3.2. Pensamentos, humor e juízo.....	19
1.3.3.3. Afetividade.....	21
1.3.3.4. Motivação.....	22
1.3.3.5. Sintomas psicomotores.....	22
1.3.3.6. Outras manifestações.....	23
1.3.4. Principais formas clínicas da esquizofrenia.....	24
1.4. Curso, tratamento e evolução das esquizofrenias.....	24
1.5. Apresentação das esquizofrenias e o ambiente social.....	27
1.5.1. A família do paciente e as esquizofrenias.....	27
1.5.2. As relações da comunidade com os esquizofrênicos e seus familiares...	37
1.6. A psicologia médica.....	42
2. PRESSUPOSTOS.....	46

3. OBJETIVOS.....	48
3.1. Objetivo geral.....	49
3.2. Oobjetivos específicos.....	49
4. RECURSOS METODOLÓGICOS.....	50
4.1. Momentos históricos da pesquisa qualitativa.....	52
4.2. O método clínico-qualitativo.....	54
4.2.1. O método qualitativo.....	54
4.2.2. O método clínico.....	54
4.2.3. A validação em pesquisa qualitativa.....	55
4.3. Sujeitos da pesquisa.....	59
4.3.1. O tamanho da amostra.....	59
4.3.2. Considerações éticas.....	61
4.4. A técnica.....	62
4.4.1. Entrevista, entrevistas semi-dirigidas e as partes do instrumento.....	63
4.5. Os passos do trabalho de campo.....	68
4.5.1. Visitas prévias ao campo.....	68
4.5.2. Correções a partir das entrevistas preliminares.....	69
4.5.3. A seleção dos sujeitos.....	69
4.5.4. O convite.....	69
4.5.5. O rapport e o termo de consentimento.....	69
4.5.6. Identificação sócio –demográfica e ajustes na comunicação.....	70
4.6. Lidando com as categorias, os limites e as contradições.....	71
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	74
5. 1. Perfil sócio-biodemográfico da amostra estudada.....	75
5.2. Categorização dos dados das entrevistas.....	79
5.2.1. Esquizofrenia: uma doença sem nome.....	83
5.2.2. Quanto a fonte de informação.....	90
5.2.2.1. Pequena força da intervenção da equipe de saúde mental.....	91

5.2.2.2. Inadequação didática da apresentação da informação.....	92
5.2.2.3. Falta de empatia cultural e psicológica.....	95
5.2.2.4. Inexistência de um contato com a família.....	99
5.2.3. Etiologias.....	102
5.2.3.1. Hereditários e congênitos.....	104
5.2.3.2. Psicológicas.....	108
5.2.3.3. Comportamentos excessivos.....	114
5.2.3.4. Físicos.....	119
5.2.3.5. Relacionamentos.....	122
5.2.3.6. Sobrenaturais.....	123
5.2.4. Idade de aparecimento da doença.....	125
5.2.4.1. Idade e a gênese da esquizofrenia.....	125
5.2.4.2. A gênese da esquizofrenia ligada ao nascimento.....	126
5.2.5. As formas de tratamento citadas: entendendo a ordenação leiga.....	127
5.2.5.1. Formas de tratar a esquizofrenia.....	129
5.2.5.1.1. Remédios.....	132
5.2.5.1.2. Psicoterapia.....	135
5.2.5.1.3. Menções de outros tratamentos.....	139
5.2.5.1.3.1. Sujeição de espíritos.....	139
5.2.5.1.3.2. O valor do trabalho.....	140
5.2.5.2. Fatores de melhora.....	142
5.2.5.3. Fatores de piora.....	144
5.2.5.4. Futuro do paciente.....	150
6. CONCLUSÕES.....	156
7. ABSTRACT.....	160
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	163
9. ANEXOS.....	173

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Perfil sócio-bio-demográfico dos entrevistados.....	77
Quadro 2: Sexo e nível de escolaridade da amostra.....	78
Quadro 3: Categoria dos dados das entrevistas feitas com familiares.....	80
Quadro 4: As fontes e o nível de conhecimento obtido do nome da doença.....	91
Quadro 5: Causas atribuídas para a esquizofrenia.....	103
Quadro 6: As terapêuticas mencionadas e os acréscimos culturais feitos.....	130
Quadro 7: O futuro do paciente.....	152

RESUMO

ASPECTOS PSICOLÓGICOS E CULTURAIS DE FAMILIARES DE UM GRUPO DE PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS FRENTE À DOENÇA

Objetivos

Geral: Aferir e discutir elementos relacionados às informações, atitudes e crenças a respeito da esquizofrenia dentre 11 familiares de pacientes esquizofrênicos atendidos no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP. **Objetivos Específicos:** a) averiguar se os familiares estavam adequadamente informados sobre o diagnóstico nosológico, bem como sobre possível etiologia, curso, terapêutica e prognóstico; b) discriminar se as atitudes e crenças deles foram construídas a partir das informações médico-científicas e/ou elementos de fantasias pessoais ou ainda de elementos míticos e culturais; c) agregar material que pudesse ser útil aos profissionais de saúde mental no sentido de proporcionar melhor aconselhamento familiar bem como estimular a criação de associações dedicadas a trabalhar especificamente com famílias que tenham problemas parecidos.

Método: Clínico qualitativo com o uso da técnica de entrevistas semi-dirigidas de questões abertas. Foi entrevistada uma amostra quantitativamente não-representativa, numericamente definida por saturação, de 11 familiares de paciente esquizofrênico, selecionada de acordo com os seguintes critérios: 1) ser um parente próximo por pelo menos 1 ano que compartilhe da vida diária do paciente; 2) ser maior de 18 anos; 3) mostrar condições intelectuais-emocionais mínimas para a entrevista. O conteúdo das entrevistas foi categorizado levando em consideração tanto a frequência como a relevância das partes do discurso.

Resultados: 1) Os dados indicam que os profissionais de saúde do campo pesquisado não tinham por prática informar sobre as características da doença e nem sobre demais formas de tratamento além da medicamentosa; 2) os familiares não buscavam informações científicas em outras fontes (literatura médica, por exemplo) e não cruzaram os limites do âmbito mítico de compreensão da doença; 3) A maioria deles ignorava a

etiologia e o curso da doença; 4) a etiologia era atribuída frequentemente aos excessos de: estudo, prática religiosa, pesar, quedas, “choques” alimentares e outros elementos com conotações míticas dentro do meio cultural deles. 5) Os familiares davam importância ao uso de medicações quando elas eram eficazes desde o início dos atendimentos; sendo que quando os pacientes respondiam mal a eles, ocorria um fortalecimento de suas crenças místicas; 6) A psicoterapia não foi mencionada; 7) O aconselhamento familiar de como lidar com o paciente na vida diária bem como seu ajuste psicossocial eram escassos e inadequados.

Conclusões: É muito provável que os pacientes esquizofrênicos e seus familiares eram mal-conduzidos no campo estudado uma vez que elementos importantes como o aconselhamento familiar sobre a doença e as formas de tratamento eram negligenciados.

1. INTRODUÇÃO

1.1. ASPECTOS HISTÓRICO-CULTURAIS DA LOUCURA E DA ESQUIZOFRENIA

Entendo ser necessário fazer um resgate das formas de expressão e das reações culturais que a humanidade teve, ao longo dos séculos, frente ao fenômeno da loucura a fim de situar a esquizofrenia dentro do contexto histórico e cultural. Mas, preliminarmente, se torna necessário fazer algumas conceituações sobre “*cultura*” e “*esquizofrenia*”.

Para conceituar “*cultura*”, utilizo as palavras de MONDIN (1980). Ele diz que a cultura pode ser aludida como sendo os frutos adquiridos pelo homem mediante do exercício de suas faculdades, sejam espirituais ou orgânicas. Também é a forma da sociedade, e nela confluem e se cristalizam todas as atividades humanas, tanto as especulativas quanto as práticas, em todas as suas múltiplas manifestações. Ela se constitui numa pista importantíssima para descobrir o ser do homem, e através dela o homem transparece como um ser psico-físico, inteligente, livre, histórico e autotranscendente.

Por sua vez, a palavra *esquizofrenia* significa, etimologicamente, *mente dividida*. Defini-la com grande precisão ainda representa um desafio porque ela se apresenta sob formas clínicas variáveis e ainda se busca conhecer quais fatores etiológicos e desencadeantes estão implicados nela. Apesar disto, o diagnóstico tem sido feito satisfatoriamente e ainda se mostram válidos os tratamentos prescritos. (LOUZÃ NETO, 1995)

Normalmente, as culturas têm definido os esquizofrênicos como sendo “*loucos*” e por isso escolhi percorrer o caminho das relações estabelecidas entre certas culturas com o fenômeno da loucura.

Ao longo de toda a História, a loucura tem sido uma companheira inseparável do homem RESENDE (1990). FOUCAULT (1993) também comenta isto:

“... não existe cultura que não seja sensível, na conduta e na linguagem dos homens, a certos fenômenos com relação aos quais a sociedade toma uma atitude particular: esses homens não são considerados nem completamente como doentes, nem completamente como criminosos, nem feiticeiros, nem inteiramente como pessoas normais. Há neles algo que fala da diferença e chama a diferenciação”.

1.1.1. Na antiguidade, idade média e no período pré-capitalista

Encontramos abundantes referências aos loucos nos estudos etnográficos das sociedades chamadas primitivas, assim como, no Velho Testamento. Por exemplo, no Salmo 34, o personagem bíblico Davi, ao contemplar um demente sendo ridicularizado por crianças na rua, interpela a Deus:

“Senhor do universo, que vantagem pode ter o mundo na loucura? Quando um homem erra pelo mercado, rasga as suas vestimentas e sofre as zombarias das crianças, seria isto belo aos teus olhos?”

Vemos, então, que na Antiguidade e na Idade Média o louco gozava de um certo grau de “*extraterritorialidade*” sendo a loucura era essencialmente experimentada em estado livre, circulante e fazendo parte do cenário e linguagem comuns (FOUCAULT, 1975).

A doença mental era tida como uma questão largamente privada e basicamente determinada pelos costumes, sendo que o poder público só intervinha em assuntos de direito. Os tratamentos médicos na Grécia e Roma antigas permaneceram como fenômenos localizados, restritos a uns poucos abastados, contrariamente às práticas populares e mágico-religiosas amplamente difundidas. Neste contexto, as famílias de posse mantinham seus loucos em casa freqüentemente sob a guarda de um assistente especialmente contratado - os “*auxiliares psiquiátricos*” de outrora.

Aos pobres, contudo, era permitido vagar pelos campos ou pelos mercados das cidades, sendo a sobrevivência deles assegurada pela caridade pública ou pequenos trabalhos realizados para particulares. Inclusive, Foucault relata que, na América Colonial, os governos municipais costumavam remunerar aquelas famílias de lavradores que se dispunham a receber os loucos pobres não totalmente incapacitados para o trabalho. Isto parece ter sido um sistema precursor da chamada assistência hetero-familiar, proposta séculos mais tarde como parte do arsenal terapêutico psiquiátrico científico.

Por outro lado, já na época das sociedades pré-capitalistas, os limites de tolerância não eram tão altos e era possível avistar cenas de loucos errantes e sofrendo a violência dos transeuntes até mesmo por apedrejamento.

RESENDE enxerga que podemos encontrar explicação à relativa liberdade neste período no fato de não existirem muitos loucos: as populações eram reduzidas e a duração média de vida era menor. Isto não permitia que determinados transtornos, atualmente identificados como mais incidentes na idade madura e na velhice pudessem aparecer em proporção significativa. Além disso, o próprio conceito de doença mental era muito mais restrito que nos dias de hoje: limitava-se aos aspectos eminentemente exteriores da loucura, ao comportamento diretamente observável - ainda mais quando esse se constituía em estorvo para o ambiente familiar imediato e para a comunidade.

Para este autor, nas épocas pré-capitalistas existiam formas pouco discriminativas de organização do trabalho, que estavam baseadas na agricultura e artesanato para subsistência ou troca. Neste contexto, a aptidão e a inaptidão para o trabalho não era um critério importante na determinação do normal e do anormal, como viria a acontecer depois. O trabalho artesanal valorizava mais a individualidade e as diferenças, e conseqüentemente, os estados anímicos eram utilizados como meio de expressão variados daqueles sujeitos envolvidos na tarefa de produção.

Com a aproximação do fim do campesinato enquanto classe e o início do declínio dos ofícios artesanais é que a loucura assumiu um aspecto de *“problema social”* (RESENDE). O autor transcreve as idéias de Kofler sobre o aparecimento da manufatura em fins do século XV na Europa:

“o espírito de cálculo e lucro que desembocava na idéia de que se deve viver para trabalhar... a rotina artesanal baseada na tradição, a cômoda e agradável concepção do trabalho que ante o novo racionalismo aparecia como carente de disciplina, a atitude irracionalista ante o conceito de tempo e da vida resultaram em problemas gigantescos... Primeiramente foi necessário descartar um sentimento ainda profundamente arraigado, próprio tanto do homem rural como do urbano, de que a liberdade individual é incompatível com a subordinação a um processo de trabalho estritamente vigiado e

totalmente racionalizado que até aquele momento só era conhecido nos presídios e nas casas de correção... Nada mostra melhor o problema dos trabalhadores desta época de transição que o fato de que as cidades se regurgitaram de desocupados, mendigos e vagabundos enquanto se experimentava escassez de mão-de-obra" (KOFLER, 1971, apud RESENDE, 1990)

Tal situação também era presenciada no campo, com a adoção da prática do cercamento das propriedades, a dispersão dos dependentes feudais e a modificação dos métodos de cultivo da terra que colaboraram para espalhar muitos homens desesperados que, mais tarde, viriam a se tornar os assaltantes de estradas, os ladrões e os vagabundos.

Esta situação despertou ações repressivas à mendicância, à vagabundagem e à ociosidade, quer fossem voluntárias ou não. Na Inglaterra, o uso de troncos, surras com chicotes, colares de ferro, dentre outros métodos, se constituíram formas de punição; enquanto que na França os trabalhadores que abandonassem o trabalho eram caçados pelas forças armadas.

A idéia de tratar das pessoas com doenças mentais (ao invés de contê-las) não emergiu até o século XVIII. A Psicologia tinha sido deixada para os filósofos, e as leis das ciências comportamentais sequer tinham sido concebidas. Os médicos estavam restritos ao uso de remédios físicos e químicos que conheciam e a aplicação empírica no tratamento de outras doenças a partir do ofício prático. (KAPLAN, 1980)

Ao longo de séculos, o arsenal terapêutico esteve bem restrito a uns poucos procedimentos, tais como: a sangria, o exorcismo e a administração de eméticos. Além destes, também havia uma farmacopéia fantástica que tinha seus princípios fundamentados na alquimia medieval. Convulsões produzidas pela cânfora e a anestesia pelo éter também eram ocasionalmente usadas.

O tratamento de choque nos séculos XVIII e XIX consistia em rodar o paciente acomodado num assento até que ele perdesse a consciência ou derrubá-lo por um alçapão para dentro de um lago gelado. Podemos contrastar que estes tratamentos de choque de outrora - que enfatizavam a produção de medo e desconforto no paciente - são diretamente opostos à terapia moderna de choque fisiológico, na qual todo esforço é feito a fim de eliminar trauma psicológico. (KAPLAN, 1980)

O magnetismo animal (mesmerismo) que se tornou moda num curto período ao fim do século XVIII e início do século XIX, *provavelmente* não era usado com frequência no tratamento de psicóticos. Muito mais largamente aplicado era o tratamento moral dos psicóticos hospitalizados nos Estados Unidos durante os meados do século XIX sendo provavelmente uma abordagem efetiva dos pacientes esquizofrênicos daquela época. Ele se assemelhava, em muitos aspectos, ao contexto terapêutico e outras terapias sociais dos tempos de hoje.

RESENDE (1990) conta que as medidas legislativas de repressão se complementaram ao se criarem instituições, como as *Casas de Correção e de Trabalho* e a instituição que se convencionou chamar de *Hospital Geral*. É bom salientar que este último não tinha qualquer função curativa, servindo apenas para livrar as cidades dos mendigos e dos anti-sociais, proporcionando trabalho para os desocupados, punindo a ociosidade e reeducando para a moralidade mediante a religião e a moral.

FOUCAULT conta que, então, a loucura manifesta e loquaz foi varrida da cena social e destinada ao confinamento nos porões das *Santas Casas* e dos *Hospitais Gerais*, dividindo o espaço e recebendo os castigos com os demais deserdados¹.

Nesses lugares, os indivíduos insanos sofriam tratamentos “médicos” semelhantes à torturas - inspirados nos princípios da *Medicina Galênica* que preconizava serem as doenças resultantes de desequilíbrios entre os quatro humores do corpo. Assim, os tratamentos tinham a finalidade de livrar os doentes dos maus humores do corpo mediante técnicas de sangria até que eles tivessem uma síncope. Purgantes também eram-lhes ministrados até quando apenas água rala e muco lhes saíssem dos intestinos.

Tanto as idéias Iluministas, como os princípios da *Revolução Francesa* e a *Declaração dos Direitos Humanos* nos Estados Unidos, ao final do século XVIII, fomentaram reações contra as internações arbitrárias confinatórias de doentes mentais junto com os marginalizados sociais. Estes novos valores também se opuseram às torturas disfarçadas de tratamentos médicos.

¹ Na opinião de KAPLAN (1980), com o advento destas imensas hospitais para doentes mentais - nos quais a abordagem pessoal era impossível - o tratamento moral e seus ganhos terapêuticos se perderam resultando num vazio que persistiu por meio século até o avanço do tratamento por indução do coma hipotérmico concebido por Sakel e a correio-terapia de Meduna, em meados de 1930.

A ruptura da ordem feudal européia e a emergência do capitalismo mercantil criaram a necessidade de um “*novo*” homem - acabando por excluir os que não se ajustavam àquela nova ordem, banindo-os para as águas. Estes eram os mesmos que, depois, viriam a abarrotar os navios, cooperando para que ocorressem desembarques voluntários ou não destes desafortunados, nos portos. Estes desembarques colaboravam para perturbar a ordem nas cidades. RESENDE (1990)

1.1.2. No Brasil colonial

Enquanto que o cenário anterior retrata a maneira como ocorria a expressão da loucura na Europa, a trajetória histórica do louco no Brasil mostrou-se relativamente diferente da do europeu porque o Brasil Colônia tinha algumas peculiaridades em sua vida econômica e social.

No Brasil, desde início, o doente mental é visto desorganizando as cidades e ameaçando a paz social.

Porém, a época era de plena vigência da sociedade rural pré-capitalista e pouco discriminatória para as diferenças devido a fatores de época como: *a)* o tamanho das cidades e a posição destas como sendo ainda prolongamentos das fazendas; *b)* os centros de produção de tamanho um pouco mais expressivos, mas ainda do tipo doméstico e localizados em propriedades rurais autônomas distantes dos centros urbanos; *c)* a presença produtiva do escravo negro acompanhada da aversão do branco pelo trabalho; dentre outros.

O tratamento moral europeu foi tropicalizado: *1)* aos loucos pobres e mansos era permitido que vagassem pelas cidades, aldeias, campos sofrendo os motejos da criançada e se tornando objetos da caridade pública. Mas se fossem violentos ou indecorosos, eram recolhidos apenas temporariamente às cadeias, podendo ser ou não alvo de maus-tratos; *2)* O destino dos loucos de famílias mais abastadas era diferente: eles eram mantidos escondidos em seus próprios quartos ou em construções anexas para isso construídas. Caso se agitassem, eram contidos fisicamente ou amarrados. RESENDE (1990)

Não constituía prática brasileira as reclusões dos loucos. Nem mesmo *as Santas Casas de Misericórdias*, existentes desde os séculos XVI e XVII, contavam com os loucos como parte de sua clientela. Mas este quadro mudaria mais tarde.

Dessa maneira, RESENDE afirma que a loucura parece ter permanecido silenciosa por muito tempo no Brasil e suas manifestações diluídas na vastidão do território brasileiro.

Devido à própria organização social brasileira da época que era marcadamente bipolar (de um lado, os senhores e proprietários; e do outro lado, uma multidão de escravos), vai surgindo uma terceira categoria de pessoas que vão compor aquela camada marginal que não se ajustava a esta ordem econômico-social de produção. Essa camada era composta, conforme nos relata RESENDE (1990), de desocupados permanentes, de vagantes, e dos loucos.

Isto fez que eles fossem incluídos no rol de hóspedes das *Santas Casas de Misericórdia* onde eram amontoados nos porões, sem qualquer assistência médica, ficando entregues a guardas e carcereiros que os reprimiam, os punham em troncos e os espancavam quando deliravam e agitavam-se. Viviam condenados à morte por maus tratos físicos, desnutrição e doenças infecciosas. Estas entidades não conseguiam atender à demanda de loucos provenientes das ruas e dividiam-na com as prisões.

Neste momento, a história brasileira ganha as formas históricas da Europa relatadas por FOUCAULT (1989) e que foram denominadas por ele de “*O Grande Enclausuramento*”, se diferenciando do equivalente europeu apenas nas causas estruturais.

1.2. A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO DE ESQUIZOFRENIA

Feita essa revisão histórica, podemos nos concentrar nas maneiras pelas quais a Esquizofrenia foi conceituada e as denominações que recebeu ao longo das eras.

Por milhares de anos, o que é conhecido hoje como *Esquizofrenia*, tem fascinado tanto os médicos como os filósofos. Presente no mundo da cultura humana há séculos, ela não figurou sempre com esta denominação.

Tão longínqua no tempo quanto 1400 a.C. e registrada no *Ayur-Veda* dos hindus como uma doença trazida pelos demônios, a Esquizofrenia foi possibilitando que a humanidade deixasse vários relatos que acusavam sua presença desde os remotos tempos da história antiga. (KAPLAN, 1980)

No século I, o médico Aretaeus de Capadócia notou a diferença qualitativa entre pacientes sofrendo da então chamada “*mania*” e descritos como “*estúpidos e ausentes*” que provavelmente se igualaria ao que se denominaria, em tempos modernos, de *estorpor*. Pôde observar a deterioração das faculdades mentais e da personalidade em alguns de seus pacientes. De modo parecido, ele descreveu claramente síndromes paranóides, como delírios de terem sido envenenados, distanciamento, e preocupações religiosas, dentre aqueles denominados “*melancólicos*”,

Depois desse período, as esquizofrenias passaram, por mais de 1000 anos em meio à superstição e zelo religioso e muitos doentes foram acusados de estarem possuídos pelo diabo vindo até a serem queimados quando não confinados em jaulas nas péssimas condições de hospícios como o de *Bedlam* (Inglaterra) e *Bicêtre* (França). Nesse período, vemos que os esquizofrênicos eram banidos dos olhos públicos e ficavam virtualmente inacessíveis a estudos por parte dos clínicos e dos cientistas. (KAPLAN, 1980).

A prática do internamento designa uma nova reação à miséria. De modo mais amplo, um outro relacionamento do homem com aquilo que pode haver de inumano em sua existência.

Sob esta óptica, o pobre, o miserável, o homem que não pode responder por sua própria existência, assumiu no decorrer do século XVI uma figuração que a Idade Média não teria reconhecido.

Foi somente a partir de Kraepelin e Bleuler, que o conceito de loucura evoluiu por dois caminhos distintos: 1) busca de subsídios no substrato orgânico e hereditário; e 2) o ressaltar dos fatores psicossociais na gênese das esquizofrenias. SHIRAKAWA (1989)

Outra pessoa que fez uso do conceito de constituição organo-psíquica foi Kretschmer. Para ele, surge primeiro a variação do normal e depois vêm os estados psicopatológicos e psicoses; isto é, a esquizotimia, a esquizoidia e as esquizofrenias.

Kleist e Leonhard trilharam caminhos parecidos ao de Kretschmer ao classificarem as esquizofrenias como *endógenas, sistemáticas e unicamente hereditárias*. Eles também afirmam que quando, numa família, um mesmo quadro clínico com os mesmos traços prevalece reiteradamente, ela resulta de uma mesma doença genética. (KAPLAN)

Em 1838, Esquirol fez referência a quadros demenciais antes dos 25 anos de idade.

Griesinger criou uma polêmica no século XIX defendendo a idéia que vários psiquiatras tinham sobre as doenças mentais se deverem a doenças cerebrais contra aqueles outros que pensavam serem elas fruto de uma luta psicológica entre a liberdade e os obstáculos, pecado e culpa, e outras forças psicológicas.

A hereditariedade despontou como um dos fatores que se aliavam em favor das psicoses em geral, no início do século XIX, sendo Morel um dos importantes sustentadores deste ponto-de-vista.

Entre 1851 e 1853, primeira vez na história, Morel emprega a expressão “*demência precoce*” ao descrever um caso de desorganização do pensamento em um menino de 14 anos. Ele descreveu o quadro como sendo de:

“decadência cerebral da segunda idade, desde o acesso agudo, sobrevivendo com aparente benignidade até a fase final de dissolução psíquica, passando pela etapa intermediária de torpor e agitação.”

Para Morel, a “*demência precoce*” era uma afecção de natureza constitucional, dentro das chamadas “*loucuras hereditárias de existência intelectual limitada, com transição irremediável à idiotia.*”

Mais tarde, em 1871, Hacker descreveu uma síndrome que acometia jovens, com acessos sucessivos, enfraquecimento mental rápido, transtornos da linguagem e da escrita e maneirismos: a *hebefrenia*.

Já em 1874, Kahlbaum descreve a *catatonia* como um estado com características de enfraquecimento mental e transtornos de atividade muscular, caracterizado por rigidez, tensão e contratura, conseqüentes excessos sexuais, masturbação e estafa intelectual.

Finalmente, surge Kraepelin, reunindo sob uma única entidade nosológica uma série de psicoses: a *dementia praecox* - tomando por base os trabalhos de Kahlbaum, Hacker e Morel. Ele fez uso desta norma apesar da grande variedade de manifestações dessas psicoses, destacando o seu desenvolvimento relacionado ao aparecimento súbito no adolescente ou no adulto jovem, com evolução rápida para um quadro de indiferença, estereotipia e inatividade. Ele também apontou a 1) destruição da correlação ou harmonia interna da personalidade psíquica, com 2) preferente participação da vida afetiva e da vontade como sendo fatores que formam as características principais de todas estas síndromes. Outra contribuição importante que fez foi a de contrapor a *dementia praecox* às psicoses maníaco-depressivas (ciclotimias). (KAPLAN, 1980; SHIRAKAWA, 1989)

Kraepelin foi o primeiro a descrever o negativismo e os tipos *hebefrênico*, *catatônico* e *paranóide*. Posteriormente, aceitou a diferenciação de um quarto tipo, o *simples*.

Em 1913, Kraepelin diferenciou a *parafrenia*, separando-a da esquizofrenia, porque acreditava que não havia uma decadência da personalidade, da vontade e da afetividade, mesmo na fase avançada da doença.

Também Kraepelin atribuiu à etiologia a característica “*endógena*” (não devida a causas externas). Disse que o quadro era precoce quanto ao início, sendo importante para o diagnóstico, o critério evolutivo. SHIRAKAWA (1989)

Mesmo sendo Kraepelin quem escolheu o nome *dementia praecox* para salientar seu aparecimento precoce após a puberdade, as perturbações do pensamento, a “*imbecilidade*” e diferenciar este quadro da ciclotimia e da demência senil. Sabemos hoje, contudo, que isto não justifica totalmente o conceito da doença dado que e a perturbação das funções intelectuais são bastante distintas da demência no sentido mais estrito da psicossíndrome orgânica. (KAPLAN, 1980) De qualquer forma, a contribuição de Kraepelin foi importante porque ele colocou em ordem os conhecimentos da época, sintetizando todos os conceitos esparsos. (SHIRAKAWA, 1989)

Quinze anos mais tarde, uma nova definição foi elaborada por BLEULER (1960) ao introduzir a denominação *Esquizofrenia*, aceito atualmente.

As razões para esta mudança estão tanto 1) na *objeção contra o destaque do aparecimento precoce da doença e do processo de demenciação*; 2) a *complicação lingüística de termo dementia praecox*. As duas razões anteriores são tão importantes quanto o fato de Bleuler acreditar que as perturbações mais elementares da doença consistiam numa falta de unidade, numa divisão do pensar, do sentir, do querer e da sensação subjetiva da personalidade. Isto lhe valeu a sugerir que se falasse de uma demência de cisão, ou seja, *esquizofrenia*, mas **não no sentido de uma doença única e unitária chamada esquizofrenia, senão no sentido de um grupo de esquizofrenias.**

Bleuler contribuiu para a teoria das esquizofrenias especialmente identificando alguns distúrbios centrais como a *ambivalência*, o *autismo*. Deu sua contribuição também ao sintetizar o desenvolvimento descritivo da psiquiatria da época com o pensamento psicanalítico.

Para ele, *dementia praecox* ou grupo de esquizofrenias denominam um grupo de psicoses que se manifestam ora cronicamente ora em surtos, e que podem estacionar ou regredir em qualquer estágio, mas sem permitir um pleno *restitutio ad integrum*. Este leque de psicoses tem por características uma alteração do pensar, do sentir e do relacionamento com o mundo exterior do tipo específico, que não ocorre em outros casos.

Em todos os casos há uma divisão mais ou menos clara das funções psíquicas. Se a doença for acentuada, a personalidade perde a sua unidade. Às vezes a personalidade é um complexo psíquico, e outras vezes ela é um outro que representa a pessoa. Um complexo domina temporariamente a personalidade enquanto as outras representações ou grupos de tendências permanecem “separadas” e “inativas” (total ou parcialmente). (BLEULER, 1960; TÖLLE, 1981)

Surgiram críticas tanto a Kraepelin quanto a Bleuler. Um exemplo disto ocorreu em 1926 por Guirard e Ey:

“o grupo das esquizofrenias relacionado no conceito primitivo muito amplo de Kraepelin sob o conceito de demência precoce e ampliado ainda mais por Bleuler, aplica-se a tantas síndromes clínicas que, para englobar sob um critério único necessitaria de uma noção tão geral como o delírio ou mesmo a alienação mental em geral”. SHIRAKAWA (1989)

1.3. ASPECTOS CLÍNICOS DAS ESQUIZOFRENIAS

1.3.1. Epidemiologia

Dentro da população norte-americana, o risco de se ter pelo menos um episódio esquizofrênico foi estimado em cerca de 1%, segundo KAPLAN & SADOCK (1985).

Outros autores como Sartorius, usando taxas de incidência encontradas em estudo multicêntrico², partiram do pressuposto que a incidência por faixa etária deve se manter constante no tempo e que o risco mórbido pode, portanto, ser calculado através da soma das taxas de incidência na diferentes faixas de idade. Dessa maneira, para uma população de 15 e 54 anos o risco de se ter pelo menos um episódio esquizofrênico para o grupo “amplo”³ ficou entre 0,53% e 1,74%, e para o tipo “restrito”⁴ ficou no intervalo entre 0,29% e 0,55%. (MARI, 1989)

2 Realizado em 13 áreas de captação, em 10 países diferentes envolvidos num sistema de vigilância prospectiva visando identificar casos novos de esquizofrenia em todos os serviços médicos e sociais por um prazo de dois anos.

3 Um dos tipos, na investigação epidemiológica, de pacientes que se enquadravam nos critérios de CID-9; outros diagnósticos sugestivos de esquizofrenia tais como estados paranoíacos, psicose-reativa, e psicose não especificadas, ou pacientes que apareciam nas classes S, P e O, denominado de critério “amplo” do programa de computador CATEGO, que origina classes sincrônicas e diagnósticos pela CID 8.

4 O outro tipo (ver nota número 2) de pacientes que só apresentavam sintomas S+ no CATEGO.

Para todos os efeitos, as esquizofrenias têm uma importância significativa como transtorno mental porque acredita-se que cerca de 1% da população tenha esquizofrenias e uma parcela significativa deste número sofra de um curso crônico da doença.

Por exemplo, nos Estados Unidos, apenas no ano de 1971, estimou-se que 250.000 pacientes foram hospitalizados por esquizofrenia. Se a este número acrescentarmos os *casos não-diagnosticados*, os *pacientes não tratados* e aqueles outros *pacientes que foram tratados ambulatorialmente*, a população total de esquizofrênicos aumenta para 500.000 pessoas.

Enquanto que os dados anteriores exemplificavam a situação norte-americana, pode estar perto de 4 milhões de casos novos de esquizofrenia dentre a população mundial por ano perfazendo um total de 10 a 12 milhões de esquizofrênicos no planeta.

Freqüentemente, as esquizofrenias acometem jovens adultos e podem produzir incapacidades severas durante o período mais criativo e produtivo da vida de uma pessoa, podendo-se dizer que dura a vida toda. (LOUZÃ NETO, 1995; KAPLAN, 1980). Em termos da faixa de idades mais acometidas, a incidência é mais acentuada na faixa etária de 20-29 anos tanto para homens como para mulheres. (MARI, 1989) Conseqüentemente o custo econômico torna-se alto dado a incidência da doença na população e o fato de que dois terços deste custo se dever à perda da produtividade. Já o custo social desta doença não pode ser expresso monetariamente.

A incidência de esquizofrenias, muito provavelmente, é a mesma em ambos os sexos (MARI, 1989).

1.3.2. As controvérsias a respeito da etiologia da Esquizofrenia

Desde os tempos mais remotos da história da humanidade, muitas teorias foram construídas para servirem como modelos explicativos para a gênese das esquizofrenias.

Elas vão desde a interferência de demônios ou espíritos maligno ou como sendo meio da expressão da punição dos deuses até mesmo como sendo o resultado de fatores físicos na forma de vapores e pressão sobre o cérebro.

No século XVIII, George Stahl introduziu a idéia de *força vital*.

No século XIX Heinrich Neumann sugeriu que a insanidade é devida a uma “perda de agregamento”.

Todos estes conceitos indicam uma consciência primitiva sobre a importância dos papéis que os fatores dinâmicos e as relações interpessoais desempenham nos transtornos psicóticos.

Muito mais contemporaneamente, temos os estudos biológicos que relacionam as esquizofrenias com anormalidades estruturais ou funcionais do sistema nervoso. (SHIRAKAWA, 1989)

Estudos com tomografia computadorizada, revelando alargamento dos ventrículos e atrofia cortical, em um subgrupo de pacientes esquizofrênicos crônicos, levaram Crow (1980-1985) a formular hipótese de que as esquizofrenias podem ser consideradas compostas por duas síndromes independentes: *A síndrome tipo I* - caracterizada por delírios, alucinações e desordens do pensamento, com boa resposta ao tratamento neuroléptico e possivelmente devida a um aumento do número de receptores dopaminérgicos; e a *síndrome tipo II* - caracterizada por embotamento afetivo, retirada social, conteúdo pobre do pensamento (ou *sintomas negativos*⁵) com pouca resposta aos neurolépticos e possivelmente devida a perda de células e alteração estrutural do cérebro. Para Crow a *Síndrome tipo I* é devida a uma hiperfunção dopaminérgica e a *Síndrome tipo II* é devida a alterações estruturais do cérebro.

Um segundo caminho na busca da etiologia da esquizofrenia que segue a trilha aberta por Bleuler, aceita a existência de uma causa desencadeante fisiogênica, ao admitir as reações da personalidade ao processo mórbido, dá margem às teorias psicodinâmicas a respeito. Assim, enquanto que, de um lado, Minkowski (1922) falou em “*perda do contato vital com a realidade*”, por outro, Melanie Klein insistiu na existência da “*mãe esquizofrenogênica*” e Bateson na teoria do “*duplo-vínculo*”.

⁵ Ao contrário dos sintomas positivos que são decorrentes de uma distorção no funcionamento normal das funções psíquicas e compreendem os delírios, as alucinações, e desorganização do pensamento; os sintomas negativos são considerados consequência da diminuição ou perda das funções psíquicas e incluem a diminuição de afetividade e da motivação, a pobreza de discurso e o retraimento social. (LOUZÁ NETO, 1995)

Laing e outros autores da antipsiquiatria foram mais longe e chegaram a negar que a esquizofrenia existisse como uma doença ao sustentarem que ela é um produto de relações entre pessoas em um sistema social que gera e desenvolve esquizofrênicos assim como consegue gerar e desenvolver psiquiatras.

Adolph Meyer, psiquiatra suíço que se radicou nos EUA em 1892, reafirma a importância do mental ou fatores psicológicos na etiologia das esquizofrenias, e acabou influenciando americanos como Sullivan, Bellack, Ariety e outros que ressaltam a psicogênese das esquizofrenias. Em parte como resultado desse interesse, o diagnóstico das esquizofrenias se ampliou tanto nos Estados Unidos até ao ponto em que exigia uma revisão, como a que foi feita em 1972, por Cooper. Ele comparou o diagnóstico em Nova York e Londres e influenciou a criação de critérios como o St. Louis (Freighner), o RDC de Spitzer, Endicott e Robins, o DSM-III e outros nos EUA e o PSE, de Wing, Cooper e Sartorius na Inglaterra.

Décadas atrás existiam modelos de transmissão da esquizofrenia puramente ambientais, tais como: a superproteção, rejeição, crueldade de mães esquizofrenogênicas, educação que impedisse a criança de se socializar, integrar a cognição ou controlar a ansiedade. Atualmente, contudo, a hereditariedade da esquizofrenia tem sido consistentemente calculada em algo como 70% (FROTA-PESSOA, 1989). Segundo este autor, os efeitos do ambiente combinam-se com os genes, marcando certo nível de vulnerabilidade para cada pessoa, o qual oscila durante a vida, refletindo as variações dos estressores ambientais. O desencadeamento ocorre quando eles ultrapassam certo limiar que separa a saúde da doença por qualquer fator ambiental importante e brusco.

Ainda segundo FROTA-PESSOA, esta herança se explica por um modelo monogênico, poligênico ou ainda um modelo misto. O modelo que mais tem se mantido é o poligênico. Assim, o determinismo da esquizofrenia é multifatorial e poligênico, restando a possibilidade de que um ou poucos dentre os poligenes tenham efeito mais pronunciado (1989).

Assim, vemos que ao longo do tempo, estabeleceu-se uma disputa constante entre diversas escolas de pensamento opostos: de um lado as escolas somatogênicas e do outro as que eram de argumentação psicogênicas.

No entanto, a grande pergunta ainda existe: *seria o transtorno mental constitucional e geneticamente/fisicamente determinado, ou seria adquirido através de experiências traumáticas na primeira infância ou depois?* (KAPLAN, 1980)

Atualmente, a comunidade científica se vê impedida de responder a estas questões pois muito ainda carece de ser descoberto a respeito da esquizofrenia. Entretanto, é possível, confiantemente, descartar modelos etiopatogênicos baseados tanto na ilusão da causa única, como na ilusão do encadeamento. Enquanto o primeiro aborda uma questão psicopatológica de maneira ingênua porque crê que os sintomas ou as doenças mentais reconhecem uma única causa produtora ou desencadeante. Já o segundo modelo, nada mais é que uma variação da anterior, onde uma causa atua sobre um determinado corpo e produz efeitos que, por sua vez, se transformarão em estímulos para outros corpos, e assim sucessivamente. Esta concepção equivale à ilusão da causa única mecanicamente potencializada. (KUSNETZOFF, 1982)

Embora os riscos de erros sejam menores, a múltipla causalidade se mostra insuficiente na tentativa de explicar a complexidade fenomenológica mediante uma extensa gama de causas que atuam em diferentes ângulos e em diversas direções, incidindo sobre determinado corpo. Como resultado, haveria um somatório das forças intervenientes. De mesma sorte é o modelo de feedback ou de causalidade de ação recíproca (um aperfeiçoamento do tipo anterior). (KUSNETZOFF, 1982)

Talvez a esquizofrenia surja a partir de diversas etiologias: umas puramente genéticas, outras adquiridas ou desenvolvidas socialmente. Em muitos casos, provavelmente devido à combinação de fatores genéticos e ambientais. Essas etiologias diferentes operam possivelmente através de mecanismos neuroquímicos e psicobiológicos até resultar no espectro clínico do distúrbio. (SHIRAKAWA, 1989) E, de um ponto de vista mais pragmático, quaisquer que sejam as causas do aparecimento das esquizofrenias, as drogas neurolépticas que surgiram na década de 50 deste século trouxeram ganhos

importantes, particularmente no controle das manifestações esquizofrênicas. (SHIRAKAWA, 1989)

Apesar da firme crença de Freud (compartilhada pela maioria dos psicanalistas de outrora) de que a psicoterapia não poderia ser eficaz no tratamento das esquizofrenias, tem sido demonstrado no passar das últimas décadas não só que a psicoterapia é possível para esquizofrênicos como também é eficaz e proporciona novos *insights* vitais quanto à complexa psicopatologia do paciente esquizofrênico. (SHIRAKAWA, 1989)

Existem várias conceituações das esquizofrenias com variados alcances. O quadro clínico pode ser modestamente entendido como sendo um fim homogêneo para aquilo que se iniciou por trajetórias psicossociais diferentes. Assim, neste trabalho, mesmo preocupando-me em estudar alguns parentes de esquizofrênicos (e não a esquizofrenia em si), o pano-de-fundo de minha abordagem da doença vai ser a de uma síndrome com causa, curso, quadro, resposta a tratamento e patogenia heterogêneas.

1.3.3. Aspectos Psicopatológicos da Esquizofrenia

A maneira como fazemos o diagnóstico das esquizofrenias nos tempos atuais, baseia-se fundamentalmente nos trabalhos de Kraepelin, Bleuler e Schneider. (LOUZÃ NETO, 1995) Essa maneira de entender passa pelos diversos tipos de sintomas que os doentes apresentam e que podem variar de pessoa para pessoa como também ao longo da evolução da doença na mesma pessoa.

A *Classificação Internacional de Doenças – 10* (CID-10, 1993) é o protocolo de classificação de transtornos mentais publicado pela Organização Mundial de Saúde, órgão da Organização das Nações Unidas, e se constitui no protocolo mais utilizado em todo o mundo atual.

Apesar de sua boa sistematização, ela contém inúmeras referências conceituais. Procurando evitar dar uma ênfase demais exagerada aos aspectos psicopatológicos, além de transcrever os critérios da CID-10, resolvi tentar aclarar esses conceitos incluindo obras de outros autores para melhor compreensão por parte do leitor menos acostumado ao discurso psicopatológico.

Nas esquizofrenias existem distorções importantes e características tanto do *pensamento* como da *percepção*. O *afeto* também se mostra inadequado ou embotado. A *consciência* usualmente se mantém clara e esporadicamente existem déficits *cognitivos*. As funções mais afetadas seriam, então, aquelas que transmitem senso de *individualidade*, *unidade* e *direção* de si mesmo.

1.3.3.1. Percepção

A *percepção* pode se apresentar perturbada (cores e sons são percebidos mais vividamente). Quando estas percepções ganham uma qualidade usualmente sinistra e auto-referente, dá-se o que se costuma denominar de *perplexidade* e que é mais comum no início da doença. São comuns as *alucinações* (principalmente as auditivas).

Ocorrem percepções irrealis dos órgãos dos sentidos. As alterações de tipo *auditivo* são mais frequentes, e o paciente diz que ouve vozes (uma ou várias diferentes) que lhe dão ordens ou falam a respeito dele, conversando entre si, quando está sozinho e não há ninguém perto, podendo ser inclusive de pessoas conhecidas que estão a quilômetros distantes do paciente. Alucinações de tipo *olfativo*, *visuais* e de *tato* também ocorrem embora sejam mais raras. (TÖLLE)

1.3.3.2. Pensamentos, humor e juízo

Os *pensamentos*, *sentimentos* e *atos* mais íntimos são sentidos como conhecidos e partilhados por outros ao ponto em que delírios explicativos possam incluir a suposta influência de forças naturais ou sobrenaturais sobre a direção do pensamento e ações do paciente. Muito importante é o fato do paciente ver-se a si mesmo como o pivô de tudo o que acontece (auto-referência). Fatos comuns e aspectos irrelevantes de um conceito total que na atividade normalmente dirigida estariam num segundo plano, ganham importância fazendo com que o pensamento (muitas vezes interpolado e interrompido em seu curso) se torne vago, elíptico e obscuro e a sua expressão oral, algumas vezes incompreensível.

A desorganização dos pensamentos pode ocorrer, sendo que as frases não se juntam umas com as outras, e o resultado é uma conversa desconexa, sem sentido para os interlocutores. *Neologismos* podem ocorrer expressando objetos específicos de seus *delírios* ou *alucinações*. O raciocínio lógico fica prejudicado. (TÖLLE, 1981)

Não são raros os *pensamentos incoerentes*, que se evidenciam pelo desaparecimento da conexão entre os diversos pensamentos. Elas podem ir da alteração ligeira do pensamento saltante, passando pela esquizofasia, à incoerência marcada da “*salada de palavras*”. Por vezes aparece a *aceleração do curso do pensamento*, que se evidencia pela sucessão ininterrupta dos pensamentos. A *linguagem* é artificial, caprichosa, patética, vazia, vacilante, imprecisa ou prolixa; são freqüentes as *repetições rítmicas*, ou o versejar através de associações fonéticas. dá-se uma ativação de mecanismos funcionais subconscientes, ativação que se interpreta como repressão: *contaminação verbal*, *deslocamento* e *pensamento simbólico* - análogas ao psiquismo arcaico dos primitivos – mas que ganha mais sentido à medida que se conhece o mundo do paciente. (SPOERRI, 1979)

As idéias delirantes são incluídas no distúrbio de pensamento. Quando o delírio é observado de fora, parece ser sem sentido, mas o conhecimento de cada caso permite compreender em parte o seu desenvolvimento. O delírio muitas vezes é uma tentativa de cura, de novamente se orientar no mundo psicótico. Quando ele aparece, o doente, muitas vezes, tranquiliza-se.

Nas esquizofrenias agudas o *humor delirante*, ambíguo e inquietante, constitui o substrato em que o delírio se engendra (como percepção ou idéia delirante). Já o *delírio explicativo* serve para interpretar alucinações enigmáticas. O *delírio primário* forma-se diretamente, de maneira autóctone (conquanto também sobre a base do humor delirante). Existem vários tipos de delírios: delírios de referência, delírios de influência, delírios de interpretação, delírios de perseguição, delírios de grandeza, delírios de ciúmes, delírios de envenenamento e delírios de falsos reconhecimentos (SPOERRI, 1979).

Podemos encontrar pensamentos ou idéias que não correspondem à realidade, ou seja, o doente começa a acreditar que estão acontecendo coisas à volta dele, quando na realidade estas coisas não ocorrem. A este fenômeno, chamamos de *perda do juízo de realidade*. Os temas dos delírios não costumam ser plausíveis, mas sim bizarros, sendo que o paciente neles acredita piamente, não conseguindo modificar suas idéias mesmo após exaustiva demonstração da impossibilidade das mesmas. (TÖLLE, 1981)

1.3.3.3. Afetividade

Muitos perdem a capacidade de reagirem afetivamente aos acontecimentos, tornando-se indiferentes a todos que estão a sua volta, caracterizando um *embotamento afetivo*. Não reagem aos estímulos afetivos do ambiente, não mostram expressão afetiva, ficam “vazios” de emoções, frios, apagados. O esquizofrênico não se abre, nem é acessível, afetivamente. Vive num mundo particular e parece cercado por um muro de cristal. Devido à retenção emocional, o paciente parece rígido, com escassa modulação afetiva. Os estados defectuais apresentam-se, do ponto de vista afetivo, vazios e desérticos. (SPOERRI, 1979; TÖLLE, 1981)

Igualmente, a *incongruência dos afetos* pode ocorrer: a reação afetiva pode não corresponder ao contexto. Uma forma de incongruência é a *paratimia* e a *paramimia*. Na primeira, recebendo uma notícia triste, o paciente reage com alegria; e na segunda, mesmo experimentando ansiedade, o doente ri ou parece indiferente. Muitas vezes, sua afetividade é pueril, levando o paciente a se portar como criança, embora já seja um adulto. (SPOERRI, 1979; TÖLLE, 1981)

Outras duas formas de distúrbio da afetividade que seriam o *humor básico* (ou *clima esquizofrênicos*) e os *raptus*. (SPOERRI) No caso do *humor básico*, o humor global é do tipo oniróide, resultante de vivências incompreensíveis (falta a obnubilação propriamente dita) e o olhar do paciente é ausente, sonhador, dirigido para longe. Já os *raptus*, seriam as irrupções de ansiedade ou beatitude imotivadas - mais comuns nas psicoses agudas. Os impulsos anormais repentinos e atos incompreensíveis em curto-

circuito (viagens sem motivo, exibicionismo, assassinato) também são elencados por SPOERRI como sintomas que podem sugerir a suspeita de esquizofrenia quando há ausência do afeto correspondente.

1.3.3.4. Motivação

Com a perda da vontade, o paciente não tem impulso suficiente para enfrentar as tarefas do dia-a-dia, faltando-lhe ânimo para tudo. Fica apático, quase não conversa, fica isolado e retraído socialmente e torna-se necessário que alguém insista e o mande desempenhar as mais simples tarefas.

1.3.3.5. Sintomas psicomotores

Mais comuns no subtipo catatônico das esquizofrenias, quase sempre são marcados pelo aspecto de *automatismo*, isto é, atos que se executam sem o concurso da vontade. Nem todos apresentam alterações da motricidade, mas alguns podem ficar parados, sem movimentação espontânea, com posturas estranhas, sem falar ou andar. Num extremo estaria os que ficam parados como “estátuas” (*catalepsia*), e no outro, aqueles que ficam agitados (*agitação catatônica*) e não conseguem parar de se movimentar, falando e gesticulando bastante, sem propósito algum ou apresentando um desejo incontrolável de falar, comer, cometer atos violentos, rasgar as roupas, por exemplo. Outra manifestação sintomática poderia ser a do *negativismo* (o paciente executa automaticamente o contrário do que lhe é ordenado - se lhe estendem a mão, retira a sua, por exemplo). A *ecolalia* e *ecopraxia* (repete “como num espelho” tudo quanto vê e ouve). Elas podem integrar sintomas motores. Semelhantemente para as *estereotipias* (como quando faz movimentos absurdos e “no vazio”, *maneirismos* (como quando dá a mão mantendo sempre a mesma posição, podendo se estender ao afetamento no falar, *caretas* (esgares sem sentido) , *focinho catatônico* (projeção dos lábios para diante), *movimentos extravagantes* (gestos e esgares semelhantes aos dos palhaços) , *atos compulsivos* (também se produzindo como automatismos). (SPOERRI, 1979; TÖLLE, 1981)

1.3.3.6. Outras manifestações

Alguns pacientes ficam ensimesmados (voltados para si mesmos), como se vivessem num mundo próprio, somente deles, o que denominamos de *autismo*. Outros mostram-se desconfiados de tudo e de todos, suspeitando de qualquer evento corriqueiro que aconteça ao seu redor. Acham que qualquer coisa corriqueira que acontece refere-se especificamente a eles. Às vezes, pode ocorrer ambivalência de sentimentos ou vontades ao mesmo tempo, gerando angústia e perplexidade. As faculdades da *atenção* e a *concentração* se mostram com dificuldades, a memória pode se mostrar afetada, e podem se mostrar desorientados em relação ao tempo e o local. *Excentricidades* e *bizarria* podem se manifestar no comportamento: podem trocar o dia pela noite, utilizarem roupas diferentes, vagarem pelas ruas, descuidarem-se da higiene e cuidados pessoais.

O *humor* é caracteristicamente superficial, caprichoso ou incongruente. A *volição* perturbada e ambivalente aparece como inércia, negativismo ou estupor. A *catatonia* pode estar presente.

Os sujeitos esquizofrênicos continuamente se adaptam às mudanças de natureza interna como externa e, desta maneira, seu organismo alcança um estado estável no qual as variáveis necessárias para a continuidade da existência são o mais possível otimizadas. O sucesso que o organismo tem ao se adaptar a uma nova situação pode não se igualar ao nível adaptativo anterior e esta falha representa um custo expresso por um déficit residual. Mudanças ulteriores exigirão alterações futuras do organismo a fim de alcançar uma nova adaptação. Do mesmo modo, a realidade clínica das esquizofrenias demonstram exatamente este panorama variável. O transtorno de pensamento que se manifesta em uma asserção pode estar ausente na fase seguinte. As alucinações são intermitentes. Há uma constante inconsistência. A partir desta perspectiva, a síndrome pode ser entendida como um esforço em se adaptar a uma experiência grandemente alterada tanto da realidade interna como da realidade externa. (KAPLAN, 1980)

1.3.4. Principais Formas Clínicas da Esquizofrenia

LOUZÃ NETO (1995) afirma que ainda que sejam inúmeros os sintomas e as manifestações da esquizofrenias e eles variem dentre os pacientes (e até mesmo num único paciente), é comum que se delineie alguns subtipos clínicos das esquizofrenias, dado que os sintomas tendem a se agrupar de modo semelhante. De forma bem sintética, os principais subtipos clínicos são:

Paranóide - É considerado o subtipo mais freqüente e o início da doença costuma ser mais tardio que os demais subtipos. Nele, há o predomínio de delírios e alucinações.

Catatônica - Diferencia-se, principalmente, pelas alterações da motricidade, que pode mostrar-se diminuída ou aumentada.

Hebefrênica ou *desorganizada* - Ocorre o predomínio de distúrbios da afetividade, comportamento pueril e desorganizado. Inicia-se mais cedo e tende a ter uma evolução mais grave.

Simples - É rara e se caracteriza por uma deterioração gradual e progressiva da personalidade, sem que ocorram outros sintomas mais proeminentes da doença.

Residual - É o estágio crônico da doença, depois que o paciente teve um ou mais episódios e apresenta principalmente sintomas negativos.

1.4. CURSO, TRATAMENTO E EVOLUÇÃO DAS ESQUIZOFRENIAS

O início da doença pode ser *agudo* (com comportamento seriamente perturbado) ou *insidioso* (com desenvolvimento gradual de idéias e condutas estranhas). Outra forma de início é aquele em que a doença surge *por sintomas prodômicos inespecíficos* (fase pré-mórbida de tipo depressivo ou pseudoneurastênico). O início é mais tardio para as mulheres. (SPOERRI, 1979)

Segundo o mesmo autor, o **curso** tem grande variação mas invariavelmente é crônico ou deteriorante. Pode ser do tipo *crônico-progressivo*, ou por *surtos agudos* que às vezes ocorrem periodicamente e que duram de dias a anos. Mesmo que seja um surto único e específico, existe a probabilidade de ocorrerem outros surtos e quanto menos tempo tiver passado entre o primeiro e o próximo, menor será o risco de recidiva. É raro o fim de um surto terminar em cura completa; mais comum é ocorrer a cura meramente social.

Mais freqüentemente, os processos esquizofrênicos levam ao *a) estado defectual* (quando a personalidade está perturbada e é possível notarmos a diminuição dos interesses, contato escasso e comportamento autístico-alienado, caprichoso e extravagante) ou *b) à demência esquizofrênica* (ou *estado terminal*, caracterizada pela baixa geral do nível da personalidade, com perda parcial de impulsos e interesses e também pela indiferença afetiva).

É comum afetar de forma desigual os setores da personalidade, sendo chamada de “*relativa*” quando se manifesta naquelas funções psíquicas que, por força do autismo e da catatonia, já não se encontram “*à disposição*” da pessoa.

Qualquer que seja o tipo de demência, raramente é reversível e deve ser rigorosamente diferenciada da autêntica demência orgânica.

Existem características que podem influenciar o bom ou o mau **prognóstico** das esquizofrenias (KAPLAN, 1993).

Dentre os fatores que influenciam um *bom prognóstico* podemos mencionar: início tardio da doença, fatores desencadeantes óbvios, início agudo, boa história social, sexual e profissional pré-mórbida, sintomas afetivos (especialmente depressão), casado, história familiar de transtorno de humor, bons sistemas de apoio, sintomas positivos.

O *mau prognóstico* estaria relacionado aos seguintes fatores: início precoce, ausência de fatores desencadeantes, início insidioso, fraca história social, sexual e profissional pré-mórbida, comportamento retraído e autista, solteiro, divorciado ou viúvo, história familiar de esquizofrenia, fracos sistemas de apoio, sintomas negativos, sinais e sintomas neurológicos, história de trauma perinatal, ausência de remissão em três anos, muitas recaídas e história de agressividade.

Assim, de maneira bastante sucinta, podemos dizer que o prognóstico das esquizofrenias pode ser visto segundo a seguinte regra: *curso agudo e ondulante, bom prognóstico; curso progressivo, mau prognóstico*. (SPOERRI, 1979)

O autor afirma que num primeiro surto agudo cura-se 50% dos casos. O prognóstico é tanto mais favorável quanto mais se assemelhar ao quadro da reação exógena de estado e quanto mais nele predominarem os traços maníacos ou depressivos, bem como os fatores psicorreativos; e que Bleuler dá um diagnóstico definitivo dos casos em 25% de cura, 50% de defeitos e 25% de demência.

Até o ano de 1952 quando se verificou a atividade antipsicótica da clorpromazina (por Delay e Denicker) não restava à maioria dos pacientes psicóticos outra alternativa a não ser a reclusão, praticamente definitiva, em hospitais. Mesmo que esses medicamentos não sejam capazes de curarem a esquizofrenia e nem sejam igualmente efetivos em todos os sintomas⁶, eles possibilitaram que os pacientes pudessem ser acompanhados fora dos macro-hospitais, passando a serem atendidos dentro de serviços como as unidades psiquiátricas de hospitais gerais, unidades de semi-hospitalização, ambulatórios e centros comunitários. Outras contribuições dos antipsicóticos diz respeito à abreviação do tempo das internações, a redução do número de reinternações, a diminuição das reagudizações e, portanto, ao menor número de seqüelas psicológicas e sociais decorrentes dessas práticas. (ZUARDI, 1989)

Porque a esquizofrenia tem uma multicausalidade existe a possibilidade de se oferecer diferentes modalidades de **tratamento**. É bastante comum a associação de terapêuticas (associar a farmacoterapia com a psicoterapia como coadjuvante, por exemplo).

No âmbito dos atendimentos em saúde, o uso de psicoterapia no tratamento de esquizofrênicos neutraliza a queda das funções psíquicas globais, a tendência ao isolamento e conseqüente rebaixamento da atividade pragmática, ainda que isto não evite provavelmente outro surto. (GUIMARÃES, 1989)

⁶ Em alguns pacientes não produzem qualquer resposta terapêutica.

Segundo GUIMARÃES, pode ser feito uso de psicoterapia de base analítica (sem todavia realizar as condições de um tratamento psicanalítico rigoroso) porque o tratamento psicanalítico estrito é contra-indicado em qualquer estágio da esquizofrenia. Dentro desta modalidade psicoterapêutica, a melhor opção seria possibilitar um contato direto face-a-face, para o terapeuta servir melhor de ponte entre o paciente e a realidade a partir de sua imagem real e não-virtual.

Ainda no âmbito dos atendimentos em Saúde, também têm sido desenvolvidas algumas experiências bem sucedidas envolvendo o treinamento do corpo de funcionários no sentido de criar um ambiente com menor grau de exigência, a incorporação gradual de expectativas, a criação de um ambiente suportivo, calmo de internação. Desta forma, tem-se reduzido consideravelmente o nível de stress ambiental dentre os pacientes esquizofrênicos. (RANZ, J. M., HOREN, B. T., McFARLANE, W. R. et. al., 1991; VAN HAMMOND T. & DEANS, C.)

1.5. APRESENTAÇÃO DAS ESQUIZOFRENIAS E O AMBIENTE SOCIAL

1.5.1. A Família do Paciente e as Esquizofrenias

Antes de vermos como a esquizofrenia é entendida no meio familiar temos que tecer algumas considerações gerais sobre como a família habitualmente enfrenta as doenças mentais em seu meio. Isso pode se dar através de seis perspectivas, por exemplo: 1) pessoal, 2) pluripessoal, 3) familiar, 4) do ponto de vista médico, 5) do ponto de vista bioquímico, e 6) do ponto de vista psicológico. (BERENSTEIN, 1988)

O autor acredita ser nosso dever indagar o critério de saúde e doença a partir de um dos seus vértices: o vértice da tentativa de deciframento da natureza da mensagem transmitida por uma família com um dos integrantes sofrendo de doença mental. Esta mensagem conteria a expressão de um intercâmbio a nível do sistema familiar, que se apresenta complexo, cheio de meandros, mas em todo caso enquadrado dentro dos princípios gerais desse intercâmbio afetivo.

Isso porque cada doente mental coloca uma interrogação; mas não somente isso: quando uma família tem um integrante com uma doença mental, isto pode ser considerado como uma mensagem. Assim, estamos tentando estabelecer uma relação entre família e doença mental na qual não é possível entender as peculiaridades de um dos termos sem relacioná-los ao outro. (BERENSTEIN, 1988)

Ele acredita que geralmente, quando aparece uma crise no funcionamento mental de uma pessoa, os elementos de seu grupo familiar se definem como “*sadios*” em oposição ao integrante definido como “*doente*”. Também alega que o grupo familiar não consegue perceber o código de valores a partir do qual outorga o significado de um comportamento como sendo sadio ou doente.

Esta oposição saúde/doença não questiona o código de valores, por considerá-lo absoluto, válido e natural. Tampouco questiona a percepção distorcida dos seus membros a partir do próprio código de valores, optando por seguir as diretrizes das normas sociais que são adaptadas ao critério vigente, concluindo-se daí que se as condutas normais são aquelas que a sociedade considera como tais de acordo com uma norma.

Outro critério de saúde é a da adaptação ou adequação às normas familiares e sociais. E, para que possamos entender o desvio das normas, é necessário que nós a conheçamos e possamos estabelecer relações de valor entre o que se considera a adaptação e a desadaptação a essas normas.

Todos esses critérios deveriam ser explicitados não só pela informação derivada da forma e conteúdo da doença mental, mas pelo conhecimento exaustivo da unidade familiar dentro da qual se inscreve o doente mental.

Este autor acredita que, freqüentemente, nos deparamos com normas que proíbem este conhecimento e que somente a partir de um esforço de reconstituição do contexto no qual a doença mental adquire sentido, é que podemos lhe dar significado apropriado como mensagem inconsciente. Este contexto inclui as características mentais do paciente como as características da estrutura familiar incluídas como uma relação dentro de um sistema

Esta preocupação de BERENSTEIN nos deixa contribuições importantes: por exemplo, ele comenta que desde a Antiguidade se pensou que a loucura era provocada por causas naturais. Nos primeiros tempos ela foi atribuída a uma mistura não equilibrada dos humores. Já na Idade Média, ela foi atribuída aos demônios. No século passado, a teoria predominante foi a da degeneração: isto é, aquilo que é natural mas que desta vez está ocorrendo dentro do indivíduo. Aos poucos, esta ênfase foi deslocada para o histórico e a cultura, entendendo-se como tal o mundo definido por regras, portanto, com atributos de relatividade e particularidade. Neste último contexto, a *regra* aparece como oposto a *instinto*.

Atualmente essas diferentes teorias predominantes no passado sobre a causa da loucura se reencontram. Na prática, isto é notado quando uma família está disposta a aceitar como etiologia da doença mental uma alteração dos humores. Ou até mesmo as versões atualizadas dos demônios muitas vezes expressas pelas “más companhias” ou por qualquer tipo de “influência perniciososa”. Ou ainda, por fatores atrelados à constituição doente do psicótico - causas próprias e naturais.

Sendo que a cultura é definida pela presença das regras, sob este ponto de vista, entendemos que aquilo que se intitula como sendo natural é geralmente algo menos regulado pelas regras – em oposição a tudo o mais que é regulado por uma ordem repetitiva e estabelecida como inata.

Deveríamos dizer que cada cultura define o que é natureza. As condutas interpessoais estão reguladas por regras e se encontram do lado da cultura sendo a perspectiva científica das relações interpessoais porque inclui o desenvolvimento histórico e cultural. Sob este prisma, os integrantes destas relações as pensam, algumas vezes, como sendo culturais e, outras vezes, como sendo naturais.

Para resumir, encontramos regras que definem o sadio e regras que definem o doente, regras que definem a normalidade e a anormalidade e outras que definem a adaptação e a desadaptação, em lados opostos, tornando-se categorias separadas.

A partir de todas estas considerações anteriores de BERENSTEIN, entendo que o meio social exerce influência na definição que a família faz a respeito de quem é um doente mental e em que momento precisa da ajuda de um profissional ou de um serviço de saúde mental. Do mesmo modo, o ser humano tem a tendência em dar ênfase aos aspectos da realidade que se acham em harmonia com suas crenças, sendo que suas expectativas influenciam suas ações e, por sua vez, afetam a conduta. (DAVIDOFF, 1983)

Menos importante neste trabalho é a questão em torno de quais seriam as possíveis participações da família nas eventuais causas das esquizofrenias é uma questão que ainda levanta algumas polêmicas e ainda é um ponto ainda a ser definido. Todavia, como esta discussão ainda se mostra muito presente no meio de saúde mental, não podemos dispensar considerações gerais.

LOUZÃ (1995) escreveu que posições extremas eventuais têm sido defendidas ao longo dos anos em que as esquizofrenias têm sido estudadas pela psiquiatria. Dois exemplos de posicionamentos antagônicos mostrados por este autor, seriam: 1) aquele da década de 1960, de que a doença seria causada pela família, mais especificamente pela maneira como a mãe interagia com o paciente, chegando, inclusive, a formular-se o conceito de “*mãe esquizofrenogênica*”; e 2) o de que a esquizofrenia seria apenas o resultado de alterações bioquímicas cerebrais, marcadamente aquelas relacionadas com as funções frontais e temporais do cérebro, tendo o ambiente pouca ou nenhuma influência sobre o surgimento e a evolução da doença.

Não podemos nos esquecer de Laing, Esterson e Bates. BOSSEUR (1976) analisa que Laing e Esterson visaram pôr a descoberto a *estrutura inconsciente* da família que tornam as manifestações da doença “*significantes*”. Segundo esta maneira de ver as coisas, a doença seria tanto uma manifestação desta estrutura como também uma tentativa de escapar de um sistema fechado que busca perpetuamente o seu próprio equilíbrio. De igual modo, os sintomas também encontrariam seu significado dentro desta estrutura.

Por exemplo, BATESON apresentou o conceito de duplo vínculo que procurava a seqüência de experiências interpessoais que pudessem induzir a um estado suscetível de ser diagnosticado como esquizofrenia. A hipótese dele era a de que o esquizofrênico *“deve viver num universo em que a seqüência dos fatos é tal que os modos de comunicação, que lhe são próprios e saem do ordinário, podem ser considerados, num sentido, adequados”* (WATZLAWICK, J. B. et al., 1973).

A formulação anterior de Bateson foi aproveitada por Laing de forma ligeiramente transformada em sua dinâmica. Segundo BOSSEUR (1976), Laing entendia que a dupla vinculação ocorria por uma experiência repetida.

Muitos autores que tentaram relacionar as esquizofrenias com o ambiente familiar. devem ser encarados com reservas como fazem os próprios autores das pesquisas - Bateson, Jackson, Wynne, Singer, Lidz, Flock, Cornelson, Ernst - pois estes resultados não indicam uma causa única para as esquizofrenias e nem que estivesse ligada à família do paciente. Ainda que a gênese da esquizofrenia não dê de acordo com o que eles atestaram, mas ainda assim foram valiosas as contribuições dadas quanto a participação do contexto familiar ao longo do desenvolvimento de uma doença mental.

Apesar de tantas divergências sobre as prováveis causas da esquizofrenia, parece que hoje conseguimos vislumbrar modelos etiopatogênicos que utilizam ambos os posicionamentos de forma a se complementarem, e não mais de maneira a provocar a exclusão de um ou outro fator. Não foi comprovada uma causa única e exclusiva das esquizofrenias, mas uma série de fatores. Nenhum desses fatores explica por si só o surgimento de esquizofrenias. Num mesmo paciente pode-se reconhecer a atuação de vários fatores. (TÖLLE, 1981)

Hoje podemos interrogar direta ou indiretamente o lugar destinado à família no curso da compreensão da etiologia e outros eventos ligados às esquizofrenias, enquanto fenômeno patológico do ser humano. Tradicionalmente, se pensava na relação da família com a esquizofrenia como se a emergência dos sintomas no chamado paciente identificado fosse uma consequência de uma disfunção na estrutura da família. O paciente seria então um mero emissário de uma patologia familiar. Segundo esta concepção, o terapeuta deveria

evitar a rotulação e conduzir desestimular a família a entender o paciente como sendo o membro doente. Provavelmente, por esta razão, se evitou tanto responder às inquietudes dos familiares sobre o diagnóstico. (LAGOMARSINO, 1990)

A família também tem uma participação importante no **curso** e no **prognóstico** da doença. De acordo com KAPLAN (1980) e TÖLLE (1981), muitos pacientes esquizofrênicos vêm de famílias profundamente perturbadas, tendo passado por graves problemas na infância, tais como: 1) nascimento ilegítimo, 2) falta de cuidados à criança, 3) ruptura dos laços familiares, 4) divórcio dos pais, 5) pais com doenças mentais, neuróticos ou psicóticos, 6) pais alcoólatras; numa só palavra, *uma situação de ruptura do lar*. Igualmente importante é o esfacelamento interno da família, tais como: a) matrimônio problemático dos pais, b) rejeição da criança, c) educação inadequada, d) rivalidade acentuada entre irmãos, etc, de acordo com TÖLLE (1981), muitas vezes de maneira a resultar num esfacelamento interno ou externo da família e isso em grau particularmente grave.

É evidente que todas estas situações interferem negativamente na evolução do caso porque são elementos qualificadores da cultura familiar na qual o paciente vai conviver e facilitam ou não a construção de uma percepção mais clara das características dos sintomas da doença⁷, a disponibilidade interna de cada membro da família em acolher o paciente em suas necessidades especiais.

A linguagem empregada pelos médicos psiquiatras pode ser tão indecifrável que chega ao ponto de ser ininteligível até mesmo pelos próprios companheiros de outras especialidades. Neste sentido, BOTEGA (1989) levantou as opiniões de um grupo de médicos sobre o trabalho do psiquiatra dentro da mesma instituição em que estaremos realizando esta pesquisa. Os entrevistados dele disseram que os psiquiatras utilizam uma linguagem hermética e não se esforçam em se comunicarem livres de jargão e rebuscamento teórico, dentre outras críticas feitas. Ficam, assim, subentendidas a dimensão do distanciamento e da incompreensibilidade que este tipo de linguagem cria para os familiares leigos.

⁷ Especialmente no caso de familiares que igualmente manifestam desajustes emocionais e de relação interpessoal que, muito provavelmente, não serão capazes de acomodar em sua mente, de maneira elaborada, a doença de outro membro.

Todavia me parece que as famílias têm deixado de ser lembradas mais no que diz respeito aos estudos e considerações etiopatogênicas (ainda controvertidas) para passarem a ocupar um lugar de interesse também para definir a condução dos tratamentos da esquizofrenia propriamente dita.

Assim, as pesquisas de família enquanto fator de associação à doença, trouxeram outros resultados importantes como o fornecimento de esclarecimentos sobre as situações e a vivência dos doentes. Estas informações podem ser úteis tanto para o trato com os doentes como para a compreensão dos seus problemas e psicoterapia. (TÖLLE, 1981)

KAPLAN amplia ainda mais essas questões quando discute, por exemplo, a relação entre família e o enfermo; qual é o *tipo de mãe* (rígida, superprotetora, possessiva) e *de pai* (frio, ineficiente, passivo-observador) que o paciente tem; qual seria o *tipo de dinâmica de comunicação* (marcada por irracionalidade, foco de atenção deficiente ou mal-distribuído, produção de mensagens duplas) dentro do grupo familiar; além de tudo o mais relativo à aceitação do paciente por sua família.

Tem havido descobertas importantes sobre o papel da família como um dos elementos influenciadores do estado mental do paciente esquizofrênico. Estes achados têm apontado para a necessidade de alargar a abordagem dos cuidados oferecidos ao paciente. (MECHANIC, 1995) Estressores sociais de curta duração na forma de eventos de vida influenciam negativamente os pacientes esquizofrênicos, assim como o estresse de longa duração proveniente de família com alta Emoção Expressada, que sujeita os pacientes a estimulações excessivas vindo a produzir a aparição de sintomas positivos. (BARROWCLOUGH, 1996; LAGOMARSINO, 1990; LEFF, 1994; MIERMONT, 1995; SCHERMANN, 1992; SCHERRMANN, T. E., SEIZER, H. U., RUTOW R. et. al., 1992)

Também foram aferidas outras necessidades das famílias de esquizofrênicos, como por exemplo, informação adequada, conselhos práticos, suporte continuado e cooperação entre pacientes, familiares, terapeutas e instituições psiquiátricas. (BLOCH, et. al., 1995; GEISER, 1994)

Estudos conduzidos por Wing & Brown com pacientes de instituições psiquiátricas demonstraram que eles respondiam melhor dentro de um ambiente mais estimulante, resultando em redução dos sintomas negativos da esquizofrenia. Quando lhes era suprimido este ambiente, os sintomas negativos reapareciam. Todavia, enquanto existe uma melhora dos sintomas negativos com estimulação social, os sintomas positivos podem se tornar piores. Do mesmo modo, a expressão de certas atitudes, em particular a atitude crítica para com o paciente e a sobreenvolucração com o mesmo estavam bastante relacionadas com a taxa de recaídas. (LAGOMARSINO, 1990; LEFF, 1994)

Muitas vezes, os pacientes são criticados pelos familiares por causa daquelas condutas que não são reconhecidas como sendo parte da enfermidade. As evidências de base biológica⁸ da esquizofrenia torna vantajosa a prática de transmitir à família conhecimentos sobre a doença dentro de um programa psicoeducacional (semelhante ao que é feito com outras patologias) porque:

- a) provê um fundamento para a indicação da medicação mesmo quando não está presente a sintomatologia psicótica ativa – prevenindo a recaída e diminuindo o efeito chamado de “*porta giratória*”⁹;
- b) modifica as atitudes dos familiares diante dos sintomas deficitários ao reconhecê-los como parte da enfermidade, promovendo expectativas mais adequadas, diminuindo as decepções diante das recaídas não esperadas, melhor manejo dos sentimentos de culpa, legitimização de necessidades individuais dos pacientes, diminuição das frustrações que normalmente aumentam as hostilidade e a crítica; e
- c) oferece aos familiares fatos ou invés de fantasias – debelando-se os tabus sobre a enfermidade mental e fazendo a família sentir que tem algum controle sobre a situação. (LAGOMARSINO, 1990).

⁸ Como a hipofrontalidade dos pacientes: a diminuição do fluxo cerebral e do consumo de glicose, assim como a taxa P 200 em potenciais evocados visuais coincidem em sinalizar uma diminuição de atividade pré-frontal.

⁹ Na qual o esquizofrênico recebe alta hospitalar e em poucos meses dá entrada no hospital com um novo episódio psicótico para ser readmitido.

LAGOMARSINO cita cinco condutas familiares que são entendidas como sendo prejudiciais ao paciente por serem fontes de estimulação excessiva:

- 1) atitudes de excessiva proteção ou de resistência a condutas independentes do paciente, como o desejo de sair sozinho;
- 2) condutas intrusivas que poderiam ter sido adequadas para outra idade mas não para a idade do paciente, como controlá-lo durante o banho;
- 3) excessiva reação emocional frente aos problemas do enfermo;
- 4) atitudes de auto-sacrifício ou excessiva dedicação, como por exemplo, sacrificar a vida social para dedicar-se por inteiro ao paciente; e
- 5) falta de discriminação entre os estados internos do familiar e os do paciente.

Assim, para se evitar pioras do quadro do paciente, é necessário realizar intervenções familiares que sejam estruturadas e que estejam preocupadas com questões envolvendo a aliança da família em torno do compromisso de melhoria do estado do paciente. Não menos importante que isso são os aspectos do conteúdo dos programas de intervenção e a duração da intervenção.

Além disso, LEFF também afirma que:

- 1) a ajuda deveria ser oferecida às famílias no momento da crise quando o paciente sofreu um episódio esquizofrênico recente;
- 2) os membros familiares devem ser considerados como aliados e não como alvos do tratamento;
- 3) as sessões educativas e algumas sessões familiares deveriam ser oferecidas inicialmente em casa;
- 4) deveriam ser feitas tentativas de aproximação para os parentes que não frequentam os grupos montados para eles;

- 5) a educação a respeito da esquizofrenia é importante mas não é suficiente em si mesma;
- 6) os grupos terapêuticos psicodinâmicos não são eficazes para os pacientes esquizofrênicos e seus parentes;
- 7) as intervenções deveriam ser planejadas de modo a durarem pelo menos 9 meses sendo às vezes necessário continuar por dois anos ou mais;
- 8) quando finda o contato, deveria ser fornecido às famílias um número de telefone e o nome de uma pessoa para contactar em caso de necessidade; e
- 9) é essencial dar treinamento aos profissionais naquelas habilidades necessárias para trabalhar com famílias¹⁰.

De todas as referências bibliográficas pesquisadas, apenas uma fazia referência a atendimento individual. (MILLER, 1996). Talvez isso tenha ocorrido porque já existe um consenso em torno da validade da modalidade grupal de atendimento, nestes casos. Alguns dos autores que mencionaram uma vantagem deste tipo de atendimento, se remeteram ao baixo custo dos programas, como foi o caso de CAÑIVE, J. M., SANZ-FUENTENEbro, J., VÁSQUEZ, C. et. al. (1996). Outros se reportaram à possibilidade de poder compartilhar com pessoas que vivem situações parecidas tornando-se em um instrumento poderoso de modificação dos comportamentos dos familiares. (JMD, 1996)

A família está sujeita a inúmeros fatores de influência mas ela também exerce influência sobre a equipe de saúde. Existem poucos trabalhos a respeito de como o sofrimento, o medo, a incerteza, o alívio, a confusão e a impotência - todos sentimentos de familiares impactados com o diagnóstico de esquizofrenia - exerceriam influência sobre os profissionais do campo de saúde mental. (WHEELER, C., 1994)

A análise do contexto cultural e social familiar determina a necessidade de existirem intervenções que, quando na etapa de planejamento, levem em consideração a cultura local dos familiares de pacientes atendidos pelo serviço de saúde mental.

¹⁰ Treinamento tomado como sendo necessário também por RANZ (1991).

Um exemplo da influência da cultura local determinando a criação de programas psicoeducativos específicos pode ser retirado dos achados de ANGERMEYER & MATSCHINGER (1996). Eles descobriram que parentes de esquizofrênicos na Áustria e Alemanha normalmente buscam fatores biológicos para a causa da esquizofrenia, enquanto que o público leigo tende a citar fatores psicossociais, especialmente aqueles ligados ao estresse, a fim de explicar o desenvolvimento desta doença.

Outros exemplos da influência da cultura local estão nos estudos realizados por KARANCI (1995), na Turquia e de VAN HAMMOND (1995), na Austrália, por CAÑIVE, J. M., SANZ-FUENTENEbro, J., VÁSQUEZ, C. et. al. (1996), na Espanha e por SOLOMON. P., DRAINE, J. (1995), nos Estados Unidos – que apesar de algumas poucas discordâncias, nenhuma delas descarta o atendimento familiar de apoio como sendo útil para desenvolver capacidades de enfrentamento. SOLOMON. P., DRAINE, J. & MANNION, E. (1996)

Neste subcapítulo, almejei dar ênfase à impossibilidade de dispensar as intervenções familiares ao longo do tratamento de um paciente esquizofrênico. Não importou muito quais poderiam ser as causas da esquizofrenias¹¹ - e nem em que proporção a família participa de sua gênese – mas enfatizar em qual medida a família participa dos fatores que predis põem a recaída e do importante papel que ela exerce na vida emocional do paciente bem como a necessidade de que ela seja contemplada nos atendimentos em saúde mental.

1.5.2. As relações da comunidade com os Esquizofrênicos e seus familiares

Segundo TURNER & TENHOOR (apud KAPLAN, 1980), os *sistemas de apoio formais de assistência psiquiátrica* incluem todas as intervenções médicas, intervenções de crises, reabilitação psicossocial, advocacia, arranjos de meios de subsistência, e gerenciamento de casos. Já os *sistemas de apoio psiquiátricos informais* podem ser inúmeros e naturais, e se dão através das redes sociais, tais como a família, grupos de iguais, igreja, trabalho, e recreação.

11. Mesmo porque o próprio meio médico-científico está distante de uma definição sobre os aspectos ligados à esquizofrenia o que torna difícil, portanto, a adoção de uma fala conclusiva sobre esta questão.

KAPLAN (1980) avalia que a direção tomada pelo governo norte-americano durante a criação dos programas de apoio públicos, foi baseada numa conceituação que não contempla as maneiras pelas quais os caminhos informais comunitários conseguem influenciar a melhoria do funcionamento individual.

Embora estes últimos não sejam encarados como formas de tratamento e de reabilitação de pacientes esquizofrênicos por não terem sido inicialmente concebidas com estas intenções, não podemos negar os resultados terapêuticos que elas trazem. Talvez justamente por terem influências normalizadoras, os sistemas informais podem ter uma influência positiva poderosa sobre os resultados. (KAPLAN, 1980)

Muitos quadros somáticos¹² (e até mesmo mentais) vêm se tornando alvos de interesse da própria sociedade, mesmo sem expressivo apoio governamental. Atualmente podemos visualizar o interesse que a comunidade tem tido por essas doenças e a influência dela sobre vários aspectos simples e importantes da vida dos pacientes como, por exemplo, os hábitos (orientação de se evitar uso de sal de cozinha, campanhas sobre o uso de álcool e drogas) e até mesmo sobre a indústria nacional quando pressionadas a fabricarem produtos que respeitem os limites desses pacientes (alimentos dietéticos para as pessoas com problemas de obesidade; alimentos sem felanina para os fenilcetonúricos).

No Brasil, por exemplo, conseguimos encontrar alguns grupos:

1. Grupo de Parentes e Amigos de Psicóticos Anônimos, APPA. (JORNAL DO C.R.P., 1998)
2. Os *Vigilantes do Peso* e a *Meta Real* trabalham no sentido de re-educar os hábitos alimentares daqueles que precisam ou desejam controlar o próprio peso.
3. Os *Narcóticos Anônimos* estão envolvidos com a recuperação de drogadictos desde de 1947, atualmente em 70 países. (WSO, 1998).

12. Exemplos são as iniciativas de apoio comunitárias que agregam, por exemplo, pacientes com diabetes, hipertensão arterial, obesidade, fenilcetonúria, alcoolismo, drogadição, síndrome do Pânico, Soropositivos, Sobreviventes de Incêsto, Mulheres que Amam Dennis, Sobreviventes de abuso sexual, dentre tantos outros.

4. Já tradicional é o trabalho do AAA- *Associação dos Alcoólicos Anônimo*, AL-ANON e ALATEEN com os dependentes de álcool. (AL-ANON, 1979)
5. A *Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE*, destinada aos portadores de deficiências mentais.

No entanto, o desconhecimento na população brasileira sobre a esquizofrenia (e a loucura, em geral) é grande e ainda é possível encontrar pessoas que a associa com forças diabólicas. Exemplos de como podem variar as interpretações, são duas notícias em jornais formadores de opinião, da cidade de Campinas, por ocasião de um filicídio hediondo de um garoto de 3 anos de idade, ocorrido no dia 1.º de Maio de 1.998 quando um pai, evidentemente perturbado e com internação anterior em clínica psiquiátrica por dependência alcoólica, asfixiou a criança, depois degolou-a, perfurou-lhe os olhos com uma chave-de-fenda e a crucificou ao estrado da cama, antes de perfurar-lhe abdômen com uma torneira e colocar-lhe fogo. Enquanto o agressor era conduzido à delegacia de polícia “falava coisas desconexas e alegava estar sendo assediado pelo demônio”. Já na carceragem, “cantarolava um hino religioso”. (ROSA, 1998)

Um dos jornais que noticiou o ocorrido, *Diário do Povo*, tinha por manchete “Satã de Carne e Osso”. O repórter (ROSA, 1998) declara que havia demonstração de insanidade até o momento em que o interrogado soube responder ao questionamento sobre sua profissão. Por sua vez, o repórter do jornal *Correio Popular* (FILHO, 1998) trata a questão com mais racionalidade enfatizando o aspecto do desequilíbrio mental do sujeito. Inclusive, transcreve a fala do delegado na qual o considera como “um desequilibrado e transtornado”. A população local tratou a questão sob uma óptica moral e, por duas vezes, tentou linchar o criminoso.

A partir desses exemplos, ficam notórias a presença de diferentes visões das psicoses em geral, sendo que duas delas por repórteres não tão leigos: A primeira, é ambígua pois não esclarece se o criminoso forjou um estado insano ou, como a manchete diz, agiu sob influência de forças espirituais. A segunda, mais clara, aponta para um desajuste mental. E a última, por parte da comunidade leiga local, trata a questão como moral e reage ao fato através de uma tentativa de linchamento.

Horas mais tarde, um psiquiatra da Coesp (Coordenadoria dos Estabelecimentos Penitenciários do Estado de São Paulo), determinou a internação em hospital psiquiátrico do assassino ao apresentar um laudo informando que o mesmo “*tem alucinações, delírio perceptório e reação esquizofrênica (perda de contato vital com a realidade)*”. (FILHO, 1998)

A partir desses fatos, conclui-se que a população brasileira não entende os aspectos relativos à esquizofrenia e nem os insere dentro de uma esfera ao seu alcance, como os grupos comunitários. Por isso, as iniciativas comunitárias parecem florescer mais no exterior que no Brasil.

Segundo levantamento feito por meio do maior diretório mundial de sites (YAHOO, 1998), da Rede Mundial de Computadores, a Internet, fora do nosso país existem inúmeros grupos de apoio comunitários para as mais diferentes condições e finalidades: grupos para diabéticos, para mulheres que abortaram, para amputados, para epiléticos, para gays e lésbicas, e até para aqueles que passam por experiência multicultural.

Dentre um grande número deles, escolhemos destacar dois que estão dedicadas às tarefas relacionadas à esquizofrenia: 1) o *OFOS - Ontario Friends of Schizophrenics* e 2) a *Manitoba Schizophrenic Society*.

A *Ontario Friends of Schizophrenics* se propõe a educar os membros de suas respectivas comunidades no tocante à Esquizofrenia: sua natureza, manifestações e os custos humanos decorrentes dela. Além das campanhas de aumento da consciência comunitária a respeito da doença, como foi o caso da campanha de Outubro de 1995, ela quadrimestralmente publica uma *newsletter*. (ADVOGATE, 1996)

Já a *Manitoba Schizophrenic Society*, fundada em 1979 e membro da *Schizophrenic Society of Canada*, destinada a aumentar a consciência pública a respeito da esquizofrenia, dar informações atualizadas a qualquer pessoa interessada, promover reuniões de grupos de apoio semanalmente, para pacientes, familiares, cuidadores e amigos pessoas com esquizofrenia, defender e impor melhores serviços e leis em nome das pessoas

esquizofrências, promover pesquisas sobre as causas, tratamento e cura da doença e levantar os fundos necessários para conduzir estas atividades. Também assiste e encaminha os pacientes em crise. Lança panfletos distribuídos gratuitamente e livretos que podem ser adquiridos a preços módicos. São também vendedores de livros consagrados sobre o assunto, e dispõem de biblioteca, videoteca. Fazem apresentações em instituições educacionais, hospitais, escolas médicas, organizações policiais e judiciárias, instituições religiosas e organizações sociais e comunitárias. Convidam *experts* no assunto para darem seminários grátis a todo o público interessado, além de publicarem uma *newsletter* bimestral de nome *Sharing* que inclui os mais recentes desenvolvimentos da pesquisa e tratamento da esquizofrenia. (MSS, 1998)

No Brasil, ainda que encontremos algumas poucas iniciativas para condições especiais – o que sem dúvida significa um avanço nos cuidados dessas pessoas - **praticamente não existe quaisquer iniciativas comunitárias preocupadas em oferecer apoio a pacientes, familiares e amigos de esquizofrêncicos, que sejam de conhecimento público.**

As várias comunidades mencionadas fazem parte de sociedades muito mais organizadas que a brasileira, onde os cidadãos têm maior acesso a todo o tipo de informação e possuem uma cultura favorável à criação de iniciativas comunitárias.

Todavia, não devemos perder de vista a noção de que a existência ou não de grupos de apoios de esquizofrêncicos, refletem a forma pela qual a questão da doença mental ainda é encarada pelas sociedades em geral. E ainda, ser cidadão de um país de primeiro mundo educado, não constitui-se garantia, por si só, de melhor aceitação da esquizofrenia - uma das formas possíveis de apresentação de transtornos mentais. Uma ilustração histórica disso pode ser visto de acordo com o que foi relatado por JODELET (1989). Essa autora conduziu um estudo na pequena comunidade de Ainay-le-Château, onde uma colônia de doentes mentais foi estabelecida desde de 1900 e onde os pacientes não estavam reclusos dentro de uma instituição mas habitavam em companhia de famílias comuns dentro da comunidade. Ela relata como, por exemplo, os hospedeiros negavam o fato de seus hóspedes serem pessoas mentalmente doentes.

Assim, quanto mais numerosas e expressivas forem as iniciativas comunitárias, mais visivelmente podemos perceber as tentativas (informais, formais, comunitárias, governamentais, privadas ou sociais) da própria sociedade no sentido de acomodar as diferenças individuais dentro de si mesma. A relação inversa também é verdadeira: quanto menos expressivas e numericamente representadas forem, maior será o grau de segregação que a sociedade impõe sobre o doente e sua família.

O que estou querendo mostrar quanto ao lugar das esquizofrenias na sociedade, é que ela não tem um lugar que lhe seja próprio porque, apesar de ser uma doença identificável no contexto psiquiátrico, diferentemente das outras doenças orgânicas mencionadas nos parágrafos anteriores, ainda está, assim como tantas outros distúrbios mentais, muito longe de ser suficientemente compreendida pela sociedade para lhe ser destinado um lugar de apreço.

Além disso, entendemos que as doenças mentais habitualmente subvertem a ordem não apenas do funcionamento biológico individual, mas também de quaisquer que sejam as culturas nas quais elas se inserem (primeiro a familiar e depois a social) vindo a imporem uma virtual necessidade de criar uma nova subestrutura cultural que esteja mais identificada com a exceção que com a regra da cultura vigente. Por todos esses motivos, talvez, a doença mental – e em particular, a esquizofrenia – nunca terá um lugar na sociedade mundial, como um todo.

1.6. A PSICOLOGIA MÉDICA

Uma vez que este trabalho se ocupa de compreender a participação familiar no tratamento do paciente esquizofrênico e o tratamento é um campo bastante sujeito às ações dos médicos, torna-se necessário oferecer alguns elementos importantes que situam as formas como as relações médico-paciente podem ocorrer.

Entendemos que estas relações com os familiares não estão exclusivamente circunscritas aos médicos mas que também ocorrem com os profissionais das outras áreas. Contudo, porque o campo de pesquisa escolhido era um ambulatório e uma enfermaria de

um hospital universitário, achamos que a relação com o médico serve para representar bem as relações com outros profissionais - uma vez que é sobre a sua ação que se está a decisão de como abordar cada paciente.

A partir de meados deste século, a *Psicologia Médica* passou a ser marcada pela sistematização dos conceitos de eventos ocorrentes e detectados por observadores qualificados no universos das relações entre médicos e pacientes, médicos e médicos, médicos e familiares, tornando-se clássicos.

Por *Psicologia Médica*, usamos a seguinte definição:

Trata de considerar na relação médica o papel de tudo o que está no âmbito da psiquê, quer dizer, tudo que diz respeito ao funcionamento mental do doente e do médico ou de todos os que ocupam uma função terapêutica (JEAMMET, REYNAUD & CONSOLI, 199-)

Assim, os autores da área de Psicologia Médica incluem em sua discussão uma gama de temas tais como temas da psicologia geral (conceituações de personalidade e fases do desenvolvimento desta); de psicanálise (o inconsciente e mecanismos de defesa); história do movimento e concepções da medicina psicossomática; doença, família, sociedade e cultura; relação médico-paciente e entre todos os sujeitos que estão envolvidos em processos terapêuticos; métodos psicológicos de abordagem do paciente.

Creemos que tornou-se indispensável levar em conta as contribuições do médico e psicanalista húngaro, radicado na Inglaterra, Michael Balint sobre assuntos, tais como as reações emocionais normais e adversas dos médicos frente às consideradas histórias “*desorganizadas*” oferecidas pelos pacientes, o ‘*conluio no anonimato*’ entre clínicos e especialistas que adotam decisões vitais sem que nenhum assuma a responsabilidade, a desejada atitude psicoterapêutica do clínico na interação com o paciente, o diagnóstico parcial (da doença) versus o diagnóstico global (do doente com sua personalidade), o médico “*tomado*” como remédio pelo doente (BALINT, 1988).

Também em nosso país a Psicologia Médica avançou de modo brilhante, tendo como marco a obra “*A Medicina da Pessoa*”, representando a experiência de quinze anos de convívio com clínicos. Foi durante os anos setenta, como sabemos, sobretudo com o psicanalista Danilo Perestrello, que se aprofundaram, sistematizaram e difundiram, em nossas escolas médicas, conceitos tais e tantos como: *o caráter único da pessoa do doente, o coexistir e o modo de adoecer, todas as relações interpessoais e a relação médico-paciente como encaixes, a não subordinação da pessoa aos dados semiológicos mas sim o inverso, a superação das visões “psicogênicas” e “somatogênicas” no sentido de se considerar todo adoecer como psicossomático, a necessidade da escuta ao paciente, entrevistas clínicas dirigidas e não dirigidas, a “coisificação” do doente, as atitudes do clínico como uma “psicoterapia implícita”, pacientes que procuram o médico para não se curar ou mesmo desejando piorar, o médico “iatrogênico”, a necessidade psicológica da pessoa em receber um diagnóstico, crítica à tipificação e ao enquadramento dos pacientes provocados pela teoria dos “conflitos básicos” de Franz Alexander e a dos “perfis psicológicos” de Flanders Dunbar e tantas outras interessantes e importantes questões (PERESTRELLO, 1996).*

Consagrada também tornou-se a obra “*Sobre a Morte e o Morrer*”, lançada há quase 30 anos, de autoria da médica suíça, radicada nos Estados Unidos, Elizabeth Kübler-Ross, com o escopo de instruir profissionais de saúde acerca das necessidades, preocupações, receios e ansiedades dos pacientes - e de seus familiares - frente à terminalidade de suas vidas. Falando sobre os cinco estágios do paciente agonizante, descreveu a negação com o isolamento, a raiva, a barganha, a depressão e a aceitação (KÜBLER-ROSS, 1989). Como a própria autora diz, não se tratou de um manual de como tratar pacientes moribundos ou estudo exaustivo da psicologia destes. O mérito do relato da psiquiatra em foco está em ter procurado compreender as fases cruciais da vida com as ansiedades, agonias, temores, frustrações e esperanças que a marcam. Bem deixa claro a autora que às principais reações emocionais, acima mencionadas, não apenas estão submetidos os pacientes, mas também famílias e às vezes até mesmo equipes hospitalares.

Por fim, considerando os aspectos psicológicos dos pacientes, e ainda buscando uma abordagem compreensiva, vejo que eles tendem a construir o que pode ser denominado de *teoria leiga*: uma teoria que apresenta um grau de sistematização de idéias e uma possível credibilidade, propondo-se a explicar, elucidar, interpretar ou unificar um dado domínio de fenômenos referidos a sua condição de doente, sem, no entanto, preocupar-se em apresentar uma sistematização de conhecimentos com estrutura objetivamente lógica ou procurar uma validade universal.

Por seu turno, a teoria científica é definida, filosoficamente, como *um conjunto de conhecimentos não ingênuos que apresentam graus diversos de sistematização e credibilidade, e que se propõe explicar, elucidar, interpretar ou unificar um dado domínio de fenômenos ou de acontecimentos que e oferecem à atividade prática* (FERREIRA, 1986). Assim, a teoria leiga surge, inconsciente e conscientemente, como uma necessidade psicológica própria de pessoas com problemas de saúde lidarem com o fenômeno. (TURATO, 1988, p.62)

Antes de me lançar a campo, adotei os seguintes pressupostos a respeito do problema a ser investigado, os quais foram construídos a partir de minhas observações, bem como as de meus colegas, no contexto da prática clínica.

1. Os familiares de pacientes acometidos pela esquizofrenia têm um entendimento confuso sobre os diversos aspectos da doença, principalmente a denominação nosológica.
2. As opiniões dos familiares se fundamentam em características individuais e de aspectos do meio sócio-cultural.
3. O aspecto confuso que as esquizofrenias apresentam junto aos familiares tem relação com a pouca informação recebida dos profissionais de saúde mental durante os atendimentos e tratamentos, bem como com a inexistência de serviços comunitários de finalidade terapêutico-educativa voltados para pacientes e familiares de esquizofrênicos.

3. OBJETIVOS

Dois grupos de objetivos foram levantados para esta pesquisa: geral e específico, conforme o que se relaciona, abaixo:

3.1. OBJETIVO GERAL

Elencar aspectos relacionados à compreensão das esquizofrenias por parte dos familiares dos pacientes acometidos pela doença, junto aos serviços assistenciais de psiquiatria do *Hospital das Clínicas da Unicamp, Campinas SP*, procurando detectar os elementos originários do universo psicológico e/ou oriundos do meio sócio-cultural.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Investigar se familiares têm informações adequadas e suficientes sobre diagnóstico nosológico da doença, bem como dados sobre possíveis etiologias, curso clínico, terapêuticas e prognóstico.
2. Avaliar se as crenças e atitudes dos familiares acerca das esquizofrenias são compostas por elementos de informação/comunicação médico-científica e/ou por elementos advindos de fantasias individuais, no sentido psicológico, ou por elementos culturais e míticos.
3. Reunir material de apoio úteis aos profissionais de para melhor orientação dos familiares e incentivar a criação de entidades-elos terapêutico-educativas que trabalhem com as famílias, considerando os seus preconceitos e os seus mitos.

4. RECURSOS METODOLÓGICOS

Adotei um desenho de pesquisa clínico-qualitativa a fim de averiguar as formas pelas quais os familiares enxergavam a esquizofrenia de seus parentes e estarei discutindo nos trechos seguintes, a adoção deste método de pesquisa.

Ao contrário do que comumente ocorre com trabalhos deste nível, decidi discorrer mais pormenorizadamente sobre os recursos metodológicos porque os métodos qualitativos têm dupla função: 1) são meios científicos de se atingir objetivos propostos; e 2) servir de divulgação dos próprios princípios que regem esta metodologia, junto à comunidade científica que ainda se encontra em grande parte desinformada, quando não resistente ou mesmo preconceituosa, quanto a esta maneira de se fazer ciência.

Até recentemente os principais periódicos médicos não publicavam os resultados de estudos qualitativos, constatação confirmada por BRITTEN (1995, p. 108). A maioria era publicada em periódicos da Sociologia, Antropologia e Educação, nos quais a audiência médica geralmente não acessa. Foi, no entanto, a literatura da pesquisa de responsabilidade de autores da área de enfermagem que incluiu debates sobre o uso das metodologias da pesquisa qualitativa. Os autores comentam que, embora a situação esteja mudando, ainda há casos em que editores e revisores trabalham dentro de um paradigma de ciência natural e olham a pesquisa qualitativa como menos válida (BRITTEN, 1995). Estas resistências levam os pesquisadores qualitativos a serem chamados de *soft scientists* (DENZIN E LINCOLN, 1994, p. 4).

Os trabalhos qualitativos muitas vezes apresenta os métodos empregados acompanhados de exaustivas definições, respaldadas em autores da literatura, e com as tais contextualizações histórico-filosóficas. BOGDAN E BIKLEN admitem que, na realidade, os pesquisadores qualitativos podem freqüentemente sentir-se na defensiva quando conversam com seus pares ou colegas acostumados ao modo quantitativo, por ser a subjetividade considerada um problema (1998, p. 34). Entendo porém que, não só pela natureza dos métodos qualitativos, mas também pela presença ainda minoritária entre as pesquisas da área da saúde, ainda verificada neste momento da história, e não apenas por uma atitude meramente defensiva, os autores destes projetos e relatórios cuidavam de apresentar suas credenciais, bem como conquistar respeito pessoal e espaço político no mundo da academia. Além do mais, o importante é que os próprios pesquisadores

qualitativos seguem, conscientemente ou não, as tradições desta pesquisa, onde, como o fez Malinowski, sempre apresentamos “como” obteremos os dados na experiência do trabalho de campo.

4.1. MOMENTOS HISTÓRICOS DA PESQUISA QUALITATIVA

Os métodos de pesquisa qualitativa têm praticamente um século de história nas Ciências do Homem e por isso merecem ser um componente essencial de aplicação na área clínica e em pesquisa feitas nos serviços de saúde. Embora exista a tendência de fazer deste método uma antítese dos métodos quantitativos, os mesmos na verdade se complementam. Uma das razões para isso é que permitem que acessemos áreas pouco recomendáveis à pesquisa quantitativa, tais como as crenças de leigos e profissionais sobre questões de saúde, os quais conseguem fazer uma descrição qualitativa servindo de pré-requisito para um bom trabalho quantitativo, particularmente nas áreas que tiveram poucas investigações anteriores. (POPE & MAYS, 1995)

A pesquisa qualitativa tradicionalmente esteve associada a paradigmas positivistas. Durante as décadas de 50 a 70, a pesquisa qualitativa estava ligada a argumentos pós-positivistas mas já sofria as influências da hermenêutica, do estruturalismo, da semiótica, da fenomenologia, dos estudos culturais e até do feminismo. A este período podemos chamar de *Modernista* (ou *Idade de Ouro*). Posteriormente, a partir de 1970 até aproximadamente o ano de 1986, as teorizações epistemológicas anteriores ainda estavam presentes, mas as Humanidades transformaram-se em recursos para as teorias interpretativas e críticas. Após 1986, até meados de 1990, os pesquisadores se empenharam em procurar descobrir as maneiras pelas quais poderiam situar-se a si mesmos, como seus assuntos e seus textos reflexivos, ocorrendo uma verdadeira crise de representação. Somente a partir de 1990 até o momento, é que foi caracterizada uma nova sensibilidade que questiona se alguns paradigmas prévios podem ter lugar privilegiado sobre o discurso ou que algum método ou teoria possa ter uma reivindicação geral e universal como conhecimento autorizado. A esta nova fase, denominou-se *período Pós-Moderno*. (DENZIN & LINCOLN, 1994)

Defendo que não há exageros em se buscar uma complementação de escolas de pensamento entre si. Pelo contrário, entendo que o verdadeiro pensador/educador/pesquisador deva ter uma visão pluralista do mundo, e agir em seu trabalho de forma correspondente, demonstrando assim o que podemos chamar de ‘*saúde do pensamento*’.

Finalizando todas estas reflexões, a um nível crítico, digo que para um trabalho de investigação, todos os fatos levantados em relação ao ser humano, se não devidamente tratados e interpretados, utilizando-se das ferramentas que à mão tivermos, tornam-se inúteis conhecê-los.

Assim, portanto, é sob a sensibilidade pós-moderna que os dados desta pesquisa foram trabalhados. O leitor notará que eles foram coletados sob o método fenomenológico, recebendo uma abordagem com considerações estruturalistas e contribuições do conhecimento psicanalítico – sendo que nenhuma destas correntes pode servir, apenas por si mesma, como representante única e exclusiva das maneiras como os dados foram colhidos e analisados.

O cerne da minha pesquisa foi sempre buscar apreender o significado que a esquizofrenia tem para os familiares do paciente, tomando-me como meio principal para a realização da pesquisa. Usei muito das contribuições da *Fenomenologia* – que é tanto um método quanto uma filosofia dentro da qual muitas escolas têm se desenvolvido – e que se presta a descrever a essência do comportamento, baseada no pensamento meditativo, com o propósito de promover a compreensão humana. (MORSE & FIELD, 1995) Além disso, vali-me do meio natural, isto é, do setting e do momento que os sujeitos se encontravam: na condição de acompanhantes dos pacientes, seus parentes.

4.2. O MÉTODO CLÍNICO-QUALITATIVO

4.2.1. O método qualitativo

Este trabalho foi delineado para ser uma pesquisa de tipo qualitativo. Conforme lembra-nos GREENHALGH & TAYLOR (1997), a *pesquisa qualitativa* se presta a estudar as coisas no seu ambiente natural, na tentativa de dar um sentido ou interpretar um fenômeno nos termos dos significados que as pessoas atribuem a eles. Além disso, os pesquisadores que fazem uso da pesquisa qualitativa se utilizam de uma perspectiva holística que preserva as complexidades do comportamento humano.

4.2.2. O método clínico

A palavra grega *methodos*, significa busca, procura. Advém da palavra grega *meta*, que significa *depois, ao longo, e hodos*, caminho.

Assim, originalmente, *método* é um caminho para fazer algo que se objetiva ou um procedimento ao longo de um caminho que nos leva ao desejado. É um procedimento racional, arbitrário de como atingir determinados resultados, diz-nos TRUJILLO FERRARI (1982).

O *método* é uma ordem que se segue na investigação da verdade, no estudo de uma ciência ou para alcançar um fim determinado, conforme pontuou CUNHA (1986).

Sabemos que a palavra clínica vem, etimologicamente, do latim *clinicus*, uma pessoa acamada, e do grego *klinikos*, relativo à cama, de *kline*, leito. Clinicar, neste sentido, é então inclinar-se, debruçar-se sobre o paciente.

O cartesianismo é transcendido pelo Método Clínico pois este busca compreender sem cindir mente e corpo a partir de uma abordagem holística na qual todas as partes se referem a um todo. No mesmo sentido, este método colheu da prática médica a sua unidade: a convicção de que apenas um estudo aprofundado de indivíduos isolados, cuja individualidade seja reconhecida e respeitada e que sejam considerados “em situação

de evolução”, possibilitará a compreensão desses indivíduos e, por meio deles, a do homem (REUCHLIN, 1971).

De uso crescente nas áreas da Saúde, concebemos o sentido da palavra *clínico*, não somente como sendo algo restrito ao ato de *debruçar-se* sobre um paciente ou um ser adoentado para estudar-lhe a vida e sua doença, da maneira como é feita na clínica e em pesquisas das áreas médicas, mas a concebemos no sentido mais amplo de se ater a uma pessoa, como no presente caso, a um familiar de doente com o intuito de conhecer e analisar suas manifestações de sentimentos, crenças e atitudes em relação à esquizofrenia.

Ainda a respeito deste assunto, FERRARI (1982) define o que ele considera ser as características distintivas do Método Clínico: *a relação íntima, pessoal entre o entrevistador e o sujeito.*

Não menos importante para a caracterização do Método Clínico, é a utilização dos 03 seguintes elementos: 1) a *observação*, 2) a *experiência* e 3) a *análise*. Enquanto a *observação* e a *experiência* ocorrem durante a relação do pesquisador e o sujeito pesquisado com o uso de instrumentos enquadradores e geradores de material de elucidação numa relação dialética que se estabelece entre o sujeito e o pesquisador; a *análise*, é a tarefa que agrega as duas partes anteriores com a teoria porque sistematiza o conhecimento comportando a descrição e a interpretação condicionadas ao referencial teórico adotado.

Logo, neste projeto propus-me *inclin*ar em direção a uma pessoa supostamente normal, alguém que convive com seu familiar portador de um transtorno mental no intuito de conhecer o que esta pessoa pensa a respeito da esquizofrenia, numa relação afetiva com o pesquisador.

4.2.3. A validação em pesquisa qualitativa

DEMO fala-nos que é possível catalogar dois tipos de **erros em pesquisa**: o inevitável e o metodologicamente evitável. O primeiro penetra pela via da ideologia, *no sentido de proteção interesseira do ponto de vista, ... um erro de perspectiva*, enquanto o segundo corresponde *a atentados contra a opção de determinado método de pesquisa tanto*

em nível teórico, quanto prático, mas sobretudo erros de forma (1989, p. 54-55). A reflexão sobre este assunto é importante para apresentarmos contra-argumentos a colegas que questionam sobre a presença de possíveis vieses que comprometeriam a desejada validade e a confiabilidade/fidedignidade dos resultados de um estudo.

Embora MINAYO aponte que a atitude da “crítica interna” constitua a “alma da ciência” e considere que *a coincidência entre uma realidade a ser estudado e o produto da investigação é a “utopia” de qualquer marco histórico consistente* (1994, p. 238), a autora lembra-nos que a problemática da validação em pesquisa foi posta primeiramente pelo positivismo. Neste paradigma, busca-se um suposto rigor nas técnicas de “captação” da realidade, como a observação empírica que possa ser repetida e comprovada por diversas vezes, usando amostragem estatisticamente representativa, grupo controle, questionários estruturados de questões fechadas e tabulações de dados.

No entanto, em trabalhos clínico-qualitativos na área da Psicologia Médica, onde queremos apreender o sujeito na sua dimensão pessoal-individual, com o uso de referenciais psicodinâmicos para interpretação da fala e do comportamento do entrevistado, estes dados se constituem a própria verdade do sujeito, não havendo assim o que verificar numa ‘*realidade objetiva*’ sobre a qual ele venha a discursar. Talvez caiba certa preocupação neste sentido em trabalhos qualitativos, por exemplo de Representação Social, sobre como podem garantir *uma desejada coincidência entre o pensamento sobre a realidade e a própria realidade*, como indaga também Minayo (idem), mesmo que tais trabalhos não se pautem a rigor em postulados positivistas.

Um outro aspecto a ser considerado é o de, ao se tratar do uso do método qualitativo aplicado no *setting* dos cuidados com a saúde, é imprescindível acolher ao sujeito numa atitude clínica e dar uma **valorização da angústia da pessoa** entrevistada como fundamental, considerando tal elemento como caro neste método particularizado. Do latim, *angustia* significa estreiteza, de *angere*, apertar forte, sufocar (WEBSTER, 1983, p. 71).

Considerando angústia primeiramente no sentido clínico, vejamos o que nos fala o psicólogo e filósofo alemão **KARL JASPERS**:

Sentimento freqüente e torturante é a angústia. O medo se refere a alguma coisa. A angústia é sem objeto. Como sensação de um sentimento específico no coração, a angústia é vital. ... Todavia, a angústia é também estado de alma originário, que, em analogia com a angústia vital, atinge, penetra e domina sempre toda a existência. ... A angústia está ligada a sensações corporais, a um sentimento de pressão, sufocação, estreiteza. Muitas vezes, é localizada, por exemplo, como angústia precordial, às vezes até como angústia cefálica (1979, p. 138-139).

Outrossim, tomo o termo no sentido não apenas clínico, de uma sensação interna de opressão, mas principalmente existencialista, como algo que traz inquietação, que acaba por limitar, restringir a vida: angústia como *desejo de algo que se teme e de medo do que se deseja e que como tal prepara e anuncia uma ruptura, um salto a realizar* (Jolivet, 1975, p. 19). O existencialismo é uma corrente de pensamento que ganha força com uma necessária renovação após a I Guerra Mundial, buscando *uma análise minuciosa da experiência cotidiana em todos os seus aspectos ... sobretudo dos aspectos irracionais da existência humana* (MONDI, 1985, p. 182).

É no existencialismo do dinamarquês **Sören Aabye Kierkegaard** que encontramos a reflexão abaixo reproduzida. Embora o pensamento deste autor ocupe-se bastante com a temática teológica, seu discurso filosófico alcança grande valor por examinar a natureza do indivíduo, os limites do sistema, os conceitos de existência, de angústia e de interioridade (Mondin, 1985, p. 74-75).

Assim como talvez não haja, dizem os médicos, ninguém completamente são, também se poderia dizer, conhecendo bem o homem, que nem um só existe que esteja isento de desespero, que não tenha lá no fundo uma inquietação, uma perturbação, uma desarmonia, um receio de não se sabe o quê de desconhecido ou que ele nem ousa conhecer, receio duma eventualidade exterior ou receio de si próprio; tal como os médicos dizem duma doença, o homem traz em estado latente uma enfermidade, da

qual, num relâmpago, raramente um medo inexplicável lhe revela a presença interna (KIERKEGAARD, 1984, p. 203).

A **validação na pesquisa qualitativa** refere-se à *extensão par a qual os achados da pesquisa representam realidade* (MORSE & FIELD, 1995, p. 244). Quanto à validação na pesquisa clínico-qualitativa, modelo que ora apresento, podemos considerá-la em duas esferas: interna e externa. A validação interna ocorre principalmente na medida em que se estabelece uma reação de transferência predominantemente positiva no informante, fenômeno observável durante a entrevista na proporção em que esta flui bem e em que se percebe o desejo do sujeito em colaborar com os objetivos propostos pelo pesquisador. O fenômeno da transferência psicanalítica já foi discutido anteriormente. Este desejo de ajudar o pesquisador é equivalente ao fenômeno observável no processo psicanalítico, por conta do qual o paciente traz o material para agradar ao terapeuta em seu trabalho de interpretação.

Contudo a validação começa a ser garantida no momento em que os instrumentos de coleta de dados, como no caso da entrevista semi-dirigida, são construídos nos moldes do que é metodologicamente de reconhecido uso e aceitação no meio científico. BOGDAN E BIKLEN comentam que *estudos qualitativos não são ensaios impressionistas feitos após uma rápida visita a um cenário, mas o pesquisador gasta um considerável tempo no universo empírico coletando e revisando laboriosamente pilhas de dados* (1998, p. 33-34). Além do quê, em relação ao enquadramento da pesquisa, a experiência acumulada do autor, tanto em pesquisas anteriores de pequeno porte que tenha realizado a título de treinamento em investigação científica, como em suas atividades clínico-assistenciais, vem a reforçar a garantia de um emprego adequado da metodologia qualitativa.

Igualmente, este pesquisador deve saber que seu alvo primário é trazer acréscimos ao conhecimento e não fazer julgamentos sobre um *setting*, bem como protege-se de seus próprios vieses, fazendo anotações detalhados do campo que incluam reflexões sobre sua própria subjetividade, conforme comentam aqueles autores (idem, p. 34). Ainda BOGDAN E BIKLEN advertem-nos que *todos os pesquisadores são afetados pelo viés dos*

observadores, já que questões ou questionários, por exemplo, refletem o interesse daqueles que os construíram, como ao fazer estudos quantitativos (idem).

Por outro lado, na validação externa, aponto como critério a existência de um trabalho de supervisão das entrevistas feitas pelo orientador da pesquisa, analogamente ao que soe acontecer numa supervisão habitual a que se submete o psicoterapeuta frente a seu supervisor. Ainda mais, o pesquisador conta com sua rede de interlocutores, os terceiros que ouvem e fazem ressonância a seus procedimentos a suas reflexões sobre os achados da pesquisa.

Resumidamente, temos que:

1- a *validação interna* se dá por:

- a) estabelecimento de uma reação transferencial positiva do informante na relação com o pesquisador
- b) planejamento adequado dos métodos, técnicas e procedimentos, segundo traz a literatura específica e segundo o bom senso do pesquisador.

2) enquanto que a *validação externa* ocorre por meio da:

- c) supervisão do orientador
- d) discussão dos achados com terceiros, como o grupo de pesquisa a que pertence.

4.3. SUJEITOS DA PESQUISA

4.3.1. O tamanho da amostra

A amostra foi composta de 11 parentes de doentes esquizofrênicos pacientes atendidos nos *serviços de Psiquiatria do H.C. da Unicamp: Enfermaria, Ambulatório de Adultos* do Hospital das Clínicas da UNICAMP.

Utilizei dois princípios da amostragem qualitativa citados por MORSE & FIELD (1995) na escolha dos sujeitos, que são: *a)* apropriação e *b)* adequação. A

apropriação deriva do fato de que os participantes da pesquisa são aqueles que melhor podem informar a respeito do assunto de interesse. A *adequação* significa que existem dados suficientes disponíveis para desenvolver uma descrição rica do fenômeno.

A amostra foi numericamente restrita por várias razões:

- 1) a representatividade estatística não é normalmente algo buscado em pesquisas qualitativas (BRITTEN, 1992);
- 2) aprofundei-me nas entrevistas feitas dando ênfase aos sujeitos em si;
- 3) não reduzi as respostas encontradas a padrões preestabelecidos¹ (MAYS & POPE, 1995);
- 4) os objetivos do trabalho convergiram para um desenho de pesquisa que consome muito tempo de análise do material e é economicamente mais dispendioso (MAYS & POPE, 1995);
- 5) como é habitual, não ocupei-me de generalizações a partir dos achados mas me ative em compreender processos sociais e psicológicos dos entrevistados (MAYS & POPE, 1995)
- 6) Muitos dos mais importantes trabalhos em Psiquiatria, Psicologia e Psicanálise foram desenvolvidos através de estudos qualitativos e cujas descobertas ainda são aplicadas no mundo todo.

Por tais motivos, não utilizei estudos de natureza estatística, sendo a *amostragem feita por saturação*. Este tipo de amostragem é muito utilizado nos processos de definição do tamanho da amostra nas pesquisas qualitativas. Nesta amostragem, o grupo é composto de sujeitos com uma homogeneidade mais ampla e é fechado quando as respostas de novos informantes passam a ser significativamente repetitivas em vista dos objetivos inicialmente propostos (KVALE, 1996) e as variações estão representadas e compreendidas na avaliação do pesquisador (MORSE & FIELD, 1995) ocorrendo que cada

¹ Toda pesquisa é seletiva -- não há nenhuma maneira do pesquisador conseguir capturar a verdade literal dos eventos. Toda pesquisa depende da coleta de tipos particulares de evidência através do prisma de métodos particulares, cada um deles tendo seus pontos fracos e pontos fortes. (MAYS & POPE, 1995)

novo entrevistado soma pouco ao que já foi aprendido (RUBIN & RUBIN, 1995) – o que implica na interrupção do acréscimo de novos entrevistados.

4.3.2. Considerações éticas

A participação dos sujeitos foi voluntária e sem coerção.

Foram bem informados a respeito da natureza e dos limites daquela situação, bem como de seus direitos ao sigilo e anonimato (assegurados, inclusive, através de um termo de consentimento assinado pelas duas partes), cuja cópia encontra-se no Anexo 2.

Entendo que os contatos, o *rapport* e as entrevistas, da maneira como foram conduzidos, puderam beneficiar os sujeitos por três principais razões. A primeira delas é que deram-lhe a oportunidade de aumentarem a consciência sobre a própria situação. Depois, ofereceram-se altruisticamente em benefício de outros em circunstâncias similares. E por fim, tiveram alguém com credibilidade para ouvir suas histórias - pois apresentei-me como um profissional da área psicológica dispondo-me a ouvir o fato, aceitar as coisas como foram ditas e sobre quem o entrevistado pode projetar a figura de boa pessoa.

Além desses elementos serem benéficos aos sujeitos, eles favorecem as entrevistas, porque, por exemplo, sabemos que as pessoas gostam de falar de si mesmas e ficam satisfeitas quando notam alguém interessado nelas. Foi dado aos sujeitos da amostra um momento que poderiam utilizar catarticamente, o qual dava importância ao sujeito e reforçava sua auto-estima, fazendo-lhe sentir-se útil em ser chamado a colaborar com os estudos científicos que serão, em outro momento revertidos para ajudar a população de pacientes em condições semelhantes à sua.

Procurei o máximo possível suprimir fatores potencialmente inibidores da boa fluência da entrevista, tais como:

- 1) *certos traços da minha personalidade profissional*: a erudição sendo um exemplo deles;

- 2) *o uso do tempo pessoal do entrevistado*: verifiquei se o sujeito estava despendendo um tempo que estaria sendo empregado em outra ocupação particular;
- 3) *situações ansiogênicas*: se o entrevistado estava disposto a ter a privacidade do seu lar e sentimentos relativamente invadidos; e
- 4) *ausência de retorno material*.

A escolha dos sujeitos se deu por critério de surgimento sequencial, durante os horários de consulta ambulatorial e por ocasião das visitas aos internos da enfermaria, os quais foram incluídos na amostra conforme os critérios:

1. uma pessoa da família do paciente com diagnóstico de esquizofrenia, segundo a CID-10, dado há pelo menos 6 meses e confirmado pelos médicos do serviço de atendimento;
2. familiar próximo (tais como: pais, irmãos, filhos, tios, sobrinhos ou cônjuges), com uma convivência rotineira há pelo menos 1 ano, em coabitação ou não.
3. pessoa adulta acima de 18 anos;
4. apresentava condições intelectuais e emocionais mínimas para se submeter à entrevista proposta por mim (excluindo-se portanto e sobretudo, familiar com história de quadro psicótico ou deficiência mental);
5. com consentimento explícito dado para tal entrevista;

4.4. A TÉCNICA

Utilizei a técnica de *Entrevistas Semi-dirigidas de Questões Abertas*.

4.4.1. Entrevista, entrevistas semi-dirigidas e as partes do instrumento

A *entrevista* é uma ferramenta flexível e poderosa que pode abrir muitas novas áreas de pesquisa. (BRITTEN, 1992) É um meio fundamental do método clínico, constituindo-se numa técnica de investigação científica capaz de levar a vida diária do ser humano ao nível do conhecimento e da elaboração científica. (BLEGER, 1980).

Optamos pela forma *semi-dirigida* de entrevistar porque permite que o entrevistado tenha tempo e espaço para falar mais livremente, a fim de se perceber os conteúdos do tipo transferencial², tais como a entonação da voz, os gestos, sorrisos e brincadeiras; deixar aparecer sentimentos, atitudes e condutas inconscientes e conscientes do entrevistado pode acrescentar uma dimensão muito importante da estrutura de sua personalidade e do caráter de seus conflitos, o que nunca conseguiremos somente com questões e respostas objetivas (BLEGER, 1980).

Ao contrário das entrevistas clínicas que pretendem encaixar o que é comunicado pelo entrevistado dentro de uma categoria médica apropriada, também optei pela forma semi-dirigida *para ver o problema da perspectiva do entrevistado e de seus referenciais de significado*, estando aberto à possibilidade de que os conceitos e as variáveis emergentes possam ser muito diferentes daquelas que havia previsto inicialmente. (BRITTEN, 1995)

Ainda que alguma diretividade seja apropriada (BRITTEN, 1995), busquei ajustar meu comportamento durante as entrevistas a partir da escala de uma escala destinada para aferir o grau de diretividade. (WHYTE, 1982).

Essa escala apresenta 6 pontos de diretividade, indo do número 01 (o grau menos diretivo) até a de número 06 (considerada a mais diretiva), conforme o disposto a seguir:

1. Produzir sons encorajadores
2. Refletir sobre as observações feitas pelo informante

2 De acordo com LAPLANCHE & PONTALIS (1977) transferência é uma repetição de protótipos infantis, vivida com uma sensação de atualidade escabrida.

3. Indagar sobre a última afirmação feita pelo informante
4. Indagar sobre uma idéia anterior à última observação feita pelo informante
5. Indagar sobre uma idéia expressa anteriormente na entrevista
6. Introduzir um tópico novo

Também fiz uso do referencial teórico psicodinâmico psicanalítico. No tocante a contribuição do pensamento da psicanálise, criada por Sigmund Freud, deve-se frisar sua recusa às pretensões de um pensamento puro e a reivindicação de instâncias não racionais, haja vista tratar-se de uma disciplina na qual podemos distinguir *um método de investigação que consiste essencialmente em evidenciar o significado inconsciente das palavras, das ações, das produções imaginárias (sonhos, fantasias, delírios) de um sujeito.* (LAPLANCHE & PONTALIS, 1991).

Torna-se defensável a inclusão de Freud na História da Filosofia pois seus estudos sobre o inconsciente exerceu e ainda exerce grande influência nas pesquisas filosóficas, em particular as de muitos existencialistas (MONDIN, 1985 p. 82). Reproduzirei à frente trechos da obra freudiana que trazem conceituações que considero básicas para pesquisas em Psicologia Médica, ou, como aqui compreendo, no *setting* dos cuidados com a Saúde.

Da soma destas abordagens do Homem, do materialismo histórico e da psicanálise, e a partir das falas de existencialistas, lembra-nos Chauí: *Encarnaram o sujeito num corpo vivido real e numa história coletiva real, situaram o sujeito. Desvendando os obstáculos psíquicos e histórico-sociais para o conhecimento, puseram em primeiro plano as relações entre pensar e agir, ou, como se costuma dizer, entre a teoria e a prática* (1995, p. 176).

Dessa maneira, decidi pela inclusão dos conceitos de: a) inconsciente; b) dinâmica de transferência; c) dinâmica de contratransferência e d) mecanismos de defesa do ego, que a seguir passo a reproduzir porque considero principais para pesquisas no ramo da Psicologia Médica, e que foram extraídos da obra freudiana.

- a) *inconsciente*: envolve a idéia de que os atos psíquicos só podem ser explicados pela pressuposição de outros, para os quais a consciência não oferece provas.

*... nossa suposição a respeito do inconsciente é necessária e legítima, e que dispomos de numerosas provas de sua existência. Ela é necessária porque os dados da consciência apresentam um número muito grande de lacunas; tanto nas pessoas sadias como nas doentes ocorrem com freqüência atos psíquicos que só podem ser explicados pela pressuposição de outros atos, para os quais, não obstante, a consciência não oferece qualquer prova. ... nossa experiência diária mais pessoal nos tem familiarizado com idéias que assomam à nossa mente vindas não sabemos de onde, e com conclusões intelectuais que alcançamos não sabemos como. (FREUD, 1977b, p. 192).
...uma suposição perfeitamente legítima, visto que ao postulá-la não nos estamos afastando um só passo de nosso habitual e geralmente aceito modo de pensar (idem, p. 194).*

- b) *dinâmica de transferência*: De acordo com transferência é uma repetição de protótipos infantis, vivida com uma sensação de atualidade acentuada (LAPLANCHE & PONTALIS, 1977). Assim, o investimento afetivo de alguém que se acha parcialmente insatisfeito dirige-se também para a figura do entrevistador num setting estabelecido (segundo um modelo que a pessoa adquiriu no curso de seu desenvolvimento pessoal) porque na repetição se veicula o desejo inconsciente. Seu emprego como um dos instrumentos em situações de entrevista, não é expediente original, mas bastante comum.

Deve-se compreender que cada indivíduo, através da ação combinada de sua disposição inata e das influências sofridas durante os primeiros anos, conseguiu um método específico próprio de conduzir-se na vida erótica - isto é, nas condições para enamorar-se que estabelece, nos instintos que satisfaz e nos objetivos que determina a si mesmo no decurso daquela. Isto produz o que se poderia descrever como um clichê estereotípico (ou diversos deles), constantemente repetido - constantemente reimpresso - no decorrer da

vida da pessoa, na medida em que as circunstâncias externas e a natureza dos objetos amorosos a ela acessíveis permitam, e que decerto não é inteiramente incapaz de mudar, frente a experiências recentes (FREUD, 1977a, p. 133-134).

Se a necessidade que alguém tem de amar não é inteiramente satisfeita pela realidade, ele está fadado a aproximar-se de cada nova pessoa que encontre com idéias libidinais antecipadas; e é bastante provável que ambas as partes de sua libido, tanto a parte que é capaz de tornar-se consciente quanto a inconsciente, tenham sua cota na formação dessa atitude (idem, p. 134).

Assim, é perfeitamente normal e inteligível que a catexia libidinal de alguém que se acha parcialmente insatisfeito, uma catexia que se acha pronta por antecipação, dirija-se também para a figura do médico (idem).

A palavra transferência ganhou extensão, não se restringindo apenas à situação do tratamento psicanalítico, mas fala de reações encontradas generalizadamente em toda relação interpessoal. Trata-se, ao menos teoricamente, de *um caso particular de deslocamento do afeto de uma representação para outra.* (LAPLANCHE e PONTALIS, 1991, p. 516)

- c) *dinâmica de contratransferência:* Um contraponto da transferência é o conceito de contratransferência³. Este conceito encontra apoio em todos os fenômenos que aparecem no entrevistador como emergentes do campo psicológico da entrevista e que dependem, em alto grau, da história pessoal do entrevistador e cujo surgimento se dá porque existem fatores que agem para que isto ocorra. Como já advertiu BLEGER (1980), o entrevistador deve estar atendo a estes sentimentos que podem surgir, sem contudo preocupar-se com o aparecimento dos mesmos, porque, se estas manifestações contratransferenciais ocorrem num determinado momento da entrevista, é porque nesse momento existem fatores que cooperam para que isso aconteça.

³ LAPLANCHE & PONTALIS (1977) definem contratransferência como um conjunto de reações inconscientes do analista à pessoa do analisando e mais particularmente à transferência deste.

Constitui-se num indício de grande significação e valor para orientar o entrevistador no estudo que realiza

- d) *mecanismos de defesa do ego*: os sintomas são criados para remover o ego de uma situação perigosa ou geradora de angústia. O processo defensivo frente às ameaças é análogo à fuga por meio da qual o indivíduo se afasta daquilo que o ameaça externamente.

Visto que remetemos a geração da ansiedade a uma situação de perigo, preferiremos dizer que os sintomas são criados a fim de remover o ego de uma situação de perigo. Se se impedir que os sintomas sejam formados, o perigo de fato se concretiza (FREUD, 1977c, p. 168).

A formação de sintomas, portanto, de fato põe termo à situação de perigo. Ela tem dois aspectos: um, oculto da visão, acarreta a alteração no id em virtude da qual o ego é afastado do perigo; o outro, apresentado abertamente, revela o que foi criado em lugar do processo instintual que foi afetado - a saber, a formação substitutiva. Seria, contudo, mais correto atribuir ao processo defensivo o que acabamos de dizer sobre a formação de sintomas e empregar a segunda expressão como sinônimo de formação de substitutos. Tornar-se-á então claro que o processo defensivo é análogo à fuga por meio da qual o ego se afasta de um perigo que o ameaça de fora (idem, p. 169).

Outra medida adota por mim foi a de criar um enquadre constante, na medida do possível, para todos as entrevistas a fim de se configurar o “*setting* – aquele campo onde se juntam as constantes de tempo e lugar, o papel de ambos os participantes e os objetivos que eles perseguem (ETCHEGOYEN, 1987).

As partes que compõem a entrevista contemplaram os seguintes aspectos: *a)* conceito sobre a doença, *b)* idéias sobre a causalidade e evolução, *c)* idéias sobre abordagens terapêuticas e outras⁴.

4.5. OS PASSOS DO TRABALHO DE CAMPO

4.5.1. Visitas prévias e definição do campo

Inicialmente, pensei em entrevistar os familiares dos pacientes internados na Enfermaria de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Unicamp, para me familiarizar com os residentes, funcionários, docentes e as rotinas daquele campo de pesquisa, comecei a visitar e freqüentar o local, participando das reuniões clínicas semanais, o que me auxiliou na percepção de qual era o “*clima*” afetivo de trabalho local e me proporcionou elementos de *quando* e *como* contatar-me com os sujeitos da pesquisa.

Todavia, sendo o número de sujeitos escasso na enfermaria, com as visitas dos familiares ocorrendo de forma imprevisível, esporadicamente e aos finais-de-semana, resolvi estender o campo para o Ambulatório de Psiquiatria. Esta iniciativa se mostrou benéfica porque concentrava num único dia, o atendimento dos pacientes acompanhados de familiares – lugar onde foram realizadas a maioria das entrevistas.

No ambulatório, o fluxo de pacientes era grande e existia poucas salas de atendimento e quase sempre me deparei com o fato de não ter nenhuma disponível para a entrevista. Este problema não era apenas meu mas de todos os que trabalhavam no local, implicando em terem eles de atender aos pacientes nas salas disponíveis naquele dia. Logo, isto resultou que as entrevistas foram conduzidas em salas diferentes. Não acredito que isto tenha comprometido consideravelmente o *setting* de entrevista porque todas elas ocorreram dentro de uma mesma área em recintos para funções semelhantes - salas de atendimento clínico, às quais os familiares já estavam habituados a utilizarem de maneira alternada, e sempre fiz *uso de recintos reservados* que permitiam a privacidade da relação.

4.5.2. Correções a partir das entrevistas preliminares

Foram realizadas 04 entrevistas-piloto para que o questionário fosse testado. Tanto pelo o que foi observado como pelas respostas obtidas nesta fase, notei que o instrumento estava adequado. Isto me permitiu fazer *ajustes* na forma de apresentação dos assuntos: melhorar o contato inicial com o familiar, demarcar aproximadamente quanto

4 O roteiro da entrevista semidirigida encontra-se no ANEXO I

tempo ele teria de dispor (e se o tinha para dispor), estar mais atento à larga abrangência de assuntos que o sujeito trazia e as formas pelas quais os expressava.

4.5.3. A seleção dos sujeitos

Tanto no ambulatório como na enfermaria de psiquiatria, a seleção dos sujeitos era feita segundo os critérios de inclusão na minha amostra, por meio dos registros dos prontuários médicos e informações colhidas com os residentes e enfermeiros, excluindo os pacientes com hipótese diagnóstica interrogada. Visto que ocorriam faltas às consultas no ambulatório, verificava se o familiar estava presente com o paciente. De maneira descontraída, procurava saber se a pessoa tinha uma convivência próxima com o paciente e há quanto tempo, logo no início da entrevista. Caso não se ajustasse aos meus critérios de inclusão, seria adequadamente dispensado após um tempo muito mais breve sem saber de sua exclusão da amostra.

4.5.4. O convite

Notei que era necessário aprimorar minha maneira de convidar as pessoas a participarem das entrevistas e passei a fazer o convite preferencialmente num momento em que elas estivessem desocupadas. No caso de estarem envolvidas em alguma conversa na recepção, dava-lhes a chance de deixarmos para conversar depois. Entretanto, todos os sujeitos preferiram que nosso encontro se desse naquele momento mesmo e abandonaram o interlocutor.

4.5.5. O *rapport* e o termo de consentimento

Durante o *rapport*, eu fazia uma apresentação um pouco maior de mim mesmo, fazendo menção do interesse da pesquisa e justificativa do porque da escolha do

entrevistado, dos objetivos da pesquisa e os ganhos da ciência. Também me esforçava em diluir eventuais sentimentos fóbicos e/ou paranóides mais proeminentes.

Em seguida, fazia a leitura e explicação do *Termo de Consentimento*, explicando o mesmo em linguagem de senso comum. Contava-lhe a razão da necessidade de uso do gravador para melhor registro dos dados que seriam posteriormente transcritos, possibilidade de recusas às perguntas, de abandono da entrevista sem prejuízo para si ou para o paciente. E finalmente, buscava ver se a pessoa concordava em participar da pesquisa.

4.5.6. Identificação sócio-demográfica e ajustes na comunicação

Recolhia então os *dados sócio-demográficos* de forma sucinta; e passava para *as questões do roteiro de entrevista*.

Persegui sempre a intenção de privilegiar expressões que pudessem introduzir um tópico para o entrevistado.

Desde a etapa-piloto, notei que expressões longas ou muito elaboradas, como por exemplo: “*Fale-me sobre sua relação com...*”, “*Ao seu ver, o que representa...*” tendiam a confundir ao entrevistado e deixava evidente que não tinham compreendido a questão. Talvez isso ocorreu porque tais expressões são mais apropriadas a pessoas com maior escolaridade e não deveriam ser parte do cotidiano deles.

Assim, tive que ajustar-me à expressões mais simples do tipo: “*Na sua opinião...*”, “*O que você acha que...*”. Uma outra preocupação que tive foi a de evitar direcionar as respostas e permitir ao entrevistado expressar outros tantos aspectos os quais lhe parecessem importantes.

4.6. LIDANDO COM AS CATEGORIAS, OS LIMITES E AS CONTRADIÇÕES

Os dados colhidos, foram trabalhados no conjunto das entrevistas realizadas e analisados passando-se pela etapa denominada *processo de categorização*, segundo apresenta BARDIN (1994).

Esta autora preconiza uma operação de classificação dos elementos constitutivos de um conjunto de dados levantados, primeiramente por diferenciação e, em seguida, por um reagrupamento conforme o gênero. Tal gênero é constituído por uma analogia entre os elementos com critérios definidos durante o momento de diferenciação dos dados colhidos. Em outras palavras, serão reagrupados trechos de falas, contidos nas respostas aos questionários, conforme eles apresentem falas em comum.

As questões elaboradas em nosso instrumento de pesquisa, por si próprias, já apontavam, para uma determinada classe por causa do tipo de respostas que elas evocam dos entrevistados, digamos: a etiologia e a fonte de informação, dentre as demais conforme poderá ser visto mais adiante. Desta maneira, os chamados *elementos constitutivos* já estavam previamente classificados e correspondiam às questões constantes do instrumento de pesquisa. Sendo assim, a categorização já estaria sendo processada.

Todavia, era necessária uma apreciação global do material levantado para que se confirmasse essa “*pré-categorização*”. Isto porque outros dados poderiam se tornar importantes e deveriam, então, serem contemplados com a discussão, de maneira a ir ao encontro de meus objetivos.

Entendemos que essas sub-categorias expressam *apenas uma* das possíveis formas de organização para esta questão, porque as idéias que os familiares tem, por exemplo, origem da doença, é construída a partir de um grande número de elementos altamente complexos - provavelmente o resultado de todas as condições sócio culturais e psicológicas dos entrevistados. Isto, por si só, já justificaria um estudo de todas elas - o que esta pesquisa não poderia abarcar - merecendo estudos à parte. Com tudo isso, quero dizer que diferentes formas de categorização também seriam possíveis.

Também não nos preocupamos em apontar às quais categorias pertencem as falas dadas por cada um dos indivíduos entrevistados porque não nos propusemos, de início, produzir um estudo exaustivo das razões psicológicas pelas quais a etiologia se configurou de uma determinada forma.

Se não tivéssemos optado por abrir mão do estudo mais psicológico de cada uma das respostas dos entrevistados, estaríamos diante de uma tarefa que nos exigiria levar em consideração não somente os aspectos atuais do entrevistado mas também toda a sua história de vida e organização de personalidade a fim de delinear as influências de natureza psicológica implicadas nesta questão - tornando esta pesquisa em estudo-de-caso.

Apesar de todas as considerações sobre os limites metodológicos feitas até aqui, acredito ainda ser válido o caminho empregado por mim no estudo das ópticas destes entrevistados, pois ao sair do plano individual para beneficiar um outro plano mais geral, proporciono uma compreensão global não somente dos sujeitos mas também deles enquanto parte de um segmento sócio-cultural.

Paralelamente, acreditamos que a nossa maneira de trabalhar os dados, coopera para entendermos melhor também como o atendimento em saúde mental ocorria na unidade de saúde que acolheu esta pesquisa e o quão ajustado ele estaria ou não aos parâmetros científicos vigentes do tratamento de pacientes esquizofrênicos e a orientação dos seus familiares. Isto é possível porque a discussão não priorizara as particularidades psicológicas e favorece a emergência do funcionamento dos grupos sociais dentro do campo da pesquisa.

Quando as categorias são observadas, é possível notar o registro de um mesmo sujeito comunicando idéias contraditórias sobre um mesmo assunto. Analisar essas contradições não foi tarefa fácil. Mas, se idéias contrárias surgem de um mesmo entrevistado, isto pode ser demonstrativo do grau de desconhecimento dele, bem como da forma contraditória que o conceito de esquizofrenia tem na mente daquele entrevistado e também as diferentes ordenações do discurso “médico” e do discurso leigo.

O contrário também se aplica: nos casos em que idéias diferentes não surgem de um mesmo entrevistado, a discrepância existente entre elas demonstraria como não existe uma uniformidade mínima em torno do conhecimento da esquizofrenia e poderia também ser indicativo do grau de desconhecimento da população entrevistada em torno da esquizofrenia, e quiçá, de toda a população brasileira de mesma origem social que utiliza serviços de saúde com falhas semelhantes.

Queremos dizer que o importante para nós não é quem expressou qual idéia, mas a variedade de idéias que ressalta a qualidade delas e como se ajustam em relação ao mundo científico.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. PERFIL SÓCIO-BIODEMOGRÁFICO DA AMOSTRA ESTUDADA

Foram entrevistados 11 sujeitos familiares de pacientes esquizofrênicos atendidos no Hospital da Clínicas da Unicamp, em Campinas.

O parágrafo seguinte explica como está dividido o próximo quadro que mostra o perfil da amostra entrevistada.

Na primeira coluna estão os *nomes dos sujeitos* representados pelas iniciais do nome verdadeiro. Somente uma entrevistada, o sujeito CD, pediu para que alterássemos as letras iniciais de seu nome. Na segunda coluna aparece o *sexo* dos sujeitos. A *idade* de cada sujeito aparece na terceira coluna. *Procedência* e *Naturalidade* são os nomes das colunas que mostram, respectivamente, o local de nascimento e o de residência dos sujeitos.

Escolhemos o título *Situação conjugal* para a coluna seguinte porque explica mais as condições de vínculo afetivo-amoroso da associação dos sujeitos, uma vez que a expressão “estado civil” não parece ser suficiente para indicar qual o nível e duração das ligações afetivas dessas pessoas e refletir mais uma associação formal (que muitas vezes não ocorreu)¹. Desta forma, prevaleceu a maneira como cada um se identificava socialmente neste aspecto ainda que não houvesse um registro civil oficial.

A coluna *Parentesco* contém dados sobre o grau de ligação familiar com o doente (pai, mãe, irmão, mãe adotiva, por exemplo).

Na coluna *Ocupação*, aparecem as principais e mais duradouras atividades produtivas dos sujeitos. Consideramos a condição de dona-de-casa como sendo ocupação.

Na coluna *Religião* estão inseridas todas as práticas religiosas professadas pelos entrevistados. Surgiram pessoas que, por exemplo, embora se considerassem nominalmente católicas romanas, frequentavam atividades em grupos protestantes; como também existiram aqueles que disseram não possuir religião. Assim, tanto transcrevemos o nome que o sujeito diz professar bem como evitamos interpretar essa informação porque parecemos que vários deles pareciam estar numa transição e não tinham se desvinculado nominalmente de sua religião anterior.

¹ Portanto, durante a coleta dos dados de identificação perguntou-se se a pessoa era solteira, casada, viúva e não utilizamos o termo estado civil por nenhum momento.

O item *Antecedentes Mentais* dado à coluna seguinte, serve para indicar se o entrevistado teve algum problema mental diagnosticado. Aqueles que tiveram algum problema mental mas se mostravam em condições de participar de uma entrevista psicológica, foram mantidos dentro da amostra. Aqueles que não tinham condições não foram incluídos na amostra.

Já a coluna *Outros Casos Psiquiátricos Familiares*, revela o grau de parentesco da pessoa (que não o paciente) acometida por doença psiquiátrica e o nome dela.

Finalmente, a coluna chamada de *Composição Familiar* mostra o grau de parentesco das pessoas que residem com o entrevistado, já incluído o entrevistado.

Nome	Sexo	Idade	Procedência	Residência	Escolaridade	SB	Parentesco	Ocupação	Religião	Antec. mental	Outros casos psiq. fam.	Compos. familiar*
ABC	Fem	37	Matojo, SP	Matojo, SP	3ª série prim.	viúva	mãe	chirurgiana	evangélica	não	tinhada alcoólatra	marido, 2 filhos, paciente
ADY	Masc	26	Sumaré, SP	Sumaré, SP	5ª série prim.	casado	pai	impreta gráfica	Assembl. de Deus	não	irmão	esposa, filho, 3 netos, paciente
CD	Fem	34	Cruzeiro, SP	Campina, SP	2º grau	separada	mãe	banqueira	católica	não	prima e parentes do seu ex-marido que têm esquizofrenia	filha
DEB	Masc	35	Campinas, SP	Pindamonhangaba, MG	5ª série prim.	casado	pai	trabalha em comércio	nenhuma	não	cunhado e cunhada	esposa, paciente
DEG	Fem	37	Campinas, SP	Aracaju, MG	4ª série prim.	casada	esposa	donde-casa	Testem. de Jeová	não	sogra e cunhados	paciente e 4 filhos
DEJ	Masc	31	Jussara, GO	Aracaju, MG	2º grau	solteiro	irmão	pedreiro	católicos	não	não	pai e paciente
DEK	Fem	34	Hortolândia, SP	Aracaju, MG	2º grau	solteira	irmã	digitista	Congreg. Cristã	não	não	mãe e paciente
DEP	Fem	61	Lindaiatuba, SP	Itapetininga, SP	1ª série prim.	casada	mãe adotiva	trabalha de casa	Católica	não	não	marido, paciente (mãe em tempo parcial)
DES	Fem	56	Campinas, SP	Campinas, SP	4ª série prim.	casada	filha	donde-casa	ex-católica	não	não	marido, 3 filhos e paciente
DEU	Fem	47	Paulínia, SP	Paulínia, SP	3ª série prim.	casada	irmã	enfermeira	católica	não	6 irmãos	marido, 02 filhos e paciente
DEV	Fem	62	Campinas, SP	Campinas, SP	sem escolaridade	viúva	irmã	enfermeira doméstica	Amor + Deus é	não	não	paciente
									católica + "crentes"	não	não	paciente

Quadro 1: Perfil sócio-bio-demográfico dos entrevistados

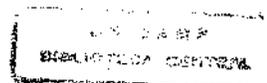
Quanto ao sexo dos entrevistados, 03 são homens (27%) e 8 são mulheres (72%). Essa diferença entre o número de mulheres e homens entrevistados pode ser atribuída ao fato de que, em nossa cultura, o cuidado dos doentes estar mais identificado com o papel feminino. Além disso, habitualmente os homens não podiam acompanhar os familiares até o atendimento por estarem trabalhando nos horários das consultas (que era o principal momento das entrevistas). Isto pode ser notado na divisão da amostra por sexo; dentre os 03 únicos homens entrevistados, 01 deles ser aposentado (pai de paciente, cuja esposa nunca aceitou a idéia do paciente sofrer de um problema digno de tratamento médico, mas sim de exorcismo e por isso resistia em trazê-lo ao hospital) e os outros 02 homens eram um irmão e um outro pai entrevistados na Enfermaria de Psiquiatria, em horário de visita, logo nos dias subsequentes à internação do parente. Na realidade encontrada por nós, o momento próximo à internação do paciente parece ser o mais propício para os homens - pais e irmãos - comparecerem (exceto em situações especiais como a do marido com a esposa resistente ao tratamento do filho).

Quanto ao grau de escolaridade, 9% não tinha qualquer escolaridade; 36% tinha até a 4.a série do primeiro grau; 18% até a 8.a série do primeiro grau e 27% tinha o 2.o grau completo. Podemos afirmar, então, que a maior parte dos entrevistados tinha um grau mínimo de escolaridade (até a 4.a série do primeiro grau).

A tabela seguinte fornece os dados referentes ao perfil escolar x sexo da amostra pesquisada, descritos anteriormente.

		Sem Escolaridade	Com Escolaridade		
			1.o grau		2.o grau
			Até 4.ª série	de 5.ª a 8.ª	
Homens	03 (27,2%)	-	-	02 (18,18%)	01 (9,09%)
Mulheres	08 (72,7%)	01 (9,09%)	04 (36,36%)	-	03 (27,27%)
TOTAL	11 (100%)	01 (9,09%)	04 (36,36%)	02 (18,18%)	04 (36,36%)

Quadro 2: Sexo e nível de escolaridade da amostra



A atividade profissional da maioria é do tipo simples: a maioria composta de donas de casa e domésticas, 01 deles metalúrgico aposentado, 01 costureira, 01 lixeiro, 01 auxiliar de escritório desempregada, 01 negociante pecuarista e 01 digitadora.

Assim, a população entrevistada por nós relativamente parecida com aquela habitualmente atendida pelo HC da Unicamp, isto é, de pessoas de baixa escolaridade, exercendo ocupações de trabalho pouco complexas e de baixo poder aquisitivo.

5.2. CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS DAS ENTREVISTAS

Conforme explicado no capítulo de Recursos Metodológicos, apresentamos, a seguir, a tabela com as categorias dos dados colhidos nas entrevistas feitas com os familiares dos pacientes.

Exatidão	O Nome Da Doença	Idade De Aparentamento	Tratamento	Fatores De Melhora	Fatores De Piora	Futuro Do Paciente
A. S. C.	esquizofrênico	não tem idade certa	tomar um medicamento que ajude a dormir bem e que combata a depressão muito forte o qual deve ser trauma de parto e o faça ter vontade de trabalhar, de fazer as coisas e eliminasse o desânimo	medicamento	não sabe dizer	Não poderá casar e ter filhos... levar uma vida normal. Mas poderá trabalhar. A doença não tem cura (baseia-se na experiência da observação da evolução do paciente) Minha fé é pouca dele vir a melhorar.
A. X. N.	não sabe. Esqueceu.	não tem idade certa	remédios.	Tratamento. A ajuda de Deus. A graça da igreja. Alimentação. Sostegno. Ter o espírito de Deus para poder cooperar ter paciência e não brigas.	Bebida alcoólica Drogas.	Tem cura sim. A médica falou que vai ficar novinho em folha. Ela disse que ele vai casar e trabalhar. A vida dele vai melhorar daqui para frente.
C. D.	esquizofrenia paranoide	qualquer momento em que a pessoa se sente impossibilitada de mudar a sua vida para melhor	medicamentos (quando prescritos adequadamente) Psicoterapia.	apoiar das pessoas da família	situações que o paciente não sabe resolver. Remédio mal prescrito que a deixa sem poder estudar	Atualmente acha que o futuro do paciente vai ser ruim Acha que a doença não tem cura mas tem tratamento com remédios. Não acredita que o paciente terá uma vida normal, não lhe dará emprego por ser doente, não poderá se casar e nem conseguirá ter família própria.
D. E. P.	não sabe. O médico falou mas esqueceu. "A gente chega e a gente fica..."	Não sabe dizer	medicamentos.	Tratar Continuar indo à igreja (o paciente gosta)	Tomar muito café. Fumar demais.	

Quadro 3: Categorias dos dados das entrevistas feitas com familiares

<p>M. J. esquizofrênico</p>	<p>M. J. A mãe tem Problemas para se tratar consequências</p>	<p>Começou a por na cabeça que ia ser morto. [o paciente era vigilante]</p>	<p>Acha que os mais jovens têm mais qualidade porque os jovens de hoje são desmoldados, fazem o que querem e daí consequência é sair com problemas de saúde e entrar em depressão</p>	<p>Remédios</p>	<p>Viver para a praia, no outro lugar, esquecido, mas não têm dinheiro para isso. Então, está meditando ajuda. Ser o cara que ele queria quis ser. Conversar com as pessoas. Jogar bola, brincar e sair a andar logos.</p>	<p>Ficar dentro de casa só pensando num morte de coisas e sent conversar com ninguém.</p>	<p>Acha que a doença não tem cura. Melhor melhora e piora porque tem um problema grande na mente dele que é difícil de tirar.</p>
<p>M. J. não sabe o nome</p>	<p>Caso familiar na impresão da esquizofrênico</p>	<p>vomada muito grande de estudar Engenharia e que foi contratada pela falta de condições da família</p>	<p>Alguém que conversasse o tempo todo com ele</p>	<p>Remédios Alguém que conversasse o tempo todo com ele</p>	<p>após para se sentir atrapalhado cuidados com o coisas dentro do trabalho não falta dinheiro, condições de trabalhar ter alguém que conversasse passar com ele e a família a fumar de repente</p>	<p>falta de cuidados falta de dinheiro</p>	<p>essa vida quase normal. Não tem cura mas tem controle. a medicação permite que venha a ter vida quase normal</p>
<p>M. J. não sabe</p>	<p>M. J. mãe tem muitos problemas</p>	<p>Leite escregado que deam quando era pequeno e que começou a mexer na mente dele deixado-o nervoso e destruído.</p>	<p>Os remédios ajudam a melhorar, mas o problema é espiritual.</p>	<p>Os remédios ajudam a melhorar, mas o problema é espiritual.</p>	<p>Conversar com alguém também</p>	<p>Deixá-lo sozinho sem ter com quem conversar. Contrariá-lo e atamar a atenção dele, deixa-o agitado.</p>	<p>Não tem cura. O futuro dele está nas mãos de Deus (se não se matar como outros que tem conhecimento) Não vai poder trabalhar</p>
<p>M. J. esquizofrenia</p>	<p>O irmão</p>	<p>De nascença. Hereditária.</p>	<p>Os remédios. Psicólogo. Terapia Ocupacional.</p>	<p>Os remédios. Psicólogo. Terapia Ocupacional.</p>	<p>ambiente familiar bom, ser calmo, ajudar, conversar e não brigar com ele</p>	<p>Brigas familiares. Não concordar com ele em que terá uma outra vida [biológica, depois da morte] bem diferente desta.</p>	<p>É uma doença tratável mas não curável. Não vai poder levar uma vida normal. A vida dele não vai mudar. Tem medo dele e do marido e a quem e não tem ninguém que possa ficar com ele. "mas o futuro a Deus pertence". É preciso manter a esperança, mas não tem "empurrar para lá".</p>

<p>esquizofrenia paranoide</p>	<p>acho que a doença não tem cura porque houve melhora nas fases mais agressivas mas não ocorreu a cura. Acha que o paciente irá piorar com o envelhecimento e também tem pelo sei próprio futuro.</p>	<p>paciente dos familiares medicamentos e seguir religiosamente o tratamento.</p>	<p>tomar medicação de menos e não seguir religiosamente o tratamento.</p>	<p>Acha que a doença não tem cura porque houve melhora nas fases mais agressivas mas não ocorreu a cura. Acha que o paciente irá piorar com o envelhecimento e também tem pelo sei próprio futuro.</p>
<p>esquizofrenia paranoide</p>	<p>acho que a doença não tem cura porque houve melhora nas fases mais agressivas mas não ocorreu a cura. Acha que o paciente irá piorar com o envelhecimento e também tem pelo sei próprio futuro.</p>	<p>paciente dos familiares medicamentos e seguir religiosamente o tratamento.</p>	<p>tomar medicação de menos e não seguir religiosamente o tratamento.</p>	<p>Acha que a doença não tem cura porque houve melhora nas fases mais agressivas mas não ocorreu a cura. Acha que o paciente irá piorar com o envelhecimento e também tem pelo sei próprio futuro.</p>
<p>esquizofrenia paranoide</p>	<p>acho que a doença não tem cura porque houve melhora nas fases mais agressivas mas não ocorreu a cura. Acha que o paciente irá piorar com o envelhecimento e também tem pelo sei próprio futuro.</p>	<p>paciente dos familiares medicamentos e seguir religiosamente o tratamento.</p>	<p>tomar medicação de menos e não seguir religiosamente o tratamento.</p>	<p>Acha que a doença não tem cura porque houve melhora nas fases mais agressivas mas não ocorreu a cura. Acha que o paciente irá piorar com o envelhecimento e também tem pelo sei próprio futuro.</p>
<p>esquizofrenia paranoide</p>	<p>acho que a doença não tem cura porque houve melhora nas fases mais agressivas mas não ocorreu a cura. Acha que o paciente irá piorar com o envelhecimento e também tem pelo sei próprio futuro.</p>	<p>paciente dos familiares medicamentos e seguir religiosamente o tratamento.</p>	<p>tomar medicação de menos e não seguir religiosamente o tratamento.</p>	<p>Acha que a doença não tem cura porque houve melhora nas fases mais agressivas mas não ocorreu a cura. Acha que o paciente irá piorar com o envelhecimento e também tem pelo sei próprio futuro.</p>
<p>esquizofrenia paranoide</p>	<p>acho que a doença não tem cura porque houve melhora nas fases mais agressivas mas não ocorreu a cura. Acha que o paciente irá piorar com o envelhecimento e também tem pelo sei próprio futuro.</p>	<p>paciente dos familiares medicamentos e seguir religiosamente o tratamento.</p>	<p>tomar medicação de menos e não seguir religiosamente o tratamento.</p>	<p>Acha que a doença não tem cura porque houve melhora nas fases mais agressivas mas não ocorreu a cura. Acha que o paciente irá piorar com o envelhecimento e também tem pelo sei próprio futuro.</p>

5.2.1. Esquizofrenia: Uma doença sem nome

*Se eu não disser nada como é que eu vou saber?
onde fica a entrada do castelo do querer?
qual a resposta? me diga então, qual é a pergunta?
Se eu não disser nada como é que eu vou saber?
(Péricles Cavalcanti)*

Dois fatores importantes devem ser primeiramente considerados. O primeiro é que a esquizofrenia é uma doença importante, muitas vezes incapacitante; e o segundo, é que a nossa população pesquisada é composta de familiares com convivência direta com os doentes. Esta proximidade com o sujeito é suficiente para eles notarem a incapacitação causada no paciente pela doença. Apesar disto, verificamos que grande parte dos nossos entrevistados sequer conhecia o nome da doença do familiar.

A esquizofrenia não deveria ser uma doença tão parcamente identificada pelo seu nome porque não é desconhecida dentre os meios de atendimento de saúde; tem uma prevalência mundial de 1% (KAPLAN & SADOCK, 1985) e é uma entidade nosográfica de múltiplos subtipos, com critérios de diagnóstico e de tratamento descritos pela literatura especializada. Além disso, é identificável por grande parte dos profissionais de saúde da mesma maneira que, por exemplo, o diabetes, a hipertensão arterial, a hepatite viral, a AIDS, Doença de Alzheimer, e outras tantas doenças com prevalência bem menor (a AIDS, por exemplo, tem prevalência de apenas 1: 100.000 habitantes) que acabam por penetrar a área de conhecimento da população leiga em geral e serem nomeadas quase sempre correntemente.

Mesmo dotada de todas estas características, a esquizofrenia não conseguiu ter o seu nome reconhecível, memorizável e evocável por significativa parte dos nossos entrevistados porque, dos 11 sujeitos entrevistados, 06 não sabiam o nome da doença; 02 usaram palavras próximas e somente 3 conheciam.

Vários dos nossos entrevistados não utilizaram a palavra “esquizofrenia”. Veja alguns trechos das entrevistas, a seguir:

E: Você sabe qual o nome dado a esse problema de saúde?

AXS: (...) não sei... o médico até falou para mim mas já esqueci, né?

E: Algum médico, alguma vez, disse qual o nome do problema dele?

AXS: Uma doença ... sei que tem na cabeça dele mas eu esqueci.

E: O senhor sabe o nome da... o senhor sabe o nome dado a esse problema de saúde dele?

DEP: (...) ele estava nervoso né?

E: Você sabe o nome dado a essa doença? Do problema de saúde do Z.P.?

JES: Olha tem uns... ao certo até agora não sei não.

E: Você sabe o nome da doença?

MJS: Não.

E: Você sabe qual o nome dado pra essa doença da S.?

PCAS: Não sei.

E: A senhora sabe o nome dado a esse problema de saúde da B.?

RIP: Ah, eu não sei, só sei que tá, que tá assim com a cabeça atrapalhada, tá ruim, ruim, ruim... ham, isso já há uns sete, oito anos atrás, sabe.

Não foi dito o nome “esquizofrenia” pelos 6 entrevistados acima.

Perguntamo-nos quais poderiam ser as prováveis razões implicadas nesta questão.

Seria, por acaso, uma dificuldade de linguagem relacionada a este termo especificamente? Não devemos supor que a não utilização do nome “esquizofrenia” se deva à dificuldade de pronunciar o termo “esquizofrenia” determinada por razões psico-sócio-culturais, uma vez que todos os nossos entrevistados vieram de um mesmo grupo sócio-cultural, alguns conseguiram pronunciar-lo e outros entrevistados conseguiram se aproximar do nome da doença.

Podemos notar empiricamente que certos nomes de patologias como a *úlcera péptica* têm seus nomes conhecidos por população equivalente à nossa; ainda que os pronunciem de forma um tanto diferente da forma correta (p.ex: “*úlcera*” muitas vezes se torna em “*ursa*” ou “*ulça*”; “*câncer*”, dito com “*canse*”). Mas, no caso da esquizofrenia, a ausência de um nome de referência torna-se muito mais intrigante.

O argumento de que as doenças citadas que têm seus nomes conhecidos pertencerem ao campo das doenças somáticas e poderem ser observadas por alterações anátomo-funcionais se tornando mais impositivas no campo de percepção do sujeito não é inválido. Inclusive, isto reforça a nossa posição de que algo diferente ocorre quando a doença é do tipo mental (e não orgânica).

Mas então, *por quê outros nomes de doenças mentais parecem ter penetrado melhor a área de conhecimento das pessoas?* Certas doenças mentais, tais como as *depressões*, as *fobias* e o *distúrbio de pânico* parecem ocupar um espaço mais privilegiado no que diz respeito a terem seus nomes utilizados pela população.

Parece que uma das razões pela quais o nome “esquizofrenia” não faz parte do mundo de conhecimento da população pode ser a mesma pela qual o nome da patologia “*histeria*” também não faz. Dentro do mundo leigo, estas doenças adquiriram um sentido pejorativo em nossa cultura, quase insultante, fazendo com que o profissional de saúde mental se sinta com pudor ou receio de utilizar seus nomes e serem mal-interpretados pelo

paciente e seus familiares. Este profissional acredita que a comunicação do diagnóstico poderia ser tomada como um insulto proferido ao paciente. Certos diagnósticos parecem ser mais fáceis de serem comunicados que outros.

Imaginem as seguintes situação de comunicação de diagnóstico: *“O seu marido é um esquizofrênico”*. Ou esta outra situação: *“Mediante os exames feitos estarem todos normais e após termos estudado e discutido com vários profissionais o seu caso, concluímos que a senhora sofre de histeria: a senhora é histérica”*.

Assim como a esquizofrenia, a histeria tem uma história antiga nas ciências da mente. Entretanto o tempo não se mostrou capaz de fazer com que ambas ocupassem o mesmo lugar nobre que as fobias, as depressões e, mais recentemente, o pânico dentro do conhecimento da população.

Trazendo estas considerações preliminares para dentro da nossa amostra, estamos querendo dizer que dentro de um mesmo grupo sócio-cultural entrevistado, existiram: a) pessoas que conseguiram pronunciar a palavra corretamente, e b) outras de maneira aproximada. Isto equivale a dizer que quase a metade da nossa amostra, (5 dos 11 entrevistados) mostrou ter algum conhecimento do termo *“esquizofrenia”*.

A evidência de que não é impossível para essas pessoas pronunciar a palavra vem nos exemplos a seguir.

Primeiramente, mostramos três trechos de falas daqueles que pronunciaram o nome da doença corretamente:

CD: É esquizofrenia paranóide e... e... esquizo... esquizo afetiva, né?

NBP: É esquizofrenia.

E: *A senhora sabe qual é o nome dado a essa doença, Dna N.?*

NSGJ: Esquizofrenia?

E: É esquizofrenia?

NSGJ: É.

Então aqueles que se aproximaram do nome correto da doença:

E: Você sabe qual é o nome dado a esse problema do M?

ASC: Não. O que eles me deram é... que é esclezofenia...

E: Você sabe o nome do problema de saúde do V.?

EMP: Olha, ham, eu sempre pergunto o nome pra doutora, ela nunca me disse o nome, né? Porque ela disse que ele não é mesmo um esquizofilênico.

Em ambos os grupos, pudemos notar que o termo fez, em algum momento parte do registro no mundo psicológico deles visto que conseguiram pronunciar palavras parecidas com “*esquizofrenia*”.

Por existir dentro de um mesmo grupo sócio cultural pessoas que conseguiram pronunciar a palavra e outras que não conseguiram, entendemos que isto não se deve a uma dificuldade intrínseca de natureza fono-articulatória da palavra, mas sim principalmente ao fato da palavra “*esquizofrenia*” não soar como sendo de uso frequente no cotidiano dessas pessoas e ter, muitas vezes, um sentido negativo.

Sabemos que o mundo se faz representar principalmente através das palavras quanto mais avançada for a idade da pessoa normal. Tomando isto por base, os adultos representam o seu mundo fazendo uso primordial das palavras.

Em outros termos, estou afirmando que a força de uma idéia é muitas vezes diretamente proporcional à força intrínseca advinda do uso de um vocábulo que representa esta idéia (em questão, o vocábulo “*esquizofrenia*”).

O fato dos sujeitos serem normais e adultos e não poderem sempre verbalizar uma palavra como “*esquizofrenia*” é um indicativo claro de que eles têm uma noção fraca da doença que acometeu aos familiares.

Os nossos familiares não apenas estão utilizando pouco frequentemente esta palavra (o representante oral da idéia) como também estão conhecendo pouco o seu significado: a idéia que existe por detrás dela.

Podemos entender isto claramente a partir da entrevista de J.E.S. o qual alegou **não saber** o nome da doença, completando depois assim:

JES: “eles” (os médicos) “falam na linguagem deles... esquisito”.

Porque a pessoa não consegue apreender o conceito da doença, ela acaba usando pouco o seu representante oral.

Por quais outras possíveis maneiras os pacientes conseguiriam explicar aos seus conhecidos o estado de saúde de seus familiares? E quais outros meios verbais elas utilizariam? - se é que se sentem esclarecidos o suficiente para tal.

Muitos familiares que não enunciaram a palavra “*esquizofrenia*” e nem algo aproximado, utilizaram outras expressões, na maioria das vezes muito vagas e insuficientemente úteis tanto para explicar a natureza do fenômeno que acometeu seu parente como para discriminá-lo de outros.

A seguir, apresento alguns exemplos:

AXS: Porque a pessoa já está fraca do pensamento (...) é apenas uma doença que dá aquela crise e que ataca um pouco, tá certo? (...) faz coisas erradas.

O entrevistado acima utiliza as expressões “*fraqueza de pensamento*”, “*crise*”, “*coisas erradas*”. Mas, o que seria ser *fraco de pensamento*? Será que poderia englobar dificuldade de memória? E a *crise*? Talvez também uma crise epiléptica?

E as “*coisas erradas*” então? A expressão não dá conta de possibilitar que se entenda, dentro da óptica do entrevistado, se ele consegue estabelecer um limite entre um comportamento inadequado para as formas de normalidade dentro do seu grupo sócio-cultural e uma alteração de comportamento encontrado numa doença mental?

Como podemos ver, estas expressões não conseguem substituir adequadamente o nome “*esquizofrenia*” porque são muito vagas e pouco discriminativas de outros fenômenos mentais, culturais e até mesmo morais.

Um outro exemplo se encontra na fala do pai de um paciente, o Sr. DEP, que nomeia o problema de seu filho como “*problema de cabeça*”.

DEP: Ah, eu, pra mim, já era problema de cabeça, né? Mas a minha mulher com esse povo, os crente, pensava que era o demônio.

Igualmente, não sei se as *depressões*, os *transtornos de ajustamento*, os *traumatismos cranianos*, os *transtornos sexuais* poderiam ser nomeados por “**problemas de cabeça**” por DEP e nem em qual extensão cada um desses transtornos poderia se distinguir da esquizofrenia com o uso dessa expressão.

Os dois sujeitos anteriores empregaram expressões não-elucidativas na medida em que elas não caracterizam o quadro mental do paciente nem outros tantos possíveis.

Em resumo, observei que a palavra “*esquizofrenia*” não faz parte do universo psicológico desses familiares como mais um elemento que vem a se somar à organização da experiência pessoal relativa ao adoecimento de seus parentes. Esta ausência da terminologia correta não colabora para o entendimento da doença e tampouco do doente.

Posso adiantar que tudo o que expus até agora com relação à presença ou não de uma terminologia precisa, definida, discriminatória e comum para o nome da doença, tem uma implicação na existência de um hiato entre a maneira como o conhecimento se articula no meio dos profissionais de saúde mental e como ele se dá no seio familiar dos pacientes esquizofrênicos. A família está desacostumada com as formas clínicas de apresentação da esquizofrenia e então lança mão de outros nomes que podem dar conta de determinados aspectos da cultura familiar mas não desta experiência particular, muitas vezes desconhecida, que é o adoecimento de um parente por esquizofrenia.

Levanto a hipótese de que o próprio profissional de saúde mental, talvez por razões culturais, se esquivava de usar o termo “*esquizofrenia*” na conversa com o paciente e seus familiares, ainda que outras tantas expressões igualmente típicas de profissionais de saúde e mais difíceis já sejam de conhecimento e uso da população. A discussão quanto a esses aspectos, ocorrerá mais adiante.

5.2.2. Quanto a fonte de informação

Neste subcapítulo estaremos discutindo sobre a fonte que o familiar teve para informar o nome da doença.

Pareceu-nos não existir uma forte associação entre a fonte informante e a qualidade final de conhecimento evocado pelo familiar, que em termos do conhecimento. Isto é, não se cumpre uma relação esperada do tipo: “*médico fala + explica = familiares entendem + registram*”.

O quadro abaixo nos mostra o cruzamento entre o nível de conhecimento demonstrado pelo entrevistado e as fontes de informações às quais tiveram acesso.

FONTES	NÍVEL DE CONHECIMENTO		
	Não sabiam o nome da doença ou se esqueceram	Usaram palavras parecidas com o nome da doença	Sabiam o nome da doença
Médico (08)	04	01	03
Papel dado pelo médico (01)	-	-	01
Sem fontes de informação (02)	02	-	-
TOTAL (11)	06	01	04

Quadro 4: As fontes informadoras e o nível de conhecimento obtido do nome da doença

A relação existente entre a fonte de informação e a qualidade do conhecimento do familiar sobre a doença parece se dar por processos complexos e sobrepostos que podem às vezes se somarem e às vezes se excluírem.

Levantamos várias explicações para os dados encontrados e resolvemos dispô-los como possibilidades que se somam ou se alternam.

Estaremos dividindo nossa discussão dentro dos seguintes sub-tópicos que acreditamos estarem relacionados com os achados: 1) *Pequena força da intervenção da equipe de saúde mental, e/ou* 2) *Inadequação didática da apresentação da informação, e/ou* 3) *Falta de empatia cultural e psicológica e/ou* 4) *Inexistência de um contato com a família.* Utilizamos a expressão “*e/ou*” entre cada uma delas porque entendemos que estas 04 causas podem agir conjuntamente ou não.

5.2.2.1. Pequena força da intervenção da equipe de saúde mental

A interação da equipe de saúde é tão esporádica e a força do contato é sutil que não consegue adequar o arcabouço cultural e ambientalmente super-reforçado do familiar à informação sobre o nome do fenômeno que ocorre com o paciente. Entendemos que existe

uma necessidade subjacente virtual da equipe de contrapor às crenças do universo cultural do familiar para firmar um novo conhecimento em sua mente. Se isto não ocorrer e a família continuar a conceber as alterações de comportamento do parente segundo uma óptica que não inclui sua natureza patológica, então isto causaria prejuízo no tratamento do paciente.

Nesta sub-categoria estariam incluídos todos aqueles entrevistados que não se lembraram do nome “*esquizofrenia*”.

A fala seguinte exemplifica bem o que acabamos de afirmar porque representa todas as falas que trouxeram em si o sentido de “...o médico falou uma vez e eu esqueci...”. A informação foi dada uma vez só e não foi penetrante o suficiente para imprimir sua marca no mundo mental do familiar.

AXS: Nome do problema da saúde... não sei... o médico até falou para mim mas já esqueci, né? (...) ... de um, uma doença sei que tem na cabeça dele mas eu esqueci.

Em resumo, o conteúdo não foi sequer apreendido; muito menos aprendido por este familiar-aprendiz. Então, ele acabou optando pelas suas próprias referências da cultura de origem,² que muitas vezes antes já lhe serviram para fazer com que se ajustasse às modificações da sua vida, fazendo com que a nova informação acabe caindo no esquecimento.

5.2.2.2. Inadequação didática da apresentação da informação

Existe uma inadequação da forma de apresentação do conteúdo: a forma de linguagem empregada, os pressupostos adotados quanto ao grau básico de esclarecimento

² Este familiar acreditava que o estado mental do seu filho podia ser explicado mediante influências de forças de natureza demoníaca.

do familiar, dentre outros fatores; fazendo com que o momento de maior proximidade com a família não atinja os fins de esclarecimento da doença e da etiologia.

Parece que os mecanismos envolvidos aqui podem ser os mesmos envolvidos em quaisquer situações de aprendizagem onde algumas condições básicas se fazem necessárias: a fim de que a aprendizagem ocorra, a ansiedade do aprendiz deve estar num nível ótimo, nem elevada demais a ponto de, por excesso de estimulação interna, comprometer os níveis de atenção concentrada, memória e percepção; e nem diminuída demais ao ponto da mente não se pôr em estado de alerta, canalizada, para apreensão de nova informação. Quem ensina deveria ter uma noção de em qual nível de esclarecimento está seu aprendiz a respeito do assunto a lhe ser ensinado.

A estas condições do aprendiz e do instrutor, soma-se o clima afetivo positivo entre aquele que ensina e o que aprende. O clima afetivo positivo dificilmente pode ser construído num único encontro.

Além disso, a criação de um clima afetivo positivo orientado para a aprendizagem fica ainda mais prejudicado quando as partes se identificam mutuamente como sendo de universos culturais distintos, tendo cada um dos lados suas próprias marcas culturais.

Sabe-se que a comunicação e as formas pelas quais ela ocorre sofre a ação de processos relacionados com tanto com a cultura bem como com a vida psicológica – verdadeiros ruídos de comunicação” que conseguem distorcer e se interporem entre o emissor e o receptor da mensagem, alterando a mensagem bem como o resultado final quer seja do ponto de vista quantitativo ou qualitativo.

Podemos extrair da fala de RIP que houve um ruído na comunicação entre ela e a equipe.

RIP: Não, eu não sabia, ele não explicou direito. Só sei que era da cabeça, assim, sabe, que ela falava muita bobagem.

É interessante observar o momento em que surgem as palavras “(...) que ela falava muita bobagem”. A posição dessa colocação dentro do contexto é em referência a uma indagação feita se a entrevistada tinha sido esclarecida sobre o nome da doença. Analisando este trecho segundo a óptica psicanalítica (que aceita a idéia de que a fala sofre a ação de mecanismos inconscientes) posso dizer que, para a entrevistada, as bobagens que o paciente fala são equivalentes às que o médico lhe diz. Isto é, ela não entendeu nem a maneira do médico articular os fatos (expresso na forma de seu discurso) e nem o discurso “louco” do paciente por causa dos delírios. Tanto o paciente quanto o médico lhes apresentam questões sem sentido que estão fora de suas referências culturais e pessoais. Assim, este familiar conta de duas vivências confusas condensadamente em sua fala – o discurso médico e o discurso do “louco”. Enfim, segundo esta forma de analisar, ela inconscientemente quis contar que o profissional de saúde a pessoa que lhe falava muitas bobagens.

RIP claramente alega que o profissional não lhe “*explicou direito*”. Entendemos que existiu um momento em que o profissional esteve com ela na tentativa de esclarecer o nome da doença. Mas RIP saiu desse momento ainda estando na ignorância.

Outras situações onde ruídos prejudicaram a mensagem e a comunicação podem ser vislumbrados nos casos em que o familiar alegou ter-lhe sido explicado o nome da doença mas ele demonstra estar distante do nome científico da doença e não ter obtido uma compreensão suficientemente clara.

O entrevistado seguinte, nos fornece elementos de que a linguagem do profissional de saúde que lhe serviu de fonte de informação estava inadequada ao receptor porque lhe parecia uma linguagem alienígena.

JES: (...) eles falam na linguagem deles lá... esquisito...

E: *Não dá pra entender?*

JES: É.

E: *Não dá pra entender o nome da doença, né?*

JES: É.

Isto é mais um exemplo da existência de ruído na comunicação da equipe com o familiar. O entrevistado acredita que ele e o profissional de saúde pertencem a mundos diferentes que fazem uso de linguagens próprias.

A entrevistada, NSGJ, que tinha conhecimento do nome correto da doença da sua mãe, respondeu que “*ia acompanhando o caso dela*” quando foi indagada como veio a tomar conhecimento do nome. É interessante notarmos esta maneira pela qual a entrevistada tomou conhecimento do nome: o acompanhamento da sua mãe ao longo dos anos.

Veja a transcrição abaixo da fala da entrevistada.

E: Algum médico alguma vez explicou, falou?

NSGJ: Falou, mais ou menos, falou o que acontecia... que ia acompanhando o caso dela e eu tô percebendo as coisas como são, né?

Ela deixa indícios de que houve aproximações de profissionais de saúde mental. Contudo, parece que eles discorreram adequadamente apenas sobre o comportamento observável da paciente. NSGJ mostra ter recebido explicação do “*que acontecia*”; mas não identificaram o problema de sua mãe como uma doença que tem um nome definido.

5.2.2.3. Falta de empatia cultural e psicológica

As famílias atendidas pelo serviço de saúde onde a pesquisa ocorreu pertencem a um universo do qual a equipe de saúde não participa. Cada um destes universos tem suas próprias referências. Estas diferentes inserções sócio-culturais influenciam o nível da empatia – favorecendo surgimento de uma situação pouco empática.

A equipe não consegue entender os níveis das angústias do familiar criando um momento pouco empático. A pouca familiaridade da equipe de saúde com as hipóteses embasadas culturalmente - tais como a participação de demônios, alimentos estragados,

desilusões amorosas, etc. na gênese e manutenção da doença - que os parentes utilizam para entender a doença, colabora para tornar ininteligível a fala de ambos os lados e prejudica a comunicação entre as partes.

Talvez porque o familiar consiga reconhecer que o seu próprio status difere do dos membros da equipe de saúde, esquiva-se de procurar um contato com os responsáveis pelo paciente. Podemos ver isso ocorrendo naquelas afirmações de familiares que disseram que “*nunca ninguém disse e nunca perguntei*” e de ter recorrido a uma terceira fonte como “*o papel dado pelo médico*”.

A entrevistada sobre a qual estaremos discutindo a seguir era a mãe de uma adolescente especialmente dotada de beleza física. Ela conta que tomou conhecimento de uma doença que mudaria completamente o rumo da vida de sua filha através de um papel dado pelo médico.

E: Você sabe qual nome dado a esse problema de saúde da AB?

CD: Eu sei qual é o diagnóstico que ela teve quando saiu daqui.

E: Quem que te falou?

CD: Olhei no papel e estava o diagnóstico lá. Mas eles falaram que não ia ter... que não tinha um diagnóstico para o caso da A.B. É esquizofrenia paranóide e... e... esquizo... esquizo afetiva, né? É o segundo né? Mas eles falaram que isso não era um diagnóstico certo para a AB, então... (ri) foi isso!

A fala acima delinea um cenário muito mau de relação paciente-médico-família. É possível notar a supremacia da burocracia institucional (representada pelo papel) dentro de um ambiente de atendimento de saúde mental, que não se preocupa com os sentimentos do familiar. Ocorre uma valorização de um aspecto da vida institucional em detrimento da finalidade da mesma. Neste caso, a pessoa entrevistada (bem como o

paciente, uma vez que a boa evolução do caso depende muito do esclarecimento da família) passaram para o segundo plano nas prioridades.

O caso de MJS é bem interessante. Ela é a irmã de um paciente com uma história clínica de 15 anos com quem conviveu durante todo esse tempo.

Ela nunca tinha perguntado o nome da doença e nem nunca lhe disseram. Além disso, a entrevista aponta para a direção da rejeição dos membros familiares. Supor que sua ignorância se deve à pouca curiosidade não combina com as observações feitas na ocasião da entrevista. A seguir, narramos os momentos que antecederam o início da entrevista propriamente dita.

Depois de perguntar sobre sua disponibilidade em conceder a entrevista, o entrevistador retorna à recepção, onde encontra MJS sentada ao lado de um outro paciente que tossia estridentemente (uma tosse aparentemente nervosa) chamando a atenção de todos. Quando foi chamada para a entrevista, levantou-se rapidamente, como se estivesse aliviada por poder se retirar dali e se afastar do paciente com tosse. Entrou muito tensa na sala afirmando que nunca vira tal coisa e que os médicos deveriam atendê-lo logo pois estava se afogando. O entrevistador tentou acalmá-la dizendo que ele não estava desapercebido e que o médico encarregado do caso, com certeza já devia estar ciente além de haver funcionários do hospital na recepção. Mesmo assim MJS perguntou várias vezes o que o entrevistador achava ser o problema dele.

A partir do exposto anteriormente, podemos entender que MJS era uma pessoa curiosa e atenta. Mesmo assim, ela nunca tinha perguntado aos profissionais qual o nome do problema de seu irmão.

E: Você sabe o nome da doença?

MJS: Não.

E: Não lembra de ter perguntado? Não. Nunca perguntei. Nenhum médico disse o nome e nunca perguntei.

Por quais razões uma pessoa curiosa não perguntaria o nome da doença do próprio irmão? Uma pista sobre seus motivos surgiram mais tarde na entrevista.

Depois do entrevistador ter exposto a natureza do encontro, MJS se mostra muito desconfiada. Dava a impressão que ia se recusar a participar: mexia com os lábios, mostrava os dentes, franzia a testa, meneava a cabeça e apertava as mãos. Foi-lhe dito várias vezes das medidas para a preservação da identidade e da completa desvinculação daquele momento com o tratamento do paciente e do seu direito em não participar se esta fosse a sua decisão final sem qualquer comprometimento do tratamento do irmão. MJS, então, pede que seu nome ou quaisquer outros dados que possam identificá-la não figurassem, por ocasião da publicação, porque tinha receio da reação dos membros de sua igreja. E não quis explicar o porquê do seu receio. Finalmente, tornou-se tranquila e disposta quando lhe foi dada uma cópia do termo de consentimento de participação na pesquisa para que levasse para sua casa.

Observamos que MJS tinha idéias persecutórias contra aquilo que o entrevistador representava. Aparentava o desejo de se manter afastada da equipe de saúde porque acreditava que seus motivos religiosos não podiam ser entendidos pelos profissionais do serviço. Ela partia do pressuposto que a equipe de saúde era composta de pessoas que não dividiam referências culturais próximas o suficiente para poder sentir-se acolhida em suas preocupações. Por isso, a equipe de saúde foi investida de um valor de ameaça e se tornou um objeto fóbico.

Assim, ficam claros os mecanismos que estavam mantendo a ignorância da parente quanto ao nome da doença do paciente: MJS não identifica os integrantes da equipe como sendo pessoas que podem ser sensíveis às questões de seu meio. Isto diminui, por si só, o nível de empatia, fazendo com que MJS acabe por se esquivar dela.

Esse tipo de distanciamento entre a equipe de saúde e as famílias só vai poder começar a ser superado quando existir uma preocupação clara seguida de um movimento coerente, por parte da equipe, no sentido de tornar-se mais acessível através do exercício de sua sensibilidade para identificar qual o pano-de-fundo cultural familiar. Pelo fato de que o familiar muitas vezes atribui aos profissionais de saúde um status superior ao seu

(pondendo resultar num distanciamento) seria mais fácil se a equipe fosse a primeira a procurar a aproximação da família com sua cultura original. Esperar que os familiares façam isto primeiro, seria o mesmo que negar o importante lugar social e o tão alto status que as famílias atendidas por nosso serviço bem como a sociedade como um todo credita aos profissionais de saúde.

5.2.2.4. Inexistência de um contato com a família

Enquanto o tópico anterior concebia a dificuldade de empatia nos encontros com a família, este novo tópico atribui a ausência de informação sobre o nome da doença à inexistência de contato da equipe de saúde mental com os familiares.

Pode ter ocorrido que o profissional realmente não tenha se preocupado em esclarecer o familiar, por isso aparecendo nas entrevistas falas do tipo: “*nunca ninguém disse e nunca perguntei*”, “*o papel dado pelo médico*”, “*perguntei porque tinha curiosidade*”.

Veja um trecho da entrevista com PCAS:

E: Você sabe qual o nome dado pra essa doença da S.?

PCAS: Não sei.

E: Não? Nunca ninguém falou? Nenhum médico?

PCAS: Nunca falou.

E: É você que geralmente vem nas consultas?

PCAS: Sou eu.

E: É? E você nunca teve curiosidade em saber?

PCAS: Não.

E: O nome?

PCAS: Não.

E: Não? Por que razão?

PCAS: Porque eu acho que a gente podiaque nem eu falei pros médicos que a F. só ia ficar bem se dar choque na cabeça ou... pra ver se era da cabeça mesmo, que era um problema de família, porque eu já falei pros médicos que a minha mãe achou que tem derrame igual lá, porque primos - irmãos do mesmo sangue, quando não nasce aleijado, mais tarde vira louco... (trecho ininteligível por ruídos de marteladas vindo de obra anexa ao local da entrevista) ... Mas dá pra tratar, entendeu?

PCAS demonstrou nunca ter recebido a informação do nome da doença e nem se preocupou em saber. Sua maneira de encarar a doença é extremamente pragmática e ansiosa. Para ela parece não importar muito o nome da doença mas sim o que fazer com o doente. Também, ela já tinha delineado em sua mente um diagnóstico e uma terapêutica particular baseada em “*choques na cabeça*”.

PCAS era uma pessoa que se comportava de maneira muito ansiosa e rígida na sua forma de ver o mundo e era a pessoa da família que tinha a responsabilidade direta sobre o paciente. Além disso, era uma pessoa desagradável: “*vomitava*” suas dificuldades sócio-econômicas e tangenciava o assunto-motivo da entrevista. Mal trajada, tinha um odor desagradável e se mostrava tão envolvida com seus problemas de subsistência precária - habitando em abrigo feito de papelão localizado numa área invadida - que não mostrava ter um espaço psicológico interno para a reflexão sobre o problema de seu parente.

Tomando por base as características da entrevistada, deparamo-nos com o fato de que sua fala traz elementos que apontam para uma associação entre 1) a indisponibilidade pessoal do familiar próximo em aprender o nome da doença (e tudo o

mais que precisava aprender); e 2) a ausência de movimento da equipe de atendimento no sentido de esclarecê-la pelo menos quanto ao nome.

As razões disso podem ser, muito provavelmente, a sua falta de higiene pessoal e seu mau odor são características que, de saída, podem afastá-la da equipe. Isso porque os profissionais de saúde, habitualmente são pessoas que zelam pelo asseio pessoal ainda que seja por uma questão de treinamento para o exercício da função. Então, os familiares que falham nesta área tendem a serem rechaçados.

Um outro aspecto a ser considerado é a conduta e a forma de comunicação de PCAS. Sua tangencialidade, seu desejo de trazer ao primeiro plano o seus problemas de subsistência, sua pouca disponibilidade interna para refletir sobre a doença do parente, colaboram muito para que se busque o distanciamento dela.

Para concluir a discussão sobre a ignorância que PCAS tinha do nome da doença, queremos dizer que a indisponibilidade existia de ambos os lados.

Na tentativa de resumir estes 04 fatores que estariam atuando conjuntamente e deixando o familiar sem conhecer o nome da doença do parente, gostaria de lembrar que, nem sempre o que parece óbvio e natural para uma parte, o é para sua contraparte. Enquanto a equipe de saúde mental está correntemente ajustado ao discurso científico-explicativo da esquizofrenia, o familiar não está. Diferentes inserções sócio-culturais deveriam sempre ser consideradas pela equipe de saúde mental porque elas podem funcionar como dificultadores da comunicação, acabar prejudicando a criação de um clima empático e inviabilizar a transmissão de conhecimentos.

Além disso, a fim de que o familiar passe a compartilhar dos mesmos conhecimentos que a equipe utiliza, é necessário o desejo ativo da equipe em estabelecer uma relação empática com o familiar levando em conta o seu meio sócio-cultural, a forma de representação de suas angústias, e pressupostos que o envolvem com relação à doença do parente - ainda que os pressupostos possam parecer, dos pontos-de-vista pessoais e científicos, irrelevantes ou até mesmo crendices.

Mais ainda, os grupos psicológicos de apoio têm como um de seus objetivos, propiciar um conhecimento maior da doença. E eles não existiam no contexto da pesquisa.

Também é necessário refutar o conceito de que as famílias de pouca instrução, em geral, são mais inclinadas a resolver seus problemas de maneira primária que as famílias mais instruídas. Nessas famílias também encontramos disposição para uma cooperação aberta e autocrítica, podendo ser submetidas ao aconselhamento. (RICHTER, 1990)

E, para finalizar temporariamente a discussão a respeito deste aspecto, gostaria de registrar, aforisticamente, as palavras de DEL NERO (1997):

“O papel da educação é fundamental em qualquer projeto de modificação de comportamentos individuais e coletivos. Se isso parece trivial, não o é na medida que devemos entender que primeiramente se estão alimentando conexões que garantam que as ambigüidades sejam transferidas do plano automático para o consciente. (...) Uma ciência da mente é cerebral e também deve ser uma exaltação do caráter ético que subjaz ao aparecimento da linguagem e da sociedade.”

5.2.3. Etiologias

As noções que os entrevistados tinham da etiologia da esquizofrenia eram variadas. Fatores sócio-culturais como a religião, a profissão, o nível de educação formal parecem não serem os únicos a decidir o tipo de interpretação oferecida pelo familiar para o início da doença. Mas, pelo contrário, *um conjunto de fatores* sócio-culturais associados à elementos psicológicos do entrevistado é que vão dar uma conformação às etiologias atribuídas. Inclusive, apresentamos um número maior de falas nesta seção a fim de destacar melhor a participação dos aspectos psicológicos do entrevistado.

O quadro a seguir mostra as categorias criadas para acomodar os dados que foram encontrados relativos à etiologia, nas entrevistas, segundo as ópticas dos entrevistados.

Causas da Esquizofrenia mencionadas pelos Familiares

Hereditário e congênito	hereditariedade materna ou paterna, consaguinidade dos genitores
Psicológicas	fim do noivado impotência ou frustração diante da vida carência afetiva convivência com outra pessoa doente ciúmes educação recebida “fraqueza da mente” “idéia fixa”
Comportamentos “excessivos”	vícios (sexo, uso de álcool) agressividade pirraça estudo
físicos	pancada na cabeça tumor intoxicação química leite estragado
relacionamentos	mau exemplo do pai viciado que usava drogas em casa
sobrenaturais	espíritos malignos

Quadro 5: Causa atribuídas para a esquizofrenia

O importante aqui não foi explorar exaustivamente *quem expressou qual idéia*, mas sim a variedade de idéias que surgiram em torno da etiologia.

Como pode ser observado a partir do quadro, é clara a diferença entre o preconizado pelo mundo científico e aquilo que os entrevistados supõem. Assim, notamos que existe um desconhecimento da nossa população entrevistada a respeito da etiologia da esquizofrenia.

Comento, a seguir, estas subcategorias contemplando seus aspectos mais dignos de destaque.

5.2.3.1. Hereditários e Congênitos

Inclui hipóteses etiológicas relacionadas tanto a algum tipo de transmissão familiar (ligado à herança genética) no substrato orgânico e natural, como a qualquer outra causa presente no nascimento e não determinada pelo contato com o ambiente.

O familiar ASC, cujas respostas transcrevemos a seguir, acredita que o paciente nasceu com o problema ao qual ela deu o nome de “esclezofenia” e se utiliza do retardo do desenvolvimento psicomotor do mesmo paciente, quando era ainda criança, para apoiar este entendimento.

ASC: Bom, o que eu entendo, eu acho que ele já nasceu. Ou teve algum problema de nascer. Porque quando ele era pequeno, uns dois anos, ele andou normal, normal. Mas não pra aprender a falar, ele foi falar só com uns cinco anos.

ASC entende que os fatores congênitos determinam o surgimento da esquizofrenia. Rejeita a idéia da participação da hereditariedade porque não acha que foi transmitida por alguém de sua família.

A mãe CD acredita que a esquizofrenia está ligada a fatores hereditários, conforme o transcrevemos abaixo:

E: Quais os possíveis fatores ligados?

CD: Ligado? Acho que familiar, né. Hereditário também, por causa da família do meu marido, pelo tipo de personalidade dela, né? (...) Nunca vi nada de diferente na AB pra dizer que ela era esquizofrênica. Mas ela tinha um modo diferente, um comportamento diferente, né, desde pequenininha.

O entrevistado DEP iniciou o contato com o entrevistador contando a história de um parente da esposa que tinha problema mental, antes mesmo da entrevista se iniciar³.

Alguns trechos de sua fala mostram que ele construiu uma hipótese etiológica ligada ao nascimento.

E: E na família, tem mais alguém em casa?

DEP: Na minha família não. Na família da minha esposa tem um problema. Com a irmã e o irmão dela. Não sei o irmão dela sumiu, né? Aí não pode dizer se ele... (...)

E: (...) O senhor acha que veio por causa da bebida, o senhor não acha que vem por parentesco, por... [interrompido]

DEP: É, então, eu expliquei pro senhor o caso de parentesco dessas duas. (...) Dois caso. Do resto da família dela, tudo normal também, mas eu num sei, num tô a par do resto dos parente dela, os tios dela, dos que eu conheci, nunca vi falar que tinha...são pessoas saudável, pelo menos os que eu conheci. Da minha família, graças a Deus, num tem. Nunca teve.

NBP é a mãe adotiva de um paciente adulto desde que ele tinha 10 dias de idade. Ela é um outro exemplo de como existem maneiras diferentes do leigo aplicar termos científicos com significados que divergem do entendimento científico, criando uma confusão que deixa ainda mais nebuloso o entendimento que o familiar tem da etiologia da esquizofrenia.

Essas colocações discordantes podem ser claramente localizadas no trecho da sua fala, a seguir:

3 A fim de evitar perder o material daquela conversa, o entrevistador ligou o gravador quando ela já estava em curso. Por isso, quando se ouve o início da entrevista (ver acima) é um tanto diferente das outras: já tinha se iniciado uma conversa antes da gravação. Vemos que o entrevistado se utilizou daquele momento para se expressar de maneira descontraída.

NBP: Ah doutor, eu acho que já é uma coisa de *nascença*. Deve ser,... eu tenho a impressão de que é *hereditária*. Que geralmente doença assim é mais hereditário, quem sabe o pai ou a mãe, não sei... não sei da família, dos antepassados dele, né?

O uso que NBP fez da palavra “*nascença*” pode ser interpretado como sendo congênito porque “*nascença*” habitualmente significa que o indivíduo apresenta o problema desde o nascimento mas não necessariamente como um resultado das leis da herança genética. Mas logo ela seguir afirma ser “*hereditária*” – o que, por sua vez, nos remete às leis da herança genética. Então, não fica claro se para a entrevistada a esquizofrenia tem causas genéticas ou congênitas porque muito provavelmente esta questão não lhe é clara também.

A seguinte entrevistada, NSGJ, filha de uma esquizofrênica, acredita que a hereditariedade exerce influência no aparecimento da esquizofrenia porque ela ouviu dizer assim. Mas sua própria experiência põe isso em dúvida pois ela não encontra em sua família outro caso da doença. O dilema é intenso a ponto de se eximir de refletir sobre o assunto.

NSGJ: Pra mim, não é contagiosa. Porque se fosse contagiosa, nós já taríamos, né? (...) dizem que é hereditário, mas eu também não tenho em casa, na família. Então eu não posso dizer nada, com relação a isso.

Parece que a informação recebida da participação da herança genética na gênese da esquizofrenia não se acomodou bem à mente da entrevistada NSGJ como sendo um material incorporado e identificado com sua pessoa. Não é o produto de suas reflexões, mas, ao contrário, um material de natureza informativa que está presente no seu mundo mental ainda distanciado de si mesma.

Comparemos com a convicção que esta entrevistada tem sobre a esquizofrenia ser ou não contagiosa. NSGJ demonstrou fortemente não acreditar na possibilidade de contágio da esquizofrenia porque viu que ninguém desenvolveu a doença no convívio com a paciente.

É importante observarmos a intensidade da força de cada uma de suas opiniões sobre a etiologia da esquizofrenia. Quando ela disse que a esquizofrenia não é contagiosa, esta opinião “*vinha de dentro dela*”; mas quando disse que ela é hereditária, “*vinha de fora*”.

Assim, a primeira opinião representa seu *Eu* sendo parte de sua personalidade; mas a segunda opinião não faz e é um elemento que ocupa lugar apenas no âmbito cognitivo da mente da entrevistada. NSGJ faz uso da razão: ela “*pensa*” segundo sua crítica própria. Isto a fez “*filtrar*” as informações que recebeu – ainda que outros mecanismos psicológicos defensivos possam estar presentes.

Um caso oposto é o de PCAS. Ela vivenciava todas as questões que diziam respeito à sua vida de maneira maciça e sem diferenciar as várias partes das questões que lhe eram apresentadas. Tinha muitos problemas decorrentes da pobreza: necessidades financeiras, condições muito ruins de moradia, ameaças físicas de vizinhos, dentre outras coisas. Mostrou-se ansiosa o tempo todo. A esses problemas contaminavam outros assuntos como que “*em bloco*” e ela não conseguia separar-se deles para se dedicar aos pontos que as perguntas do entrevistador remetiam. Tinha pouca objetividade e sua resposta sobre a etiologia da esquizofrenia acabou ficando “*partida*”. Para o leitor compreender o contexto, optamos por incluir mais falas da entrevistada a respeito da sua maneira de enxergar a etiologia.

PCAS: Porque eu acho que a gente podiaque nem eu falei pros médicos que a F. só ia ficar bem se dar choque na cabeça ou... pra ver se era da cabeça mesmo, que era um problema de família, porque eu já falei pros médicos que a minha mãe acho que tem *derrame* igual lá, porque primos - irmãos do mesmo sangue, quando não nasce aleijado, mais tarde vira louco.
[trecho ininteligível porque gravação foi encoberta por som de marteladas

em obra adjacente] Mas dá pra tratar, entendeu? (...) Olha, a mãe da minha mãe era irmã da minha outra avó. A mãe do meu pai. As duas eram irmãs, entendeu? As duas avós eram irmãs. Então, a minha avó, mãe da minha mãe era tia do meu pai. Nós acabamos...sendo primos primeiros da minha mãe, primo segundo, é... meu pai é primo primeiro, nós somos primos segundo. Então *sangue do mesmo sangue*, dá isso mesmo. Só que não dá... se não tratar, porque eu que conheço que... se não tratar, se não nascer aleijado, mais tarde fica louco. E eu pessoalmente eu acho que eu não fiquei assim, porque eu não fui *criado ali não*...

O funcionamento ansioso da entrevistada e suas condições precárias de existência, nos dava a impressão de que “*ela atirava para todos os lados*” e que os “*alvos*” não formavam um todo congruente.

Ainda que as razões da entrevistada agir assim não sejam estas, ela incluiu um elemento hereditário (a consagüinidade dos pais da paciente) como estando implicados na gênese da esquizofrenia e este foi o motivo de alocá-la dentro desta categoria.

5.2.3.2. Psicológicas

Esta sub-categoria de etiologias mencionadas pelos sujeitos abrange situações traumáticas e fortes emoções que o entrevistado acredita poderem ter sido capazes de impor uma nova condição mental ao seu familiar, fazendo-o adoecer de esquizofrenia.

No trecho seguinte, vemos que AXS considerou a ruptura do noivado do filho como um dos elementos ligados ao início da doença.

AXS: Não pude entender, mas eu ... (pausa) talvez tenha sido ele que tenha tido algum problema com o estudo (pausa) às vezes com o

casamento, não sei porque... porque ele já tinha acabado com um casamento já... alguma coisa perturbou ele, certo? juntou uma coisa com outra, eu acho que juntou uma coisa com outra. (...) A preocupação com o estudo, o casamento... (...) Ele foi noivo, é que o noivado dele ele acabou, ele estava são, né? ...

O fato deste senhor acreditar que os excessos de estudos e o fim de um futuro casamento determinaram o surgimento da doença é algo curioso. Isto porque ele era uma pessoa quase sem nenhuma instrução formal que, por motivos religiosos, dava ao casamento uma grande ênfase. Então, podemos notar a presença de seus próprios valores projetados em seu filho; isto é, deduzimos que as atividades de estudo lhe ameaçam a ponto de se desorganizar e que não estar casado poderia ser algo vexatório e moralmente indesejável. Em outras palavras, existiam elementos provenientes de mecanismos de *Identificação Projetiva*⁴ no julgamento que esse senhor fazia quanto à origem da esquizofrenia do seu filho e que o auxiliavam no controle das angústias que a situação lhe suscitava.

CD acredita que a influência do pai da sua filha na educação, os modelos que ele ofereceu e o apego da filha por ele, foram as causas da esquizofrenia.

CD: Acho que a AB. tinha assim várias coisas pra ela... que aconteceram...e... meu marido era viciado em drogas e AB era muito apegada ao pai e usada bem dentro de casa....e ele era muito irresponsável, como uma pessoa que usa drogas que tem todos aqueles problemas, né? Ainda mais que era droga injetável, né, aquela sujeira, tudo ...e acho que tinha todos esses fatores.

⁴ Expressão introduzida por Melanie Klein para designar um mecanismo que se traduz por fantasmas (fantasmas), em que o indivíduo introduz a sua própria pessoa (his self) totalmente ou em parte no interior do objeto para o usar, para o possuir ou para o controlar. (LAPLANCHE & PONTALIS, 1988)

No trecho transcrito (além da íntegra da entrevista) mostra a baixa qualidade de relacionamento que CD tivera com seu ex-marido. Estes fatores apontam para a existência tanto de mecanismos de identificação projetiva do sofrimento que tivera com ele, como da projeção da culpa no ex-marido pelo estado da jovem. Ela entendia a origem da doença através das “*lentes psicológicas*” de sua própria vivência com o ex-marido dependente químico.

A entrevistada EMP entende que o adoecimento do marido se originou do medo que ele tinha de ser morto em seu trabalho de vigilante.

EMP: (...) reclamava que viu alguém assaltando e levando um carro embora. Depois na outra noite, disse que aqueles rapazes querem me matar. Ele começou. Daí teve que sair daquele serviço. Saiu. Então a gente mudamos daquele lugar (...) Acho que é problema de cabeça, que ele tem. É a única coisa que eu pensava. Então, ele... foi aí que ele foi, ele saiu da Caprioli por esse problema, de medo, né? Aí foi trabalhar, passou um tempo, ele melhorou, e ele foi trabalhar de porteiro. (...) Então eu conversei com uma médica, e ela falou assim que era algum problema grave que ele tem, né? E até mesmo que ele era meio fóbico, tinha alguma fobia, parece que ela falou isso.

Ao contrário do que a médica lhe dissera, mais que fobia, ele tinha esquizofrenia paranóide. Se a esposa entrevistada conseguia apreender o sentido do termo “fobia”, ele só veio a reforçar sua opinião de que medo (ou fobia) excessiva pode dar origem a esquizofrenia.

De qualquer forma, a entrevistada admite a existência de uma conduta repetitiva, talvez um traço de personalidade de seu marido, presente antes do adoecimento e que teve participação no surgimento da doença.

Para ela, estas disposições mentais foram se intensificando a ponto de desencadear a doença, conforme podemos ver no trecho abaixo, que resume grande parte de sua visão:

E: No seu entender, então, é... o que você acha que levou ele a começar a ter esses problemas?

EMP: Ah, foi o ... o medo de ser morto, né? Acho que ele começou a pôr na cabeça que iam matar ele, ele via coisas acontecer, né? e... aí começou a pôr na cabeça, então (ininteligível) que ele trabalhou e lá, ele teve mais medo por isso. porque lá eles queriam bater, dá (ininteligível) e lá (ininteligível) e bateram bastante. (ininteligível)

Além de medo, da educação recebida e de rompimentos afetivos, surgiram outros elementos relacionados à gênese da esquizofrenia, como por exemplo, a frustração e a ansiedade diante da impossibilidade de alcançar um sonho e também a falta de dinheiro. Pelo menos, é assim que o entrevistado JES enxerga:

JES: Ói, assim, eu acho que ele teve assim um, um, uma certa ansiedade muito grande, sabe? Ele tinha assim, muita vontade de fazer alguma coisa...no caso dele era de estudar, né? E, e ele tentou fazer isso, né? Ele foi pra Curitiba, né, e lá ele ficou uns tempo lá e, inclusive, quando ele apareceu doente foi lá, né? E aí ele começou a vir pra cá, e começou a ficar sem rumo na vida, né? Aí ele morava lá, mas, depois a gente foi saber, dormia pra rua, andava pra rua. Então, eu acho assim, não sei explicar direito, mas pelo que eu sei, ele teve essa ansiedade muito grande e, e, acho que sentiu muita dificuldade na vida, né? Acho que talvez pode ter acarretado esse problema pra ele.

E: Sei. Tá bom. Pra me ajudar a entender. No seu entender, você acha que foi a ansiedade dele de querer estudar...

JES: É isso que a enfermeira falou pra mim, né? Quando ele formou aqui em Mocóca, ele fez eletrotécnica aqui, ele, ele tinha um sonho doido. De se formar, né? De estudar e se formar. (...) Quando, igual ele tava pra Curitiba, eu acho que fal, que faltou cuidado, mais que poderia, que tivesse falt, faltado pra ele, foi o, o financeiro, né? Talvez lá, ele teve problema financeiro, num conseguiu, sentiu que não ia conseguir o que ele queria, né? Então eu acho que isso poderia ter ocasionado, né.

Parece que as falas que se ajustam às identificações projetivas dos familiares têm melhores condições de se acomodarem em suas mentes. Neste caso, vemos que o perfil do sujeito entrevistado, mais a informação errada que obteve, contribuíram muito para enxergar por um prisma de influência da dificuldade financeira como sendo a origem da esquizofrenia. Isto é, JES era contabilista do setor agropecuário e demonstrava ser uma pessoa pragmática, orientada para resultados financeiros e parecia valorizar bastante as conquistas obtidas pelo trabalho. Acharmos que existem conteúdos de identificação projetiva sobre o doente determinando a percepção de JES. Talvez, ele se sentia muito abalado quando passava por dificuldades econômicas e projetou isto sobre o irmão.

PCAS era muito ansiosa. Ela se sentia sobrecarregada com os problemas de sua família e morava em condições precárias. Tinha uma voz alta, grave e rouca. Sua conduta era irada e sua ansiedade beirava o desespero. Ela achava que a maneira de educar o paciente também colaborou para o surgimento da doença.

PCAS: Meu modo de viver..., o modo de ver, do meu pai ou minha mãe, o modo de conversar, entendeu? Com os filhos... porque a minha mãe, a vida da minha mãe... a minha mãe foi o pai, e a mãe dos filhos (...) quer dizer que

ela nesse ponto, ela não tinha juízo certo. Quando ela fez quinze ano, ela ficou doente. (...) É do casamento, da educação... (...) Da vivência, entendeu?

O fato de PCAS ter vivido sempre em condições precárias e sobrecarregada de problemas, colobra para que mecanismos de identificação projetiva moldem sua maneira de enxergar o surgimento da esquizofrenia. Inclusive, na entrevista, ela deu a entender que sentia que ia ficar louca com todos os problemas que tinha que carregar. Veja:

E: Como você acha que vai ficar a vida dela daqui pra frente?

PCAS: (...) Eu não sei se... o que que vai ser lá da vida dela, ou será da minha... tá muito mais fácil... do jeito que tá indo a minha vida, a vida deles, tá mais fácil eu ficar pior do que eles! (...) O negócio meu é esse.

Para RIP o surgimento da esquizofrenia em sua irmã se deve ao ciúmes que ela tinha de outras mulheres:

RIP: (...) Sabe, ela tinha ciúme do companheiro dela... (...) Eles iam lá em casa, ela ficava brigando com todo mundo, até com mulher velha, de quarenta, sessenta ano, cinqüenta, ela falava: Cê veio aqui por causa de fulano, o companheiro dela, né? O pai da menina. Cê veio aqui por causa dele?...e falava muita besteira pra toda gente, tudo, ela tinha ciúmes com todo mundo. O que deixou ela atrapalhada da cabeça, foi o ciúmes demais que ela tinha dele, e ele abandonou ela, também largou dela, né, com a menina.

A partir das explicações dadas pelos entrevistados, notamos que a óptica deles que resolvemos chamar de “*psicológica*” indica uma visão onde existe um tipo de “*super-valorização das emoções e sentimentos*”. Dentro desta óptica particular, os fatores psicológicos são entendidos como determinantes do surgimento da doença mental esquizofrênica no paciente. Fica implícito um pressuposto de que as reações emocionais diante de eventos cotidianos, podem ganhar um relevo de rigidez e se perpetuarem (alterados ou não) sob a forma de esquizofrenia, sendo que as intensidades destas reações seriam definidas pela força dos eventos que as originaram. Um exemplo disto é extraído das colocações de RIP envolvendo características de personalidade, como por exemplo, o medo e ciúmes exagerados que vão se tornando exarcebados até se tornarem numa doença mental.

O conteúdo das afirmações feitas mostraram, na maioria das vezes, serem originárias de mecanismos de identificação projetivas dos entrevistados. Este mecanismo pode exercer um papel importante na compreensão ou não do discurso científico dos profissionais de saúde. Eventualmente, quando o parente toma contato com certas alegações que estão em maior sintonia com sua forma pessoal de ver as coisas, ele tende a incorporá-los melhor fortalecendo sua crença particular quanto à gênese da esquizofrenia.

5.2.3.3. Comportamentos excessivos

Este modo de entender a origem da esquizofrenia pressupõe que as condutas não são expressões observáveis do estado interior da pessoa, mas sim que elas determinam a maneira como este estado interior vai passar a se organizar, podendo chegar ao extremo de criar uma doença mental como a esquizofrenia.

Enquanto na sub-categoria anterior o meio era o que influenciava o mundo psicológico e este fazia a esquizofrenia, nesta seção o comportamento, por si só, é visto como tendo a capacidade de gerar a doença.

Algumas vezes aqui, a doença aparece associada a certos elementos de valência “moral” e às condutas contrárias tanto à cultura como aos bons costumes do grupo social do paciente.

A entrevistada NSGJ fazia uma associação entre o aparecimento da doença e as características de “brava” e “nervosa” de sua mãe. Este parece ser um caso do tipo moral, em que o valor dado à agressividade ocupa papel central.

NSGJ: (...) porque antes era assim, ela sempre foi muito nervosa, muito brava, né? Mas a gente não percebia, (...) em torno dos 36, 37 anos. Que ela fez aquele dia ela... ham... como que é...ham, histerectomia, né? e daí foi mudando mais, de uma forma mais avançada. Aí que nós perdemos o controle da coisa.

Apesar dela ter tido a informação de que fatores hereditários participam da gênese da doença, isso não a fez adotar o ponto-de-vista científico: ela ficou com sua própria hipótese da doença ser o resultado dos fortes traços de temperamento da sua mãe. Notamos assim, que uma criação mental própria tem uma capacidade muito maior de aplacamento das angústias pessoais de explicar o inexplicável, muito mais que qualquer outra construção que não esteja levando em consideração as referências em torno das quais o sujeito se organiza e se situa em seu mundo.

A entrevistada era uma pessoa com uma conduta muito amável e demonstrava ser uma pessoa de fácil convivência por ser muito afetuosa. Quando falava de sua família, seu semblante se iluminava. Sua simpatia era um elemento marcante ao longo da entrevista⁵.

⁵ Inclusive, alguns meses depois, num contato telefônico para coleta do nível de escolaridade dela, o pesquisador foi simpaticamente atendido e teve a impressão de ser uma família harmoniosa, a julgar pela voz que soou no telefone e as vozes ao fundo.

Tomando como parâmetros essas observações, é provável que os comportamentos irascíveis e o nervosos da mãe sejam entendidos como sendo os precursores da esquizofrenia porque eles estão associados a comportamentos de valores de valência negativa - pelos quais ela mostra uma rejeição.

As afirmações relacionadas ao “*excesso de estudo*” foram incluídas em “*comportamentos excessivos*” porque achamos que esta sub-categoria dá um contorno mais definido ao comportamento como um “*vício*” ou de ações que os pacientes executam de forma repetitiva e que são tomados pelos familiares entrevistados como sendo da doença.

O caso seguinte ilustra o que estamos querendo dizer no parágrafo acima e também inclui os aspectos que denominei de “*morais*”. Para AXS a doença é decorrente de:

- a) excesso de estudo de datilografia e
- b) comportamentos contrários aos costumes da família (oposicionismo, desobediência aos pais, destruição de documentos de trabalho e abandono do emprego, por exemplo), chamados por ele de “*coisas erradas*”.

AXS: Não pude entender, mas eu ... (pausa) talvez tenha sido ele que tenha tido algum problema com o estudo (pausa) às vezes com o casamento, não sei porque... porque ele já tinha acabado com um casamento já... alguma coisa perturbou ele, certo? juntou uma coisa com outra, eu acho que juntou uma coisa com outra. (...) A preocupação com o estudo, o casamento... (...) Ele não queria que ninguém reclamasse com nada e fazia as coisas erradas e só achava que ele estava certo... fez muitas coisas erradas (...) Fez muitas coisas erradas (...) fazer coisa errada (...) ele saiu e não comunicou, tomou uma atitude grosseira porque alguém que não sabe do incômodo que ele sofria, (...) saiu sem comunicar não veio com atestado também. Um monte de coisas erradas, né? (...) comprou uma máquina dizendo que ele ia renovar o curso de datilografia que ele tinha... (...) Praticou bastante. (...) fez um monte de anotações, só que depois eu achei que não precisava aquilo tudo.

(...) de escrever tanto, que a fita dele ficou ruim. (...) A gente tem que procurar melhorar né? Para que todo mundo enxergue e veja que você fez um serviço aperfeiçoado, né, pra que quando um serviço estiver aperfeiçoado qualquer um pode chegar e dizer “Não está bom” ... o defeito dele já era esse: porque escreveu, escreveu, escreveu aí a máquina já não estava escrevendo mais e ele continuou batendo de modo que lia era só meio... (...) Pegou a máquina assim, levou ela e levou e colocou lá no lixo. (...) ele de raiva jogou a bicicleta fora. (...) já tinha jogado a máquina fotográfica fora também, (...) deixou a bicicleta lá no meio da rua para emporcariar (pausa) e sumiu a bicicleta também. (...) ultimamente começou quebrando as coisas dentro de casa (...) ele esquentou uma faca no fogo, quando a faca estava vermelhinha, ele tocou na pele assim [demonstra] que a fumaça subia e ele disse que não sentia nada. (...) não adiantava pedir para ele não fazer aquilo que ele fazia do mesmo jeito. (...) Não dormia quase de noite... e quando deitava [trecho incompreensível] deitava com a cabeça perto da porta, com uma coberta... (...) isso não é lugar de dormir tem a cama aí, levanta daí e vai dormir na cama sossegado” E teimava (...) machucou a mãe, levou ponto, ele quase estragou o olho da minha esposa, botou a cabeça em terra, chutou nas costelas dela... só não matou ela porque alguém socorreu. (...) perguntar qual é o plano dele, (...) Inclusive a profissional ele queimou, só tenho o xerox mas agora ele está com uma melhorinha porque ele já se lembra que precisa desse documento. Disse que vai tirar outra carteira porque a carteira queimou. Estou achando que ele está um pouquinho melhor mas bom ele ainda não está não.

É importante notarmos como o entrevistado ainda acredita em suas hipóteses para o surgimento da doença. Ele não conseguiu acomodar em sua mente a idéia de que

existe uma alteração da saúde ocasionando estas alterações de comportamento⁶ e permaneceu aferrado à noção de que foram os comportamentos que ocasionaram a doença.

Acreditamos que existem vários motivos para o entrevistado tentar resolver esse dilema por meio dessas linhas-mestras. AXS era um trabalhador da limpeza pública que tinha uma atitude servil. Quando o entrevistador se apresentou (ainda no corredor) pelo primeiro nome, ele se apresentou com seu nome completo. Pareceu ao entrevistador que sua atitude se assemelhava a de uma pessoa prestes a preencher um cadastro de emprego. Depois de terem entrado na sala e terem se assentado, AXS colocou seus documentos pessoais (RG e carteira de trabalho) à sua frente, entre ele e o entrevistador.

Em primeiro lugar, era notório o quanto esse senhor se identificava com a idéia de trabalho e o quanto ele valorizava esta idéia, fazendo com que esta perspectiva fosse central no entendimento deste senhor. Segundo, notamos a associação forte que existia entre o surgimento da doença e a idéia de que ela é algo que perturba a ordem do exercício do trabalho. E, finalmente, devemos nos lembrar dos documentos trabalhistas postos entre ele e o entrevistador e toda alusão feita à atividade produtiva dentro do seu discurso

Desta forma, além do trabalho, AXS contempla a doença como consequência de comportamentos que não se ajustam ao seu próprio conjunto de valores podendo ser expressos em termos de: trabalho, consideração aos pais, obediência e subordinação aos patrões - atitudes re-editadas pelo entrevistado no contato com o entrevistador.

Mais uma vez, então, notamos o importante papel que as identificações projetivas exercem na compreensão que os familiares têm da gênese da doença. No caso desse parente, o produto da *identificação projetiva* expresso pelo prisma dos valores morais ligados à idéia da produtividade econômica de subsistência, sujeição e religiosidade.

⁶ A exemplo do ocorrido com DEP.

5.2.3.4. Físicos

Nesta subcategoria, estão inclusos todos os eventos não-hereditários que o entrevistado acredita poderem ter exercido uma influência externa sobre as condições biológicas do familiar doente. (veja o quadro “Causas da Esquizofrenia Mencionadas pelos Familiares”)

Também podem estar expressando uma concepção mais médica e organicista da doença a exemplo da subcategoria nascimento, mas se diferenciando daquela pelo momento em que o entrevistado acredita ter havido a influência deste fator supostamente relacionado à etiologia da esquizofrenia.

Todavia, essas concepções mais organicistas não têm uma existência destacada dos valores dos entrevistados. Esse parece ser o caso de AXS, que conforme já foi indicado por nós anteriormente, no subcapítulo anterior, também construiu uma hipótese de que a esquizofrenia possa ter sido o resultado de intoxicação química no ambiente de trabalho. Veja a seguir: um pequeno trecho da entrevista feita com ele:

AXS: Mas ele..., eu também não sei se era porque foi química o que fez mal pra ele lá no setor. Sei que ele passou mal, sentiu mal, deu problema no ouvido dele e ele procurou se tratar e foi no caixa que falou que ele estava errado porque saiu sem comunicar.

Voltamos a discutir utilizando-nos da importância da Identificação Projetiva no processo de adoção de hipóteses pessoais para o surgimento da doença, acrescentamos que o valor que AXS dá ao trabalho também contribuiu para associá-lo ao surgimento da doença por meio da idéia de um acidente de trabalho: intoxicação química. Poderíamos até afirmar que a doença, para este pai, chega a ser até um “*acidente de trabalho*” pois esse é o papel pelo qual ele se insere no mundo.

De igual modo, MJS acreditava que a doença do irmão teve origem no leite estragado que ele tomou quando bebê.

MJS: (...) diz que foi um leite estragado que deram.. minha mãe que deu e disso começou mexer na mente: (...) Que aí levaram ele para o hospital né, e aí foi que conseguiu né e não deu problema nenhum e ele ficou uma criança normal. Depois ele só cresceu nervoso (...)

É evidente a contradição da entrevistada quando, após ter afirmado que o leite estragado “*mexeu na mente do paciente*”, conta que ele ficou uma criança normal e, mais tarde, o fez se tornar “*nervoso*”. É esta ordem de confusão que predomina na mente dos nossos entrevistados quando não estão devidamente esclarecidos sobre a esquizofrenia.

Considerando que as mães desempenham uma série de papéis ligados aos cuidados e provisão do bebê – inclusive o de suprir alimentação – imaginamos quais possíveis simbolismos existiriam por detrás da concepção do paciente ter adoecido por ter ingerido leite estragado. O leite é um elemento identificado intimamente às mães porque elas produzem leite nos primeiros meses de vida do bebê. Então seria o equivalente ao sujeito contar que a mãe se sente culpada pelo filho ser doente e a causadora desta doença – quer porque tomou o leite materno estragado ou quer porque ela deu-lhe um alimento deteriorado. Grandes níveis de culpa e angústia poderiam estar mobilizados em torno desta questão. A entrevistada, filha dela, adotou a mesma hipótese que a mãe.

Se o nosso trabalho incluísse o aprofundamento em questões individuais inconscientes, certamente teríamos muito a discutir aqui; mas, infelizmente, por restrições metodológicas, temos que nos contentar com a constatação de que a noção que o povo brasileiro simples tem da influência dos alimentos na gênese das doenças mentais, ainda ocupa um lugar preponderante.

ACS acredita na hipótese da esquizofrenia do paciente se dever a uma forte pancada que ele recebeu na cabeça e que originou um tumor cerebral e determinou os sintomas atuais:

ASC: (...) Mas, antes de tudo, o que eu queria explicar pra você que eu não expliquei aqui no hospital. Ele levou uma pancada mas muito forte na vista, esquerda. Isso, é... ele dormiu, durante umas cinco horas, eu não tava em casa. (...) Porque eu tenho impressão que ele criou assim, além de uma catarata, um tumor, alguma coisa.

Esta mãe traz uma suspeita do filho estar mal-diagnosticado e mal conduzido terapêuticamente. Sentimentos desta natureza são importantes porque eles têm a capacidade de afetar bastante a adesão da família ao tratamento.

As falas da entrevistada também indicam que não existem momentos para os familiares se expressarem mais livremente com o médico. Quando ela sentiu estar sendo ouvida e indagada sobre suas concepções pessoais a respeito do adoecimento do filho, acreditou existir um espaço afetivo para dizer algo que nunca tinha dito anteriormente a alguém ligado ao tratamento dele.

A existência destes momentos parece permitir não só o exercício da reflexão sobre o adoecimento, como também a expressão de suas crenças e a confrontação entre discursos distintos. Neste caso, em particular, porque o entrevistador entendeu que não podia esclarecê-la sem contaminar o seu campo referencial (material deste trabalho), decidiu recompensar o tempo cedido por ela, acolhendo sua dúvida e repassando-a para o médico responsável⁷.

⁷ E isso foi feito conforme prometido, na esperança de que ele pudesse ter a estabilidade e ir ao encontro da angústia da mãe do paciente.

5.2.3.5. Relacionamentos

As hipóteses que os sujeitos têm para a gênese da esquizofrenia no parente pode envolver também as influências que os pacientes receberam da convivência com outras pessoas tidas como sendo fonte de más influências. A fala da entrevista CD, a seguir, demonstra a forma pela qual este tipo de concepção etiológica da esquizofrenia apareceram:

CD: Acho que a AB, tinha assim várias coisas pra ela... que aconteceram...e... meu marido era viciado em drogas e AB era muito apegada ao pai e usada bem dentro de casa...e ele era muito irresponsável, como uma pessoa que usa drogas que tem todos aqueles problemas, né? Ainda mais que era droga injetável, né, aquela sujeira, tudo ...e acho que tinha todos esses fatores.

Supomos que diferentes razões podem existir determinando as idéias envolvidas em falas como a transcrita acima. O contexto das relações e vinculações que o depoente tem com a pessoa que exerce esta “*má influência*” deve ser sempre considerada porque nos fornece pistas de qual o posicionamento e valor que o sujeito dá a esta pessoa. No caso acima, tratava-se de mãe separada, cujo ex-marido lhe causara muito sofrimento psicológico durante o tempo de convivência por dispor dos bens da família para custear seu vício em drogas, fazer ameaças e ser fonte constante de preocupação. Contar sobre estas condutas dele e seu sofrimento já nos levam a compreender quão negativa era sentida esta associação pela entrevistada, principalmente porque ela diz ter se separado do marido por estas razões.

Tudo isto dá um sentido particular à sua fala, denunciando a projeção de seu sofrimento sobre a filha: isto é, ela acredita que, da mesma maneira que ele fez um adulto (ela) sofrer muito, o resultado do seu comportamento sobre a paciente (criança na época) a fez desenvolver a esquizofrenia.

Acreditamos que este sujeitos poderia ser alvo de mais profundas investigações porque, dentro da nossa amostra, foi a única pessoa que tinha levado a paciente a um psicoterapeuta e mostrou ter também um conhecimento razoável sobre a esquizofrenia. Levantamos as prováveis causas disto: a) ela foi devidamente informada sobre a etiologia

da esquizofrenia mas seu ressentimento e projeção eram tão intensos que impediram que assimilasse os dados científicos em torno desta questão; b) não foi informada pelo profissional de saúde (psicoterapeuta) das causas da esquizofrenia.

Novamente, acreditamos que seria necessário um desenho diferente de pesquisa a fim de fazermos um aprofundamento que delinear os elementos motivacionais e inconscientes que conduzem os entrevistados às suas opiniões.

5.2.3.6. Sobrenaturais

Esta sub-categoria inclui o surgimento de falas onde há o pressuposto de ação de forças ou personalidades espirituais sobre o paciente.

O entrevistado AXS tinha um perfil sócio-cultural que sugeria um distanciamento do mundo científico: era trabalhador da limpeza pública, pai do paciente. Na entrevista, ele não conseguiu ocupar o tempo de outra forma senão de uma forma religioso-mística apesar de ter-lhe sido dada a chance de reverter a sua perspectiva com o uso de algumas perguntas que trazem implícito pressupostos que pertencem ao universo científico⁸.

Entendo que as palavras contidas nestas perguntas, por si só, são contrárias à idéia de uma gênese sobrenatural e remetem o sujeito a fazer uma reflexão segundo uma óptica natural (e não sobrenatural). Mesmo assim, apesar de ter se deparado com várias questões do entrevistador que traziam implícita a óptica natural, percebemos que AXS não alterou sua óptica em favor à da pergunta; mas permaneceu rigidamente aferrado à hipótese da causa sobrenatural.

A seguir, alguns trechos de sua fala:

AXS: (...) às vezes eu não entendo... porque o espírito maligno às vezes aproveita as horas para jogar pensamentos maus... a mente já está fraca e ele aproveita (...) Não é ele mesmo que está roubando mas ele manda alguém

⁸ Por exemplo: a idade de aparecimento da doença, a forma de tratamento, e se a doença tem cura

roubar, ele põe no pensamento o desejo de fazer as coisas desagradáveis para Deus. O instinto maligno, a missão dele é essa: é jogar pensamentos maus no ser humano para que ele pratique todos os tipos de coisas erradas, porque toda obra mal é obra maligna. (...) As obras “maus” pertence ao inimigo e as perfeitas obras pertence a Deus. (...) Porque no caso dele aí, nós vemos que de cabeça ele não tem tanta coisa, que acha? (...)

Acreditamos que as chances dos familiares interpretarem as alterações de comportamento do paciente por uma óptica de influência de entidades espirituais aumentam quando existe pouco “*espaço*” psicológico pessoal para eles incluírem hipóteses de natureza médico-psicológicas .

Com isto, estamos querendo dizer que estas pessoas têm uma familiaridade cultural maior com a idéia da presença da ação de espíritos determinando o surgimento de doenças, que uma familiaridade com a idéia de causas médicas ou psicológicas. Então, é mais fácil para elas raciocinarem nestes termos que nos termos médico-psicológicos – estranhos ao seu mundo.

A importância dada por ele aos fatores sobrenaturais tanto na questão sobre a etiologia das esquizofrenias, talvez na gênese das doenças em geral (e universo pessoal) mostra a forma primitiva e mágica como se organiza dentro da sua existência o mundo. Acreditamos que familiares deste perfil demandariam da equipe de saúde consideração e esforços especiais, na etapa de aconselhamento e devolutivas familiares, visto que representam a antítese filosófica das premissas causalidades científicas, visto que ao rejeitarem a ordem do discurso científico, podem despertar intensas reações contratransferenciais de rejeição na equipe.

5.2.4. Idade de aparecimento da doença

A literatura epidemiológica afirma que a esquizofrenia pode surgir entre as segundas e terceiras décadas de idade. Apesar de termos dado importância a este aspecto no início de nossa pesquisa, no decorrer das entrevistas, percebemos que os sujeitos de nossa amostra não acreditam haver uma faixa etária na qual a doença pudesse ter maior incidência. Mesmo assim, decidimos manter esta pergunta a fim de aferirmos quão próximo nossos sujeitos estavam deste conhecimento. Todas as vezes em que não havia uma referência do entrevistado à esta área de indagação, o entrevistador fazia a pergunta.

Analisei a pouca importância dada à idade, percorrendo as seguintes etapas: 1) discutindo o caso do único entrevistado que achava que existia uma idade mais propícia; 2) passando a discutir sobre os outros que estabeleciam correlação com o nascimento, uma vez que ambos os eventos normalmente apareceram como demarcadores temporais - que não a 2.ª e 3.ª décadas de vida - mas que continham uma referência temporal.

5.2.4.1. Idade e a gênese da esquizofrenia

A única pessoa que acreditava existir uma correlação entre a idade e o surgimento da esquizofrenia do parente, entendia esta participação de maneira indireta: ela achava que os mais jovens têm maior facilidade porque:

EMP: Acho que sim. (...) porque os jovens têm mais facilidade. (...) Ah, não sei porque não. Pelo modo do mundo de hoje, sabe? Então eles tão muito sem cabeça, os jovens de hoje, sabe? Muito desmiolado, eles fazem o que eles, o que eles querem, né? Então muitos deles, aí começa a enfrentar problemas demais daí começa a entrar em depressão, né?

Assim, vemos que a sua resposta está muito mais condicionada a dificuldades ou frustrações características de determinados momentos da vida que ela dava importância, que à idéia de existir uma disposição maior em determinada idade.

5.2.4.2. A gênese da esquizofrenia ligada ao nascimento

Penso que os que acreditavam que a etiologia da esquizofrenia está associada ao nascimento, estranhavam ouvir a pergunta feita pelo entrevistador. Parecia-lhes ocorrer uma redundância ou desatenção do entrevistador porque já tinham dito que entendiam ser o momento da gênese da esquizofrenia por volta do nascimento ou gestação. Penso, no entanto, que alguns poderiam ter mudado suas respostas para concordar com as referências do entrevistador, quando retorna à questão da idade de aparecimento.

Não sabemos ao certo o grau de influência em perguntar sobre a idade de aparecimento separado da referência ao nascimento feito pelo entrevistado. Mas, mesmo assim, ao termos perguntado mais de uma vez possibilitou que confirmássemos que a nossa amostra dá maior importância a outras condições de vida, (que não a idade) para o surgimento da doença porque nenhum deles alterou uma opinião a favor de outra.

Enquanto os profissionais de saúde se respaldam nos conhecimentos epidemiológicos relativos à idade de aparecimento, as pessoas entrevistadas davam mais importância às circunstâncias da vida na época na qual achavam que o paciente adoeceu e ficou claro que não estabeleciam uma relação direta de idéias entre a doença e a idade de aparecimento.

Por fim, o quesito *idade de aparecimento* era elemento adjacente e sem qualquer significação especial para os entrevistados.

5.2.5. As formas de tratamento citadas: entendendo a ordenação leiga

Não deve ser esquecido que este trabalho pretende averiguar as diferentes visões que os sujeitos entrevistados tinham da esquizofrenia e isso inclui também as formas como eles entendem sobre qual deveria ser a terapêutica do parente esquizofrênico. Por isso, não esperava que eles tivessem visões concordes às formas de organização do pensamento dos profissionais da área “*psi*” a esse respeito.

Tentei criar uma classificação que respeitasse as peculiaridades da opinião leiga, muitas vezes tendo que buscar melhores soluções.

Por fim, percebi que o familiar aceitava o tratamento cientificamente embasado, sem se demover das suas próprias referências culturais. Isto é, o familiar não abandonava suas prerrogativas culturais (tão claras nos itens anteriores) a favor de adotar a maneira da ciência ver e tratar os doentes esquizofrênicos.

Esta questão abre um nível de discussão muito marcado pelos dinamismos sincréticos culturais, onde uma determinada ordem de cosmovisão se entrelaça com outras e formam um conjunto que nem sempre é coerente e suficientemente credenciado pela ciência – segundo a maneira como a concebemos atualmente.

Devido à esta natureza embricada da visão dos entrevistados, bem como as suas múltiplas gênesis, a tarefa de análise acaba tendo enfraquecida a sua propriedade de linearidade, integridade e coesão lógicas porque precisa refletir a “lógica particular” das construções complexas – que são merecedoras de um tratamento analítico multimodal e multifacetado.

Exemplificando: de início, busquei contrapor a prática terapêutica de atendimento em saúde mental – a qual nomeei de *formas estruturadas* de tratamento, e as práticas populares “*medicinais*” e tidas pelos parente como necessários para auxiliar no alívio do sofrimento do doente (*formas não-estruturadas*). Tive, no entanto, que abandonar

esta tentativa porque tal separação era impossível uma vez que, por vezes, os sujeitos indicavam ambas as formas⁹.

Quero dizer que, não era raro mesclarem etiologias biológicas com espirituais - e isto acabava por interferir na questão da terapêutica porque concebiam tratamentos que tinham que atender ambas as naturezas de causas (biológica e espiritual, por exemplo).

Concluo, assim, que a opção que os profissionais de saúde fazem por esta ou por aquela forma de tratamento representa o longo processo de erudição pelo qual os mesmos passaram; e que a maneira destes conceberem o tratamento está submissa a uma categorização (remédios, psicoterapia e outras modalidades de atendimento do esquizofrênico) intrínseca, aprendida na Academia, segundo seus arbítrios peculiares. Por outro lado, a maneira pela qual o pensamento leigo concebe estas questões, é diferente e não está sujeita nem a estas normas e nem a esses *a priori* acadêmicos.

A ordenação mental que os sujeitos faziam da questão referente ao tratamento expressa bem a articulação de todas as suas opiniões e formas de enxergarem a doença.

Depois de todas estas considerações, tentei conceber um meio de seguir o quanto mais possível a ordem que pudemos captar das falas dos sujeitos, **segundo a visão deles**.

A dificuldade desta tarefa foi grande porque impunha que eu abandonasse minhas próprias organizações em torno desses assuntos a fim de retratar fielmente aquilo que encontrei nas entrevistas. A dificuldade aumentava ainda mais por serem vários os sujeitos e cada um deles apresentare suas particularidades, determinando opiniões sobre o tratamento que estavam imbricadas com todas as demais sub-categorias criadas por mim.

Uma forma de ilustrar essa dificuldade, foi ao perceber quão ilusória poderia ser a sensação de acreditar ser possível ordenar as menções ao uso de medicamentos: devido a um ponto-cego perceptual, imediatamente acreditei estar ocorrendo uma concordância da visão do entrevistado com a postura clínica e que o entrevistado compartilhava das mesmas prerrogativas clínicas que sustentam o uso de medicação, numa

⁹ As causas que o sujeito atribuiu ao aparecimento da esquizofrenia implicava na menção de uma determinada terapêutica e isto de outra. E, por vezes, as causas atribuídas tinham naturezas diferentes.

espécie de convergência das cosmovisões acadêmicas e leigas. Contudo, se tivesse levado isso adiante, incorreria num equívoco porque notei que os remédios estavam recebendo importância porque eram visto como sendo dotados de poderes que superam em muito aquelas capacidades que os profissionais da área habitualmente a eles atribuem¹⁰.

Pode-se notar, então, que a divergências entre a cosmovisão leiga e a do profissional ocorrem num nível mais profundo. Enquanto as opiniões, por exemplo, mostram que no tratamento o sujeito valoriza o uso de medicação (uma aparente convergência de cosmovisões), ele menciona uma etiologia ligada a questões espirituais e, ao mesmo tempo, valoriza determinadas práticas religiosas. É necessário questionar essa convergência. Estaria ele sugerindo um tratamento “*ortodoxo*” ou “*heterodoxo*”¹¹ – convergente ou divergente? Nem um e nem outro, mas os dois.

Por todos esses motivos, simplesmente construir sub-categorias pode dar a idéia de que os assuntos são tratados de forma estanque segundo uma ordenação acadêmica. Isso prejudicaria a análise desse interjogo fundente entre as diferentes cosmovisões, que apenas a discussão qualitativa pode dar conta.

Para finalizar, por todos esses motivos, fiz a opção de preservar ao máximo qualquer tipo de fusão feita pelos sujeitos no tocante as formas de tratamento – quer elas fossem ortodoxas ou não, convergentes ou não com o discurso médico-psicológicos – de forma a manter a fidelidade aos dados tal como eles surgiram e as formas típicas desses sujeitos, brasileiros leigos de baixa escolaridade e nível sócio-cultural, se expressarem e ordenarem tanto as suas opiniões como as suas percepções em torno da esquizofrenia.

5.2.5.1. Formas de tratar a esquizofrenia

Como já foi assinalado anteriormente, as citações de terapêuticas vieram acompanhadas de acréscimos culturais do mundo leigo. No quadro abaixo, estão relacionadas algumas das mesclas feitas pelos sujeitos.

¹⁰ Esta questão vai ser tratada adiante.

¹¹ *Ortodoxo* é aquilo que segue qualquer doutrina estabelecida. *Heterodoxo* diz-se de doutrinas, livros, etc. contrários a algum padrão ou dogma estabelecido. (PRADO E SILVA, 1970)

	Terapêuticas	Acréscimo cultural
ASC	remédios 1) remédios 2) Deus, oração da igreja, ter o espírito de Deus	Somaliun – contra depressão e desânimo 1) ajudam no plano material e espiritual 2) ajuda e dá consolo 3) 4) 5) evita brigas 6) evitar agravamento e morte
AXS	3) alimentação 4) sossego 5) paciência da família 6) não usar álcool ou drogas	
CD	1) remédios 2) psicoterapia	1) quando prescritos adequadamente 2) resolução de problemas, apoio, aceitação das coisas, ficar contente, saber uma resposta a mais
DEP	1) remédios 2) trabalhar 3) ir à igreja 4) não tomar muito café 5) não fumar	1) para não agitar 2) 3) porque ele gosta 4) 5)
EMP	1) remédios 2) viajar para um lugar sossegado (não tem dinheiro), jogar bola, ir ver um jogo, brincar 3) ser o cantor que sempre quis ser 4) conversar com as pessoas	1) ajuda bastante e porque não tem dinheiro para viajar 2) para esquecer 3) para esquecer dos problemas 4) para aliviar
JES	1) remédios 2) alguém para conversar o tempo todo, apoiar e fazê-lo sentir-se tranquilo 3) ter condições de trabalhar 4) as coisas darem certo no trabalho 5) não faltar dinheiro	1) para não lhe maltratar, achar que você é inimigo 2) para entender ele porque ele exige muito da pessoa e quer saber demais 3) 4) porque ele piora quando as coisas não dão certo 5) para conseguir o que quer

MJS	<ol style="list-style-type: none"> 1) remédios 2) conversar 3) intervenção espiritual 4) não ser contrariado nem chamado à atenção 	<ol style="list-style-type: none"> 1) ajudam-no a não ouvir vozes 2) ajuda também 3) o real problema 4) deixam-no agitado
NBP	<ol style="list-style-type: none"> 1) remédios 2) Psicólogo 3) Terapia Ocupacional 4) Ambiente familiar bom 5) não discordar que ele terá uma vida bem diferente após a morte, ter calma, agradar, conversar, não brigar 	<ol style="list-style-type: none"> 1) _____ 2) para ajudar a parar de falar em ter um irmão 3) idem 4) para ele não ficar irritado ou nervoso 5) para ele não ficar irritado ou nervoso
NSGJ	<ol style="list-style-type: none"> 1) remédios 2) vontade própria da paciente 3) paciência da família 	<ol style="list-style-type: none"> 1) para não ficar se sentindo perseguida 2) _____ 3) _____
PCAS	<ol style="list-style-type: none"> 1) remédios 2) choque na cabeça 3) ter um lugar e uma pessoa só para cuidar dela 4) ter comida 5) vizinho que não invada e nem lence pedra no barraco 	<ol style="list-style-type: none"> 1) _____ 2) porque tem derrame 3) _____ 4) ela não come 5) _____
RIP	<ol style="list-style-type: none"> 1) remédio 	<ol style="list-style-type: none"> 1) para não voltar a falar bobagens e ter que internar (não tem dinheiro)

Quadro 6: As terapêuticas mencionadas e os acréscimos culturais feitos.

O quadro anterior não representa uma descrição exaustiva dos achados mas simplesmente uma maneira a mais de ilustrar o que já vinha ocorrendo dentro deste capítulo. A *primeira coluna* lista os expedientes que os familiares entendem serem importantes lançar mão a fim de promover a melhora do paciente. Já a *segunda coluna*, mostra (quando foi possível) quais foram as prerrogativas adotadas pelos entrevistados ao mencionarem os elementos da primeira coluna.

Como pode ser observado, fiz uma tentativa de isolar o que todos disseram em comum: o uso de remédios.

O isolamento de um elemento comum a todos os sujeitos é um artifício que pode sugerir minha dificuldade de abandonar a visão acadêmica em favor da visão leiga, mas creio que o próximo sub-capítulo esclarecerá o porquê de ter adotado esse expediente.

5.2.5.1.1. Remédios

Todos os entrevistados disseram que o uso de remédios constitui forma de tratamento da esquizofrenia.

Obviamente, isto ocorreu porque o próprio campo da pesquisa favorecia esse tipo de resposta porque:

- a) eram todos familiares que trouxeram seu parente doente para se tratar num hospital – o que nos faz pressupor que, até um certo grau, eles aceitam a prática da prescrição medicamentosa como sendo benéficas ao paciente; e
- b) o *setting* da entrevista estava situado dentro do espaço físico hospitalar e isto poderia induzir os entrevistados a enfatizarem mais a utilização de medicamentos do que outras práticas incomuns à esse meio ambiente.

Ainda sobre a seletividade subjacente no meio ambiente, provavelmente se as entrevistas ocorressem num outro momento da vida dos sujeitos (p.ex., antes de darem entrada em qualquer serviço de saúde) e num outro ambiente (p.ex., recebendo assistência religiosa) suas opiniões e atitudes poderia ser bem diferentes.

Duas outras diferentes possibilidades também podem estar subjacentes às respostas que dão importância ao uso de medicamentos:

- a) os sujeitos têm atitude que coincide com a da visão científica. Acreditam na existência de uma disfunção bioquímica cerebral que deve ser corrigida quimicamente; e
- b) os sujeitos são favoráveis ao uso de medicamentos porque transportam para os tais atitudes identificadas com as práticas de uso de chás, ervas, banhos, etc. ou outras substâncias tidas como mágicas e capazes de alterar tanto os estados *físicos*, como os *anímicos* e também os *espirituais*¹², que têm raízes na cultura popular.

Porque a maioria dos sujeitos não sabia o nome da doença e não tinha informação quanto à etiologia da esquizofrenia, desconheciam as causas bioquímicas é bem improvável que eles tivessem uma atitude coincidente com a visão científica, conforme sugerimos no grupo *a*.

Por isso é mais provável que exista um *sincretismo*¹³ cultural através do qual os sujeitos acabam apoiando o uso de medicamentos mas tendo por base prerrogativas distintas da dos profissionais da área de saúde.

Desta forma, entendo que a relação “*problema está para solução, assim como etiologia está para tratamento*” se cumpre para estes sujeitos e isto fica bem evidente no quadro anterior. Aliás, este equacionamento parece ser bem utilizado por quase todas as pessoas e expressa a forma habitual das mesmas enfrentarem os problemas cotidianos.

A questão das razões que levam a família a utilizar os medicamentos pode ser muito mais densa do que parece e creio que merece um estudo à parte adequadamente desenhado para a finalidade de verificar este problema. No tocante a isso, contudo, é difícil precisar quais são exatamente as fronteiras entre o subgrupo *a* e *b* bem como se estes teriam uma existência própria e independente. As razões desses dois sub-grupos terem sido construídos serviram simplesmente para o propósito de:

12 Basta observarmos o largo espectro de ação atribuído às ervas vendidas nos mercados populares e nas praças.

13 Fusão de dois ou mais elementos culturais autôctones num só elemento, continuado porém perceptível alguns sinais de suas origens diversas. (PRADO E SILVA, 1970)

- 1) resguardar da conclusão de que todos os familiares têm uma visão coincidente com visão dos profissionais de saúde no tocante à relevância dos medicamentos no tratamento da esquizofrenia; e
- 2) levantar um novo problema que aponta para a necessidade de, futuramente, nos empenharmos em uma nova investigação sobre as raízes que condicionam opiniões parecidas.

As razões deste nosso resguardo estão fundamentadas na história da cultura popular brasileira: somos um povo de origem européia, africana e ameríndia. Também sabemos que a nossa cultura popular sincretiza elementos africanos e indígenas determinando práticas como, por exemplo, as da *pajelança*. Segundo PRADO E SILVA (1970), a *pajelança* implica num conjunto de regras e atos do feiticeiro aconselhando, ditando regras de vida, vendendo remédios, amuletos, etc.

Mesmo considerando o fato de que os nossos sujeitos residiam em área urbanizada metropolitana, isto não me autoriza a descartar a influência dos derivados culturais da prática da *pajelança* na minha análise porque existem exposições claras deste lado da cultura popular no centro da cidade de Campinas, área urbana industrializada, onde podemos observar o aglomerado das pessoas e a receptividade de muitas delas.

Então, poderia ser que os sujeitos creditassem aos medicamentos o mesmo valor que dão aos chás e as ervas da cultura popular - um tipo de *aculturação*¹⁴ - revestindo-os de poderes mágicos capazes de alterar não só o funcionamento orgânico mas também o da alma e do espírito do doente, e até mesmo tomando-os como sendo capazes de expurgar ou acalmar demônios eventualmente existentes no paciente.

Um exemplo disto é o caso de AXS. Este sujeito se referiu ao uso de medicamentos como sendo uma das formas de tratamento mas ele também acreditava na influência espiritual no surgimento da doença. O trecho seguinte foi extraído da entrevista feita com ele.

AXS: Todo o ataque do nível espiritual, se existe algum, deve existir **médicos e remédios**¹⁵... (...) Então nós podemos crer, podemos crer que o médico quando ele é temente a Deus, ele tem a sabedoria material e espiritual: ele está trabalhando dos dois lados. Ele está trabalhando o material como o espiritual...

Fica evidente para AXS, que a figura do médico e dos medicamentos são dotadas de poder para interferir tanto na esfera espiritual como na mental. O médico seria, segundo esta minha óptica cultural de interpretação, semelhante a um pajé; e os medicamentos o meio físico pelo qual traz em sujeição as forças espirituais.

Os instrumentos desta pesquisa não são adequados para fazer o aprofundamento desta questão em torno das respostas sobre o uso de medicamentos no tratamento da esquizofrenia e nem de suas raízes porque não existiam perguntas orientadas para esta finalidade.

No entanto, quaisquer que sejam as raízes culturais que determinaram as respostas, **todos** os sujeitos disseram que os medicamentos são úteis no tratamento dos seus familiares com esquizofrenia e este elemento aproxima, faz uma ponte, entre duas cosmovisões distintas: a do profissional de saúde e a dos pacientes. Deveria ser, portanto, valorizado como elemento aglutinador e utilizado empaticamente como via de acesso à visão popular no incremento da aliança terapêutica dentro do âmbito de atendimento de pacientes esquizofrênicos.

5.2.5.1.2. Psicoterapia

Da mesma maneira que o meio ambiente da pesquisa direcionava as respostas dos sujeitos em direção ao uso de medicações, e uma vez que as psicoterapias também fazem parte do arsenal terapêutico das esquizofrenias que esse meio preconiza, era esperado que elas fossem referidas mais frequentemente. No entanto, foi baixíssima a

¹⁴ Mudanças na cultura de um grupo social sob a influência de outro com que entra em contato.

¹⁵ Ênfase do autor.

freqüência de aparecimento da psicoterapia nas respostas. Por essa razão, resolvi discutir esta questão com a criação de mais um sub-grupo.

É de conhecimento da área de Saúde Mental que os grupos de atendimento psicológico de pacientes esquizofrênicos e de seus familiares têm como principais contribuições a readaptação psicossocial do paciente e a atenuação do quadro psicótico por meio de estratégias psicológicas. Também exercem um papel importante tanto no esclarecimento como no aconselhamento e habitualmente têm freqüência e duração maiores que as consultas médicas feitas esporadicamente e ocorrem num clima de maior afetividade e empatia, dentro de um *setting* com variáveis mais controladas.

Além disso, conseguem aproximar mais a família do serviço de saúde mental, também se prestam à criação de melhores condições de manejo da família do doente e, conseqüentemente, acabam se tornando uma estratégia para maior adesão familiar ao tratamento – o que reverterá em melhores resultados terapêuticos, conforme já foi discutido na Introdução deste trabalho.

Apesar de todos esses benefícios já terem sido registrados em diversos trabalhos científicos e existir um aparente consenso da comunidade de saúde mental em torno do papel dos atendimentos psicológicos no tratamento das esquizofrenias, o que foi evidenciado pelos depoimentos dos entrevistados foi a utilização mínima desta terapêutica.

Este mínimo de ocupação do espaço da prática de atendimento não ocorreu apenas por parte dos discursos dos entrevistados, pois observei que os prontuários clínicos dos pacientes não ofereciam qualquer menção ou indicação de psicoterapia, além de prescrições medicamentosas.

Considerando que a maioria dos pacientes morava nas redondezas de Campinas e já se encontrava em fase ambulatorial de acompanhamento, podemos entender que proporcionar-lhes ou até mesmo indicar-lhes atendimento psicológico, ainda que fosse em outras unidades de saúde do município, não fazia parte das condutas adotadas pelo Ambulatório de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da UNICAMP.

Assim, verifiquei a existência de um hiato entre o atendimento da equipe hospitalar e o da equipe de saúde primária que presta os cuidados primários de saúde a uma vizinhança constituída por comunidades bem definidas que habitam a área de abrangência do Posto Avançado de Saúde¹⁶.

Mesmo que o problema da falta de integração dos diversos níveis de atendimento de saúde extrapolem as questões do campo pesquisado, fica-nos a interrogação: *“Será que os profissionais daquele campo não acreditavam na eficiência da psicoterapia como coadjuvante da readaptação social do paciente?”*

Na mesma proporção em que os medicamentos foram utilizados pela equipe de saúde, apareceram menções deles nas respostas dos entrevistados. E na mesma proporção em que não notei a presença de quaisquer atendimentos psicológicos dentro do campo, não os vi surgir nas respostas.

Fica subentendido uma correlação entre esses fatores que faz com que, da mesma forma que a equipe de saúde não incluía os atendimentos psicológicos, os entrevistados também não os mencionam. Isto é, não sendo a psicoterapia parte do universo de possíveis indicações, provavelmente também não fazia parte do universo mental dos entrevistados e não eram citados quando foram inqueridos quanto as formas de tratamentos que acreditavam contribuir para a melhoria do familiar doente.

Apenas duas pessoas, dentre todas as entrevistadas, mencionaram a psicoterapia como sendo uma das formas de tratamentos da esquizofrenia: uma delas já tinha passado por atendimento psicológico em função do doente, mas tinha feito isso extra-muros e em atendimento particular, bem antes de trazer a parente para tratar-se no serviço onde se deu esta pesquisa.

CD: Eu não acho que tá tudo bom, né? Eu sei que falta ainda acertar os remédios, né? a terapia, né? Eu acho que tá faltando ainda. (...) Não sei, eu acho que ajudaria a resolver os problemas dela...Seria um apoio, né? Pra ela

aceitar as coisas, pode também [inaudível] a vida dela, ficar contente...Seria mais também uma resposta que ela pudesse saber, né? (...) Acho que muita conversa só com a AB, eu acho que ela ia encantar. Eu acho que muita coisa que a psicóloga que ela vai fazer, lá em Cruzeiro, pode fazer, muitas atividades...pra depois que ela tiver bem íntima, sem medo, se achar bem íntima da AB, talvez ela possa se dedicar mais...

A entrevistada acima reclama da falta de atendimento psicológico e fica claro que ela se refere à necessidade de um apoio emocional de um espaço de acolhimento afetivo, ao ajuste psicossocial decorrente e ao desenvolvimento da capacidade de auto-expressão da sua filha. E ela acredita que pode encontrar todas estas coisas no acompanhamento psicoterapêutico.

Já a experiência de NBP, abaixo, é muito reveladora do quanto pode ser benéfica a experiência do familiar ser acompanhado em psicoterapia. A entrevistada tinha participado de grupo de mães (dentro da instituição) por indicação do médico que acompanhava o seu filho adotivo com esquizofrenia.

NBP: Aí, de lá das senhoras católicas, já me passaram para a Barreto Leme, tinha as consultas de psiquiatria onde conheci o Dr. P. que foi médico do P. aqui, né? e ele que encaminhou para cá. Aí nessa época eu vim para cá e ele queria que eu participasse das reuniões que a S. fazia com as mães. (...) E aí eu vim para cá e o Dr. P. veio com a gente aqui e a gente participava do grupo de mães, de reuniões com as mães. Foi muito bom aquela época. E até hoje estou aqui. Ele deu uma melhora, né doutor... em vista de já nessa época com Dr. P. , foi uma época muito difícil, (...) Essa fase passou! Faz muitos anos

Fica evidente na sua fala o sentimento positivo que NBP tem para com o médico de seu filho. Também se evidencia o valor positivo que atribui ao período que passou frequentando o grupo de mães, bem como o longo período de tempo que vem trazendo o filho para ser tratado o que representa a força da adesão ao tratamento e a ligação que ela estabelece entre a melhora do filho e a existência do grupo. Quando esta

senhora - que tinha por característica ser muito expressiva - começou a contar a respeito do tempo em que passou no grupo, começou a sorrir, seus olhos se abriram mais, demonstrava alegria em sua fisionomia e gestos.

Coincidentemente ou não, estas pessoas foram as que demonstraram estarem mais proximamente posicionadas em relação ao discurso médico a respeito da esquizofrenia.

Em resumo: a quase ausência de menção da psicoterapia como forma de tratamento por parte dos nossos entrevistados reflete a não-adoção desta conduta por parte dos psiquiatras, em geral, dentro do campo de investigação e representa uma falha nos atendimentos, podendo comprometer a adesão familiar, o ajustamento psíco-social do paciente e o entendimento sobre a doença.

5.2.5.1.3. Menções de outros tratamentos

5.2.5.1.3.1. Sujeição de espíritos

Estabeleci este agrupamento porque acredito que ele seja culturalmente relevante e merece ser entendido.

Por exemplo, ele abrange os entrevistados que adotavam uma interpretação espiritual dos eventos da vida e entendiam que o tratamento - médico ou caseiro - teria que ter uma etapa de alívio das forças de espíritos malignos, porque acreditavam que a doença era a manifestação de influências espirituais na vida do paciente.

Interessante que mesmo surgindo este tipo de compreensão e de terapêutica da doença, como é o caso de A.X.S.. Os sujeitos não dispensavam as premissas da ciência como o uso de medicamentos, mas estes ocupavam um lugar secundário - parecido com “*primeiros-socorros*” – que objetivava aliviar o quadro mais agudo do paciente; enquanto que, para eles, a solução “*mesmo*” do problema estaria na sujeição dos demônios.

Anteriormente já discuti a interferência do sincretismo cultural, e, nesta questão, o familiar novamente não prescinde totalmente de sua cultura original e adota alguns métodos e referências da prática científica. Verifica-se, então, depois, que esses entrevistados concebem que uma boa evolução só será possível se os cuidados de ambas as naturezas (médica e espiritual) forem empregados.

5.2.5.1.3.2. O valor do trabalho

Um outro exemplo está no caso de A.S.C. a qual diz ter sido tratada de depressão com medicamentos e tivera melhora e que, na entrevista, alegou que seu parente precisava de antidepressivo para tirar o desânimo.

ASC: Bom, aí... teve uma vez... que ele, eu tomo, eu tomo calmante também, (ininteligível) que ele tem insônia, (...) Somalium. E eu tomando somalium, eu percebi que o somalium é um remédio que também ajuda na depressão, né, (...) Você (...) sente vontade de trabalhar, fazer as coisas, né? (...) Ele tem que tomar um medicamento que ele se sinta bem, que ele tenha vontade de fazer as coisas. Tenha vontade de fazer, porque no estado que ele está, ele não tem vontade de fazer nada. Às vezes ele fala pra mim que é fraqueza que ele tem, eu falo: Você não tem fraqueza. Do corpo não, você pode ter fraqueza mental, mas do corpo não. (...) Então eu acho que o M. precisava seria mais assim, um tratamento assim, né? (...) Esse desânimo dele.

Evidentemente, que a sua percepção quanto ao estado do seu familiar era na verdade uma *apercepção*¹⁷, porque colocava partes de si mesma projetivamente no paciente, configurando este processo naquele mecanismo de defesa chamado de *Identificação Projetiva*.

Levanto a hipótese de que esta senhora faz essa construção pessoal sobre a terapêutica porque ela utiliza elementos psicológicos de sua própria experiência ao lidar com angústias passadas e também elementos culturais de valorização do trabalho (ligado à idéia de ânimo) – comum em seu ambiente sócio-cultural.

17 Conceito que tomei emprestado dos testes aperceptivos que buscam investigar a personalidade estudando a dinâmica significativa das diferenças individuais na percepção de estímulos padronizados. (BELLAK & BELLAK, 1981)

Tanto para essa senhora como para a maioria dos entrevistados, os sintomas negativos da esquizofrenia - em especial o embotamento da vontade e a apatia do paciente - eram fontes geradoras de angústia porque esses sintomas não combinam com a vida de uma pessoa produtiva, que possa abraçar um emprego e desenvolver-se bem nele - marca histórica importante da convivência da sociedade com o louco, descrita brevemente na Introdução deste trabalho.

Na mesma direção do que foi exposto anteriormente a respeito da importância do trabalho, também surgiram respostas de que o tratamento deveria incluir *Terapia Ocupacional* e a estimulação da vontade do paciente.

NBP: (...) talvez até nem seja mas seja por causa desse problema dele de ser sozinho; não sei se ia adiantar. O médico, Dr. M., já encaminhou ele para terapia ocupacional, ele não aceita de ir: ele não aceita, ele não quer. Mesmo Dr. P., tinha que acabar desistindo porque não adiantava falar com ele, né? Não sei se ia adiantar

Apesar de muitas mais hipóteses possam ser formuladas a partir destas falas, se eu me dedicasse à tarefa de analisá-las todas mais aprofundadamente, teria que me envolver com questões psicológicas profundas de cada entrevistado, com a cultura deles e as formas pelas quais ela se representa por ocasião do adoecimento de um membro familiar. Isto, por si só, transformaria este trabalho num estudo-de-casos e fugiria de meus objetivos.

A partir do que foi exposto nestes últimos, vejo que os familiares entrevistados e seus doentes se encontram “a descoberto” - sem a possibilidade de construir juntamente com um psicoterapeuta uma noção razoável para a doença e o convívio com o doente por não existir, por parte da equipe de Saúde Mental local, este tipo de encaminhamento. Esta falta de espaço de elaboração se reflete na compreensão que eles têm quanto à etiologia e as terapêuticas.

Tudo isto compromete inteiramente o processo de readaptação psicossocial do doente e da família que o acolhe e, no nosso entender, se constitui uma falha grave no processo de acompanhamento clínico desses pacientes.

A razão pela qual afirmo isto ser uma falha grave, apóia-se no fato de que a maioria das famílias entrevistadas provêm de baixo extrato sócio-econômico e têm no discurso menções sobre a renda doméstica e a necessidade de abandono de emprego por um dos familiares com o objetivo de cuidar do doente.

Enquanto eu colhia os dados bio-demográficos dos sujeitos e perguntava-lhes sobre a ocupação que cada um exercia, vários entrevistados diziam não estarem mais trabalhando depois que o paciente adoeceu porque tinha sido escolhido para ser o cuidador do paciente¹⁸.

Esta fragilidade econômica cria uma demanda natural para a rápida readaptação social do paciente – o que se constitui num dos ganhos adicionais das psicoterapias (muito mais que o mero uso de drogas anti-psicóticas) e que acabam minimizando os custos sociais e até mesmo possibilitando que o cuidador reassuma seu trabalho tão logo seja possível, compensando o desequilíbrio do orçamento doméstico.

5.2.5.2. Fatores de Melhora

Quando criei o instrumento desta pesquisa, eu tinha idealizado uma categoria que tinha denominado de “*Fatores de Melhora*” que objetivava agrupar todas as falas que estivessem direcionadas a ações que auxiliariam a melhoria do estado de saúde do paciente mas que não faziam parte do arsenal terapêutico concebidos pelos profissionais da área. Todavia, conforme já mencionei anteriormente, essa divisão não era capaz de representar a construção mental dos entrevistados: eles não faziam esta divisão didático-acadêmica.

Então, resolvi agrupar no **Quadro 6** todas as indicações não-ortodoxas que o sujeito achava que poderiam ser tomadas para a melhoria do estado geral do paciente.

18 Infelizmente essa parte dos depoimentos eram feitos antes do gravador estar ligado e eu não percebi a importância deles até o momento em que passei a analisar o material. Do contrário, teria gravado também esta parte dos encontros, depois de ter considerado o problema ético relativo ao consentimento do sujeito para gravar a sua voz.

Extrapolando este problema da categorização mencionado anteriormente, as declarações contêm noções de que conflitos interpessoais e tensões internas podem prejudicar a evolução do familiar esquizofrênico. Abaixo, coloco alguns trechos de fala para elucidar esta questão.

PCAS: O que faz piorar, também, é os vizinho. (...) começam a gritar (...) e falar, aí (...) vão lá taca pedra, quebra os vidro (...) um cara entrou dentro de casa lá, o meu irmão quase que tacou um, um pau no cara (...) Ai foi chamar a polícia pra dar choque no rapaz, porque o rapaz tava, a bem dizer, morto.

NSGJ: Ah, e ela pedia pra minha mãe fazer um pavê, pavê que ela gostava, e ela inventava qualquer coisa, (...) muitas vezes eu usei esse subterfúgio pra ... pra amenizar, né? Mas, não é com todo mundo que pode fazer isso, né? Nem todo mundo tem essa paciência, né?

NBP: (...) Sabe, quando dá uma discussão entre eu e o pai, ele fica muito nervoso. Então eu acho que se ele tivesse um lar assim muito conturbado, eu acho que ele tinha piorado muito...

MJS: Eu percebo que conversando com ele, ele esquece [...] eu acho que tem que haver diálogo ali, porque conversando com ele, (...) é que acho que destrai, acho que ajuda.

JES: (...) Talvez lá, ele teve problema financeiro, num conseguiu, sentiu que não ia conseguir o que ele queria, né?

Então, a maioria dos familiares entende que o evitar de tensões psicológicas pode ser benéfica aos pacientes.

Embora o evitar do estresse e expressões emocionais de crítica sejam apontados pela literatura¹⁹ como fatores contribuidores para diminuição das recaídas do paciente, não nos parece que esses pacientes tivessem tido acesso a essa informação por qualquer via que fosse.

Todavia, pode ser que a postura deles se devesse mais a uma provável dificuldade de abandonar a idéia de que a esquizofrenia surgiu em decorrência de uma contrariedade emocional sofrida pelo paciente (como por exemplo: fim do noivado, carência afetiva, impotência diante da vida, medos irracionais, desejos inatingíveis, nervosismo, educação rígida, ser cuidado por parente doente mental, ciúmes, dentre outros), ficando-nos razoável supor que entendem que a neutralização destas contrariedades (sossego, paciência, viagem, ser o que quer ser, apoio, tranquilidade, distração através do trabalho, ausência de problemas, dinheiro, conversa, Deus) poderia contribuir para a melhoria e até a cura do paciente.

Curioso é o fato de que ainda que esteja apoiada em prerrogativas errôneas sobre a etiologia da doença, estas medidas coincidem com o que os profissionais de saúde mental indicam para o esquizofrênico quanto ao menor nível de estresse ambiental familiar – onde as críticas severas devem ser reduzidas assim como o envolvimento excessivo por parentes da família, prevenindo-o de um relapso.

5.2.5.3. Fatores de Piora

Os fatores de piora compreendem aquelas respostas dadas pelo entrevistado sobre quais as ocorrências da vida que podem contribuir para a piora do estado de saúde do paciente.

Na maioria das vezes eram uma espécie de antítese dos elementos contidos no **Quadro 6**, e discutí-los aqui seria exaustivo ao leitor uma vez que são o oposto do que já foi dito anteriormente.

Por estas razões, vou me concentrar apenas em 02 exemplos que fugiram um pouco de tal contraposição de idéias à qual aludi. Eles envolvem os sujeitos ASC e AXS.

O sujeito ASC, mãe de um paciente, tinha mencionado o uso dos medicamentos como sendo parte das terapêuticas da esquizofrenia do seu filho. Mas ela não sabia quais poderiam ser os acontecimentos vitais que prejudicariam o equilíbrio do paciente.

ASC: Então, aí o que faz piorar eu não sei. Eu só sei que durante, como começou foi assim, né? Ele não era agressivo, ele só falava sozinho, ele via gente perseguindo ele, ele começava a se trancar dentro do quarto, ou dentro do banheiro, ou dentro de qualquer um quarto. Tinha que lutar pra se defender de alguém que ia pegar ele, aí ele gritava o nome do pai dele, tá matando, mas ele não era agressivo. E aí, então, depois com esse tratamento que foi com o haldol e o rupinol, então a crise veio agressiva.

Comento esta fala logo a seguir, todavia desejo fazer uma consideração anterior.

No meio científico, é aceito que a continuidade do uso de medicamentos, um ambiente familiar tranquilo, o uso de psicoterapia de apoio, o evitar um clima demasiadamente carregado de expressões da afetividade contribuem para a manutenção do equilíbrio mental do paciente.

A entrevistada tinha dado importância ao uso de medicamentos e então seria esperado que o sujeito citasse, por exemplo, que a interrupção deles seria prejudicial ao paciente.

Não ter citado isto pode indicar uma cisão no julgamento de ASC. É como se, em sua consciência, existissem dois lados de uma mesma questão, os quais não conseguem formar um todo: porque, de um lado, ocorre o elencar dos medicamentos como estando relacionados às formas de tratamento; e do outro, o desconhecimento de quais fatores prejudicam o bem-estar do paciente.

O retorno ao momento do aparecimento da doença pode estar denotando que atualmente existe uma falha grave no sistema de apoio familiar ao paciente – ainda mais porque ASC era a mãe do paciente.

Esta dinâmica do discurso pode estar trazendo à luz a necessidade de entender melhor os motivos do adoecimento mediante o uso da repetição temática, haja vista que este aspecto já tinha sido coberto pela mesma anteriormente dentro da entrevista. É de conhecimento geral que a elaboração de um dilema - por causa da angústia e ansiedade - se dá não apenas pela reflexão contínua do mesmo mas também pela repetição do falar sobre o assunto.

O entrevistado a seguir, o Sr. AXS, entende que o uso de drogas ou de álcool prejudica seu filho:

AXS: Existem muitas coisas que prejudica. (pausa) Olha, primeiro lugar, nós vemos que a bebida, alcoólica... isso aí estraga demais... tanto a saúde como a mente também.

As equipes de saúde mental sabem que é prejudicial a associação de uma destas drogas com as drogas psicotrópicas e poderíamos erroneamente deduzir que o entrevistado compartilha desses conhecimentos. Todavia precisamos levar em consideração os seguintes aspectos sócio-culturais:

- a) o paciente parece não ter feito uso de nenhum dos dois ainda que de forma esporádica;
- b) o entrevistado tinha baixa instrução formal;
- c) ele falou bastante sobre religião e notei que ele enxergava o mundo através da lente da religião;

- d) sublinhou a ação da religião e de Deus como sendo cooperadora para o bem-estar do paciente; e
- e) incluiu a atuação de espíritos malignos na gênese da esquizofrenia.

Por causa destes aspectos, compreendemos que a menção feita ao álcool e à droga é representativo da preocupação que um pai religioso tem para com seu filho jovem e sendo bem provável não se tratar da externalização de um conhecimento científico que tenha adquirido.

A fala seguinte pertence ao sujeito JES e mostra que o entrevistado acha que a falta de dinheiro que de cuidados pioram o estado de saúde do seu irmão.

JES: Não. Quando, igual ele tava pra Curitiba, eu acho que fal, que faltou cuidado, mais que poderia, que tivesse falt, faltado pra ele, foi o, o financeiro, né? Talvez lá, ele teve problema financeiro, num conseguiu, sentiu que não ia conseguir o que ele queria, né? Então eu acho que isso poderia ter ocasionado, né.

JES era uma pessoa que estava melhor trajada e tinha um perfil diferente do restante da sua família, parecendo ser o familiar mais “capitalizado” do grupo familiar: concluiu o segundo grau completo de contabilidade. Ele estava ligado profissionalmente à atividade agropecuária no interior de Goiás e usava os conhecimentos de sua formação escolar em sua atividade ocupacional. Ao final da entrevista, conversou entusiasmadamente com o entrevistador sobre sua atividade profissional, criação e cotação do gado e sobre administração contábil rural. Contou que foi quem mais estudou na família e quem mais “*progrediu*” e que sentia pesar pela situação do irmão. Apoiava financeiramente a todos da família - inclusive o irmão doente que quis ajudar mas que negou sua ajuda a partir de uma época.

Assim, a partir de sua fala e história pessoal deduzo que existem elementos projetivos de sua própria personalidade nas respostas dadas às minhas perguntas. Talvez, seja o próprio entrevistado quem sinta um abalo especial quando lhe escasseia o dinheiro, projetando isto identificativamente sobre o irmão esquizofrênico.

A literatura científica afirma que o estresse familiar que surge em decorrência de brigas familiares, discordâncias, confrontações podem colaborar para a piora do estado de saúde do esquizofrênico e a entrevistada seguinte, NBP, tem conhecimento disto e aplica isto em sua vida familiar no convívio com o seu filho esquizofrênico.

Ela possuía uma comunicação clara e durante a entrevista, sua atitude era serena, afetuosa e cooperativa. Englobava, em sua atitude, características “maternais” por ser uma pessoa afetivamente acolhedora.

NBP: (...) o marido e eu, a gente procura não ter briga assim feia, nunca teve, tenho um lar muito bom. Mas, de vez em quando, então vem uma discórdia - eu acho que é normal - ele fica ir-ri-ta-dís-si-mo, ele não quer saber! Sabe, quando dá uma discussão entre eu e o pai, ele fica muito nervoso. Então eu acho que se ele tivesse um lar assim muito conturbado, eu acho que ele tinha piorado muito... (...) Pioraria muito, né? Então eu acho que um lar onde ele é muito querido pela família toda, todo mundo dá muita força... então eu acho que valeu muito! (...) Daí ele conta também que é adotivo (porque ele, depois de moço, inclusive foi o Dr. P. que me ajudou muito, ele achou que eu deveria contar para ele porque a gente contar que adotou era muito... (...) Mas às vezes, de vez em quando ele fala: “Mamãe, você acha que eu devia procurar aquela outra mãe? Quem sabe eu tenho irmão” - ele fala. Mas aí eu falo: “Mas é tão difícil! Como que a gente ia procurar? Você quer ir no Silvío Santos? Você pode ir, então, na Porta da Esperança. Aí ele fala que não (que ele é muito vergonhoso, né?) Aí ele fala: “Ah, então não! “ Mas só fica nisso.)

Ela tinha participado do grupo de apoio psicológico às mães e se refere a este tempo como tendo sido muito bom e do qual sente saudades.

NBP: E aí eu vim para cá e o Dr. P. veio com a gente aqui e a gente participava do grupo de mães, de reuniões com as mães. Foi muito bom aquela época. E até hoje estou aqui. Ele deu uma melhora, né doutor... (...) Ah, eu acho que se ele tivesse, um acompanhamento assim com psicólogo, acho que ajudaria a tirar ele de falar de irmão... (...) O médico, Dr. M., já encaminhou ele para terapia ocupacional, ele não aceita de ir: ele não aceita, ele não quer.

NBP expressava sua gratidão e confiança no médico que acompanha o caso há muitos anos. Parece que isso acontece porque a entrevistada não sente que o médico acompanha só o tratamento do seu filho no tocante à esquizofrenia, mas também dedica parte de seus esforços ao ambiente psicológico da família e da entrevistada.

NBP: Daí ele conta também que é adotivo (porque ele, depois de moço, inclusive foi o Dr. P. que me ajudou muito, ele achou que eu deveria contar para ele porque a gente contar que adotou era muito... eu era nova e meu marido também e a gente não tinha aquela experiência de contar desde pequenininho - porque agora a gente começava a falar desde pequeno - mas não sei quantos anos atrás, não falamos; fomos acabar falando agora com 23 anos. E no tempo do Dr. P. que achava que falar ia melhorar. Não piorou nem melhorou.

A força da aliança terapêutica entre ela e o médico, numa parceria positiva para o paciente, pode ser claramente notada nas falas da entrevistada NBP.

Os elementos que eu acredito estarem contribuindo para esse quadro são:

- a) a experiência pessoal positiva da entrevistada com psicoterapia grupal de apoio;
e
- b) o interesse do médico em expandir (sem se perder a noção do seu papel principal) além das fronteiras somáticas e abarcar o universo psicológico da família em seus cuidados profissionais.

Em resumo, notei que aqueles familiares que tiveram um espaço mais propício de elaboração de muitos aspectos relacionados ao adoecimento e se beneficiaram do atendimento de um psicoterapeuta, conseguiam identificar melhor o que era benéfico e o que era maléfico ao bem-estar do paciente e conseguiam realizar um percurso mais fácil entre o universo científico e o universo do conhecimento leigo. Em tese, esses familiares funcionavam, eles mesmos, como meio de instauração dos fatores de melhora e de minimização dos fatores de piora.

Também podemos notar que o entendimento que eles tinham sobre quais fatores poderiam ser decisivos na melhora do paciente estavam profundamente relacionados com suas próprias personalidades: aquilo que eles valorizavam e desvalorizavam na vida: religião, brigas, drogas, etc.

Acima de tudo, observo que o mecanismo de *identificação projetiva* não tem participação exclusivamente negativa no tratamento dos pacientes esquizofrênicos, mas sim que são uma parte importante e que não pode ser desconsiderada.

Concluo, assim, que quando o familiar é trabalhado na direção de acomodar noções do conhecimento científico sobre a esquizofrenia levando em consideração a sua personalidade, sua cultura e seus valores individuais, eles se transformam em propagadores desse conhecimento dentro do mundo leigo e também se tornam familiares positivamente influenciadores dos pacientes.

5.2.5.4. Futuro do Paciente

Para melhor visualização de como está organizada nossa amostra para esta questão, resolvi criar um quadro para esta sub-categoria, fazendo um cruzamento entre as idéias que o familiar tem do destino da doença com as de destino pessoal do paciente, tentando buscar uma inter-relação entre estas.

Acredito que o futuro deslumbrado para o paciente pelo familiar é composto de uma mescla de seus próprios valores, a sua noção pessoal da gravidade da doença construída a partir da observação da magnitude dos sintomas, e, eventualmente, pelas informações que obteve quanto ao diagnóstico. Fica, assim, difícil de delimitar até onde cada um destes elementos exatamente vai e em quais momentos eles se encontram sobrepostos. Além disso, o desenho de minha pesquisa tem limitações metodológicas para aferir esta questão, em particular.

CATEGORIAS										
ASC	AXS	CD	DEP	EMP	JES	MJS	NBP	NSGJ	PCAS	RIP
cura total (1)	levar vida normal casar trabalhar								Nao sabe	
	Pode									
cura parcial (2)		levar vida normal								
	Pode	fazer as coisas com facilidade								
incurevel (3)	levar vida normal casar-se ter filhos		ter vida normal emprego casar-se ter familia	trabalhar	ter vida quase normal	so suicidar	levar vida normal mudar ter autonomia	ter autonomia		
	Pode									
	Nao pode									
	Nao pode									

Quadro 7: O futuro do paciente

A partir do quadro anterior, observo que a expressão “*vida normal*” foi empregada numa amplitude de significância bem vasta. Isto é, no geral, encontro referências feitas pelos parentes entrevistados de que o paciente (e qualquer que seja o seu futuro quanto à evolução da doença: cura, cura parcial ou cura total), poderá levar uma “*vida normal*”.

Na tentativa de esmiuçar mais esta questão, tentei apreender dos discursos dos entrevistados um sentido mais prático do que vem a ser essa “*vida normal*” ressaltando aqueles itens que eles acreditavam *poder e não poder* fazer o paciente na sua vida futura, como, p. ex., se casar ter filhos e trabalhar.

Aliás, pareceu-me que os entrevistados, na sua maioria, davam valor ao casamento, ao trabalho e à procriação. Quaisquer coisas que pudessem interferir no atingir essas metas de vida, seriam entendidos como estando fora da “*normalidade*”. Assim, o conceito de normalidade ganhava uma nuance largamente determinada pela cultura dos entrevistados – que eram todos da classe proletária baixa e que valoriza o indivíduo economicamente ativo por razões de sobrevivência e anseia que ele se case.

Notei, então, como o problema estava se mostrando ainda mais denso porque a expressão “*vida normal*” surgia atrelada à idéia tanto de capacidades pessoais, assim como também de curso da doença em formas que, às vezes, eram incoerentes entre si.

Apesar de estar discutindo melhor este aspecto de incoerência mais adiante, queria exemplificar melhor isto apontando a colocação feita pelo sujeito DEP.

DEP acreditava ser a esquizofrenia uma doença *incurável* mas que seu filho *não poderia* assumir um *emprego*, nem se *casar* e tampouco *ter uma família própria*, mas ainda assim dizia que o filho **teria uma “*vida normal*”**.

Tenho quase a certeza de que outros fatores (talvez de ordem psicológica) poderiam estar interferindo nestes casos de incoerência entre o conceito de normalidade da vida futura do paciente e as expectativas pessoais a respeito das capacidades e incapacidades do paciente. No caso de DEP, a contradição existente no discurso pode se dever a mecanismos de defesa contra a dor ou o sentimento de culpa de saber que o parente não logrará êxito em percorrer a trajetória de vida valorizada pela sua classe sócio-cultural.

Uma outra faceta da expressão “*vida normal*” que deve ser considerada sob o prisma de defesa psicológica é o de que ela pode estar funcionando como uma idéia que contém uma “solução” aplacadora da uma vivência psicológica angustiante do familiar, promovendo alívio e mantendo levantadas esperanças irreais que não combinam com a evolução típica das doenças esquizofrênicas.

Um outro aspecto a ser considerado é a direção das respostas dos entrevistados mais especificamente, como eles percebem o “desfecho” da doença. Para tanto, criei as sub-categorias “*Cura Total*”, “*Cura Parcial*” e “*Incurável*”.

Observe-se o número de sujeitos que responderam dentro de cada uma dessas sub-categorias: dentro de “*Cura Total*” apenas 02 sujeitos. Dentro de “*Cura parcial*” somente 01 sujeito²⁰. E a grande maioria, 07 sujeitos, responderam dentro de “*Incurável*”.

Entendemos que esses dados revelam a expectativa negativa que a família tem do futuro do paciente doente: estes familiares já traziam consigo uma baixa expectativa com relação ao futuro do paciente

Diante do observado, parece não existir uma resistência do familiar em aceitar a gravidade da doença; sendo injustificável a equipe de saúde mental não abordar diretamente este lado da doença.

Todavia, entendo que estes mesmos sujeitos que mostraram não terem sido devidamente informados quanto ao *nome*, *etiologia* e *tratamentos* da doença, também não foram informados quanto ao *prognóstico* e os *ajustes adaptativos* necessários ao convívio com o esquizofrênico.

De um lado, isto sozinho demonstra que a equipe de saúde mental não conversa com o familiar nem sobre o que ela pode esperar do futuro do doente e de outro lado, mostra que a família já traz consigo a noção de um futuro sombrio.

²⁰ O sujeito PCAS não sabia responder qual seria o futuro do paciente

Resta perguntar: *Então, de quem seria a dificuldade de admitir esta realidade da doença? Da equipe de saúde ou do familiar, apenas?*

Penso que a dificuldade existe dos dois lados: 1) por um lado, o familiar se defende de suas vivências de pesar e culpa conforme verificamos pelo uso da expressão de “*vida normal*”; mas, 2) principalmente, do outro lado, da equipe de saúde que se fecha à exploração conjunta da condição futura do paciente com a família dele - apesar de lidar cotidianamente com a esquizofrenia - optando por deixá-las às escuras sem oferecer quaisquer propostas de alívio da dor emocional que todos sentem ou tampouco de apontar medidas cotidianas para tornar a convivência mais amena e alinhada ao tratamento.

A partir das entrevistas feitas e dos dados colhidos nelas, concluo que os familiares entrevistados não foram devidamente informados sobre o diagnóstico nosológico, possível etiologia, curso, terapêuticas e prognóstico da esquizofrenia.

1. Devido a essa falta de informação prestada pela equipe de profissionais do serviço de saúde mental do Hospital das Clínicas da Unicamp e a dificuldade - tanto do profissional como do familiar - em articular um campo discursivo de comum compreensão aos dois, a maioria dos familiares ainda detinha, com relação à doença, um conhecimento particular, mítico, originado de elementos próprios à sua classe sócio cultural. O despreparo e o pouco empenho da equipe em atender estes aspectos psico-culturais da família servia como incentivo indireto aos familiares permanecerem dentro de seus próprios referenciais míticos e não cruzarem o espaço discursivo e organizador do universo pessoal em favor de uma melhor compreensão da doença.

Muitos sujeitos entrevistados desconhiam a palavra “esquizofrenia”, nome dado à doença que seus familiares tinham. Esse desconhecimento se dava pela pouca familiaridade com termo porque ele provavelmente não era empregado pelos profissionais que atendiam ao caso. Discuti sobre as possíveis implicações deste desconhecimento na pequena compreensão da situação do paciente.

2. Eles acreditavam que os remédios eram benéficos ao bem-estar geral do familiar, mas as razões para isso algumas vezes se assentavam nas crenças populares que tinham de que eles são capazes de interferir no campo espiritual do paciente, por exemplo.

A menção da psicoterapia, elemento áureo promotor do ajustamento psicossocial do paciente, foi praticamente nula, o que denota uma provável existência de um atendimento deficitário em saúde mental prestado dentro do serviço e uma ênfase exclusivamente medicamentosa que contraria a literatura científica da área.

Os sujeitos não mencionaram momentos de aconselhamento familiar dentro do serviço e os que passaram por atendimento igual ou semelhante à esse, demonstravam melhor ajuste pessoal diante da doença e do paciente, bem como melhor nível de compreensão do que era a esquizofrenia.

3. Da mesma forma em que os demais aspectos relativos à doença, os fatores etiológicos eram entendidos segundo a óptica do universo mítica e psicológico do familiar, sendo a origem da doença creditados às seguintes causas: *hereditário e congênito* (leis da hereditariedade e consaguinidade); *psicológicas* (fim do noivado, frustração diante da vida, carência afetiva, convivência com outra pessoa doente, ciúmes, educação recebida, “fraqueza da mente”, “idéia fixa”); *comportamentos excessivos* (vícios - sexo, álcool, agressividade, pirraça, estudo); *físicos* (pancada na cabeça, tumor, intoxicação química, leite estragado); *relacionamentos* (mau exemplo do pai viciado que usava drogas em casa); *sobrenaturais* (espíritos malignos). Essa larga variedade e distanciamento das causas conhecidas pela ciência, pode determinar totalmente a atitude do familiar para com o paciente a sua doença, tendo seus reflexos no tratamento - especialmente na aliança terapêutica, a aceitação das terapêuticas propostas e administração ou controle da medicação, por exemplo. Talvez, isto em parte, se devesse ao fato de ser uma doença mental e não propriamente somática.

Por fim, saliento que o material aferido e discutido ao longo de todo o trabalho serve para compor um quadro do que seria o mínimo de qualidade esperado no sentido de acolher, entender e orientar os familiares dos pacientes esquizofrêncos atendidos no serviço pesquisado. O paciente podia se beneficiar com o atendimento de natureza marcadamente medicamentosa do serviço, mas não era conduzido adequadamente no sentido de reajustar-se psicossocialmente, uma vez que a família (o círculo social mais imediato ao paciente) não recebia a atenção preconizada pelo conhecimento da clínica atual.

Além disso, de um lado, o material também aponta para o distanciamento existente entre o discurso acadêmico universitário – suas diretrizes, modelos, atualidade e sensibilidade – e o real-fazer da prática psiquiátrica do dia-a-dia institucional, permeado de

silêncios, incompreensões, distanciamento entre a díade médico (ou equivalente), o paciente e a sua família. De outro lado, também mostra o despreparo da equipe de saúde para lidar com aquela população particular, uma vez que os pontos-de-contato eram mínimos ou de pouca qualidade.

Foi notório o desconhecimento geral da população entrevistada a respeito da doença, sendo isto o resultado da pequena veiculação de informações sobre a mesma na sociedade em geral. Nenhum deles mencionou conhecer algum grupo comunitário de apoio a familiares de pacientes esquizofrênicos. Acredito que se essas iniciativas existissem no Brasil, assim como no exterior, haveria maior difusão de informações, maior espectro de atendimento familiar, maior adesão aos tratamentos, maior apoio familiar do paciente e melhor ajuste psicossocial.

Desejo que este trabalho possa ter contribuído para cada uma destas áreas de deficiências apontadas, tanto ao nível pessoal do leitor como ao nível das instituições que atendem pacientes com esquizofrenia.

7. ABSTRACT

PSYCHOLOGICAL AND CULTURAL ASPECTS OF OF FAMILY MEMBERS OF A GROUP OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS TOWARDS THE DISEASE IN A PSYCHIATRIC SERVICE IN BRAZIL

Aims

General: The general aim was to assess and discuss elements related to the information, attitudes and beliefs on schizophrenia among 11 family members of patients at UNICAMP. The specific aims were: a) to assess if the family members had been adequately informed on nosological diagnostic and possible etiology, course, therapeutics and prognosis; b) to discriminate attitudes and beliefs on schizophrenia were constructed from medical-scientific information and/or elements of personal fantasies or also from mythic and cultural elements; c) to aggregate helpful material for professionals in mental health field to be able to perform better family counseling and to stimulate the creation of associations dedicated to work specifically with akin families which have similar problems to cope.

Method: Clinical-qualitative method, using the technique of semi-guided interview with open-ended questions. One quantitative non-representative sample of 11 subjects was interviewed, numerically defined by saturation, in which every subject was a family member of a schizophrenic patient, selected according to the following criteria: 1) to be a close relative daily coping with the patient for at least one year; 2) to be major-aged (18 years old); 3) to show minimum intellectual and emotional conditions for the interview. The content of interviews were categorized considering both frequency and relevance of the discourse.

Results: 1) Doctors neither inform the members of the families on the diagnostic of the disturb in many cases or on other forms of treatments; 2) family members did not search for sources of scientific information (medical literature, as an example) neither crossed the boundaries of their mythic comprehension. 3) Most of them ignored the etiology and course of the disease; 4) the etiology was frequently attributed, by the

subjects, to excesses of: study, religion practice, grief, falls, temperature and foods “shocks” and other elements that may have special mythical connotations in their natural environment; 5) the subjects used to give more importance to medication when they were efficient since the beginning of the treatments and when the patients did not show better condition, their mythical conceptions were reinforced; 6) Psychotherapy was not mentioned; 7) Family counseling on how to cope with the patient in daily life as well as their psycho-social adjustment were scarce and inappropriate.

Conclusions: It's very probable that the schizophrenics and their family members were misconducted in the field of study since important elements such as family counseling on the disease and the forms of treatments were neglected.

They were not enough informed on treatments available and could only spontaneously recognize the importance of drugs on the treatment when they were effective since the beginning of medical care (some less responsive cases to medication helped to create beliefs of mythical means of treatment). Psychotherapy as a mean of social adjustment was not mentioned. Family counseling how to cope with the patient daily were scarce and inadequate.

Conclusions: It's probable that schizophrenic patients are misconducted at the field studied since important elements like family counseling on the disturbance and treatment are neglected.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AL-ANON FAMILY GROUP HEADQUARTERS, INC., Al-Anon Family Groups, Inc - *Al-Anon Speaks Out – A Newsletter for Professionals*, 1979.
- ANGERMEYER, M. C. & MATSCHINGER, H. – Relatives' beliefs about the causes of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Munksgaard, 93: 199-204, 1996.
- BALINT, Michael – *O médico, seu paciente e a doença*. 2.a ed, Rio de Janeiro, RJ, Livraria Atheneu,., 1988.
- BARDIN, Laurence - *Análise do conteúdo*. Lisboa, Edições 70, 1994.
- BARROWCLOUGH, C. - *Distress, expressed emotion, and attributions in relatives of schizophrenia patients*. *Schizophrenia Bulletin*, 22:691-702, 1996.
- BELLAK, Leopold & BELLAK, Sonya S., - *Teste de apercepção infantil: com figuras de animais = C.A.T.-A*. 2.a ed., São Paulo, SP. Editora Mestre Jou, 1981.
- BERENSTEIN, Isidoro - *Família e Doença Mental*. São Paulo, SP. Ed. Escuta, 1988.
- BLEGER, José - *Temas de Psicologia: entrevistas e grupos*. 4.a ed., São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda., 1989 (Coleção Psicologia e Pedagogia).
- BLEULER, E. - *Demencia Precoz: El Grupo de las Esquizofrenias*, Ediciones Hormé, Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1960.
- BLOCH, S., SZMUKLER, G. I., HERMANN, H, et. al., - Counseling caregivers of relatives with schizophrenia: themes, interventions and caveats. *Family Process*, 34: Dec. 413-25, 1995
- BOGDAN, R. C. & BIKLEN, S. K. - *Qualitative research for education: an introduction for theory end methods*. 3rd ed., Boston, Allyn and Bacon, 1998.
- BOSSEUR, C. - *Introdução à Antipsiquiatria*. Rio de Janeiro, RJ, Zahar Editores, 1976.

BOTEGA, Neury - *No Hospital Geral: lidando com o psíquico, encaminhando ao psiquiatra*. Tese de doutoramento, Universidade Estadual de Campinas, 1989. Campinas, SP.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). Projeto NB-66/1988. Comitê Brasileiro de Fin., Bancos, Seguros, Comércio, Administração e Documentação. CE - 14:001.01 - Comissão de Estudo de Documentação. *Apresentação de citações em documentos*, que fixa as condições exigíveis pelas quais devem ser referenciadas as publicações mencionadas num determinado trabalho Reimpr. da NB 896, Maio de 1990.

_____, *Referências Bibliográficas*. Reimpr. da NB-66, Maio 1989.

_____, *Resumos*. Reimpr. da NB 88, Jul. de 1987.

_____, *Sumário*. Reimpr. da NB 85, Jul. de 1987.

BRITTEN, Nicky - Qualitative interviews in medical research, *British Medical Journal*, 311 (6999):251-253, 1995.

BUSNELLO, Ellis - Grupos Comunitários. In: *GRUPOTERAPIA HOJE*. OSÓRIO, Luiz C. [et. al.]. 2.a ed., Porto Alegre, RS, Editora Artes Médicas, 1986.

CAMPBELL, R. J. - *Dicionário de Psiquiatria*. São Paulo, SP, Livraria Martins Fontes Editora Ltda, 1986.

CAÑIVE, J. M., SANZ-FUENTENEbro, J., VÁSQUEZ, C. et. al., Family psychoeducational support groups in Spain: parents' distress and burden at none-month follow up, *Annals of Clinical Psychiatry*, 8:71-9, Jan. 1996.

CHAUÍ, Marilena. S., *Convite à Filosofia*. 3.a ed., São Paulo, Ática, 1995.

CUNHA, Antonio G. - *Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa*. 2ª ed. rev. e acrescida de um suplemento, Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986.

- DAVIDOFF, Linda L., - *Introdução à Psicologia*. ed. 19-- São Paulo, SP, McGraw-Hill do Brasil, 1983.
- DEL NERO, Henrique S., *O sítio da mente: pensamento, emoção e vontade no cérebro humano*. [1.a ed.] São Paulo, SP, Collegium Cognitio, 1997.
- DEMO, P. - *Educar pela Pesquisa*. 2a ed., Campinas, Autores Associados, 1997.
- DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. - *Handbook of Qualitative Research*. England, London. SAGE, 1994.
- FERREIRA, AURÉLIO B. DE HOLANDA - *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. 2ª ed. rev. e aumentada, Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986.
- FILHO, B. Desempregado mata e degola filho de 3 anos. *Correio Popular*. Campinas, 05 de Maio de 1.998.
- FOUCAULT, Michel - *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro, RJ, Editora Tempo Brasileiro, 1984.
- _____, *História da Loucura na Idade Clássica*. 3ª ed., São Paulo, Ed. Perspectiva, 1993.
- FREUD, S. - Artigos sobre metapsicologia. In: *Obras Completas*. 1ª ed., Rio de Janeiro, Imago, 1977b, v. XIV, p. 121-245.
- _____, - A dinâmica da transferência. In: *Obras Completas*. 1.a ed., Rio de Janeiro, Imago, 1977b, v. XIV, p. 129-245.
- _____, - Inibições, sintomas e ansiedade. In: *Obras Completas*. 1.a ed., Rio de Janeiro, Imago, 1977c, v. XX, p. 93-201.
- FROTA-PESSOA, Oswaldo - Genética da Esquizofrenia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 38(4): 184-193. 1989.

- GEISER, M. – *Schizophrenia from the viewpoint of family members*, Schweiz Med. Wochenschr. 124: 529-38, April 1994
- GREENHALGH, T. & TAYLOR, R. – How to read a paper: Papers that go beyond numbers (qualitative research) *British Medical Journal* n.7110 v. 315 20 Sept., seção “*Education and Debate*”, 1997.
- GUIMARÃES, L. A. M. - A Questão da Psicoterapia como Coadjuvante no Tratamento da Esquizofrenia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 38 (4), 1989.
- HERANI, Maria L. G., *Normas para a apresentação de Dissertações e Teses*. São Paulo, BIREME (Centro Latino Americano e do Caribe em Informação de Ciências da Saúde), 1990.
- JASPERS, K. - *Psicopatologia Geral*. 2ª ed., Rio de Janeiro, Atheneu, 1979, 2v.
- JEAMMET, P.; REYNAUD, M. & CONSOLI, S. - *Manual de Psicologia Médica*. São Paulo, SP, Masson – Atheneu, 199-.
- JODELET, Denise – *Madness and Social Representations: living with the mad in one French community*, Berkeley and Los Angeles, University of California Press, 1991.
- JORNAL DO C.R.P. - *Grupos de Auto-Ajuda: Qual o segredo desta fórmula e por que tem surgido como a mais “interessante” forma de as pessoas superarem os mais diversos problemas?*. Seção Comportamento. Conselho Regional de Psicologia, 6.a Região. São Paulo, SP. Março/Abril de 1.998.
- KAPLAN, Harold & SADOCK, Benjamin - *Compêndio de Psiquiatria: Ciências Comportamentais - Psiquiatria Clínica*. 6ª ed., Porto Alegre, RS, Ed. Artes Médicas, 1993.
- KARANCI, A. N., *Caregivers of Turkish schizophrenic patients: causal attributions, burdens and attitudes to help from the health professionals*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30: 261-8, Nov. 1995

- KÜBLER-ROSS, E. – *Sobre a Morte e o Morrer*. 3.a ed. bras., São Paulo, SP. Livraria Martins Fontes Editora Ltda., 1989.
- KUSNETZOFF, Juan C., - *Introdução à Psicopatologia Psicanalítica*. 5.a ed., Rio de Janeiro, RJ, Editora Nova Fronteira, 1982. (Coleção Logos)
- LAGOMARSINO, Alejandro J. – *Psicoeducacion para Familias de Esquizofrenicos*, *Acta Psiquiátrica y Psicológica de America Latina*, 36(1-2), 73-80, 1990.
- LALANDE, A. - *Vocabulário Técnico e Crítico de Filosofia*. São Paulo, Martins Fontes, 1993.
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.-B. - *Vocabulário da Psicanálise*, 10ª ed., São Paulo, SP. Livraria Martins Fontes Editora Ltda, 1988.
- LEFF, Julian – Stress Reduction in the social environment of schizophrenic patients, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90 (suppl 384): 133-139, 1994.
- LOUZÃ NETO, M. R. - *Convivendo com a Esquizofrenia: um guia para pacientes e familiares*. São Paulo, Lemos Editorial, 1995.
- MANITOBA SCHIZOPHRENIC SOCIETY (MSS) - *About MSS*, www.mss.mb.ca/aboutmss.html, Manitoba Schizophrenic Society, Inc., 1998.
- MANITOBA SCHIZOPHRENIC SOCIETY (MSS), *Resources & Services*, www.mss.mb.ca/services.html, Manitoba Schizophrenic Society, Inc., 1998.
- MARI, Jair J. - A Epidemiologia da Esquizofrenia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 38 (4): 180-183, 1989.
- MARTINS, J. & BICUDO, M. A. V. - *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos*. 2ª ed., São Paulo, SP, Ed. Moraes, 1994.
- MAYS, Nicholas & POPE, Catherine - Qualitative Research: Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research, *British Medical Journal*, 311 (6996): 42-45, 1995.

- MAYS, Nicholas & POPE, Catherine, *Qualitative Research: Rigour and qualitative research*. *British Medical Journal*, 311 (6997): 109-112, 1995.
- MECHANIC. David – *Sociological Dimensions of Illness Behavior*, *Social Science and Medicine: An International Journal*, vol. 41, n.9, pp 1207-16, Nov. 1995
- MIERMONT. Jacques, - *Les thérapies familiales dans la prise en charge des patients schizophrènes*, *Annales Medico-Psychologiques*, 153, n.8, pp. 555-561, 1995.
- MILLER, F. E., - Grief therapy for relatives of persons with serious mental illness. *Psychiatric Service*, 47:633-7, Jun. 1996
- MINAYO, M. C. S. - *O desafio do conhecimento : pesquisa qualitativa em saúde*. 3a ed., São Paulo - Rio de Janeiro, HUCITEC - ABRASCO, 1994 (Coleção Saúde em Debate. 46).
- MONDIN, Battista, - *O Homem, quem é ele? - Elementos de Antropologia Filosófica*. 3.a ed., São Paulo, SP, Edições Paulinas, 1980 (Coleção Filosofia).
- _____, *Curso de Filosofia: os filósofos do ocidente – Volume 3*. 2.a ed., São Paulo, Paulinas, 1985.
- MORSE, Janice M. & FIELD, Peggy A. – *Qualitative Research Methods for Health Professionals*, 2.nd ed., Thousand Oaks. SAGE, 1995.
- ONTARIO FRIENDS OF SCHIZOPHRENICS, *Advocate: Quarterly Newsletter of the Ontario Friends of Schizophrenics*, 1996, <http://www.web.net/~sso/AVCP1.htm>.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (Coord.), *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Cid-10: Descrições Clínicas E Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre, RS. Artes Médicas, 1993.
- PERESTRELLO, Danilo. - *A Medicina da Pessoa*. 4.a ed., São Paulo, SP, Livraria Atheneu, 1.996.

- PRADO E SILVA, A. (org.) - Novo Dicionário Brasileiro Melhoramentos Ilustrado, vol. IV, 6.a ed., revista. São Paulo, SP. Melhoramentos, 1970.
- RANZ, J. M., HOREN, B. T., McFARLANE, W. R. et. al. - *Creating a supportive environment using staff psychoeducation in a supervised residence*. Hospital Community Psychiatry, 42:1154-9, Nov. 1991.
- RESENDE, H. - Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: LOUCURA E CIDADANIA - POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL. COSTA, Nilson & TUNDIS, Silvério (org.), 2ª ed., Petrópolis, R.J., Vozes – ABRASCO, 1992.
- REUCHLIN, M., - *Os métodos em psicologia*. 1ª ed., Lisboa, Moraes, 1979.
- RICHTER, Horst E., - *A Família como Paciente*. 2.a ed. bras., São Paulo, SP, Livraria Martins Fontes, 1990.
- ROSA, J. M. Satã de Carne e Osso. *Diário do Povo*, Campinas, 5 de Maio de 1.998
- RUBIN, H. J. & RUBIN, I. S., - *Qualitative interviewing: the art of hearing data*. England, London. SAGE, 1995.
- SHERRMANN, T. E., SEIZER, H. U., RUTOW R. et. al. – A Psycho-educational family group for reducing stress and preventing recurrence for families of schizophrenic patients: Catamnestic results of the Tübingen family project, *Psychiatric Praxis*, 19: 66-71, May 1992.
- SHIRAKAWA, I. - Esquizofrenia - Histórico e Conceito. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 38 (4); 154-156, 1989.
- SOLOMON, P. & DRAINE, J., - *Subjective burden among family members of mentally ill adults: relation to stress, coping and adaptation*. American Journal of Orthopsychiatry, 65:419-27, 1995
- SOLOMON. P., DRAINE, J. & MANNION, E. - Brief Reports, *Journal Of Nervous And Mental Disease*, 184:252-5, Apr. 1996.

- SPOERRI, T. H. - *Compêndio de Psiquiatria*. 8ª ed. revista e ampliada, Rio de Janeiro, RJ. Atheneu, 1979.
- THE AMERICAN HERITAGE DICTIONARY, 3rd edition, CD-ROM, Cambridge, MA, Houghton Mifflin Company, 1992.
- TRUJILLO FERRARI, A. - *Metodologia da Pesquisa Científica*. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1982.
- TURATO, Egberto R. - *Infarto do Miocárdio: história de vida e opiniões de paciente*. Dissertação de Doutorado em Saúde Mental. Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, SP. 1988
- VAN HAMMOND T & DEANS, C., - A phenomenological study of families and psychoeducational support groups. *Journal of Psychosocial Nursing in Mental Health Services*, 33:7-12, October 1995
- WATZLAWICK, J. B. - *Pragmática da Comunicação Humana*, São Paulo SP, Cultrix, 1973.
- WEBSTER, N. - *New Twentieth Century Unabridged Dictionary*. 2nd ed., New York, Prentice Hall, 1983.
- _____ - *New Webster's Dictionary and Roget's Thesaurus*. Ashland, OH, U.S., Ottenheimer Publishers, Inc., Landoll Inc., 1997.
- WHEELER, C., The diagnosis of schizophrenia and its impact on the primary caregiver. *Nursing Praxis New Zealand*, 9:15-23, Nov. 1994
- WHYTE, W. F., - Interviewing in field research. In: BURGESS R.G., ed. *Field research: a sourcebook and field manual*. London: George Allen and Unwin, 11-22, 1982.
- WORLD SERVICE OFFICE, INC - homepage oficial do *Narcotics Anonymous*, <http://www.wsoinc.com/berlbull.htm>, 1998

ZUARDI, A. W. - Terapêutica farmacológica da esquizofrenia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 38 (4), 1989.

1. *Elaboración de un plan de trabajo para el curso.*

2. *Elaboración de un plan de trabajo para el curso.*

9. ANEXOS

I - Dados bio-demográficos do Entrevistado

1. Nome completo
2. Endereço
3. Sexo
4. Idade
5. Naturalidade e procedência
6. Grau de escolaridade
7. Estado civil e situação conjugal / há quanto tempo
8. Grau de parentesco ou de relação com o paciente
9. Profissão e outras ocupações
10. Religião (denominação) / religiosidade (práticas)
11. Problemas psicológicos / psiquiátricos de si próprio
12. Outros casos psiquiátricos na família e de seu conhecimento no meio social
13. Composição familiar (pessoas que moram em casa)

II - Questões sobre as opiniões e reações frente à esquizofrenia:

Sobre o doente em questão

14. Você sabe qual o nome dado a esse problema de saúde? (*Diagnóstico*)
15. Algum médico, alguma vez, disse qual o nome do problema dele? (*Diagnóstico*)
16. No seu entender, o que teria levado fulano (o paciente) a ter este problema? O que mais você acha que está ligado ao aparecimento desta doença? Acredita que pode ser uma doença de família, herdada? Acredita que possa ter “pego” em algum lugar ou de alguma coisa? (*Fatores etiológicos e desencadeantes*)
17. Conhece outras pessoas que têm um problema semelhante ao dele? Quem?

Sobre os doentes (permite maior projeção)

18. Pensando em outras pessoas que têm também este problema, no seu entender, o que faz estas pessoas melhorarem deste problema? (*Fatores de melhora*)
19. E o que faz piorar este problema? (*Fatores de piora*)
20. No seu entender, qual seria o melhor tratamento para esta doença? Como você acha que os remédios agem no caso desta doença? Acredita que este problema possa ser tratado com psicoterapia? (*Tratamentos*)
21. No seu entender, esta doença tem cura? Como deve ficar a vida de fulano daqui para frente? (*Prognóstico*)
22. No seu entender, fulano pode levar uma vida normal, como trabalhar normalmente, casar-se...? (*Pragmatismo*)
23. Para você, quando que fica difícil lidar com fulano na família? (*Continência familiar*)

24. No seu entender, esta doença tem cura? Como deve ficar a vida de fulano daqui para a frente? (*Prognóstico*)

III - Dados clínicos do respectivo paciente (do prontuário e informações da equipe)

25. Diagnóstico nosológico (CID-10):
26. Tempo de história e de modo de início e de evolução (insidioso, surtos, remissões)
27. Medicamentos utilizados anteriormente e em uso: quais, dosagens, eficácias.
28. Internações: quantidade, em que instituições, durações
29. Psicoterapia e outras abordagens recebidas: quais, quando, eficácia
30. Comprometimento do desempenho: papel familiar, sexual, escolar, profissional, social.

Eu, _____, RG nº _____, declaro consentir em participar da pesquisa científica intitulada "*Reações Psicossociais e Mecanismos de Defesa de Familiares de Pacientes Esquizofrênicos Frente a Doença*", de autoria do psicólogo *Miguel Antônio de Mello Silva*, aluno do Curso de *Pós-graduação em Saúde Mental*, sob a orientação do Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato, da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Tenho ciência de que minha participação consistirá numa entrevista que concederei ao referido aluno, com o objetivo de conhecer aspectos relacionados com o problema de saúde de (nome do doente) _____. As respostas serão gravadas em fita cassete, também com a concordância do entrevistado, para posterior transcrição em microcomputador. As gravações em fita serão devidamente apagadas em tempo oportuno.

A identidade da pessoa entrevistada será de conhecimento apenas do autor da pesquisa e do professor orientador. Os dados que puderem identificar os participantes serão omitidos quando da apresentação do trabalho em eventos científicos, publicações em periódicos ou em qualquer outro âmbito.

Os resultados da pesquisa estarão posteriormente à disposição do entrevistado, caso seja de seu interesse.

ENTREVISTADO(A):

Nome: _____

Assinatura: _____

ENTREVISTADOR:

Nome: _____

Assinatura: _____

Campinas, _____ de _____ de 1996.

I - Dados bio-demográficos do entrevistado

Iniciais do nome	ASC
Sexo	Feminino
Idade	37 anos
Procedência	Matão, SP
Naturalidade	distrito de Bilac, município de Birigüi, SP
Grau de escolaridade	3.o ano primário
Estado Civil / Situação conjugal	casada
Grau de parentesco/relação com paciente	mãe
Profissão / ocupação	costureira
Religião / práticas religiosas	era católica romana mas tornou-se evangélica há 1 ano
Antecedentes psicológicos / psiquiátricos pessoais	não
Outros casos psiquiátricos na família? Quem?	alcoolismo em uma cunhada
Composição familiar / quem mora na casa.	entrevistada, marido, filho de 20 anos, filha de 17 anos e paciente

E: Você sabe qual é o nome dado a esse problema do M?

Não. O que eles me deram é... que é esclezofenia...

E: E... quem deu pra você? Foi algum médico?

Foi um médico. A gente levou ele num hospital, que é desse mesmo lá em Ribeirão, né, e o médico que atendeu a gente disse assim: O problema que seu filho tem, ele não tem regressão, ele não vai voltar mais, ele veio pra ficar, né? E explicou tudo, tudo que ele fazia e tudo que manifestava nele era essa doença que se chama esquizofrenia.

E: Ele começou essa doença com que idade?

Bom, quando eu percebi ele diferente ele tinha treze anos de idade. Ele começou a se fechar sozinho, entendeu? Não saia mais de casa. Antes, ele gostava de brincar com as outras crianças, com os amigos, na escola, chegava e já ia brincar. Depois não. Passou a entrar em casa, só se fechava em casa, via televisão e não saia. Às vezes eu saía e levava ele, e ele gostava. Ele não gostava era de ficar no meio de gente, se sentia mal, num número grande de pessoas ele se sentia mal. Não gostava muito de conversar mais, num queria conversar, assim... brincadeira, porque a minha família às vezes gosta de brincar, tirar sarro, esse tipo de coisa, ele não aceitava, você percebia que ele não gostava, ele não achava graça naquilo. Então ele gostava mesmo era de ficar sempre sozinho.

E: Ele foi, ele foi se fechando, né?

Foi se fechando. Isso ele tava já era com treze pra catorze anos. Ele tava na quinta série, na escola. Ele repetiu acho que dois anos, na escola, e ele tava na quinta.

E: E daí foi a hora que você percebeu e levou ele ao médico?

É, eu percebi isso aí, mas antes até sete anos, quando eu entrei com ele na escola, já começaram, as professoras, a dizer que ele era muito diferente dos outros alunos, tinha muita dificuldade de aprender, então, sempre eu fiz eletro e sempre nunca deu nada, e o que a médica falava era que ele talvez taria com sete anos mas com a mentalidade mais baixa. Então, talvez ele não acompanharia as outras crianças. Aí, teve uma certa vez que ela passou um medicamento, ele tomou vários meses, dois ou três meses, um remédio que ela disse que era pro cérebro. Parece que isso ajudou ele a se fechar mais. Ele passou a ficar mais dentro de casa do que sair. Só que ele conseguir aprender, passou de ano, estudou até a sétima série. Aí nesse intermeio eu levei ele num psiquiatra, aí passaram a dar neosine pra ele. Era bom, né, pra um certo tipo de medo era bom. Aí ele tomou neosine, bastante tempo, acho que uns dois anos e meio, eu dei remédio pra ele. E aí, ele dormia bastante, mas sempre dentro de casa, né? Ele se sentia bem. (ininteligível) tava querendo se matar. Então, ele... o que achava ele tomava. Ele tomou muito neosine e desmaiou. Aí, um médico um dia trocou, trocou o medicamento, mandou eu dar uma dose pra ele. Aí, ele tava bem, exagerou na dose. O remédio dele tava guardado no vizinho, porque se pnhasse

em casa, ele ia achar, não tinha mais onde esconder! Achava, e tomava um monte! Aí uma dose deu uma certa crise nele, torceu a boca e ficou por vários minutos assim. Eu tinha ido pra escola e buscar ele na escola e ele duro lá. Aí eu parei com esse, e continuei só com o neosine. Aí num dava certo porque ele só ficava em casa, só deitado, só deitado, só deitado! Como é que num tem ânimo pra fazer nada? E nada que você faça e fale fazia animar? Aí procurei um médico no movimento (ininteligível) lá de Araraquara. Dr. U. . Aí ele atendeu e disse assim pra mim: O que ele tem a tendência é sempre piorar. Você nunca deixa ele sem medicamento. Mas aí ele passou um medicamento pra ele que ele gostou, né, passou um medicamento fraquinho, que ele se deu bem, só que eu não lembro mais, né? Faz bastante tempo. Aí eu voltei nele, dali um mês, daí ele mudou de novo pro mileril (Ininteligível). Mas aí chegou em casa, ele não gostou da reação do mileril. Eu não sei o que acontecia nele, porque ele nunca fala! Nunca falou o que ele tem! Nunca expressou nada! Eu já tentei, tentei, pra ver se arrancava alguma coisa do que ele sentia, de dentro né? Porque ele era muito fechado. Mas nunca consegui. Aí ele não gostou do mileril, também não disse o que fazia, só disse que dava muito sono, e não quis tomar mais. Aí eu parei com tudo e disse: Nem neosine, nem mileril. Aí mandaram ele fazer com a psicóloga, e a psicóloga, ele passou pra um terapeuta. Ele fez dois anos, isso ele já tava com quinze, dezesseis anos. Só que nesse meio tempo, ele andou pegando mania. Ele pegou mania de ficar toda hora debaixo da torneira lavando as mãos, lavando as mãos toda hora. Depois ele pegou mania de passar sabão, nas mãos, sabe? Passar assim. Ele passava sabão na mão assim e dizia que era pra não pegar verme. Acho que ele lia no livro, que ele tava estudando, de certo falava alguma coisa sobre isso, e ele ponhava na cabeça e fazia. Esquentava água, né, e punha os pés dentro. Porque ele explica sobre isso no livro, e ele fazia assim, ele fazia isso. Às vezes fazia isso, fervia água e punha os pés dentro. Aí com muito custo ele perdeu essa mania, mas aí ele pegou a mania de ficar sem comer. Ele achou uma bíblia e começou a ler, ler, ler, e não parava mais de ler a bíblia. Aí disse que não podia mais comer, aí ficou sem comer vários tempo, ficou uns dois mês. Ele não tava agüentando mais de tanta magreza! Aí até que teve de internar porque ele tava desnutrido. Mas aí a gente foi falando, foi pelejando... aí ele saiu, voltou a comer, logo ele ficou bom, aí ele parou com todas essas mania. Aí, ele tava agora pra fazer dezessete anos, né, ele tava com dezesseis anos, ele tava fazendo terapia. Aí parou a terapia também. Parou, não quis ir

mais, não tomou mais remédio.... Até que ele não tava assim hum.... ele só ficava em casa, cê entendeu? Quer dizer, ele ia a escola, ele voltava, conversava com as amigas que ia sempre em casa, assistia televisão, (ininteligível) só que assim, né? Cê tava lá na casa assistindo, (ininteligível) ele não respondia nada, não falava nada, tal. Sempre quieto. Aí, se perdia talvez ele gostasse ou não gostasse, também não falava nada, né? Ele deveria de falar, né? Perdeu, não gostei, coisa e tal... mas não. Se ganhava ele ficava quieto, se perdia ficava quieto. Então nada era motivo pra ele...

E: E no seu entender, você, o que acha que levou ele a ter esse problema? Como é que você entende?

Bom, o que eu entendo, eu acho que ele já nasceu. Ou teve algum problema de nascer. Porque quando ele era pequeno, uns dois anos, ele andou normal, normal. Mas não pra aprender a falar, ele foi falar só com uns cinco anos. Ainda aprendeu a falar porque a minha menina, que nasceu depois, que aprendeu a falar e ensinou ele a falar. Então ela falava bastante, e tudo que ela falava ele repetia. Então foi aprendendo a falar, porque antes disso eu já tinha levado ele a um médico pra ver se ele tinha problema de convívio, de atraso de ele falar, e ele não disse que não, que o problema era de ele não ter uma escolinha e que lá ele ia aprender a falar. Não tinha condições de pôr ele numa escolinha e ele ficou e então, ele aprendeu a falar com a irmã e aí ele foi pra frente. Mas aí ele era um menino assim, como se diz, hum.. é tem impressão que é sentimental, né? Chora, tem falta de choro, porque o outro mais velho, se você batia nele, ele ficava sentido e chorava, e ele não. Teve dia que batia nele, ele ficava tão nervoso e ele parece que não chorava de jeito nenhum. Parece que não existia lágrima no olho dele, ele não chorava. Então eu falava: Cê é tão ruim que não aprende a chorar, né? E acho que talvez isso...

E: Ah, tá. Algo então que ele nasceu com isso...

Eu acho que sim, né.

E: Com o problema. O que você, assim, conhece, já ouviu falar, nessas andanças todas com ele pelos médicos, que você pôde presenciar, você acha que é uma doença que acontece tanto com homem ou com mulher também?

A esquizofrenia?

E: Isso, a esquizofrenia.

Eu acho que tá acontecendo mais com o homem, pelo que eu ando em hospitais, né? Então é mais o que a gente vê. Por um por bebida, né? A maior parte que eu vi foi bebida, e não assim como foi o do M., mais îoi bebida.

E: Certo. E você acha que tem alguma idade pra essa doença começar ou é em qualquer idade que pode acontecer?

É em qualquer idade, né? Qualquer idade. Eu acho que a esquizofrenia também ela vem de algum... é... de algum momento forte, né, que a pessoa tem, de alguma desilusão, né, alguma coisa forte, alguma morte, né? Então eu acho que com isso também.

E: Você acha que esse foi por aí caso do M., teve algum momento disso na vida dele? Ou foi já então um caso diferente?

Não, teve uma coisa assim diferente, que quando o avô dele faleceu, faz tempo, ele já tava com esse problema. Ele falava sozinho, só que ali ele chorou, quando a gente levou ele lá na casa, mostrou que o avô dele faleceu, né? E ele sentiu alguma coisa e ele chorou, saiu chorando. Também foi só isso. Agora, antes disso eu num...

E: Não, não percebeu nada na linha de alguma coisa forte...

Não, ele tinha muita assim, amizade, ele tinha muita, era muito grudado com o irmão. Cresceu junto, né? Eles brincavam junto. Daí, quando foi a época dos treze anos quando eu já notei ele diferente, então eu separei os dois. Eu pus o mais velho pra trabalhar, e pus pra estudar à noite, e o M. era de manhã. E deixei ele de manhã, eu não sei se isso deixou ele magoado. Aí então foi que eu percebi mais o problema dele, porque antes disso eu não tinha percebido, porque ele brincava. Ele já chegava em casa, já saia correndo, ia

jogar basquete. Ele gostava de jogar, não vôlei, ele nunca gostou, mas futebol, ele ia jogar muito com os amigos, mas depois ele não quis ir mais. Quando separou os dois, o mais velho foi trabalhar, e ele ficou só estudando de manhã e à noite ele ficava em casa. Aí o mais velho passou a sair à noite, passou a sair à noite, freqüentar baile, dançar em clube, e ele não. Não sei se aí ele se sentiu rejeitado por não ter levado ele, eu não sei alguma coisa aconteceu aí.

E: É, deixa eu só entender uma coisa. No seu entender, você acha que o M., ele sente as coisa só que ele não põe pra fora?

Não, ele não, não, não.

E: Então, pegando essa situação de que o mais velho já tava fazendo as coisas mais fora de casa, você acha que pode até ser uma coisa que tenha sido forte pro M., mas que não dá pra saber porque o M. não põe pra fora. É isso?

Não, ele não expressou, ele nunca expressou, ele nunca pôs pra fora.

E: Ah, tá. No seu entender, A, o que você acha que faz melhorar o estado de saúde do M.? Quais são as coisas que ajudam ele a melhorar? Desse problema que ele tem.

Bom, aí... teve uma vez... que ele, eu tomo, eu tomo calmante também, (ininteligível) que ele tem insônia,

E: E você toma o que?

Eu tomava, tomo somalium.

E: Somalium.

Somalium. E eu tomando somalium, eu percebi que o somalium é um remédio que também ajuda na depressão, né, eu não sei se os médicos entendem isso, mas pra mim ele ajuda. Ajuda contra depressão. Você se sente bem, se sente disposta, cê entendeu? Sente vontade de trabalhar, fazer as coisas, né? E o M. precisa de um medicamento assim. Ele tem que tomar um medicamento que ele se sinta bem, que ele tenha vontade de fazer as

coisas. Tenha vontade de fazer, porque no estado que ele está, ele não tem vontade de fazer nada. Às vezes ele fala pra mim que é fraqueza que ele tem, eu falo: Você não tem fraqueza. Do corpo não, você pode ter fraqueza mental, mas do corpo não. Então, de vez em quando ele pedia vitaminas pra mim, porque ele não tem vontade de fazer nada! (Ri) Ele achava que ele precisava de vitaminas! Cê tá entendendo? Então eu acho que o M. precisava seria mais assim, um tratamento assim, né?

E: No seu entender, então, o que poderia ajudar o M. nesse problema seria se tivesse algum remédio que tirasse essa fraqueza?

Esse desânimo dele.

E: Mas que ele não tá tomando. Não tem nenhum assim?

Não, não tem. E o somalium... não no estado que ele tá agora, porque eu acho que não faz efeito nenhum, porque agora ele (ininteligível), mas fez uma vez duas vezes. Ele me tomou a caixinha que eu tinha, toda, de somalium! Teve uma vez que ele, acho tomou duas caixinhas! Completas! Aí eu falei pro médico, ele disse que eu nem precisava trazer, disse: Cê vai ficar bom, e ficou. (ininteligível) nas paredes a noite inteira, de tanto sono, que ele dava com tontura, mas ele se sentiu bem depois! E isso aí ajudou ele a passar bastante bem, sabe? Bastante tempo ele dormia, se sentiu um pouco mais alegre também, ele ficou bem pra caramba. Aí passou um bom tempo, aí que começou a vir mais forte, né? (ininteligível) porque eu não continuei a dar, porque não tinha mais dinheiro. Aí, quando chegou agora, no início do ano, quando ele começou a falar sozinho ele veio ao psiquiatra. Antes, eu tinha neosine em casa dei, ham, dei umas gotinhas pra ele. Eu dei no danone, porque ele tava tão revoltado, que ele não tomava mais remédio. Não aceitava nada, se você insistisse ele ia ficando irritado. Então, eu tive que parar, tive que enganar e dar alguma coisa. Então pingava de 15 a 20 gotinhas de neosine dentro do danone e dava pra ele. E depois ele dormiu, e aí parava um pouco de falar sózinho. Aí eu falei, ah, então o caso dele é esse. E fui [Marteladas encobrem o som da gravação] com medo, mas cheguei lá, ele achou melhor dar o Aldol, mas o Aldol pra ele, ele não suporta. Não suporta, porque daí que a crise foi aumentando. Aí ele falou pra eu dar aldol e mandou eu dar roupinol. Ele se sentiu mal com o aldol, e jogava fora. (ininteligível). E continuou no roupinol que tomava pra

dormir. Só bebia isso. Aí, nesse meio tempo ele pegou e tomou todos os remédios que eu tinha em casa, inclusive esse que tinha tomado. E junto com outros medicamentos, como voltarem, mas aí era pouca dose, não precisou de lavagem, pode deixar. Ele ficou zozinho mais alguns dias, né? Uns dois dias, mas se sentiu bem. Inclusive, precisa de ver, ele mudou o comportamento! Ele riu bastante, ele raspou a cabeça naquele dia porque antes ele tava tão mau, que ele picou o cabelo assim, né? Aí a gente levou no barbeiro pra cortar, e o barbeiro disse assim: Ah, não! Precisa raspar, pra nascer um outro cabelo. Aí, ele ficava: (ininteligível), a minha irmã, Levanta! Vem ver, aí, eu raspei a minha cabeça. Ah, Tô bonito? Tô bonito? Assim, né? Só que os nervos ainda continuavam meio agitado, porque a perna dele pulava muito. Cê entendeu? Mas aí eu falei: O que dar? Pra ajudar, né? Aí eu falei: Vou voltar a dar o mesmo remédio que mandou. O aldol e o rupinol. Mas aí eu comecei a dar o aldol, ele começou a não deixar de novo, sabe? Não deixar, não deixar, até ele ficou (ininteligível). Porque aí ele mandou dar um aldol de manhã e um acneton, porque o acneton tinha (ininteligível), e um à tarde e mais um acneton. Ele ficou um mês tomando assim. Depois, ele ficou assim, a cada dois dias, ele não dormia, passava a noite inteira andando. Abria a porta, entrava no quarto, saía, entrava no banheiro, tinha muita mania de entrar no banheiro e ficar no banheiro fechado. Aí eu falei, ele falou: Aumenta a dose, e tira o acneton. Bom, aí foi, eu dava de manhã, parece, e à noite eu não dava e dava mais um aldol durante o dia, que ele não tava tomando, e ele agitando cada dia mais, e aí eu vi ele agitando cada dia mais. Aí teve dias que ele não ia pra cama, ele ia direto pro banheiro e se fechava no banheiro. Só que não tava falando sózinho, nada. Mas ele ia direto pro banheiro, deitava lá dentro, e eu ficava esperando ele sentada até as três horas da manhã. Quando eu ia ver, ele tava dormindo, deitado no chão do banheiro, aí eu ia passando ele pra cama e ele ia dormir na cama até dez da manhã, [Marteladas encobrem a voz] tomando o aldol e aumentando a dose e aí, ele passou por (ininteligível)

E: Ah, tá. Foi a hora que ele veio pra cá.

É, aí ele tomou... eu dei uns três aldol pra ele aquela noite, porque num adiantava, ele ficava muito inquieto, e quando foi cinco da manhã que ele deitou um pouquinho, que a gente viu que ele deitou um pouquinho, mas ele tava agressivo, ele me bateu. Eu tentei fazer carinho, falar pra ele calma, mas ele se irritou e me bateu, aí eu percebi que o caso

taria agravando cada vez mais e daí desse dia, continuou as agressões. Continuou com a agressão. Todo dia que ele ficava assim tinha que ir pro hospital, amarrar, tomar bastante injeção, que eles davam, né? e fazer exames, (ininteligível) e ele ficou um mês em casa, até que conseguiu uma vaga no hospital. Mas aí conseguiu em Araraquara, no T., no T. eu não consegui, porque lá eu não sei o que acontece lá que não tem um tratamento. Ele ficou trinta dias no T. e ficou trinta dias dopado, que dá tanto remédio. E aí ele passou a ver bicho perto dele, cobra perto dele, saia correndo, trepava nos muros, tudo porque ele via algum bicho pegando ele. Aí o hospital tirou de lá, e disse que a gente tinha de levar. Levei pra casa e fiquei mais um mês com ele em casa, do mesmo jeito. Dia sim, dia não, dava crise, e eu corria pro hospital, amarrava, dava bastante remédio, as crises passavam, ele ficava dopado dois dias, dormia dois dias, aí ele voltava a dormir. Fiquei trinta dias com ele. Até conseguir uma vaga em quarto, ele ficou aqui mesmo. Do mesmo jeito, com o mesmo medicamento e a crise do mesmo jeito, a cada três dias ela volta, a cada três dias ela volta.

E: Um mês direto, ele ficou lá?

Direto. Ele foi, ele ficou (ininteligível)

E: E o (Ininteligível) enviou ele pra cá?

Ele veio pra cá.

E: Você comentou que quando percebeu que o que faz ele ajudar a melhorar são os medicamentos. E o que faz piorar?

Então, aí o que faz piorar eu não sei. Eu só sei que durante, como começou foi assim, né? Ele não era agressivo, ele só falava sozinho, ele via gente perseguindo ele, ele começava a se trancar dentro do quarto, ou dentro do banheiro, ou dentro de qualquer um quarto. Tinha que lutar pra se defender de alguém que ia pegar ele, aí ele gritava o nome do pai dele, tá matando, mas ele não era agressivo. E aí, então, depois com esse tratamento que foi com o aldol e o rupinol, então a crise veio agressiva.

E: Ah, tá. No seu entender, A, qual seria o melhor tratamento pra essa doença?

Olha, o melhor tratamento pra essa doença, eu acho, eu tenho uma opinião que ele tem uma depressão muito forte, né? Ninguém sabe porquê. Talvez seja trauma de parto, ou talvez alguma coisa que aconteceu que traumatizou ele ou eu não sei o que provocou ele a ficar assim.

E: Em casa tem alguém com depressão? Você, por exemplo?

Eu?

E: Você se sente deprimida?

Tenho. Eu me sinto deprimida. Eu me sinto mal, né?

E: Tem mais alguém?

Tem minha mãe. Minha mãe já começou um pouco por causa da idade, né? Mas agora ela tá bem depressiva, tá dependendo mesmo de remédio, ela andou sentindo assim, sabe? Parece que alguém enforcando ela assim. Mas isso aí não tem nada, controlou com remédio, mas ela é depressiva. Só que ela é diferente, ela tem medo de morrer e o M. quer morrer, né? Aí tem uma diferença, né? Ela tem medo de morrer, então ela não fica sozinha, ela quer ter sempre gente junto com ela. E o M. é diferente. Já quer morrer, quer se matar, e não quer ninguém perto dele. Sozinho, isolado. Então, eu falo, tem diversos tipos, né? (Risos) É, eu acho relacionado ao mesmo, ao mesmo fato. Mas um quer ficar sozinho, o outro já não quer gosta de sozinho. Só quer ficar no meio de gente, porque tem medo de morrer, e o M. já não tem. Eu acho que ele prefere porque ele já tentou diversas vezes. Mas, antes de tudo, o que eu queria explicar pra você que eu não expliquei aqui no hospital. Ele levou uma pancada mas muito forte na vista, esquerda. Isso, é... ele dormiu, durante umas cinco horas, eu não tava em casa. Aí a vista dele dilatou, né, a pancada foi bastante forte, aí eu levei no hospital, aí os médicos disseram assim: Ó, ele vai perder até a vista, né, porque a pancada foi forte. Aí no outro dia eu procurei um médico de vista, um oftó, oftalmolo... é. Procurei, aí foi feito um tratamento, mas ele me explicou que a pancada atingiu assim, por dentro a córnea da vista dele, né? Então ele disse assim: Com uns dezessete, de uns dezoito pra vinte anos, você vai ter que procurar um médico, vai ter que fazer uma cirurgia mesmo.

E nesse local vai criar uma catarata, ele falou assim, dentro da córnea da vista dele. Então sobre o problema dele ter a depressão, eu acho que as crise não tem nada a ver, daí na minha opinião, eu queria assim, se fosse possível, dele fazer um exame que mostre. Porque eu tenho impressão que ele criou assim, além de uma catarata, um tumor, alguma coisa.

E: Ah, tá. E você acha que esse problema de visão pode estar relacionado com a

....

Relacionado com a crise, com as crise dele, né? Porque as crise dele, cê pode ver que elas não vêm da depressão dele. Porque senão elas tariam manifestado todo dia, andando pra lá e pra cá. As crises dele não, é diferente dos outros que eu vejo.

E: Quantos anos ele tinha quando aconteceu essa pancada?

Então essa pancada, ele tinha uns dez anos, de nove pra dez anos. Então no primeiro dia eu conversei com o Dra. L., aí ela disse que ela ia sair de férias e que eu conversasse com ela na volta,

E: Na volta, você vai encontrar com ela provavelmente na volta..

Eu acho que sim, né, combinei de encontrar com ela hoje, né?

E: Tá bom. De qualquer maneira eu deixo um bilhete na pasta ali, e quando ela abrir ou a Dra. L., quem puder abrir a pasta vai ver o bilhete, que eu deixo por escrito.

Tá, tá.

E: Na sua experiência, quando é mais difícil lidar com o M.?

Quando? Bom, o M. quase não dá trabalho em casa, porque antes dele dar essas crises ele era um menino muito, além de quietinho, muito atencioso, ele levantava cedo, ele a primeira coisa que vinha falar era oi mamãe, e ele foi um menino muito quietinho, não tinha necessidade de dar bronca nele, em época nenhuma. Só com as crianças que ele brincava muito, era muito arteiro,

E: Nem depois da doença?

Não, não, aí a dificuldade começou quando ele começou a ter as crises, porque ficava incontrolável ele. Porque ele me agredia, parece que não via eu, ele começava a falar em outros bichos, sabe? Em outras coisas e me batia, então eu acho que na visão dele, ele não tava vendo...

E: Ele tava vendo através de você o bicho, sei lá o que...

É, alguma outra coisa ele via. Porque aí, ele agredia o pai dele, me agredia, a gente não podia chegar perto. Qualquer outra pessoa que chegasse perto ele... ele batia. Depois que passava da crise, não tinha problema. Ele levantava, ele escovava dente, ele ia assistir televisão. Tinha vezes que ele queria comer, ele não dava trabalho. Só mesmo quando ele começava com essas crises. As primeiras crises dele, ele disse que ele via assim um trem passando por cima dele. Até um dia eu levei pra tomar injeção do aldol, ele tava super agitado, ele gritava muito, não tava agressivo, mas gritava muito, muito desespero, uma ansiedade sem fim. A ansiedade que ele tava. Deitei ele na cama, esperando que o remédio viesse acalmar, (ininteligível) quando eu comecei a conversar com ele, ele levantou, me bateu, aí falou (ininteligível) O remédio não fez efeito! O aldol, fenersan, ampictil, esses remédios não fazem efeito na hora da crise! Não sei o que acontece, ali naquele momento não faz efeito. Isso é o estranho que eu acho deles. Porque a própria pessoa que tem os mesmos problemas, esquizofrenia, que tomam os mesmos medicamentos, eles dizem que acalma. No M. não, não porque eu convivi com o M. em casa, eu dava, super dose alta, que eu não sabia que não podia dar, tinha que dar pra ver se aquilo passava, e não passava! Então eu acho que o que tem dentro dele, esse remédio aí não vai chegar.

E: Voce acha que o M. pode levar uma vida normal? Casar?

Não.

E: Trabalhar?

Trabalhar sim. Trabalhar sim, mas eu acho assim, casar e ter filho eu acho que não, que ele não vai conseguir. Mas, trabalhar eu acho que sim, isso seria o ideal pra ele, né? Se ele conseguisse pra poder, não trabalhar, mas aprender a fazer alguma coisa que distraísse a

mente dele. Porque até a idade de quinze, ele gostava de estudar. Então de mantê-lo no estudo (ininteligível).

E: No seu entender, você acha que essa doença tem cura?

Bom, pela experiência que eu tô tendo com o M., eu acho que não tem não.

E: Como você acha que vai ficar o futuro dele?

Bom, aí ó, a gente já pensou várias vezes. Ele tem, ele tem agido, não tem aqui que tá sendo na clínica, né? (ininteligível), eu não sei. Mas, quando ele tava em casa, que a gente levava ele (ininteligível), várias pessoas (ininteligível), uma dessas era ele.

E: Entendo, ele bebia? Ficava agitado?

Não, (ininteligível) era porque ele via as coisas, que ele tinha essa mente, que ela só acelera a mente, que altera muito, né? E eu acho que uma dessas coisas também, (ininteligível), alguma coisa que se agrava nele e... vai complicar mais na cabeça, na vida dele. Eu acho assim, que não tem assim, um futuro muito longo... Eu já... aprendi, né, a conviver

E: Tá conformada.

É, conformada com o problema dele. Mas eu teria esperança, em saber... de tirar essas crise que ele tá tendo, né? É, por... porque ele tá tendo assim muito forte.

E: Aliviar, o sofrimento?

O sofrimento, né? Que ele fosse assim pra casa, ficar do jeito que ele sempre foi, quietinho, não se envolvendo com nada, (ininteligível), como nunca participou. Então eu gostaria que pelo menos controlar as crises dele, é muito forte, a não ser assim, né, como que tá acontecendo. Mas em casa, as crises que ele andou tendo (ininteligível), olha, é de dar dó, né? Porque ele falava do trem que ia passar por cima, que o trem ia vir, que não sei o que... e ele via realmente esse trem. (ininteligível), e a gente mora perto do campo do avião, mas não atenta o avião, é difícil, mas ele era muito teimoso! Pegava a bicicleta e ia andar lá, e ele começava a vir com algumas imaginação na cabeça dele, e aí um dia ele

chegou em casa, e já tava com medo, né? A gente percebe, ele chegou e já encostou perto do pai dele que tava mexendo com o carro, e ele disse: Que foi? Que você tem? E ele disse assim: Vai cair, vai explodir o avião... e já começou assim. Aí ele já começou a ver fio, já (ininteligível) esquisito, e ele passou até a madrugada.

E: Como é que tá o pai lá? O pai também pensa, tem o mesmo entendimento que você?

Isso. O pai tá angustiado! Ele fica magoado, começa a desacreditar em Deus, desacreditar em tudo por causa que ele é... vê o filho assim... nessa situação, com dezoito anos....

E: O pai tem, tem esperança de que na, na igreja evangélica ou que o M., que ele seria curado dessa doença?

Tem. Ele tem essa esperança, né?

E: Como é que vocês tão vendo isso hoje?

Hoje a gente vê que, se depender de fé, a nossa fé é pouca, né, pra ajudar no problema dele. (ininteligível) Se depender da minha fé, a minha fé é pouca pra ele melhorar. (ininteligível) .

Dados Clínicos do respectivo paciente (do prontuário e informações da equipe)

Diagnóstico nosológico (CID-10)	Esquizofrenia paranóide
Tempo de história e de modo de início e de evolução	Há 8 meses. Por surto. Abrupto.
Medicamentos utilizados anteriormente e em uso	Haldol 10mg/d Akineton 4mg/d
Internações	01. Há 15 dias atrás até presente data. Enfermaria de Psiquiatria do HC da Unicamp
Psicoterapia e outras abordagens recebidas	Não
Comprometimento do desempenho de papéis	Marcadamente doente (GAS)

I - Dados bio-demográficos do entrevistado

Iniciais do nome	AXS
Endereço	Rua 6 nº 45 Jd Eunice Matão Sumaré/SP
Sexo	Masculino
Idade	56
Cidade em que reside	Sumaré
Procedência	Caruaru-PE
Naturalidade	Caruaru-PE
Grau de escolaridade	5.a série
Estado Civil / Situação conjugal	Casado há 26 anos
Grau de parentesco/relação com paciente	pai
Profissão / ocupação	limpeza pública
Religião / práticas religiosas	Assembléia de Deus há 9 anos. Antes era católico
Antecedentes psicológicos / psiquiátricos pessoais	não
Outros casos psiquiátricos na família? Quem?	irmão
Composição familiar / quem mora na casa.	esposa filha separada + 3 filhos dela paciente que alterna residência com a casa de outro filho de AXS

E: Você sabe qual o nome dado a esse problema de saúde?

Nome do problema da saúde... não sei... o médico até falou para mim mas já esqueci, né?

E: Algum médico, alguma vez, disse qual o nome do problema dele?

Chegou. De um, uma doença sei que tem na cabeça dele mas eu esqueci.

E: No seu entender, o que teria levado ele a ter este problema?

Não pude entender, mas eu ... (pausa) talvez tenha sido ele que tenha tido algum problema com o estudo (pausa) às vezes com o casamento, não sei porque... porque ele já tinha acabado com um casamento já... alguma coisa perturbou ele, certo? juntou uma coisa com outra, eu acho que juntou uma coisa com outra.

E: A preocupação com o estudo...

A preocupação com o estudo, o casamento...

E: Ele foi casado, então?

Ele foi noivo, é que o noivado dele ele acabou, ele estava são, né? ... agora, ele jogou máquina de escrever fora, bicicleta, máquina fotográfica, jogou tudo fora, né? Ele não queria que ninguém reclamasse com nada e fazia as coisas erradas e só achava que ele estava certo... fez muitas coisas erradas. Fez muitas coisas erradas e aí eu notei, há quase um ano eu notei que ele começou a fazer coisa errada no tempo em que ele trabalhava na P.B. . A P.B. é uma firma de granja.

E: De granja

Mas ele..., eu também não sei se era porque foi química o que fez mal pra ele lá no setor. Sei que ele passou mal, sentiu mal, deu problema no ouvido dele e ele procurou se tratar e foi no caixa que falou que ele estava errado porque saiu sem comunicar. A empresa não se responsabiliza quando o empregado sai sem comunicar, né? Eles não querem pagar muitas vezes e , como ele fazia, não levava atestado. Quer dizer, estava no direito dele da firma. Então aconteceu que ele fez uns pares de vezes, ele teve uma operação que ele fez na, de... da hérnia, também, ele saiu e não comunicou, tomou uma atitude grosseira porque alguém que não sabe do incômodo que ele sofria, né, aí ele por causa disso ficou com raiva, ficou bem nervoso, já procurou o médico e foi se tratar e não deu satisfação, só foi quando ele estava bom. Perdeu uns pares de dias aí também, porque saiu sem comunicar não veio com atestado também. Um monte de coisas erradas , né? E quando ele saiu da P.B. ficou desinteressado para trabalhar... uns pares de tempo, foi quando ele comprou uma máquina dizendo que ele ia renovar o curso de datilografia que ele tinha... que ia fazer um novo curso e daí formar... e praticar, disse que ia praticar, né? Praticou bastante. Logo no começo ele fez um monte de anotações, só que depois eu achei que não precisava aquilo tudo. A máquina chegou a acontecer que, de escrever tanto, que a fita dele ficou ruim. Dava para ler só uma sombrinha de letra que só ele poderia entender alguma coisa... mas que se alguém olhava, a gente via que se um outro, uma outra pessoa olhasse aquela lição dele, ele achava que aquele um já não servia mais porque quando a letra não está ficando

visível o que que a gente tem que fazer? A gente tem que procurar melhorar né? Para que todo mundo enxergue e veja que você fez um serviço aperfeiçoado, né, pra que quando um serviço estiver aperfeiçoado qualquer um pode chegar e dizer “Não está bom” ... o defeito dele já era esse: porque escreveu, escreveu, escreveu aí a máquina já não estava escrevendo mais e ele continuou batendo de modo que lia era só meio... até no dia em que ele veio saiu para a casa do irmão dele porque meu filho reclamava que trabalhava o dia igual a noite... ele falava “usa a máquina de dia, você não está trabalhando, você aproveite o dia, faça suas lições e deixe a noite para descansar, chegar sossegado, para que a máquina não incomode, não incomoda a gente, né? “ Aí, por causa disso ele ficou nervoso e foi o caso porque ele mudou para a casa do irmão. Aí chegou lá e não teve condições também de fazer as lições de noite porque ele também estava parado... se ele quisesse fazer de dia também dava para ele fazer, mas a noite já não dava para fazer porque tinha criança pequena... tambe'm... meu filho... de um ano... e o que é que ele fez? Pegou a máquina assim, levou ela e levou e colocou lá no lixo. Assim qualquer um que adentrasse via e colocou lá para... alguém levar. Bicicleta ele deu não sei quantas voltas nela porque antes de, de, quando ele tinha a bicicleta primeiro e ele ia e vinha da casa do irmão, e a bicicleta tombou com ele e ele estava com um menino na garupa, lá no bagageiro, mas não machucou o menino nem machucou ele, mas ele de raiva jogou a bicicleta fora. A mãe dele viu, pegou a bicicleta, mandou pegar a bicicleta e levou para casa dele e ele achou ruim. Não queria que levasse a bicicleta na casa dele. Disse que não servia mais para ele e não servia mais para ninguém e que outras pessoas de fora podiam pegar lá mas para casa ele não queria que ninguém pegasse. Mas, contudo ele reclamou... ficou em casa com a bicicleta... ficou, ficou, ficou... quando ele criou mais... que ele já tinha jogado a máquina fora, já tinha jogado a máquina fotográfica fora também, um dia, o irmão dele estava com a bicicleta e um dia ele veio lá para casa de tarde e ele já dava não sei quantas viagens, andando, andando, no sol, na chuva, de torto, direito. Aí ele pegou e deu não sei quantas voltas na bicicleta e já trabalhar nem trabalhava em casa e deixou a bicicleta lá no meio da rua para emporcariar (pausa) e sumiu a bicicleta também. E assim foi, né? E ultimamente começou quebrando as coisas dentro de casa (pausa) quebrando (pausa) e às vezes alguém via que ele estava quebrando e quebrando de novo... e que o quê, que ele está com um problema no braço de queimadura, ele esquentou uma faca no fogo, quando a faca estava

vermelhinha, ele tocou na pele assim [demonstra] que a fumaça subia e ele disse que não sentia nada. Ele queimou foi duas vezes e não adiantava pedir para ele não fazer aquilo que ele fazia do mesmo jeito.

E. resume as idéias principais do relato que tenham a ver com a pergunta: No entendimento do senhor, foi uma série de coisas que foi acontecendo e aumentando... Daí deu o problema dele, né?

É, ele saía para a casa do irmão à meia-noite, voltava... antes de meia-noite já voltava para casa, dava umas 3 ou 4 viagens assim... podia estar chuva, podia estar.. o tal... ele ia e vinha do mesmo jeito. Não dormia quase de noite... e quando deitava [trecho incompreensível] deitava com a cabeça perto da porta, com uma coberta... e [trecho incompreensível] e eu dizia: “E., você vai acabar com a saúde, isso não é lugar de dormir tem a cama aí, levanta daí e vai dormir na cama sossegado” E teimava e ficava meia hora quase uma hora aí deitado com a cabeça pra porta... E ultimamente o caso mais grave que ele fez, machucou a mãe, levou ponto, ele quase estragou o olho da minha esposa, botou a cabeça em terra, chutou nas costelas dela... só não matou ela porque alguém socorreu. Eu não estava em casa, eu estava trabalhando. E fez muitas presepadas, de coisas erradas. Antes de aqui, o médico de Sumaré, bem antes, deu uma guia e que lá não tinha condições de tratamento e enviava para aqui pela Assistente Social... primeira vez ele ia passar pela Assistente Social. Mas a guia que o médico me deu, foi numa sexta-feira, foi à noite que eu cheguei lá e a médica não estava mais lá. E então, disse: “Segunda-feira você vem, conversa com a moça aí e ela vai encaminhar para lá” O que aconteceu? ele rasgou a guia. Aí fiquei sem condições. Aí vai, até organizar isso foi para mais de 8 dias, né? (pausa) e aconteceu o que aconteceu... ele fez pior do que fez. E nós sofremos bastante. E sei que quando ele fez isso aí nós pedimos para ambulância, mandar a ambulância lá para Sumaré... e nós levamos ele porque o médico, enquanto estava em situação lá para ele... e ele enviou para aqui. Minha esposa ficou bem machucada, passou mal, quase desmaiou e por pouca coisa ele não matou ela porque ele disse que já tinha falado que ia matar ela mesmo... antes disso ele havia falado que ia matar ela mesmo. E antes disso ele disse que... que ele sentiu... inclusive, ele disse para a médica mesmo, que uma voz falou para ele que era para ele matar ela. Deve ser coisa do pensamento dele, quem sabe. E ele só fala em alta, né... só fala

em alta. E enquanto a médica não disser que ele tem condições... porque ele não se dá com os irmãos, porque ele fez o que fez... enquanto ele não tiver confiança nele mesmo, o desejo de conversar uma conversa firme, pensando em trabalhar, pensando nas coisas tudo certo, ele não está bom.

E: Entendi. Tá agressivo ainda, tem medo de aumentar a agressividade

Porque não adianta eu levar ele sem ele estar bom, só para acontecer o pior, né? A médica precisa conversar muito com ele e... perguntar qual é o plano dele, tudo certinho e ser provado que ele realmente tem condições mesmo de ficar em casa porque ele vai ter que ficar com nós... inclusive, ele está falando de alugar um quarto, que ele sempre falava... e agora, ele não tem condições, só quando ele começar a trabalhar, né, porque ele está fichado lá numa firma de construção... porque ele fichou e trabalhou só 8 dias porque ficou com um problema nos pés, estava machucado e ele saiu. Inclusive a profissional ele queimou, só tenho o xerox mas agora ele está com uma melhorinha porque ele já se lembra que precisa desse documento. Disse que vai tirar outra carteira porque a carteira queimou. Estou achando que ele está um pouquinho melhor mas bom ele ainda não está não.

E: Certo. O senhor conhece, conhece alguma outra pessoa que tenha um problema parecido com o do E.? Já conheceu alguém?

Ah, é possível. Lá perto de mim tem um rapaz que parece que não é muito bom também... só que ele sente mais ou menos certas coisas, sabe? Fala muito em conversas erradas mas ele também não é agressivo e vive com a mãe, obedece e se a gente chamar ele para ir à igreja, ele vai. Inclusive, o E. descia ou alguém e chamasse ele para ir à igreja ele ia também. Ele ia, mas quando ele chegava na igreja, chegava da igreja, ele ia fazer qualquer coisa errada e para ele estava normal, qualquer coisa errada para ele tanto faz. Inclusive um irmão da igreja, um dia, ele estava com o cabelo grande e o irmão falou para ele: "Olha, amanhã eu venho cortar o seu cabelo. Posso vir? Vou deixar você bonitinho porque você precisa de andar bonito, você é um rapaz jovem e você está cabeludo e barbudo e eu venho lhe ajudar" Ele concordou. No outro dia, o irmão foi lá e cortou o cabelo dele e fez a barba dele. Mas quando o irmão saiu, dali há pouquinho tempo, ele se queimou outra vez.

E: Ah, foi a segunda vez?

Ele encostou aquela faca no fogo e queimou em cima do lugar que já estava queimado. Inclusive ele falou para a médica aqui que aquilo era uma aliança. Incrível que ele falava num casamento que ele dizia que ia casar no fim do ano. Não quer que conheça a sogra dele e nem tampouco a família dele também. E depois de já estar aqui, eu investiguei ele sobre isso porque ele continuou falando sobre esse casamento. Aí eu falei para ele onde é que morava porque eu não conheço e que lá em casa ninguém conhece. Aí ele disse que morava perto do Aeroclub. Aí eu disse: “Quero saber o nome dessa moça. Que que essa moça tem que... tem que ter nome, né? você não falou o nome dele e não falou até agora” E aí ele falou que era Regina.

E: Quando o senhor pensa em outras pessoas que também têm esse problema que o E. tem, o que o senhor acha que ajuda a melhorar? Desse problema?

O tratamento mesmo né? Logicamente tem que ser tratado porque se não tratar é impossível sarar, né? Tem um problema de saúde: se não tratar como é que vai sarar? Agora uma coisa precisa: é confiança em Deus e a ajuda de Deus. É não pensar sozinho e em fazer isso sozinho. Nós precisa sempre pedir a ajuda de Deus porque sem a ajuda de Deus nada nós somos. Nós sabemos disso e disso eu tenho a convicção que quem ainda não entendeu isso ainda pode entender. A própria sabedoria dos médicos é Deus quem dá... a própria sabedoria. Todo o ataque do nível espiritual, se existe algum, deve existir médicos e remédios... eu sei que médicos, aquele que fizer digno ele é um homem crente também dependendo dele entregar o coração a Jesus Cristo querer servir a Deus na parte espiritual também, certamente um médico de mais talento e mais poder, né? ainda... então eu creio nisso. Que o médico, que, quando ele estuda, e ele se forma e dá remédio prá ele estudar e ficar perfeito com o atendimento, é Deus que dá. Na própria Bíblia fala que: “Deus deixou uns para doutores e outros para evangelistas”. Cada um tem sua função. Desde o tempo que aprovou Deus que já existiu os médicos, já existiu os doutores. Não é de hoje. Então nós podemos crer, podemos crer que o médico quando ele é temente a Deus, ele tem a sabedoria material e espiritual: ele está trabalhando dos dois lados. Ele está trabalhando o material como o espiritual... ele está servindo a Deus, ele está trabalhando de duas maneiras, ele trabalha o material e o espiritual porque ele sabe que um dia ele vai prestar

contas com Deus porque a Bíblia diz que cada um vai receber tudo o que tiver feito: as obras que nós achar que há de boas, isso nós vamos receber a recompensa de Deus e as obras que nós fizer de mal nós vamos receber a recompensa do mal. As obras perfeitas, essas são de Deus... essas nós vamos ter o galardão de Deus... por fim, a salvação eterna; e aquele que não obedeceu a Deus e fez só a injustiça, esses aí vão ser lançados no fogo eterno porque um vai para o descanso eterno e outro vai para o tormento eterno. Então isso é um passo fundamental que todo homem deve procurar porque a Bíblia diz que Deus não quer um homem se perde, que todos venham ao conhecimento. Conhecimento todo mundo tem, mas das coisa terrena, das coisa material; mas com respeito às coisa de Deus, muitos não têm, só mesmo quem busca a presença de Deus... procura porque tem desejo de procurar a Deus para um dia ver a morada eterna... o povo de Deus, né? E esse é o que Deus oferece para seu povo porque é desde o começo da fundação do mundo que existiu porque nós encontramos na Palavra de Deus falando de novo com nós que todo homem, que o próprio Deus, diz Ele que a sua palavra que Deus, diz Deus em sua Palavra que, antes que houvesse [ininteligível] que operando Ele quem impedirá? Ninguém impede o homem de servir a Deus, se ele quiser. Ninguém impede. Pode estar no seu trabalho, aonde você estiver... Olha, Carlos Apolonário, está lá na presidência, ele é crente... está lá junto com o presidente, ele é deputado federal, (...)

E: No entendimento do senhor, então, é a ajuda do tratamento que os médicos podem dar que pode fazer com que pessoas com problemas que nem o do E. melhorarem e também a ajuda de Deus... (interrompido pelo entrevistado)

A ajuda de Deus! A igreja orando também... para que o homem faça a sua parte e a parte que é de Deus fazer, que só Ele pode fazer, Ele faz. Mas a parte que o homem pode fazer, Deus deixa para que o homem faça porque para isso Ele deu sabedoria ao homem.

E: Seu A, da maneira como o senhor acredita, o que o senhor acha que pode colaborar pra piorar o quadro de pessoas que têm esse tipo de problema?

Existem muitas coisas que prejudica. (pausa) Olha, primeiro lugar, nós vemos que a bebida, alcoólica... isso aí estraga demais... tanto a saúde como a mente também. Inclusive, lá perto de mim tinha também um rapaz com um problema desse, começou a prejudicar a...

o... uh... o entendimento dele, ele começou fazendo coisas que depois já não sabia mais o que fazer, não sabia o que era que estava fazendo... provocado pela bebida. Ele esteve internado... que foi liberto do problema [ininteligível] ... agravando, certo? ... e era bebida e não era outro problema. Ele foi tratado, depois de um mês e pouco ficou em condições de trabalhar, só que por detrás disso ele não podia mais beber o álcool, beber a pinga, e quando ele chegou em casa começou trabalhando, estava bom. O que é que aconteceu? Jogou-se para a bebida novamente, começou a beber. Voltou o mesmo problema. Está lá internado. Temo que a droga também agrave, inclusive agora há poucos dias morreu um de vinte e poucos anos. Estava indo do Terminal Central para a Reforma Agrária, no bairro Nossa Senhora de Lurdes, morreu um rapaz de vinte e uns pouquinhos anos. O problema dele foi causado por drogas e o vírus da AIDS atingiu e criou na própria cabeça. E disso aí que ele morreu, faz um pouquinho, uns quinze dias que ele morreu.

E: Como é que o Sr. acha que os remédios podem trabalhar no sentido da melhora?

Os remédios podem trabalhar de acordo com os exames, né? De acordo com os exames que são feitos vai descobrir os problemas, e de acordo com o problema é preciso que o médico ter o diagnóstico e ter o estudo para saber qual é o remédio que é apropriado para tratar o problema.

E. resume as idéias e indaga sobre se crê que possivelmente há outros elementos que auxiliem no tratamento: Além dessas coisas que o Sr. já falou, né, que é o tratamento médico, e se for preciso o uso de remédios, a ajuda de Deus, não beber, não usar drogas, tem alguma outra coisa que o Sr. acha que pode auxiliar no tratamento?

Há outra coisa que ajuda também. Uma alimentação, um sossego, um lugar de repouso... isso aí ajuda.

E: Como é que essas pessoas, no seu entender Sr. A., levam a vida em família? Como é que essas pessoas com esse tipo de doença levam a vida em família? De acordo com a maneira que o Sr. entende?

Vivem é dando trabalho, né? Uma pessoa assim dá trabalho, tira o sossego da família, tira a paz da família. Muitas vezes se a pessoa não pensar muito bem em não falar alguma coisa que não deve falar.. é que lota a paciência, a paciência, vamos dizer assim. Tem que pensar muito se for uma pessoa, por exemplo, se for uma pessoa que não seja uma pessoa grande, uma pessoa humilde, pensa coisas diferentes, toma uma atitude até diferente... já é preciso que a pessoa tenha um espírito de Deus, é preciso que a pessoa seja uma pessoa que tenha a visão espiritual para enxergar o caso dele também. Tudo isso é necessário, né? e quando a pessoa não tem essa visão espiritual que bem poucas pessoas tem, a não ser que.. porque o homem de Deus, o homem que é evangélico, ele examina a Palavra de Deus, ele sempre tem a paz, ele é conhecedor. Ele é conhecedor de uma maneira que quando alguém lhe vem precipitado querendo brigar com ele, vem jogando uma pedra nele, ele só procura se desviar e procura vencer isso da melhor maneira possível... de ele vir bravo e sair chorando até. Levar uma palavra de conforto para ela, uma palavra de ânimo, sem briga nenhuma e torna sendo mais forte do que ele: aquele homem que tem a visão espiritual, torna até mais forte que aquele que vem bravo, que vem querendo matar, que vem querendo violentar, porque tem a visão. Mas quando a pessoa não tem a visão, é capaz de qualquer coisa e é por isso que acontece muitas tragédias. É a falta de visão espiritual... é o homem que ele não tem Deus na vida, que ele não tem o Espírito de Deus. Porque todos nós temos um espírito, todos nós temos, mas é necessário que este espírito que reina em nós seja o Espírito Santo... seja o espírito consolador. É necessário que o homem dê lugar para habitar nele só o espírito consolador, o Espírito de Deus porque se o homem se desperceber, ele se afasta, ele se afasta invés de ele ter o lugar para o Espírito Santo, ele tem lugar para o espírito maligno jogar na mente dele coisas desagradáveis a Deus: jogar vontade dele matar alguém, jogar vontade dele fazer todo tipo de perversidade.

E: O senhor acha que tem algum espírito maligno influenciando o E.?

Olha, eu... às vezes eu não entendo... porque o espírito maligno às vezes aproveita as horas para jogar pensamentos maus... a mente já está fraca e ele aproveita porque a obra maligna é desta natureza, é bíblico, que ele vem para roubar, matar e destruir. Não é ele mesmo que está roubando mas ele manda alguém roubar, ele põe no pensamento o desejo de fazer as coisas desagradáveis para Deus. O instinto maligno, a missão dele é essa: é jogar pensamentos maus no ser humano para que ele pratique todos os tipos de coisas erradas, porque toda obra mal é obra maligna. Agora, todas as boas obras são de Deus, porque só há dois caminhos e dois tipos de obras: obras boas e obras “maus”. As obras “maus” pertence ao inimigo e as perfeitas obras pertence a Deus.

E. resume: Deixa ver se eu estou entendendo. Então, na maneira do senhor ver é, com pessoas que tem problemas parecidos com o do E., eles tem a mente fraca e daí vem o maligno que se aproveita, como se fosse uma brecha

Porque é uma oportunidade para ele. Porque a pessoa já está fraca do pensamento e então ele aproveita já para jogar mais coisas, né? Porque no caso dele aí, nós vemos que de cabeça ele não tem tanta coisa, que acha? Sobre o que a médica falou para mim, não é um problema grave que ele não tem tanto... é apenas uma doença que dá aquela crise e que ataca um pouco, tá certo? mas não é um problema igual muitos que estão loucos lá fora, né? o problema dele ela falou que não é assim e dá para ver que não é assim mesmo, porque ele escreve bem, ele escreve certo, ele fala muitas coisas certo que parece que até que ele não tem doença. Mas só que assim: vem aquela crise de improviso nele e ele faz coisas erradas. Então, é preciso que ele esteja num tratamento e é preciso que seja esclarecido qual é o desejo dele e por ele mesmo para ver se prova que ele está com um bom...

E: No entender do senhor, o Sr. acha que essa doença tem cura?

Eu acho que tem. Inclusive a médica mesmo falou que nem que fosse outra doença que ele fica novinho em folha. Ela falou para mim que segundo os [ininteligível] que ele tem condições de casar, trabalhar, tudo isso.

E: O senhor acha que a vida dele daqui pra frente vai, vai melhorar?

É acho que vai ficar um pouco boa, né. Vai melhorar.

E: E pro Sr, Seu A., quando é que fica difícil lidar com o E. em casa?

Olha, o difícil que ficou ultimamente, é porque ele tava fazendo as coisa muito errada. Muito errada.

E: Como essas que o senhor já citou?

É...

E: Jogou no lixo algumas coisas...

É fazia as coisa errada, então... tudo que ele pensava, queria fazer. Errado.

E: tava uma certa assim, teimosia. Quando ele fica muito teimoso com alguma coisa...

É... não obedece né. Quando ele tá bom, um pouco, ele quer obedecer... ultimamente ele já tava desobedecendo. Quebrando as coisa, jogando as coisa dentro de casa. O quarto, ninguém podia mexer nas coisa, e ia procurar alguma coisa dele, ele já ia falar algo. Muitas coisas ele fez de errado. Com os documentos dele, as [ininteligível] dele, ele deu assinatura no lugar dela, que ele fez errado. Coisas que é de ficar tonto. A profissional, a profissional, agora arrumar um emprego lá fora é difícil. Não é das assinaturas... já tava assinada, né? Ele fez isso. Inclusive ele queimou...

E: Certo

Queimou a profissional da mãe dele, só não queimou a profissional da minha outra filha porque ela mudou de casa, né. Quebrou o violão do irmão dele e tudo ele dizia que era uma cobrança. Por exemplo: Ele tava teimando, teimando, se alguma coisinha ficasse assim já era problema. Criava problema.

Dados Clínicos do respectivo paciente (do prontuário e informações da equipe)

Diagnóstico nosológico (CID-10)	Esquizofrenia paranóide
Tempo de história e de modo de início e de evolução	Há 8 meses. Por surto. Abrupto.
Medicamentos utilizados anteriormente e em uso	Haldol 10mg/d Akineton 4mg/d
Internações	01. Há 15 dias atrás até presente data. Enfermaria de Psiquiatria do HC da Unicamp
Psicoterapia e outras abordagens recebidas	Não
Comprometimento do desempenho de papéis	Marcadamente doente (GAS)

Iniciais do nome	C.D.
Sexo	Feminino
Idade	34 anos
Cidade em que reside	Cruzeiro - SP
Procedência	Cruzeiro - SP
Naturalidade	Campinas - SP
Grau de escolaridade	2.o grau completo
Estado Civil/Situação conjugal	separada há 1 ano
Grau de parentesco/relação com paciente	mãe
Profissão/ocupação	está sem trabalhar para poder cuidar da filha
Religião/práticas religiosas	católica romana
Outros casos psiquiátricos na família? Quem?	prima com comportamento estranho e família do ex-marido com membros esquizofrênicos
Composição familiar/quem mora na casa.	

E: Você sabe qual nome dado a esse problema de saúde da AB.?

Eu sei qual é o diagnóstico que ela teve quando saiu daqui.

E: Quem que te falou?

Olhei no papel e estava o diagnóstico lá. Mas eles falaram que não ia ter... que não tinha um diagnóstico para o caso da A.B. É esquizofrenia paranóide e... e... esquizo... esquizo afetiva, né? É o segundo né? Mas eles falaram que isso não era um diagnóstico certo para a AB, então... (ri) foi isso!

E: E no seu entender o que você acha que teria levado ela a ter esse problema?

Acho que a AB. tinha assim várias coisas pra ela... que aconteceram...e... meu marido era viciado em drogas e AB era muito apegada ao pai e usada bem dentro de casa....e ele era muito irresponsável, como uma pessoa que usa drogas que tem todos aqueles problemas, né? Ainda mais que era droga injetável, né, aquela sujeira, tudo ...e acho que tinha todos esses fatores.

E: Quais os possíveis fatores ligados?

Ligado? Acho que familiar, né. Hereditário também, por causa da família do meu marido, pelo tipo de personalidade dela, né? Que eu vejo que desde pequenininha ela tinha,.... eu nunca ouvi nada (ri) entendeu? Nunca vi nada de diferente na AB pra dizer que ela era esquizofrênica. Mas ela tinha um modo diferente, um comportamento diferente, né, desde pequenininha. Então, era isso também que eu queria saber de você, pra saber como que eu lido com ela.

E: Certo. Você crê que essa doença possa acometer tanto homens como mulheres?

Independente.

E: Por que você acha isso?

Por que eu acho mesmo?

E: É.

Acho que independe de sexo, né? Tô dizendo que ela topou.

E: Teria alguma idade que você acha mais propício para se ter essa doença?

Pelo que eu ouvi falar, que eu vi na Veja, que a pessoa tá assim...que ela vê que a vida dela tá muito ruim, que ela não consegue sair daquela situação, que ela tem alguma mudança, que ela tem alguma decisão, que ela não sabe ainda... Eu senti na minha filha ... eu acho que é como se a pessoa tivesse assim encurralada, sem saída e tá... Começa a procurar alguma coisa pra externar aquilo que tá dentro dela, que tá difícil.

E: O que você acha que possa contribuir pra melhorar?

Pra melhorar? Acho que depende muito da pessoa, da família. Acho que os pais ajudam muito. Inclusive da família inteira, porque eu tenho muita ajuda da... da minha família. Eles me ajudam muito, me apoiam muito.

E: Não só da família que mora na casa, mas a família como um todo.

Isso meus tios, da minha mãe, né? Então eu tenho muito esse apoio. Como eu não tenho marido, que me apoia, então eu tenho a ...a família, né? Acho que é isso que ajuda.

E: Certo. Teria mais alguma outra coisa, que ajudasse a melhorar?

Não. Acho que só o contato da família, da mãe.

E: Só o contato da mãe e a ajuda e o apoio da família, como um todo...

E os médicos. Eu acho que o médico assim... o papel dele que eu vejo é assim ter um tratamento, né? Simpatia mesmo entre paciente e... ham... os remédios. Você vê que eu já tenho problemas com os remédios, porque eles nunca pedem os remédios que tenham a dose ideal pra minha filha. Pra que ela ficasse bem. Então eu acho que é pouco, melhorou bem pouquinho. Mas assim... o importante assim... é a mãe. Eu vejo o quanto eu sou importante assim pra AB, né? Porque às vezes eu fico assim, que eu saio, mas eu acho muito importante a mãe. E o pai também, quem pode ter o pai do lado, eu acho muito importante. Pra um incentivo. Que às vezes eu vejo assim... eu vejo AB sem poder fazer

nada, né? Sem saída pra nada, então é importante tá ali pra incentivar, pra fazer, pra conversar, né? Às vezes ela fica meio aérea, fica meio sem mente, então eu acho importante tá ali. Acho que tem muita carência nisso.

E: A carência você acha que foi depois que apareceu a doença, ou que já tinha?

Acho que já tinha. Só aumentou, né? Acho que já tinha muita carência.

E: O que você acha que faz piorar o problema?

Situações que ela não...sabe resolver. O que faz piorar é... pessoas que ela encontra, mas não é tanto. Ham... quando ela vê conversa que ela não gosta. Ela começa a chorar. Mas isso tem muito da época do ano, tem épocas que ela fica ruim, né? Quando ela, como foi o ano passado.

E: Foi o ano passado?

Foi, mas também foi no mesmo período que ela teve nesse ano. Então, acho que tem uma época do ano, que faz piorar, que ela fica muito nervosa. Acho que cada vez que ela não sabe como mudar, que ela não aceita, sabe. Acho que é isso. Certas pessoas que incomodam ela...ela não aceita não. Quando ela vê que ela tem que receber muito não. Quando ela não sabe a matéria, ela fica muito nervosa...quando ela vê que ela não tá mudada.

E: Começou por volta de que mês, você falou?

Maio.

E: Maio de 95. E daí como é que foi, você levou logo no médico, ficou uma coisa assim, como é que foi?

Eu levei a AB logo, né? Só que o pai dela não queira que ela fosse no médico. Então eu tive a indicação de dois psiquiatras, né? E eles tavam viajando, então eu levei num neurologista, que ele disse que era um caso psicótico mesmo e que... não deu em nada, então eu levei num psiquiatra naquela mesma semana. Porque ela já tava com um comportamento meio diferente, mas quando ela piorou mesmo, eu levei na mesma semana.

Levei num psiquiatra. Então, agora que eu estou tratamento mesmo, porque antes eu não consegui tratar. Porque antes eu não consegui tratar adequadamente, ela ficou muito agressiva, né? Então, agora que eu estou conseguindo tratar. Mas, também eu não acho que está o ideal não.

E: Como assim?

Eu não acho que tá tudo bom, né? Eu sei que falta ainda acertar os remédios, né? a terapia, né? Eu acho que tá faltando ainda.

E: No seu entender então, deixa eu ver se eu estou entendendo, você acha que pra ajudar o tratamento tem que ter a parte do remédio, o bom ambiente familiar, uma relação com aquelas pessoas com que ela convive mais próxima, como por exemplo, a mãe, e... um incentivo, um estímulo, né? pra... pra ela dentro das coisas que ela faz e que o que tem dificuldade de fazer ser estimulada...atividade, como você comentou mesmo, né? e... em termos de tratamento o remédio e você acha que a psicoterapia também?)

Hum, hum.

E: Você vê essas duas possibilidades? Como é que você acha que os remédios agem nesse caso?

Acho que deixa a pessoa assim... parada. Eu acho.

E: Traz algum benefício?

Não.

E: Ela não teve nenhuma...

Tava muito boazinha, mas ela é muito comunicativa. Então ela chora porque ela tá em dificuldade, ela chora porque ela não pode fazer isso... então ela chora...

E: E a psicoterapia, você acha que ajudaria de que forma?

Não sei, eu acho que ajudaria a resolver os problemas dela...Seria um apoio, né? Pra ela aceitar as coisas, pode também (Ininteligível) a vida dela, ficar contente...Seria mais também uma resposta que ela pudesse saber, né?

E: A respeito dos tratamentos, V...

Acho que muita conversa só com a AB, eu acho que ela ia encantar. Eu acho que muita coisa que a psicóloga que ela vai fazer, lá em Cruzeiro, pode fazer, muitas atividades...pra depois que ela tiver bem íntima, sem medo, se achar bem íntima da AB, talvez ela possa se dedicar mais...

E: No seu entender, você acha que ela... que ela consegue levar uma vida normal, o que te passa, né?

(Ininteligível) eu tentei tirar o remédio, pra ela ver se consegue estudar, né? e... aí, lembrei dela no começo quando ela tava sem remédio, né? Faz tempo isso. Ela também não teve uma (Ininteligível), e também eu ia até propor diminuir bem a dose, pra ver como é que ela fica. Então, é assim uma coisa que me acalma um pouco. Mas eu acho que ela vai conseguir.

E: Nas suas experiências, o que você acha que, quais são as horas mais difíceis de lidar com a AB?

As horas mais difíceis?

E: É...Ou os problemas mais difíceis...

Quando ela encontra com o pai... 'a noite, é uma hora difícil pra AB...

E: Por que?

Quando ela tá descontente... (Ininteligível)

E: Agita, fica agitada?

Depende da hora. Ela já passou por tanto comportamento, por tanto comportamento, que eu não sei te dizer tudo certinho pra você.

E: Certo.

Ham, às vezes ela tá mal-humorada, ela fica irritada...e às vezes ela fica...boazinha, mas fica querendo muita atenção, então fica exigindo muito de você, que você fique pertinho dela, então, sabe, coisas que na idade dela não precisa mais. Então fica bem difícil. Às vezes eia fica brava com o F., então ela fica assim. Ela (ininteligível!) muito com adulto, muito com aberto, (ininteligível), também é normal, né? ...(ri) não dá também pra né? Mas, agora, pelo que (ininteligível) mais à noite, quando ela chega da escola...dependendo do dia, né? Mas à noite, principalmente, é a pior hora.

E: No seu entender, essa doença tem cura?

Pelo que eu já vi, não tem nada de mais, né?

E: de...

Tem pessoas que... que... tem crise uma vez por ano, que conseguem levar uma vida normal, né?

E: Você já foi então atrás de alguma coisa, pra ler, pra se informar?

Já. Já comentei com um...como é que chama., então antes de eu vir pra cá, eu tinha ido a um psiquiatra. Então falaram que não dá pra dizer assim, se AB, mas eles não queriam ...dizer que ninguém... que não poderia levar uma vida normal...e que ficou louco, assim que é coisa que se trate. Então eles querem minha filha, que tenha cura.

E: Como é que você acha que vai ficar a vida dela daqui pra frente?

Acho que ela... acho que ainda vai encontrar bastante dificuldade, né? Em tudo. Não acho nada fácil, não.

E: Hum, hum.

Eu estou esperando assim, que seja remédio bem leve, pra ela poder voltar a estudar, porque ela tem muita vontade de estudar, né? Então, eu tô achando assim, quem sabe, diminuindo o remédio, ela possa estudar. Então eu tô na expectativa de saber como ela vai ficar. Como que ela vai ficar no ano que vem, né? Eu acho que ela ficou muito delicada. Eu já deixei minha filha sem remédio, e vi que não é bom e... sem tratamento não é bom. Com tratamento também é difícil, mas dá pra pelo menos a pessoa não ficar perdida, tão alienada, né? Então eu não acho nada fácil, não. Nada, como ter...como ter uma expectativa...

E: Começou abruptamente o problema dela?

Como?

E: Começou de forma abrupta, repentina ou foi indo, foi indo?

Exatamente. A AB tava, foi em maio, que eu tive aqui, lembra? Então desde fevereiro que ela tava muito fechada. Ela tava sem sair de casa. Meio chorona, enjoadinha, né? Mas como adolescente é assim, ne? Daí depois ela foi mudando. Ela ficou mais expansiva, começou a falar muito. Daí ela entrou em crise, e aconteceu. Desencadeou tudo isso. Daí ela teve várias mudanças de comportamento... Hoje, do jeito que ela tá, também não é como ela sempre foi...né? Então eu acho que nem tô te ajudando muito. (Ri)

E: Tá ajudando muito sim...

Eu não sei, não sei o que vai acontecer com a minha filha. Como é que vai ser, eu não...

E: Então o meu interesse é, justamente assim, se AB disse alguma coisa pra mim e eu não te respondi, né? Porque tem vários tipos, vários casos. É porque eu estou primeiro interessado em saber como você vê. Esse é o meu trabalho. Como a família vê. Então...

Então quando eu levei a AB na psicóloga, na Dra. N., ela taxou a AB como esquizofrênica e eu não vejo minha filha como esquizofrênica, entende? Eu também não

conheço, mas pelo que eu vejo as outras pessoas, eu não vejo isso nela. Ela não é assim. Ela tá, ela vai em baile, né? Não sei, só se eu só cega, mas eu não vejo o que a minha filha tem.

E: Deixa eu só entender um pouquinho melhor isso. Quando falam de esquizofrênica, que tipo de imagem vem de pessoa na tua cabeça?

Pessoa que... apática. Pessoas que não participam da sociedade, pessoas que... não conseguem conviver, que não conseguem estudar, não conseguem trabalhar, né? É o que eu acho, né?

E: E isso você acha que tá bem longe...

Também da pessoa, tem às vezes a pessoa que não trabalha, que vivem bem, podem até conversar, mas que não tem uma vida assim... normal.

E: Tem mais alguma coisa que queira falar? Não?

Não.

Dados Clínicos do respectivo paciente (do prontuário e informações da equipe)

Diagnóstico nosológico (CID-10)	Esquizofrenia paranóide
Tempo de história e de modo de início e de evolução	há 1 ano e 2 meses. em surtos com remissão parcial
Medicamentos utilizados anteriormente e em uso	Antes: Melleril 100 mg 1-1-1 Haldol 5 mg (impregnou) Orap 12-12hs Akineton 2g 1/dia Posteriormente (de forma irregular): Orap 4 mg ½ - 0 - ½ Frontal 0.5mg 2x/dia Depois: Piportil IM 1x/sem Amplictil 25mg 1-0-1 Atualmente: Piportil IM 75mg mensalmente
Internações	01 internação de 15 dias na Enf. de Psiquiatria do HC Unicamp
Psicoterapia e outras abordagens recebidas	Psicofármacos.
Comprometimento do desempenho de papéis	moderado

I - Dados bio-demográficos do entrevistado

Iniciais do nome	D. E. P.
Sexo	Masculino
Idade	55
Cidade em que reside	Campinas-SP
Procedência	Ituiutava-MG
Naturalidade	Ituiutava-MG
Grau de escolaridade	5a. série - 1o. grau
Estado Civil / Situação conjugal	Casado há 34 anos
Grau de parentesco/relação com paciente	Pai
Profissão / ocupação	Metalúrgico Aposentado
Religião / práticas religiosas	Nenhuma - Família freqüenta Assembléia de Deus
Antecedentes psicológicos / psiquiátricos pessoais	Nenhum
Outros casos psiquiátricos na família? Quem?	Sim, irmã e irmão da esposa
Composição familiar / quem mora na casa.	

Na entrevista, o entrevistado comenta de um familiar, de um conhecido e então passa a narrar sobre o paciente em questão.

E: E na família, tem mais alguém em casa?

Na minha família não. Na família da minha esposa tem um problema. Com a irmã e o irmão dela. Não sei o irmão dela sumiu, né? Aí não pode dizer se ele... ele separou da mulher e desapareceu. Depois... ficaram sabendo que ele tava morando numa fazenda lá... foi parente dele, né? Mas ninguém fez nada, ninguém foi atrás...Não sei se ele morreu...

E: Mas o pessoal sabia que ele tinha algum problema desde antes dele ter ido embora?

Não, não, não. Sabia que ele tava descuidado com a mulher, tava nervoso. Porque dizem que ele era muito ciumento, e depois uma irmã dela. Depois não, bem antes, a irmã dela... Essa irmã dela, oh vou falar pro senhor, eu não sei se ela ficou louca. Acho que eles puseram ela louca. Porque... ele teve... ela trabalhava com o marido dela que trabalhava com lavoura, arrendava lavoura... Chegavam numa fazenda arrendava trintas alqueires,

plantavam arroz, milho, e...E ele arrendava lá, levava a mulher pra lá, fazia aquelas barraca de lona e quase todo ano tinha um filho, logo que casou. E aquela mulher grávida, cozinhando pra mais de vinte, vinte cinco peão, com chuva, tudo, aquela sujeirada tudo. Bom, e a mulher ficou doente, e levaram lá pro hospital, e tinha um médico lá na cidade que atendeu, faz trinta ano que aconteceu isso, mais do que isso...

E: Que cidade que era?

Ituiutava, então a mulher gritava, e eles levaram a mulher lá e começaram a dar choque elétrico na cabeça dela. E foi dando... Aí a mulher já...ficou meia boba. Agora não, agora eu fui lá há pouco tempo. Tem um ano. Cheguei lá, ela tava normalmente conversando, fazendo crochê, bordado... Uma pessoa que tá perturbada não ia fazer isso,né? Mas tá tomando remédio também, agora eu acho que aquilo lá complicou muito a vida daquela mulher.

E: O senhor fala na vez que ela tomou choque elétrico? [sobre um outro conhecido do sujeito]

É, foi muito choque elétrico na cabeça. Tá louco! Na terra lá, que também faz parte de um senhor fazendeiro lá perto. Ele tinha dor de cabeça, cada dor de cabeça horrível e foi lá nesse próprio médico e começou a dar choque elétrico lá, o cara não melhorava. Aí correram com ele pra Uberaba. Lá em Uberaba tem bastante médico bom ,né? Medicina lá é boa pra caramba. Chegou lá os médico examinou o cara, tirou a chapa da cabeça, e pode levar pra casa seu pai tem uns dez dia no máximo! O cara tava com câncer na cabeça e o nego tacando choque elétrico nele. Falaram que ele tava doido, não sei a dor que, o que era, como é que faz, mas o cara tava gritando de dor com a mão na cabeça, Ah! tá ficando doido!

E: Quando foi isso? Em que época que foi?

Ah, isso aí tem uns...59, 60 por aí.

E: E o J. já teve internado aqui? [do paciente em questão]

Não, não.

E: Nunca teve nenhuma internação?

Não, só mesmo, ele ficou dez dia lá em Amparo. Daí nós conversamo com ele, meu genro falou: Você não quer passar uns dia lá, tudo...Ele falou: Vou. Foi tranqüilo, né? Foi...

E: Mas não era internação, era casa de um parente lá?

Não, não, era aquela internação lá no... Aí ficou, ficou dele voltar, mas ele não quis voltar mais...falou: Eu não, não vou voltar mais lá não, eles ficam me dando injeção de não sei o que... não quis voltar não.

E: O senhor sabe o nome da... o senhor sabe o nome dado a esse problema de saúde dele?

Olha, no começo nós levamos ele no Dr. L., né? O Dr. que tratou dele lá nos primeiros... ele estava nervoso né? Começou ... inclusive o Dr. L. falou: oh, isso vai ser um problema pro resto da vida dele e ele pode fica bom assim, mas de repente e antes ele bebia muito, né? Na época ainda falei pra ele, falei: Cê, Cê pára de beber, que se você chegar nos trinta anos cê tá louco. Ele bebia pra caramba, trabalhava normalmente, mas dia de folga, pelo amor de Deus!

E: Agora o nome da doença ninguém...

Não, eu não sei.

E: ah! O médico falou, alguma vez?

Olha até falou, mas eu não..

E: Não guardou..

Num...É a gente chega, a gente fica...

E: Ham, ham, entendi... O que o senhor acha que levou o J. a ter esses problemas?

Olha, ele tava bem (pausa) Quando eu aposentei em 92, eu trabalhava com ele também na B., né? (pausa) Ele tava sempre normal. Nós ia junto, voltava junto e, ... sempre

normal. Eu aposentei, falei pra ele que eu tinha aposentado, falei: Vou trabalhar até o dia 28... de outubro... depois no dia 21, por aí,... agora outro dia eu, hum, nós trabahava em duas seção, né? Perto uma da outra, então lá fora eu vi que ele passou por mim, né? na minha seção, pensei ué? Aquele horário, dez horas da manhã, falei ah, acho que ele saiu do laboratório, né? Aí, mais tarde o chefe dele foi lá e me perguntou: O que que está acontecendo com o C.? falei: Nada. Por que? Ah, ele pediu a conta, já assinou o papel lá e, eu vou segurar pra você até amanhã, cê conversa com ele lá, vê o que que é. Olha, eu não tô sabendo de nada, não. Tamo indo trabalhar, ou dormir, levanto de manhã chamo ele... eu bom, problema nenhum que tá acontecendo.

E: Ele não estava esquisito, nem nada de especial?

Não, tava, não, ele tinha uns (ininteligível) meio (ininteligível) na hora do almoço, sempre na Puccamp, né?

E: mas de manhã, assim quando vocês iam juntos?

Não, não. Ah! Tava tudo normalmente, quer dizer, nem dava pra conversar, pra conversar as coisas que precisava....

E: e quando foi isso?

Em 92.

E: Em 92...

Bom aí, ele pediu a conta. Cheguei em casa, falei J., por que cê pediu a conta? Ah, vou ver uns, uns negócio aí. (ininteligível) pra fazer alguma coisa, né? Bom, passou, de noite ele chegou era uma meia-noite, eu fiquei esperando, 'Como que é, vai voltar a trabalhar amanhã, ou não vai? Não, não vou. Levantei cinco hora da manhã, chamei de novo, Então vai, ou não vai? Não vou . Aí cheguei lá de manhã falei pô... chefe dele, supervisor pode mandá lá pra cima que ... não qué falá nada !! Bom aí despediu, foram mandá ele embora, pegou o dinheiro, foi passear prá Santos com os amigos ... tudo ... Depois duns tempo torrou o dinheiro. Aí passou ... trabalhou uns tempo na Santa Catarina ... depois demorou parece uns dois ou três mês no Enxuto e depois disso ele ficou parado.

Aí ele passou a beber mais ainda, beber mais iii já começou a falar palavrão dentro de casa que não falava ... Aí ficou a passar dois dia sem tomár banho, saía, saía lá no bar e ficava bebendo.

E: Quer dizer que era uma coisa prô senhor na época uma esquisitisse só na área de ter pedido a conta na empresa. Depois o senhor já foi notando que tinha outras coisas já rolando

É, é as vezes vai passando o ano ...

E: sono, palavrão ...

É o palavrão ... Começava a comer, comia a metade da carne jogava a outra fora, parece que jogava prá enfretar a gente, né? É aquele sentido que você tá notando parece que a pessoa quer enfrentar o outro mais é que o problema já estava na cabeça. Porque só dele pedir a conta a gente não sabia mais já desde quando ele pediu a conta ele poderia tá né?.

E: É verdade.

Quer dizer, agente não sabia mas agora quando passa a gente vai juntar as coisa né.

E: Na época quando você começou a perceber bem mais esse problema dele de comportamento, seu D. ... é ... o que o senhor achou que era. Achou que era bebida ...

É achei que era bebida.

E: Achou que era pirraça.

É pirraça, bebida ... Eu achei de tudo. Aí ele começou a cobra com uma coisa que ele tinha aumentado a casa, começou a falá as coisas ... Aí eu já falava prá ele: O que você deu aqui, os ano que você já comeu sem trabaiá, sem trabaiá, sem dá nada não dá véio, não dá prá devolvê pro cê mais. [rimos] Eu falava assim prá ele né. Aí ele foge. Bom aí, em 94, aí nós levamos ele no Dr., Dr. L. aí. É L. né?

E: L. Eu não conheço ele, quem que é? É daqui da UNICAMP?

É, é, ele é professor daqui

E; L.?

É, L. L. não sei que lá. Deve ter o nome dele lá.

E: L.... L.F.?

É! L. F.!

E: Sei... neurologista...

É, então... Aí ele começou a dá uns remédio, começou a tomar direito e melhorou. Aí depois falou que não ia tomar mais remédio ... 92 é ... 94. Aí 95 ele chegou dando mais problema ainda, levantava duas horas da manhã, saía prá rua e não tinha jeito de segurar, saía ... ficava andando na rua . Aí voltava seis hora da manhã ...

E: Teve uma mudança aí né seu D., antes o senhor estava achando que era a bebida ou pirraça por causa do comportamento dele, depois já começou a achar que era um problema médico

É...

E: então o senhor levou...

É...

E: O que que aconteceu, teve alguma coisa em especial que fez o senhor achar que era um problema médico?

Não, ham... a vizinha nossa é enfermeira, né?

E: Ah, Ham.

...e ela falou: 'Olha, acho melhor levar ele num, num psiquiatra', falei, então vamo levar, né? Aí levamo ele umas quatro vezes ou mais no Dr. L., aí começou a ficar caro demais, né? Aí a minha irmã, o marido dela, dois filho e a cunhada trabalha aqui na

Unicamp, falou não, leva ele pra Unicamp, lá tem médico bom igual esse e não paga nada então ... mas antes no dia... 31 de 96, é no dia 31 de 96 era onze e meia da noite, no dia primeiro eu tava aqui, ... com ele aqui,

E: Nossa...

Acho que se eu chega mais ou menos festa, alguma coisinha, podiam pensar que ele queria estragar a festa. Natal, fiquei de olho nele, ele ia sai pra rua, falei: Onde cê vai? Não vai beber, hein! Não, não vou bebê, não. Tava normalmente, né? Normalmente, é.

E: Expressão de que não tava tão grave...

É, né?

E: Ham, ham.

Aí, ele passou o Natal empurrado, né, mas com palavrão, com coisas, sabe,

E: Ham, ham.

... e ele inclusive, os irmão dele, as irmã tavam na cozinha, e os cunhado ele passava xingando, ficou falando palavrão, aí seguramo a barra, mas no dia primeiro, eu... dez minuto que eu sai pra cumprimentá os vizinho na hora do almoço de frente de casa, ele... arrumou confusão dentro de casa. Aí estragou...

E: passagem do ano...

...a passagem do ano de 96 nossa foi, aí, telefonamo, a vizinha telefonou, foi uma ambulância daqui, foi lá... ainda bem, cê vê, se vai um da polícia pega, né, ia prum outro lugar, num tinha jeito, tratamento dele seria outro, né?

E: É...

A sorte que deu, que deu uma ambulância daqui, que foi lá...

E: e aí ele ficou internado aqui?

Não, não chegou a ficar internado, não, não,

E: Passou por pronto socorro...

Passou assim, é, é... era pra ele estar, né, tava meio assim, falava besteira, e...

E: Certo...

Aí, ele tomou umas injeção aqui, né...

E: O senhor sente que os remédios ajudam ele?

Ajuda, ô pelo amor de Deus! Se Ajuda! Mesmo, tem dia que ele não toma, nota que ele não toma, a gente nota que ele fica, ele fica mais agitado.

E: Tem mais alguma outra coisa que o senhor acha que ajuda o tratamento dele além do remédio?

Aí, oh, o problema dele eu, eu não sei, por exemplo, do jeito que ele tava, na carteira ninguém vai dar serviço, né? Eu não sei, se ele, se ele trabalhasse ou fizesse alguma coisa, o que ele faz muito agora é fumar e tomar café. Se tiver cigarro, ele fuma dois ou três maço por dia por..., até a noite, café se tiver três jarra de café pronta, ele vai tomando até acabar... cada cinco minuto vai lá, toma...

E: Ele tá bem parado, sem ocupação...

Tá, ele tá sem ocupação, sem nada. Então eu acho que isso aí...

E: Fica difícil pra vocês também tá com ele, o senhor que está aposentado, está ficando mais em casa, é difícil a convivência com ele?

Não agora não, depois de 96, que ele começou a tomar os remédio certinho, chegou a tomar quatro, três tipo, né? O Aldol, Acneton e um outro lá, tinha um outro que tomava também. Nuns mês, no primeiro mês ele tomou (tosse),

E: Agora ele tá com o Haldol e o Acneton só, né?

É.

E: Ele tava com...

Tinha um que tomava meia-noite...

E: Tava com o Anoperidol e o Cromopapina...

É tinha um que tomava à noite pra dormi, né, e ele não dormia à noite também, levantava meia-noite, duas hora , ia lá, punha comida, comia, comia pela metade, ele tava..., agora não, agora só café e cigarro. Tá comendo na hora certa, é muito difícil, quando dá a hora de comer eu já vou: Ô, vai comer, ou não vai? Ele, já vou.

E: Então, agora está sendo mais fácil, antes era mais difícil...

Ah, tá, antes ele começava a comer, jogava pedaço de carne fora, parece que punha, ia pulá, se punha, cê faz um frango pra uma casa que tá com seis pessoa, dois pedaço pra cada um é até bastante, né, ele punha mais do que dois, três, (ininteligível) dava uma mordida e pum , (ininteligível) em 95,

E: em 96 pra cá deu uma mudança...

Ah, deu mudança, aí, essas parte acabou, depois que ele começou a tomar os remédio certinho, e tô...nós vimos, vem aqui a cada dois mês, três mês,

E: pra o senhor vê como que é vai indo, né?

É...

E: O que o senhor acha que faz piorar esse problema? Como o remédio ajuda bastante a melhorar, o senhor acha que tem alguma coisa que faz piorar o problema?

Ah, é difícil a gente afirmar isso, né? Porque inclusive agora ele tá indo na igreja com a mãe dele, né? Aí ,cê me fala, cê vê que a pessoa lê a Bíblia, fica lendo a Bíblia, tem vez que eu chego lá, ele fica lendo a Bíblia, e se a pessoa tá lendo... às vezes o cara num sabe deduzir, explicar pra ele mesmo, né?

E: Entendi...

Ué, a mesma coisa que cê tá, ler um jornal e depois chega lá em baixo, e, o que que cê leu aí? Ah, nem sei, tava ali. Eu penso assim, meu pensamento, né? Se você fosse vê uma pessoa ler um livro ou um... uma coisa assim, um analfabeto, cê vê que essa pessoa tá lendo uma coisa que ela tá sabendo...

E: é, e que ela tá aproveitando...

É, tá aproveitando, e explica pra gente, né?

E: e o senhor não sente isso...

Ah, não! Em vez da pessoa lê, lê porque tá escrito alí, mas...

E: só correndo com os olhos em cima da letra, e...

É, se for contar o que significa, o que ela fala, tem muitas parte que é complicado, né, na Bíblia,... e ali num, tenho a impressão, né? Esse é o meu pensamento, mas a minha impressão, pelo que se vê, sei lá o que a pessoa, né? Bom...

E: e ele gosta de ir na igreja?

Vai, vai quase todo dia, vai com a mãe dele.

E: Que igreja que a sua esposa vai?

Assembléia de Deus.

E: Assembléia. Ele gosta de estar indo lá?

Tá, ele tá indo. Foi até batizado lá, porque a minha esposa quis. Eles, eles pegam uma pessoa e... enquanto eles não vê a pessoa batizada eles não sossegam, poderiam né? [rimos] Ah! Os pastor vai lá em casa e, Hum! Precisa aceitar Jesus! Eu falo, ah! Eu desde que tô lá dentro, desde do ventre da minha mãe, eu acho que Deus, eu aceitei Jesus, pô! Porque senão Deus não tinha me dado a vida. Aí você fala assim, eles já... Vamo sair daqui, que essa cara vai fala palavrão [rimos] Mas, é!...

E: Sua esposa vai dar um [inaudível]. [risos]

Mas, é eles pedem desculpa por ter ido lá, né, às vezes eles vão fazer culto... falo: Bom, cês vieram na minha casa pra, pra falar de Deus, agora cês vieram pra politicagem, pra palhaçada, aí, não vou deixar! Cês vieram falar de Deus, pô! Eles falam, Ah! O senhor precisa aceitar Jesus! Coisa e tal... Aí, eu vou e falou, irmão, onde tá reunido um ou dois, três no meu nome, num é, lá eu estarei? Cristo não falou isso? É falou mas, não é assim, não é assim.... falei, bom então...Então vamo fechar a questão e eu vou lá na igreja de vocês.

E: Pra evitar briga, né?

A gente vai, agora tem muita coisa que eles... pensamento deles não é igual ao meu não. Minha parte espiritual é bem diferente.

E: Ele, o J. não tem namorada?

Não,

E: ...nunca foi noivo?

Não tem namorada, mas, noiva nunca teve não.

E: E depois da doença, quando trouxe pra cá, teve algum relacionamento com alguma menina?

Não, não

E: Namoro?

Houve um, umas conversa lá, mas, só foi conversa, num.... inclusive quando ele, a primeira vez que nós levamo ele no Dr. L., ele falou que era virgem, né? Mas, eu, quando o Dr. falou aquilo pra mim, eu falei, Ó Dr., foi ele e os amigos dele, dali de frente, molecada, pô!, um rapaz deles enchia o carro dele, saia pras farra e... eu sempre eu via chegando tarde de lá, né?....

E: Da zona?

Da zona... eu num, essa eu, essa eu tô abismado! [risos] Acho que ele não puxou o pai não! Porque...huuuuummmm. [risos]... Aí, eu fiquei assim, falei, bom... (pausa)

E: e o futuro dele? Vai conseguir casar? Trabalhar? O que que o senhor, passa na sua cabeça quando pensa no futuro dele, como será?

Ah, eu tenho medo, viu? Tenho medo porque, por causa do médico já falou, né? de ser um problema que... não tem mais cura, não tem cura e... pode tá bem e... de repente a pessoa... Porque o problema dele, se ele não beber bebida alcoólica, como ele não anda bebendo, ele não trata não, só tomando, mesmo que ele não tome o remédio ele...e ele é assim, não pode faltar as coisa pra ele... se falta as coisa pra ele, café, cigarro, né, às vezes fica...

E: Irritado?

Ele fica irritado. Ele devia tá recebendo do INPS, né, mas...

E: Ele falava, tinha visões?

Tinha.

E: Ouvia vozes?

No começo, no começo foi ruim. No começo, ele chegou a sair do quarto dele e ele deitava no meu quarto lá, né? Tinha visões, foi tanta coisa, pensou que eu ia matar ele,

E: e o que que vocês...

Ele pegava, ele quebrou, tinha faca. Minha mulher escondeu as faca dele, pegava gilete, quebrava ela e fazia uma cruz aqui, chegou a fazer cruz, que era pra espantar o (ininteligível) (tosse).

E: E, vocês acharam o que, nessa época? Quando ele tinha visão?

Ah, eu, pra mim, já era problema de cabeça, né? Mas a minha mulher com esse povo, os crente, pensava que era o demônio.

E: Ah! Tá...

Aí tava duro, porque ela não queria levar ele no médico, né? Isso é coisa de demônio...Mas hoje ela, por isso que quando ele começou com os problema, ela nunca levou ele no médico. Ela foi uma vez só. Eu, venho aqui, levo, ou vou pra outro lugar...

E: E agora, que ele melhorou? O que que ela diz?

Ah, não dá o braço a torcer!

E: Não dá, né?

Não, não fala (ininteligível) que eles tiveram. Eles falam, 'Não é coisa de demônio'. Escuta, uma pessoa estuda vinte anos, estudando uma coisa. Cê quer dialogar com uma pessoa dessa, falar que você tá certo? Não, é porque Deus...não sei o que lá...Rapaz, Deus deu inteligência pra isso, não dá pra todo mundo ser igual. Se eu não tenho capacidade pra uma coisa, Deus não me deu inteligência, mesmo que eu possa estudar aí, possa até formar mas, não tenho inteligência, mesma coisa que você vê um bom advogado, que cê vê um bom médico, que cê vê um bom dentista, cê vê dentista ruim, cê vê médico ruim, tem tudo isso, não é verdade? Às vezes, a pessoa forma, mas não tem capacidade. Já num caso da Unicamp, do Dr. lá do... comprovou tudo... os problema, né, levado a ele, né, foi (ininteligível)... Agora não, agora ela já amaciou mais, que ela viu que... mas num dá muito o braço a torcer, não

E: E ela chegou a levar na alguma igreja também? Pra essas coisas...

Ah, levou! Ich! Já chamou os caras lá em casa, tudo...

E: Bom, pelo jeito não resolveu, né? Porque só resolveu depois, aqui. E o que ela falou?

Ah, esse povo, esse povo é, eles nunca dá o braço a torcer. É por isso que religião, futebol e política eu num, eu num discuto. Se eu penso em votar numa pessoa, eu voto. Futebol, torço prum time, mas num discuto com outro que, num adianta nunca, chego, e mesma coisa religião. Eles acha que tá certo uma coisa e... faz cura daqui, cura dali e...se outra religião aparece porque o cara fez cura, eles não acreditam. Daí é macumbaria. Pode?

(tosse) Como é que se Deus deu força pro cê, não pode dar pro outro? É o que que eu tenho na minha cabeça, eu...

E: Daí falam que...

Aí eu falo, eu já perco a cabeça, falo: Pô! Cês é gozado. Aparece na televisão um cara fazendo milagre, então, pô, cê vê que... é, isso é macumbaria, mas eles não! A pessoa vai na igreja lá, cai no chão, levanta, pastor vem, tirou o demônio da pessoa. Sabe, mas eles fazem, os outro num fazem. Daí, eu por enquanto, eu tô de pé atrás com a mulher, eu num...(Risadas) Que agora é assim, pô!

E: em que bairro o senhor tá morando?

Manoel de Nóbrega.

E: Nóbrega.

Num é assim, antes eu pensava, eu...só acredito nas pessoa e... mesmo tempo posso não acreditar, porque... devia compor ele pastor de uma igreja. Não posso nem falar com aquela pessoa, sai fora e...

E: Certo.

Num dá...

E: Tem mais alguma coisa aqui... é, bom, só queria tá entendendo um outro ponto aqui, que ficou um pouco nebuloso, a respeito do que o senhor imagina, é, essa doença dele, o senhor acha que veio por causa da bebida, o senhor não acha que vem por parentesco, por...

É, então, eu expliquei pro senhor o caso de parentesco dessas duas...

E: Ah, tá.

... dois causo. Do resto da família dela, tudo normal também, mas eu num sei, num tô a par do resto dos parente dela, os tios dela, dos que eu conheci, nunca vi falar que

tinha...são pessoas saudáveis, pelo menos os que eu conheci. Da minha família, graças a Deus, num tem. Nunca teve.

Dados Clínicos do respectivo paciente (do prontuário e informações da equipe)

Diagnóstico nosológico (CID-10)	Esquizofrenia paranóide
Tempo de história e de modo de início e de evolução	Há 8 meses. Por surto. Abrupto.
Medicamentos utilizados anteriormente e em uso	Haldol 10mg/d Akineton 4mg/d
Internações	01. Há 15 dias atrás até presente data. Enfermaria de Psiquiatria do HC da Unicamp
Psicoterapia e outras abordagens recebidas	Não
Comprometimento do desempenho de papéis	Marcadamente doente (GAS)

I - Dados bio-demográficos do entrevistado

Iniciais do nome	E. M. P.
Sexo	Feminino
Idade	37 anos
Cidade em que reside	Campinas-SP
Procedência	Monte Mor-SP
Naturalidade	Borda da Mata-MG
Grau de escolaridade	primário completo
Estado Civil / Situação conjugal	casada
Grau de parentesco/relação com paciente	esposa
Profissão / ocupação	dona de casa
Religião / práticas religiosas	Testemunha de Jeová
Antecedentes psicológicos / psiquiátricos pessoais	não
Outros casos psiquiátricos na família? Quem?	sogra e cunhados “com cabeça fraca e perseguição” e como internações
Composição familiar / quem mora na casa.	EMP, paciente e 04 filhos

E: Você sabe o nome do problema de saúde do V.?

Olha, ham, eu sempre pergunto o nome pra doutora, ela nunca me disse o nome, né? Porque ela disse que ele não é mesmo um esquizofilênico.

E: Ham, ham. Não é mesmo.

Não é, e que não chegou a ter mais limites. Só que ela não deu assim um nome.

E: Ah, tá. Falou que tá parecido com esquizofrênico, mas que não tem tudo que precisava ter pra...

Isso!

E: ...pra ser um esquizofrênico, né? então ela, por enquanto, não falou o nome...

Não. Ainda não...

E: ... específico pra você. É... Você perguntou diretamente pra ela, ou ela falou pra você?

Não, eu perguntei. Porque eu tenho curio... curiosidade, né?

E: Ham, ham. Por que?

Porque a gente vê, a gente vê várias pessoas desse tipo, né? E eu gostaria de saber, porque eu pensava mais que era um problema de cabeça, né? Ela disse que não, mas...

E: Tá. No seu entender, o que teria levado o J. a ficar com problema?

Ah, eu não sei se é nervo, o que que é...porque ele... teve vários lugar que ele trabalhou, né? E apresentou problema, assim... foi quando eu me lembro... só que nessa época, não pensava que fosse problema, pensava que fosse verdade que ele falava.

E: O que que ele falava?

Então, ele falava, trabalho num lugar à noite, e reclamava que viu alguém assaltando e levando um carro embora. Depois na outra noite, disse que aqueles rapazes querem me matar. Ele começou. Daí teve que sair daquele serviço. Saiu. Então a gente mudamos

daquele lugar, por esse problema. Depois de novo, o lugar que a gente moramos, ali morava um homem que era guarda, então dizem que o bandido entrou, tomou a arma dele, né? E, nesse lugar ele também foi trabalhar, de guarda, no Uemura. Aí pronto. Começou a cismar que os homem iam entrar lá pra pegar a arma dele. Então foi quatro lugares que a gente mudou. Começou já tem uns quinze anos.

E: Quinze anos. Tá. E do Uemura foi procurar alguém que parece (ininteligível)?

É. No começo foi lá.

E: Ah, tá.

Não. A segunda vez.

E: A segunda, né? Porque a primeira foi lá quando ele tava da casa do guarda?

Isso. Ele trabalhava pro promotor, né? Ele trabalhava à noite na casa de um promotor. Então a gente mudamos de lá e foi quando ele foi de novo trabalhar no Uemura, né? Em outro lugar, em São Bernardo do Campo, a gente morava. Daí depois, de novo quando ele trabalhava na Caprioli. Daí de novo, ele começou. Mas, assim, falava, depois melhorava, né? Ele falava assim que alguém ia abrir o telhado, entrar e atirar na gente lá na cama. Falava várias coisas. Então eu vi que ele tava muito nervoso, muito irritado. Aí foi agravando, agravando, né? Eu pensei: Não sei o que passa, né? Acho que é problema de cabeça, que ele tem. É a única coisa que eu pensava. Então, ele... foi aí que ele foi, ele saiu da Caprioli por esse problema, de medo, né? Aí foi trabalhar, passou um tempo, ele melhorou, e ele foi trabalhar de porteiro. À noite, de novo, aqui em Campinas. E, depois, trabalhando à noite, ele começou a falar: Ah, o pessoal da Caprioli quer me matar. Começou a falar, né? Que tinha alguém perseguindo ele, e aí ficou ruim, ruim mesmo, muito nervoso. Toda noite ele falava: Qualquer dia eu vou e não volto mais pra casa. Então, como eu trabalhava a pé, um dia ele ficou mesmo, né? Aí o porteiro, o zelador do prédio, foi lá no prédio que eu trabalhava e falou, falou pra mim: Seu marido disse que não vai voltar lá pra casa, pra você ir buscar roupa dele, comida, né? E trazer pra ele, que ele vai ficar ali direto. Aí foi que eu falei: Pode deixar (Ri) que eu vou levar comida pra ele. Então

fui lá conversar com ele, tudo, né? Combinei com ele que eu ia em casa buscar roupa pra ele, aí eu falei se ele queria que chamasse uma ambulância, ele dizia que não, de jeito nenhum, né? Que ele tava bem, que aquilo lá era verdade. É isso que ele fala. Então, eu falei, então pode deixar que eu vou. Aí fui no prédio que eu trabalhava, tinha bastante médicos, né? Então eu conversei com uma médica, e ela falou assim que era algum problema grave que ele tem, né? E até mesmo que ele era meio fóbico, tinha alguma fobia, parece que ela falou isso. Então, ela falou assim: Pode deixar que eu mesmo vou chamar a ambulância, e ela mesma já chamou, já arrumou tudo, rapidinho veio, e ele entrou aqui na Unicamp.

E: Quando foi isso?

Foi dia 24 de janeiro, do ano passado. Vai fazer um ano.

E: Trouxe aqui e... daí como é que foi?

Aí começou... a primeira vez que passou já foi o Dr. A mesmo, e... aí ela já marcou outra consulta, né? Que foi lá no Pronto Socorro, foi direto lá. Então ela já marcou a outra, e foi ele que atendeu e foi ele que atendeu todo mundo.

E: No seu entender, então, é... o que você acha que levou ele a começar a ter esses problemas?

Ah, foi o ... o medo de ser morto, né? Acho que ele começou a pôr na cabeça que iam matar ele, ele via coisas acontecer, né? e... aí começou a pôr na cabeça, então (ininteligível) que ele trabalhou e lá, ele teve mais medo por isso, porque lá eles queriam bater, dá (ininteligível) e lá (ininteligível) e bateram bastante. (ininteligível)

E: Você acredita que seja uma doença de família?

Pode ser também porque na família dele tem. Então , podia ser também... a gente pensa em tudo, né? Pensa no casamento, (ininteligível) Então acho que teve acumulando e tinha época que ele ficava ruim mesmo com (ininteligível). Até guarda (ininteligível), sabe? Ainda tem que ficar dando bronca pra ele ficar quieto, sabe? Se a gente chama a atenção

dele, aí ele fica quietinho. (ininteligível). Ele me batia toda hora, sabe? Agora ele tá bem mais calmo, tá bom. **E: É, foi mudando?**

Mudou bastante.

E: Foi rápida a mudança?

Assim, devagar, conforme ele tava em tratamento, sabe? Mas agora ele só fala que pro serviço ele não volta mais, isso ele fala. Ele não parou de falar.

E: Como você vê, que a doença pode acometer tanto homem quanto mulher?

Acho que sim.

E: É? E você acha que tem alguma idade da vida da pessoa que... que possa ser mais afetada por ter algum problema, que tenha um perigo maior de ter a doença, o que você acha?

Eu não sei. Na minha família, ela tem dois jovens, né? Que eu acho que poderia, porque os jovens têm mais facilidade.

E: Por quê?

Ah, não sei porque não. Pelo modo do mundo de hoje, sabe? Então eles tão muito sem cabeça, os jovens de hoje, sabe? Muito desmiolado, eles fazem o que eles, o que eles querem, né? Então muitos deles, aí começa a enfrentar problemas demais daí começa a entrar em depressão, né?

E: Tá. Deixa eu ver se eu tô te entendendo: você acha que pros jovens talvez seja mais fácil... porque eles já estão naturalmente mais desajuizados e tem muitos problemas que muitos adultos entendem. Agora, ...problemas por falta de juízo, acha que a coisa pode se complicar?

Eu acho que sim.

E: É isso mesmo né? Eu só tô entendendo. A tua idéia, né? Ham, o que você acha que pode fazer melhorar essa doença? Melhorar o estado de saúde do J.?

Ah, eu... eu acho que ele tá melhor medicado. Acho que é o que a gente não pode, não tem grana pra isso. (Ri) Ir numa praia, num lugar sossegado, assim, né? Jogar uma bola, brincar, eu acho que... esquece bastante, né? Por que de vez em quando, a gente sai um pouco, né? Leva ele pra assistir um jogo, né?

E: E como é que é? Você sente que...

Ele gosta. É bem legal. Assim ver (ininteligível) bem de pertinho, ele gosta, sim.

E: e o que você acha que faz piorar?

Piorar, é ficar dentro de casa só pensando. É, porque ele não é muito de sair. Então quando ele sai, ele sai porque eu arrasto junto comigo. Então ele fica dentro de casa (ininteligível), sabe? Então ele fica só pensando num monte de coisas, ele não conversa com ninguém, pior pra ele. Que ele pode conversar bastante, que alivia.

E: Você... deixa eu ver o que acontece, você tenta... se deixar por ele mesmo, ele fica em casa, só pensando, né? Você tenta então entrar nesse jeitinho dele de funcionar e tirar ele um pouco de casa? É fácil fazer isso?

Não é porque ele não quer ir. Não quer. Ainda falo pra ele: Cê não vai? É ruim falar assim com ele assim. É duro a gente ter um marido que não quer sair com a gente, né? Pra ver se ele sai um pouquinho, né? (ininteligível) Então eu falo: Ó, você é marido meu, e não pode sair comigo, quanta mulher que sai, quanta gente! Às vezes as crianças sai fora, e ele não sai, né? Ai ele pega um e sai, né? Outro pega no pé dele, né? e fala vamo jogar bola? Aí acaba saindo. Nossa! Mas é difícil arrastar ele, viu? (Ri)

E: No seu entender, qual fosse acha que seria o melhor tratamento pra ele?

Como assim?

E: É, tratamento? Qual você acha que seria o melhor pra ele?

Remédio?

E: Pode ser. Remédio, você acha que remédio é um bom tratamento?

O remédio, na época que ele tava tomando mais, então ele tava desânimado. Tava bem desânimado. Era o (ininteligível), só que numa dose mais alta, né? então ele fica assim... fica assim esquecido, meio abobado. Mas agora a Dra. diminuiu um puquinho, e agora ele tá bem.

E: Você acha que então os remédios ajudam no tratamento?

É, falo assim que depois que ele tá tomando remédio, tá ajudando bastante.

E: Certo. Você acha que esse problema pode ser tratado de alguma outra maneira além da... da parte de medicação, de alguma outra coisa, alguma ajuda?

Não sei. Cê fala assim de um outro psiquiatra?

E: Num sei.

Ah, o que eu acho é que ele leve uma vida melhor. Do jeito que ele queria, né? Um pouco dele é que é artista. (Ri)

E: Que tipo de artista?

Cantor, né? Ele até começou um pouco, antes dele fica velho, ele ia gravar. Ele chegou a tirar carteirinha de... sei lá, até pode ser um pouco que ajudou, né? Porque eu não entendia o que ele queria. Então ele... chegou a tirar a carteirinha e ia gravar com um colega dele. Aí num chegou a gravar. Pode ser (ininteligível), mas eu acho que se ele saísse cantando, porque ele tava sempre com o violão na mão. Era a vida dele também, né? (Ri) Era o violão. Aí ele se esquece dos problemas...

E: E toca o violão, até hoje? Você... quando você acha que são os momentos mais difíceis de lidar com ele?

Ah, quando ele tá em casa, ele tando em casa. Porque o problema dele, o medo dele é assim: Ele acorda à noite e aí ele fala: Tem alguém na porta. Tem alguém na porta e vai entrar! Aí ele quer que eu vá ajudar ele a ficar segurando a porta, `a noite, assim: Tem

alguém na porta, me ajuda aqui!... Outra vez tinha no banheiro, entrando assim. Disse que a luz tava acesa, mas não tem. Então isso aí fica difícil.

E: Você acha que com esse problema ele consegue levar uma vida normal?

Uma vida normal....

E: De uma pessoa normal...

Ele não consegue por causa do medo, de sair de casa pra ir trabalhar, né? Se ele encontra uma pessoa na rua, ele fala: Esse aí vai me matar, né? É isso que ele fala.

E: Ah, tá. Se atrapalha então?

É. Mesmo que ele nunca viu a pessoa, ele fala: Aquele ali quer me matar. Então é difícil, né? E quantas vezes (ininteligível).

E: O convívio com você também mudou?

Não, não. Só quando ele tava muito irritado, que ele não queria nem conversa! Então, mas ele é muito amoroso, sabe. Quando assim, ele está mais controlado, ele é muito amoroso, muito bonzinho. Trata bem os filhos, ele só trata mal quando ele tá mesmo na crise mesmo! (Ri) Ai.

E: No seu entender, tem cura essa doença?

Ah, acho que cura não, viu? Só um novo mesmo!

E: Só um novo mesmo?

É. (Ri) Só.

E: Que as outras coisas serão perfeitas!

(Risos)

E: Como é que você acha que vai ficar a vida dele daqui pra frente?

Ah, eu acho que fica assim, tem essas melhoras e pioras. É o que eu imagino. Entendeu? Porque se isso é um grande problema na mente dele, é difícil tirar, né? Porque ele fala direto: Eu não volto a trabalhar naquele serviço! Então não é o (ininteligível). Entendeu? Então, ele já saiu por causa desse problema. Então ele fala...

E: Até começa...

É, ele vai bem.

E: Depois com o tempo, ele passa a (ininteligível) e já não agüenta mais, né?

Ham, ham, então é difícil, né? Porque um pai de família parado... apesar de que com os meus quebra-galho, vou me virando...

E: Na tua cabeça então, o futuro devido a esse doença da cabeça dele é que você, então vai tratá-lo a vida inteira?

É.

E: Vai ter uma (ininteligível)

É, e eu tenho que ter muita paciência, né? Pra saber levar ele, cuidar dele, porque ... para mim é como uma criança!

E: Ele não era nada parecido com isso? Antes, quando você conheceu ele?

Não, não.

E: Você acha que começou devagarzinho, ou já tinha alguma coisa assim diferente?

Acho que foi devagar mesmo.

E: É?

Porque ele foi piorando devagar.

E: Tá certo. Foi difícil?

Olha, no começo eu achava que era coisa da cabeça dele, né? Então não ligava muito, e depois, isso tem bem cinco anos que começou é... a ficar mais forte, né? e ele falava com mais frequência. Então, aquilo me abalava, ficava irritada com ele. Então teve a entrevista, né? Porque não adianta, ele vai ficar nervoso, eu também vou, vai ficar pior, né? Então eu deixava. Deixava ele falando sózinho, nunca na vida eu deixei ele, sabe? Quer brigar, briga sózinho. Então deixava ele.

E: E ele acalmou com o (ininteligível)?

É, ele acalmou.

E: E aí você achou que ia acabar quando ele fosse (ininteligível), achou alguma coisa assim?

Não, não.

Dados Clínicos do respectivo paciente (do prontuário e informações da equipe)

Diagnóstico nosológico (CID-10)	Esquizofrenia paranóide
Tempo de história e de modo de início e de evolução	Há 8 meses. Por surto. Abrupto.
Medicamentos utilizados anteriormente e em uso	Haldol 10mg/d Akineton 4mg/d
Internações	01. Há 15 dias atrás até presente data. Enfermaria de Psiquiatria do HC da Unicamp
Psicoterapia e outras abordagens recebidas	Não
Comprometimento do desempenho de papéis	Marcadamente doente (GAS)

I - Dados bio-demográficos do entrevistado

Iniciais do nome	JES
Sexo	masculino
Idade	31
Procedência	Jussara, GO
Naturalidade	Arceburgo, MG
Grau de escolaridade	2.o grau completo em Contabilidade
Estado Civil / Situação conjugal	solteiro
Grau de parentesco/relação com paciente	Irmão
Profissão / ocupação	pecuária
Religião / práticas religiosas	católica romana
Antecedentes psicológicos / psiquiátricos pessoais	nenhum
Outros casos psiquiátricos na família? Quem?	nenhum
Composição familiar / quem mora na casa.	pai, mãe, entrevistado e o paciente

E: Você sabe o nome dado a essa doença? Do problema de saúde do Z.P.?

Olha tem uns... ao certo até agora não sei não.

E: Não?

Não.

E: Nunca ninguém lhe falou, nenhum médico?

Não, igual ele já fez tratamento lá em Goiânia, e eu assim certinho... eles falam na linguagem deles lá... esquisito...

E: Não dá pra entender.

É.

E: Não dá pra entender o nome da doença, né?

É

E: E lá ele fez tratamento foi... foi uma vez só, chegou a ficar internado?

Foi internado, é.

E: Uma vez?

Uma vez só.

E: Uma vez só. Quantos anos ele tinha?

Ah... ele deveria ter uns vinte e quatro anos...

E: Vinte e quatro anos. Isso faz quantos anos?

Uns seis, né, faz oito anos.

E: É. E nessa época ele tava morando lá na sua casa?

Nessa época ele tava morando em casa.

E: Tá certo. No teu entender, o que você acha que levou ele a ficar doente?

O Z.P.?

E: É.

Ói, assim, eu acho que ele teve assim um, um, uma certa ansiedade muito grande, sabe? Ele tinha assim, muita vontade de fazer alguma coisa...no caso dele era de estudar, né? E, e ele tentou fazer isso, né? Ele foi pra Curitiba, né, e lá ele ficou uns tempo lá e, inclusive, quando ele apareceu doente foi lá, né? E aí ele começou a vir pra cá, e começou a ficar sem rumo na vida, né? Aí ele morava lá, mas, depois a gente foi saber, dormia pra rua, andava pra rua. Então, eu acho assim, não sei explicar direito, mas pelo que eu sei, ele teve essa ansiedade muito grande e, e, acho que sentiu muita dificuldade na vida, né? Acho que talvez pode ter acarretado esse problema pra ele.

E: Sei. Tá bom. Pra me ajudar a entender. No seu entender, você acha que foi a ansiedade dele de querer estudar...

É isso que a enfermeira falou pra mim, né? Quando ele formou aqui em Mocóca, ele fez eletrotécnica aqui, ele, ele tinha um sonho doido. De se formar, né? De estudar e se formar.

E: O que ele queria?

Ele queria fazer engenharia, né?

E: Engenharia?

É.

E: E o técnico?

Não. É eletrônica.

E: Eletrônica?

É.

E: Tá. E daí ele não conseguiu...

É, ele foi pra lá, pra fazer cursinho, né? Pra... mas as condições do meu pai, pra poder ajudar ele, sempre foi ruim demais, né? É, ele ficou muito sozinho pra lá. Então, inclusive, eu fui lá agora, buscar ele, eu nunca nem tive lá em Curitiba. Ninguém da minha família nem conhece lá.

E: Curitiba?

É.

E: Quer dizer que ele esteve em Curitiba também?

Ele foi pra lá, fazer cursinho...pra tentar fazer faculdade lá.

E: E, por que Curitiba, se ele tava, vocês tavam em Mococa antes, né?

É.

E: Fez o colegial lá em Mococa, né, foi isso?

Pelo que eu sei, assim, ele sempre teve um problema assim, às vezes tinha faculdade, mas às vezes era de, de dia, né? E ele não podia, ele tinha que trabalhar, né? Então ele foi pra lá, porque parece que lá dava mais certo pra ele. Que era à noite, ele trabalhava durante o dia e estudava. Pelo que eu sei, foi isso.

E: Certo. Vocês mudaram muito de cidade, né? Pelo jeito, né? Mais ele, principalmente.

Ele mais, né. Porque a gente saiu daqui faz uns quinze anos, né, e foi pra, pra Goiás.

E: E ele foi junto?

Isso, foi junto. Aí ele ficou um tempo lá, não sei quantos anos não. Aí ele fez segundo grau lá, né, aí veio pra Mococa fazer eletrotécnica. E de Mococa foi pra Curitiba. Foi ele, lá que ele apareceu com esse problema.

E: De Curitiba, que faz uns dois anos, né?

É, dois anos e meio, por aí.

E: No seu entender, você acha que essa doença pode acontecer tanto com homem quanto com mulher, ou você acha que tem mais com um do que com outro?

Ah, isso aí eu não sei falar, não.

E: Tá. Você acha tem alguma idade mais perigosa pra ficar com essa doença?

Não, eu já vi assim, comentários que esse problema dele apareceu, é, é, já nasce com ele, depois aparece com a idade, e quanto mais idade, é mais fácil é pra tratar da doença, mas...

E: Esse comentário, você lembra de quem, de quem ouviu comentando...

Lembro, de uma irmã minha.

E: De uma irmã tua?

É. Tenho duas irmã... Tenho uma irmã em São Paulo. Nós é dez irmão.

E: Dez irmão? Nossa! Perde até as conta, então... (Risadas)

É (rindo)

E: Ele é o mais novo?

Ele é o caçula.

E: E você? Que número você é?

Eu sou, no caso, tem ele, duas irmãs, depois eu, debaixo pra cima.

E: Ele, duas irmãs, você. Ah, tá. Então você deve ser o sexto?

Eu sou o sexto.

E: (Tosse) No seu entender, o que você acha que ajuda a melhorar esse problema?

Do Z.P.?

E: É.

Olha, o Z.P. eu acho que tem, tem assim, tem umas coisa muito importante pro Z.P.. Primeiro, é dele se sentir assim, muito apoiado, ele se sente assim, mais tranquilo, sabe? É, é, alguém se preocupando com ele, alguém cuidando dele, ele sente mais tranquilo. E depois, ele parece assim, é, é, as coisa tem que tá dando muito certo pra ele, porque se não tiver dando certo pra ele, no trabalho, assim, ele começa a ficar pior.

E: Tá. E você sente que faltou esse cuidado que ele precisa? De alguma maneira? O que você acha?

Não. Quando, igual ele tava pra Curitiba, eu acho que fal, que faltou cuidado, mais que poderia, que tivesse falt, faltado pra ele, foi o, o financeiro, né? Talvez lá, ele teve problema financeiro, num conseguiu, sentiu que não ia conseguir o que ele queria, né? Então eu acho que isso poderia ter ocasionado, né.

E: Então você tá vendo assim, que, é, são duas coisa basicamente que, ham, que atrapalham ele, né? Que é a falta de cuidado, e a falta de dinheiro. E acho que o que pegou mais em Curitiba foi a falta de, do dinheiro. É, do dinheiro.

E: Tá legal. Então você acha que pra melhorar esse problema, o que precisaria acontecer com ele?

Olha, eu acho assim, o Z.P., por exemplo, pelo que eu convivo com ele assim, eu acho que se ele fosse uma pessoa que tivesse é, condições assim, de ter um trabalho, de ter alguém junto com ele, pra tomar remédio, conversar com ele bastante, entender ele, eu acho que ele daria pra ficar bom mesmo...pra ele até... Porque a gente tenta, cê entendeu? Só que ele é assim: Ele exige muito da pessoa com ele, ele é assim, tem... conversa muito com a gente, é... quer saber muito, entendeu? Ele quer saber seu ponto de vista, se é certo, se é errado pra ele...

E: Sei. Então você falou assim: de uma pessoa pra estar sempre com ele, que cuidasse dele e tal. Que ajudasse ele a tomar o medica... O remédio também é importante? Pra ele melhorar?

É, pelo assim, é, de quando ele veio de Curitiba pra cá, o remédio ajudou ele muito, viu? Pareceu que ajudou.

E: Certo. Você colocaria os remédios como uma forma de tratamento? Desse problema?

Eu colocaria.

E: Certo. Sente que deu uma melhorada boa...com o remédio

É, deu uma melhorada boa, é.

E: E quando ele não tomava o remédio, como é que era? O que acontecia, como é que ele ficava?

Olha o Z.P., assim, normalmente, tomando ou não tomando o remédio ele tem esse tipo de problema, entendeu? Ele fica uma pessoa assim, é... muitas vezes, quando ele tá bom, ele é bom, ele é seu amigo, entendeu? Ele te ajuda, ele sente que você é amigo dele, e quando ele não tá bom, ele se torna um inimigo pra ele. Tá entendendo? Ele desconfia de você, te maltrata, ele, ele só quer ficar longe de você. Ele acha que você é um inimigo pra ele.

E: Ele acha que você tá travando alguma coisa com ele?

Travando alguma coisa com ele, querendo acaba com a vida dele, ou tirar um... trabalho que ele tem, um serviço que ele tem, ele é assim, desse tipo.

E: Entendi. Você acha que fora os remédios pra tratamento, você acha que tem algum outro tratamento que pode ajudar?

O Z.P.?

E: É.

Olha, eu acho que o Z.P. se ele tivesse uma pessoa assim, pra ficar muito tempo com ele, entendeu? Eu acho assim, o tempo dele todo, é... sempre conversando com ele, sempre explicando pra ele, eu acho que melhora muito. Porque a gente pergunta, ele, esses vinte dias agora a gente tá junto, entendeu? Eu tenho conversado muito com ele. Tem horas que tem problema, mas tem horas que a gente conversa assim, sente que ele melhora.

E: Ele nunca passou por psicólogo, tratamento psicológico, só o tratamento com remédio, mesmo, né?

Não, lá em Goiás, ele tem tratamento com psicólogo.

E: Com psicólogo?

É.

E: E ele ia lá? Como é que era esse tratamento?

Começou assim, né, ele, quando ele ficou ruim a gente levou pra lá. E lá, eu levei ele em Goiânia, aí o médico tratou dele uns tempo, ambula, no ambulatório. Aí depois, esse é o cartão. [Pausa] Aí ele fez uns tempo ambulatorial, né, tratamento. Aí, mas ele não apresentava assim, muita melhora, nada, aí internou ele. Ele ficou treze dias internado.

E: Certo. Era médico que atendia ele, ou era psicólogo?

Era psicólogo.

E: Era psicólogo? Então, o psicólogo não dava remédio pra ele?

Dava.

E: Dava?

Dava.

E: Ah, tá. Quando é que é difícil de lidar com ele em casa? Ói... igual em Goiás, por exemplo, eu tive muito problema assim, de... lá ele tinha problema não, assim, de ele chegou a ficar quase vinte e quatro horas, só querendo ir embora, entendeu, e fugia, então lá ele, ele ficava difícil. Ele só fugia, ele praticamente, ele veio embora pra cá, ele foi por esse problema, fugir, entendeu? Largar a casa, largar tudo e ir embora.

E: Ele veio pra cá desse jeito? Bravo?

Não. Aí, levou um tempo, ele foi melhorando, a gente sentiu que ele deu uma melhorada, né? Aí meu pai deixou ele vir, consentiu dele vir pra cá, né.

E: Ele tomava remédio?

Lá ele tomava, mas aqui ele não tá tomando...

E: Não tomou.

Toma assim, hoje, depois não toma mais...

E: Ah, tá. Não é uma coisa...Quando ele ficou doente pela primeira vez, eu acho que vocês não tavam esperando, né? ele ficar assim...

Não...

E: ...de perseguição, como você contou, de achar que as pessoas estão tramando alguma coisa contra ele, né? O que chegam a pensar? O que você chegou a pensar, né, o que era que tava acontecendo com ele?

Uai, assim, eu não me lembro direito, não, né. Mas eu sei que quando ele chegou lá, a Fá, os meus irmão aqui, devido a maneira dele agir, tem hora que ele age bem, né? Norm, quase normal, né, não é normal, mas quase normal. Achava até que nem era doente nada. Aí o pessoal foi comentando e meu pai foi ouvindo, então um tio meu pegou e levou ele pra lá. Então quando ele chegou lá, eu achei que ele tava era doido. Pela maneira como ele chegou e agiu lá na hora, né, eu achei que ele tava doido. Daquele jeito.

E: Tá. Que ele tava doido, era assim, você achava que era problema, que era problema médico? Que tratava com a medicina?

Não, assim desde que ele chegou lá, a gente assim, pelo que eu vi, mais ou menos eu sabia que era psiquiátrico, né, inclusive, fui eu mesmo que tomei a iniciativa de arrumar um médico pra levar ele.

E: Entendi. Tinha médico lá?

Não em Goiânia.

E: Em Goiânia.

Nunca tratou em (ininteligível), só em Goiânia.

E: Quanto tempo que dá até Goiânia?

É, duas horas e meia.

E: De carro.

De carro.

E: O momento mais difícil de lidar com ele então, é quando ele fica ruim, em casa?

É, ele fica ruim, ele se afasta da família. Ele quer fugir.

E: Você acha que ele vai conseguir ter uma vida normal, no futuro? Como é que você acha que... poder se casar, trabalhar, como é que você acha?

Ah, eu acho que ele ainda futuramente ainda vai ter uma vida normal. Não 100%. Mas eu penso que ele pode ter chance de ter uma vida normal.

E: Alguém já falou, algum médico já falou que ele vai ter uma vida normal...

Já falou.

E: Você acha que essa doença tem cura ou não?

Não, ele falou que não tem cura. Mas, se tomar o remédio certo, pode trabalhar perfeitamente, pode ter uma vida normal.

E: Bom, daqui pra frente, então, você acha que ele vai, tende a melhorar até pode voltar a ter uma atividade de trabalho, né?

É. Eu achava uma pergunta estranha, sabe porque, hoje não, hoje ele tá assim bem mais, tem mais contato com o pai e a mãe, mas quando ele só tava doente, parecia que ele não conhecia nem o pai e mãe, parecia que pra ele era tudo igual.

E: Tava confuso?

É, tudo era, pai e a mãe, tratava eu, por exemplo, tratava eu, ele, papai e mamãe, era uma coisa só.

E: Frio?

É, frio, o pai podia tá chorando, desesperado com ele, ele não se importava não!

E: Tá legal. Deixa eu ver se ficou alguma coisa pra trás...Não tá tudo aqui. Tem alguma coisa que você acha importante que você lembrou, que queria falar e não falou?

Não, eu acho que é só isso mesmo.

E: Então é isso aí! [encerrando a entrevista]

Dados Clínicos do respectivo paciente (do prontuário e informações da equipe)

Diagnóstico nosológico (CID-10)	Esquizofrenia paranóide
Tempo de história e de modo de início e de evolução	Há 8 meses. Por surto. Abrupto.
Medicamentos utilizados anteriormente e em uso	Haldol 10mg/d Akineton 4mg/d
Internações	01. Há 15 dias atrás até presente data. Enfermaria de Psiquiatria do HC da Unicamp
Psicoterapia e outras abordagens recebidas	Não
Comprometimento do desempenho de papéis	Marcadamente doente (GAS)

Iniciais do nome	M. J. S.
Sexo	Feminino
Idade	34 anos
Cidade em que reside	Hortolândia
Procedência	Andradina
Naturalidade	Andradina
Grau de escolaridade	Colegial completo
Estado Civil/Situação conjugal	solteira
Grau de parentesco/relação com paciente	irmã
Profissão/ocupação	digitadora de banco desempregada
Religião/práticas religiosas	Congregação Cristã
Outros casos psiquiátricos na família? Quem?	não
Composição familiar/quem mora na casa.	mãe de 76 anos, MJS e paciente

Etapa preliminar à entrevista

Estava assentada na recepção ao lado de um outro paciente que tinha uma tosse nervosa que chamava a atenção de todos. Ao ser chamada, levanta-se prontamente como que aliviada por poder sair do lado dele. Entra muito tensa na sala afirmando que nunca tinha visto tal coisa e que os médicos deveriam atendê-lo logo pois estava se afogando. Acalmo-a dizendo que não está passando despercebido e que o médico encarregado do caso com certeza já devia estar ciente. Me pergunta o que eu acho que é o problema dele e respondo que não acompanho o caso não sabendo responder se se trata de um problema respiratório mas que desconfio que seja de origem mental.

Ao expor a natureza daquele encontro, ouve muito desconfiadamente dando a impressão que ia se recusar a participar. Tive que enfatizar várias vezes as medidas tomadas de preservação da identidade e a desvinculação daquele momento com o tratamento do paciente. MJS pede que não figure o nome ou quaisquer outros dados que possam identificá-la, quando da publicação, pois receia a reação dos membros de sua igreja mas evita explicar o porquê. Se mostra realmente mais tranquila e disposta quando lhe forneço uma cópia do termo de consentimento de participação na pesquisa para levar para sua casa.

E: Você sabe o nome da doença?

Não.

E: Não lembra de ter perguntado?

Não. Nunca perguntei. Não sei. Ele era meio... a minha mãe conta, né, que ele tinha um problema quando era criança... ele balançava... sabe quando dorme e balança? Ele quase morreu! Só que muito tempo... não sei o que pode ter feito. Ele quase morreu! diz que foi um leite estragado que deram.. minha mãe que deu e disso começou mexer na mente: ele era uma criança nervosa, que ele fazia os brinquedinhos dele e se a vizinha tivesse olhando ele falava que não estava dando certo porque a vizinha estava olhando. Então ele já era meio assim...

E: desconfiado, né?

É! desconfiado. Com a idade de 5 anos ele já era assim, quando brincava no quintal e era nervosinho e a gente gostava de brincar com ele, assim... e ele corria atrás de nós... era bem nervoso: vermelhinho, ele vermelhava rapidinho. [E tenta resumir] Ah não, o leite foi quando ele era neném, lá quando nos primeiros meses que eu daí não sei como que a minha mãe conta, que minha mãe é que conhece mais essa parte. Que aí levaram ele para o hospital né, e aí foi que consegui né e não deu problema nenhum e ele ficou uma criança normal. Depois ele só cresceu nervoso: brincava, e queria esconder a bicicleta porque a vizinha... se a vizinha tivesse conversando com outra no quintal e ele tivesse brincando e não dava certo o caminhãozinho dele lá, a roda lá, ele falava que era por causa da vizinha que estava olhando. Então ela falava: “não, isso não. Imagina!”

E: “Acredita que a doença pode ser herdada, de pais para filhos?”

Não. Acho que não porque ninguém teve, né?

Isso.

E.: Você já chegou a ver?

Ah, minha mãe conta, né, foi internado... tem pessoas igual ali perto com os mesmos sintomas. [E. pergunta quantas vezes foi internado e o porquê] Acho que ele chegou a ficar paralisado, o corpo todo... acho que foi isso.

E.: O que vocês chegaram a pensar que era quando isso aconteceu?

Ah, a gente não pensou nada. A gente chamou uma vizinha que encaminhou, né, e aí depois ele já foi internado e aí passou... não sei... é que tem um lugar aí em Campinas, não sei... é a minha mãe que mexeu muito com isso, e levaram ele e foi aí que ele já ficou internado, que ele começou a tomar os remédios, ele não tomava.

E. Faz quanto tempo que foi a primeira crise?

Tem uns 15 anos atrás. Mais ou menos.

Eu acho, eu acho que em particular é difícil. É uma parte que mexe com a mente que... se fosse pelo remédio dele, ele tomou muito remédio no hospital. Pensávamos que

ele veio bonzinho, né? é que, o que acontece com ele é ouvir vozes, e ouvir vozes ele melhorou bem. Ele toma o remédio e ele melhorou bem, mas... eu acho que não tem nada que resolve. Eu acho que essa parte já é... com respeito a todos os médicos, né?... acho que essa parte é mais assim, mais espiritual: é uma parte para a outra parte... porque você dá remédio, né, e se fosse para parar, já ouve conversa, já conversaram, acho que os psiquiatras conversa tudo, não sei... e tomar remédio mas nunca sai porque quando é de noite converso com ele “você tá ouvindo?” “Estou ouvindo!” Eu não acho que o remédio vai ficar resolvendo, né? Ele ajuda a dormir, né? Agora, aquelas perguntas que estão na mente, eu já não acho que saia assim com remédio não.. acho que é mais assim, que é mais por Deus. Acho que já é uma parte assim... claro que os médicos ajudam dando remédios porque aí ele dorme, ele dorme, e aí quando ele dorme descansa a mente né? mas quando ele acorda, volta tudo de novo. Você vê: 15 anos! tomando o remédio sem parar!

E: Você acha que tem outras maneiras de ajudar o paciente a melhorar?

Eu percebo que conversando com ele, ele esquece [...] Ele conversa normal com a pessoa. Se você fala de conversar com ele, qualquer pessoa fala de conversar com ele (porque ele é uma pessoa sozinho) acho que tem que haver diálogo, estar conversando ali, né, porque eu acho que hoje ninguém tem tempo mas eu acho que tem que haver diálogo ali, porque conversando com ele, ele conversa normal, ele conversa normal. Parou de conversar com ele, pode considerar que ele já está sozinho... a gente já está ali... é que acho que distrai, acho que ajuda. Tem que ficar conversando muito com ele assim... Alguma coisa que você reclama com ele, ele fica nervoso. Ele vem reclamar. Uma pessoa assim a gente não pode deixar fazer o que quer. Ele é como criança né. Aliás, acho que é um pouco pior do que a criança porque a criança você fala: “Olha, não abre a geladeira... Não faz isso.... Você entra no banheiro, você apaga a luz, você não faz a sujeira” e ele não: você conversa com ele... Olha, porque se você deixar, porque o que você comprar, é esquisito, porque você pode comprar uma banana - uma dúzia - ... Se deixar, ele come tudo de uma vez! Então você faz a compra, na sua geladeira e você tem que falar para ele: “Olha, não come isso; isso aqui não é pra você, você come aquilo. Vai devagar, tá?” É a mesma coisa que não falar nada! Ou você fala assim para ele à noite: “Olha, não levanta muito, não me acende a luz, não suja o banheiro” é a mesma coisa que você falar para ele

“acende a luz, suje o banheiro, abre a geladeira, come tudo” (ri) Olha, para você ver: tem horas que minha mãe sossegada, então vem cá, é: “Se você deixar na mesa, ele vai ficar gordo”. Um dia ele comprou queijo, ele fala para mim: “Chegou dinheiro, MJS, se você quiser comer todo o queijo, pode comer” E eu falo para ele: “É, se der tempo, eu até como” porque vai embora, ele até acaba. Então, quando você compra as coisas tem que falar: “Olha, está aqui dentro. Só que quando você quiser, você pede” - porque a gente sabe o comportamento que ele tem, né? “Você pede que nós vamos dar para você”. Porque, se deixar, quando você olha, não tem mais nada! Tem hora que fica mais difícil até para você sair... quando eu saio tenho que deixar tudo trancado porque os muros são altos, em casa, tudo com cadeado... porque ele é mansinho demais e as pessoas lá fora aproveitam da bondade dele que é uma pessoa perturbada e que você já vê que ele é doente. E isso o povo aproveita lá fora porque ele fuma, tem o cigarro dele, e naquilo que ele sai lá fora, ele sai com o rádio dele lá fora, tal, pode passar um marginal, alguma coisa, roubar o rádio e que vai fazer uma pessoa dessa? E tal e tal: “Dá um cigarro aí, ôi” “Toma!” Se pagou ou não, ele vai te arrumar! Não sou dona da Souza Cruz para... Então, você tem que tomar cuidado... é mais difícil. Ali dentro, tem que ficar tomando cuidado para ele não sair, não emprestar a bicicleta dele - porque ele incrementa toda a bicicletinha dele para os outros levarem depois. Você não pode deixar ele sair muito, e dentro de casa, assim, à noite, você diz: “Desliga a luz! Apaga a luz!” - e ele acende todas as luzes... e depois ele vai no banheiro e fica lá dentro. Aí ele fica! E, às vezes, tenho que mandar: “Sai do banheiro!” tem que mandar sair. Então, quer dizer, ele dá esse trabalho. E você pensa que não? Isso também é... tem hora que a gente está no dia a dia da gente, está na nossa situação, tá nervoso, agitado, aquilo deixa a gente sem paciência porque é um tempo que vence: É o dia? Não é o dia! - é a esperança. E tem hora que a esperança... Minha mãe, que cuida dele, teve que sair para descansar um pouco. Por quê? porque cuidar de uma pessoa perturbada é duro! Porque a criança você conversa com ela e ela entende! E um perturbado, ele não! Você fala: “Olha, eu vou sair e você não mexe nada lá, não” “Tá bom”. Você chega, ele já mexeu... não pode sair e deixar ele sentado no sofá da sala, assim, fumando... senão ele queima. Ela fala: “Olha, para você fumar não é para você ir na área...” (não ficar na área lá fora ou ficar lá no quarto dele) Ele queima tudo! Minha mãe já comprou bastante coberta e ele queima tudo! Colchão, queima tudo! Ele põe o cinzeiro,

olha o trabalho!... ele põe o cinzeiro em cima do peito... pode ver o cheiro: o cheiro dele do corpo é de cigarro, misturado com ... Até hoje de manhã: “Você está com cheiro de mofo, que Deus me livre!” Não é!... é cobre!... cobre o cinzeiro apagado por dentro!... é um perigo! Alcool, se deixar, ele passa no corpo todo. Perfume, ele joga no nariz, ele joga na boca; se deixar, ele taca no rosto. Perfume que é passado debaixo do braço, ele passa no rosto. Então é essa dificuldade que a gente tem dentro de casa no dia a dia.

E: Você acredita que ele um dia vai conseguir se casar...?

Só por Deus!

E: E ter ir trabalhar normalmente?

Trabalhar, você vê... ele era pedreiro antes, [ruídos do ambiente que encobrem a voz] Ele trabalha, só que quando ele vai fazer um serviço, eu pelo menos não tenho paciência para pôr ele para fazer uma coisa em casa porque lá está em construção e eu não tenho paciência porque ele faz uma massa e pára. Ele faz uma massa de manhã, ele pára para tomar café, depois ele pára para descansar, conversa um pouquinho sozinho... Isso a massa fica 1, 2, 3, 4 horas e aí ele volta. Isto é, ele começa de manhã e aí vai acabar com a massa 4 horas. Às 6 horas da tarde, está pronta a massa outra vez. Agora o problema é esse: as pessoas têm que ter paciência mas ele não tem chance de trabalhar para ninguém, não tem condições de estar trabalhando para ninguém. Tem um homem lá que gosta dele... “Vem fazer um murinho” Mesmo assim, eu a minha mãe nós não gostamos muito. Porque a pessoa vai, ele faz o murinho... pode aproveitar, ver a situação e mandar ele fazer mais coisas. Ele faz conversando ali... ele faz... só não sei como a pessoa vai gostar do serviço dele. Como que uma pessoa que fica conversando sozinha faz o serviço?... ela distrai, acho. Ele faz uma coisinha ou outra que um lá ou outro pede. Mas eu vejo que ele tem desejo de trabalhar; que ele fica no bairro todinho perguntando: “Você tem serviço? Você tem alguma coisa para fazer?” Você deixa ele sair e já começa! Mas nós não deixamos porque não há condição, pela perturbação. Ele chega em casa, e ele chega no portão e ele já entra conversando... aí sim! aí ele conversa sem parar [algumas palavras ininteligíveis]. Como eu falei para o doutor ali: a gente põe ele para limpar o carro de vez em quando, põe

para ele dar uma varridinha na área. Mas na maioria das vezes ele fica com o rádio, não tirando o rádio está bom.

E: Acha que essa doença que ele sofre tem cura?

Só por Deus. Se fosse um câncer nós falaríamos que poderia, com remédio. Se fosse um estômago nós falaríamos que opera.

E: Como você acha que vai ficar o futuro dele?

Olha, vou falar para você: o futuro dele está nas mãos de Deus. Se não fosse por Deus (a gente fala de ver a experiência de muitos de já onde ele ficou internado) já até teve quem foi levado à morte: tem um que se enforcou perto dele... então eu acho que... por Deus.

Dados Clínicos do respectivo paciente (do prontuário e informações da equipe)

Diagnóstico nosológico (CID-10)	Esquizofrenia paranóide
Tempo de história e de modo de início e de evolução	
Medicamentos utilizados anteriormente e em uso	Antes: Stelaxine, Haldol, Doxamine, Akineton Hoje: Stalaxine
Internações	02
Psicoterapia e outras abordagens recebidas	Não
Comprometimento do desempenho de papéis	Acentuado

Iniciais do nome	N. B. P.
Sexo	Feminino
Idade	61 anos
Cidade em que reside	Indaiatuba
Procedência	Indaiatuba
Naturalidade	Indaiatuba
Grau de escolaridade	1.a série primária
Estado Civil/Situação conjugal	Casada há 36 anos
Grau de parentesco/relação com paciente	Mãe adotiva desde 10 dias de vida do paciente
Profissão/ocupação	Dona de casa
Religião/práticas religiosas	Católica
Outros casos psiquiátricos na família? Quem?	Não
Composição familiar/quem mora na casa.	NBP, marido e paciente (mãe de NBP passa temporadas com eles)

Etapa preliminar à entrevista

Foi muito solícita ao pedido de participar da entrevista. Sua conduta era serena e sua verbalização clara. Parecia já estar habituada ao ambiente hospitalar e nem se importou com ruídos alto de um paciente do lado de fora da sala.

E: Você sabe o nome dado à essa doença?

Esquizofrenia

E: Quem foi que lhe falou?

Olha, a primeira vez que estive aqui... não sei se foi do seu tempo, se o senhor se lembra, foi na... na... na Barreto Leme eu tratei dele lá, mas foi, primeiro que o médico me falou na... foi na... Senhoras Católicas, onde tinha consulta e ele estava com 14 anos. É no centro, no centro. Lá foi a primeira consulta que eu vim de Indaiatuba como ele começou a me dar muito.... aliás, sempre... Devo começar desde o comecinho, desde pequeno? [E. responde que pode começar de onde achar melhor] Então, ...ele começou de pequeno já com 6 aninhos ele foi para o parquinho infantil e nessa época eu morava em São Caetano e foi para o parquinho porque tentei colocar parquinho [...]. E lá, ele era um menino muito quietinho, sabe assim, a criança comia o lanche dele, ele só chorava, ficava todo roxo, sabe, quando a professora chegava perto. Aí a professora me chamou e falou: “Olha, o P. está com esse problema sério”. Até então, a gente não sabia nada. Porque ele era

fisicamente normal, né, então aí teve dentista lá e o dentista foi examinar a boca dele e não conseguiu de jeito nenhum. Aí o dentista também me chamou e falou: “Olha, era melhor a senhora procurar já um tratamento para o P. que ele vai ser um menino-problema”. E daí para cá eu comecei tratar, né? Naquela época eu já procurei psiquiatra...

E. Quantos anos ele tinha?

Ele estava com 6 anos para 7. Aí, com 7 anos ele foi para escola, no primeiro aninho. Aí, foi a... a tristeza mesmo, porque ele não conseguia acompanhar e ele ficava todinho roxo. E a professora ia falar com ele e ele roxeava tudo. Foi assim uma tristeza! E eu comecei naquela época levar, a estar com psiquiatra. Naquela época eu morava em São Caetano. Tratava dele lá no INPS da Rua São Caetan... da Rua Santo Antônio, lá de São Paulo... Foi assim e é assim até hoje! Começou naquela época.

E.: A sra. ouviu o nome da doença desde o começo do tratamento?

Não, não, não... aí, nessa aí, eu fui tratando... nessa época ele já tinha 7 aninhos, né? Dava os remedinhos, tratava com psiquiatra, tratava com psicólogo e ele foi crescendo e o trabalho na escola aumentando, né. Cada ano na escola era 2-3 anos. Aí até que ele passou para uma classe especial... e na classe especial ele saiu da escola com 15 anos: não quis mais classe especial e não tirou diploma, e tem só até a 3.a série... Ele aprendeu a ler e escrever, tudo direitinho. E, nessa épo... foi passando os anos, certo?. E aí quando eu fui para Indaiatuba, ele estava com 11 anos. E aí passou 2 meses que eu vim de lá para cá, e aí eu falei: “Ah, quem sabe agora mudou psiquiatra, quem sabe ele até melhora, né?”... sei lá, não dei medicamento para ele. Já que parou assim, eu falei: “Vou esperar um pouco”. Aí ele foi para a escola e voltou tudo de novo o problema dele. Ficou uns poucos meses sem medicamento assim, uns 4 meses. Aí comecei tudo de novo e como eu estava morando em Indaiatuba levei no hospital, me encaminharam lá, e o hospital me mandou para cá, para Campinas, e eu fui para as Senhoras Católicas (não sei se era Senhoras Católicas mesmo, lá era tudo consulta de psiquiatra; não sei mais porque estava construindo aqui ainda, não estava funcionando ainda, uma coisa assim e depois eu passei para cá). Aí, lá foi um médico muito bom e logo na primeira consulta, não, em diversas consultas e daí eu trouxe o encaminhamento de lá... Dr. E. (não me lembro do nome, me lembro do primeiro nome),

ele que consultou o P., e depois ele mandou o P. sair e ficar lá fora e conversou comigo e falou e ele me deu uma explicação que eu nunca esqueço: “Olha, seu filho, ele vai ser um tratamento, assim, para sempre; ele não vai ter cura” - falou assim mesmo, né? “Ele vai...” - é como... ele deu um exemplo, assim, como uma diabete. né? - a pessoa tem uma diabete e vai se tratando, tratando e não sara, né? A vida inteira trata. E uma pessoa que quebra o braço, fica 40 dias engessada, quebrou o braço, aí tira o gesso e sarou. “Então, seu filho vai ser um menino assim, vai ser uma pessoa que vai tratar dele” - e ele falou assim: “Olha, é uma doença tratável mas não curável” Ele estava com 14 anos e hoje ele está com 32... faz 16 anos? por aí... Aí, de lá das senhoras católicas, já me passaram para a Barreto Leme, tinha as consultas de psiquiatria onde conheci o Dr. P. que foi médico do P. aqui, né? e ele que encaminhou para cá. Aí nessa época eu vim para cá e ele queria que eu participasse das reuniões que a S. fazia com as mães. E aí ela falou: “A senhora vai consultar o P. de novo. Vamos levar ele para lá que vamos passar tudo para lá, que vai acabar as consultas...” não sei o quê; e aí eu vim para cá e já faz muitos anos isso, né? ... é! estava falando, já faz uns 16 anos isso. E aí eu vim para cá e o Dr. P. veio com a gente aqui e a gente participava do grupo de mães, de reuniões com as mães. Foi muito bom aquela época. E até hoje estou aqui. Ele deu uma melhora, né doutor... em vista de já nessa época com Dr. P. , foi uma época muito difícil, ele estava me dando muito trabalho... não sei também se a fase de adolescente, de 14, 16 e 17 anos... então ele era muito re-bel-de e quebrava tudo em casa quando ficava nervoso e quebrava tudo... Essa fase passou! Faz muitos anos, até uns 3 anos para cá que ele deu uma melhora assim, melhorou e pelo menos não quebrou mais nada em casa. E eu então considero uma melhora porque você vê que sofria... mas aí o tratamento é até hoje continua.

E: O que você acha que provoca essa doença?

Ah doutor, eu acho que já é uma coisa de nascença. Deve ser,... eu tenho a impressão de que é hereditária. Que geralmente doença assim é mais hereditário, quem sabe o pai ou a mãe, não sei... não sei da família, dos antepassados dele, né? Eu penso que seja isso... porque desde pequenininho, doutor, e a gente nem queria saber porque ele era muito bonitinho, a gente pegou ele e era muito fraquinho mas logo ele ficou bonitinho, gordo, forte quando comecei a tratar... então deve ser uns 7 meses... não, um aninho e pouco (já

faz tantos anos) ele teve uma crise, assim, muito esquisita: a gente estava dando um banho nele, foi a primeira vez que a gente ficou muito assustado... ele teve uma crise assim de... de riso... dentro da banheirinha. Em vez de ele chorar, ele riu! Riu, riu, riu de-mais, de gargalhada, e era pequenininho... Então a gente levou aquele susto, né? Levamos ao psiquiatra, tudo... psiquatra não!, no pediatra! e ele: “sei lá, acho que não é nada não...” Depois a gente foi notando ele desde pequenininho era muito tímido, né, as pessoas conversavam com ele assim no meu colo e ele se escondia todinho - o rosto né, ele fechava a [...] pequenininho ainda. Então aí eu já comecei a pensar alguma coisa mas a gente nunca acha que vai ser o pior né. A gente acha que porque é pequenininho vai melhorar, e eu não fui [tom de remorso]. Aí eu fui, até hoje assim [tom de tristeza]

E.: A senhora acha que pode acontecer mais essa doença com um sexo que com outro?

Pode... acho que mais com homem.

E.: Tem alguma idade mais fácil dessa doença aparecer?

Não sei, mas pelo menos quando eu participava do grupo de mães, já teve pessoas assim, colegas dele, que começou depois de moço, né? 19, 20 anos... Não foi o caso do P... o P... desde pequenininho já começou... desde a pré-escola. Mas eu acho que não tem idade. Pode sim, desencadear mais tarde, quando moço. Ele mesmo teve um amigo em Indaiatuba que sei que ele se matou, né, geralmente essas pessoas cometem... ele começou, a mãe dele falou para mim, que ele começou com 18 anos... ter problema assim. Enfim, ele foi se tratando, se tratando uns 3 anos.... Mesmo aqui no hospital, um outro colega dele se tratando também fez isso. Tem alguns casos...

E: O que a senhora acha que é o melhor tratamento dessa doença?

Ah, eu acho que é os remédios. Sem remédio eu acho que ele... Pois é, né, naquela época que eu deixei ele sem os remédios, né, nossa! como ele piorou! meu Deus do céu! a gente estava assim para internar mesmo, né, mas eu pensava tanto e eu tinha dó; depois não arrumava, era difícil também, né. Então a gente começou aqui tudo, né, e eu acho que aqui valeu muito assim, não pode ficar sem remédio. Agora o doutor pediu para a gente

diminuir um, isto é: tentar diminuir um remédio. Então a gente fica observando, né, se dá para ficar sem remédio [...] tudo bem. Já tentei uma vez com o Dr. P., na época, diminui mas depois voltou; até dose mais forte.

E: Tem mais alguma coisa que ajuda o paciente melhorar?

Por exemplo, o ambiente em casa. Eu acho que o dia que a gente tem... você sabe como é a vida da gente, né?... o marido e eu, a gente procura não ter briga assim feia, nunca teve, tenho um lar muito bom. Mas, de vez em quando, então vem uma discórdia - eu acho que é normal - ele fica ir-ri-ta-dís-si-mo, ele não quer sa-ber! Sabe, quando dá uma discussão entre eu e o pai, ele fica muito nervoso. Então eu acho que se ele tivesse um lar assim muito conturbado, eu acho que ele tinha piorado muito... que mesmo o médico já me falou, né, médico aqui da Unicamp - já passei por tantos médicos na vida, tantos médicos, teve um médico assim de me cumprimentar de... de eu ter dado um lar... assim... ele falou para mim : “A senhora já pensou o filho da senhora, com o problema que ele tem, num lar [...] cheio de problema?” Pioraria muito, né? Então eu acho que um lar onde ele é muito querido pela família toda, todo mundo dá muita força... então eu acho que valeu muito! Por mais problema que ele deu, mas eu acho que não foi assim, dos piores se tivesse ficado assim... O médico mesmo já me falou isso, então... Há pouco tempo o neurologista (ele trata com neuro também, né, com 23 anos ele começou a ter problema de convulsão, acho que está fazendo 9 anos)... o neuro falou assim... porque ele fala muito de irmão porque ele é sozinho... ele tem aquela idéia, assim, como é que é?... de falar uma coisa é... Aí o médico falou assim: “P. não deve falar de irmão: você tem a sua mãe, tem um pai que te quer bem, te trata tão bem...” Daí ele conta também que é adotivo (porque ele, depois de moço, inclusive foi o Dr. P. que me ajudou muito, ele achou que eu deveria contar para ele porque a gente contar que adotou era muito... eu era nova e meu marido também e a gente não tinha aquela experiência de contar desde pequenininho - porque agora a gente começava a falar desde pequeno - mas não sei quantos anos atrás, não falamos; fomos acabar falando agora com 23 anos. E no tempo do Dr. P. que achava que falar ia melhorar. Não piorou nem melhorou. Ele não revoltou porque ele tinha medo que podia revoltar, por causa do problema dele de saber uma coisa dessas. Ele ficou muito sentido: chorou muito na época, um dia, mas depois ele falou: “Não, mãe. A senhora é que é minha mãe, né?” Eu falei:

“Claro. Mãe que é mãe tudo” ... E conversamos e ele nunca se revoltou com isso. Mas às vezes, de vez em quando ele fala: “Mamãe, você acha que eu devia procurar aquela outra mãe? Quem sabe eu tenho irmão” - ele fala. Mas aí eu falo: “Mas é tão difícil! Como que a gente ia procurar? Você quer ir no Silvío Santos? Você pode ir, então, na Porta da Esperança. Aí ele fala que não (que ele é muito vergonho, né?) Aí ele fala: “Ah, então não! “ Mas só fica nisso.)

E: Mais alguma coisa além do ambiente em casa?

Ah, eu acho que se ele tivesse, um acompanhamento assim com psicólogo, acho que ajudaria a tirar ele de falar de irmão... talvez ele fique até muito revoltado, sei lá, talvez até nem seja mas seja por causa desse problema dele de ser sozinho; não sei se ia adiantar. O médico, Dr. M., já encaminhou ele para terapia ocupacional, ele não aceita de ir: ele não aceita, ele não quer. Mesmo Dr. P., tinha que acabar desistindo porque não adiantava falar com ele, né? Não sei se ia adiantar

E: Quando que é mais difícil lidar com ele, em casa?

Olha, para falar a verdade, acho que é o dia todo. Quando ele acorda, logo de manhã ele já berra porque com o pai... ele é meio... quer dizer, é pai tudo, mas é tudo comigo né... é o dia in-tei-ri-nho perto de mim, dificilmente tem o dia em que ele fica quietinho no quarto dele. Tem dia que ele fica o dia inteirinho falando para mim... posso falar o que ele fala, as coisas? “Que casa bonita”, “Gostaria de ser milionário” - mania de grandeza, né? Não sei se é por causa do problema mesmo, né, a gente não é assim, rico, tudo né, então ele tem mania de grandeza, de casa bonita, essas coisas. Então ele põe na cabeça, ele pôs agora que ele vai ter uma outra vida. Não sou eu que pus isso na cabeça dele porque eu nunca levei ele em centro, essas coisas, eu não sou muito chegada... respeito mas... então ele pôs na cabeça que ele vai ser... que nessa vida ele está sofrendo muito - e de fato ele sofreu muito - então ele fala que na outra vida ele vai ser rico, ser milionário, que vai ter isso e aquilo. Então, de uns 3 -4 meses para cá, está assim com uma idéia fixa que TODOS os dias ele fala nisso! Todos os dias! Que vai ser melhor, que vai ter trilhões, que não sei o quê... Ele viu uma entrevista anteontem para o senhor ver como que ele é danadinho: ontem eu estava assistindo o Clodovil à noite, né, e foi entrevistado o José Ermírio de

Moraes, aquele industrial né. Quando ele escutou a voz dele, ele veio correndo, veio correndo ver e começou a falar: “Tá vendo? Esse homem aí tem mais de 150 indústrias”, que não sei o quê... “Ah, nós também vamos ter mamãe na OU-TRA vida” E a gente tem que concordar porque se não concordar ele fica super-nervoso, bravo... Então, eu concordo: “Tá bom, filho. Vamos ter sim, na OUTRA VIDA”. (E. ri da entonação das últimas palavras de NBP) É, tem horas que dá vontade de rir mesmo! (ri também e continua)... porque na outra vida ele quer que eu e o pai sejam os mesmos pais... o senhor imagina: que nós temos que ser os mesmos pais porque ele adora muito a gente. Ele está carinhoso, agora, ultimamente: senta, beija, abraça o pai... e queria ter 5 irmãos. 3 homens e 2 mulheres, a família que ele quer ter numa OU-TRA VIDA. Então, acho que é direto essas coisas.

E: Parece ser difícil isso para a senhora...

Ah, é difícil né. Eu já mudei tanto de escola. É difícil por causa dele, né? porque meu marido é mais assim... de pensar... “Não! porque tem que falar, tem que reagir!...” E não é assim. Não é porque agora que ele está em casa aposentado, de uns 3 - 4 anos para cá, ele está vendo como que é porque antes ele saía de manhã e chegava à noite e eu ficava o dia inteiro com ele. Então não é como ele pensa, que tem que ser... tem que ser, assim... como que eu posso falar?... mais apertado, mais bravo. Não adianta! Que eu já tentei ser brava, já tentei de tudo e o caminho que eu mais encontrei é esse de calma, de conversar com ele, agradar, para mim conseguir as coisas dele... de ele ficar mais calmo, entende? [...] assim dele quebrar as coisas (como ele quebrava antes) [...] falo para ele “você tem que entender”, como essa semana que ele estava bravo com o pai não sei que motivo foi... ele chutou a perna do pai. Então, o pai ficou muito revoltado... bravo (sussurando). Na hora acho que doeu muito e precisou pôr gelo na hora então. Mas fazia tempo que ele não tinha essas crises assim. Mas eu já estava notando! A gente percebe quando ele faz isso... ter essas crises mais bravas. Falação, eu já conheço a falação, começa a puxar coisas que passou... sabe? Então a gente conhece, mas meu marido já não entende muito as coisas então é mais a gente mesmo que cuida, que está mais ali. O P. conversa muito, procura muito o pai mas mais sou eu!

E: Como a senhora acha que vai ficar a vida dele daqui para frente?

A vida dele daqui para frente, doutor, acho que é assim mesmo, não vai mudar nada, só penso no dia em que a gente faltar na frente dele que eu penso mais, quem que vai ter a paciência que eu tenho, eu acho que o futuro a Deus pertence. Não vou ficar me preocupando muito assim. Não tem empurra jeito... ter muita esperança, não é? [o tom era melancólico e de impotência misturado com desamparo]

Dados Clínicos do respectivo paciente (do prontuário e informações da equipe)

Diagnóstico nosológico (CID-10)	Esquizofrenia. Epilepsia associada
Tempo de história e de modo de início e de evolução	Diagnosticado há 27 anos (com 6 anos de idade) mas notado desde bebê
Medicamentos utilizados anteriormente e em uso	Antes: Aldol, Akineton, Neozine Hoje: Frontal 300mg, Melleril 90mg/d, Diazepam 20mg/d
Internações	Nenhuma
Psicoterapia e outras abordagens recebidas	Acompanhamento psicológico
Comprometimento do desempenho de papéis	não consta

I - Dados bio-demográficos do entrevistado

Iniciais do nome	NSGJ
Sexo	Fem
Idade	59
Cidade em que reside	Campinas
Procedência	Campinas
Naturalidade	Campinas
Grau de escolaridade	Primário
Estado Civil / Situação conjugal	Casada há 37 anos
Grau de parentesco/relação com paciente	Filha
Profissão / ocupação	Não trabalha, dona de casa
Religião / práticas religiosas	Era católica há 23 anos atrás
Antecedentes psicológicos / psiquiátricos pessoais	Nenhum
Outros casos psiquiátricos na família? Quem?	Nenhum
Composição familiar / quem mora na casa.	A mãe, o marido, e três filhos

E: A senhora sabe qual é o nome dado a essa doença, Dna N.?

Esquizofrenia?

E: É esquizofrenia?

É.

E: e a senhora ouviu aonde esse nome?

Ah, (ininteligível) e mesmo acompanhando o tratamento dela.

E: Algum médico alguma vez explicou, falou?

Falou, mais ou menos, falou o que acontecia, que ia acompanhando o caso dela e eu tô percebendo as coisas como são, né? E ela tem mania de perseguição... é... o mais, o mais importante pra ela é a maneira (ininteligível), né?

E: Sei...

E... quando ela leva, ou ela tem um comportamento assim... ham, quase infantil, ou então ela leva tudo assim pro lado negativo, sabe? E já emenda com o ... a ... perseguição. Isso, em casa, tudo mundo mexe nas coisas dela... o vizinho...ham, mexe com ela, e fala dela. Isso todas as vezes, todos lugares que ela morou, foi sempre assim.

E: No entender da senhora, o que a senhora acha que levou a ter essa doença?

Olha, o que ela,... porque antes era assim, ela sempre foi muito nervosa, muito brava, né? Mas a gente não percebia, (ininteligível) Isso começou ela devia ter em torno dos 36, 37 anos. Que ela fez aquele dia ela... ham...como que é...ham, histerectomia, né? e daí foi mudando mais, de uma forma mais avançada. Aí que nós perdemos o controle da coisa.

E: Ela tava com quantos anos?

36.

E: 36. Então já faz tempo, né?

Faz tempo! Faz bastante tempo! Ela, antes, ela era mais assim um quadro em termos assim de muita agressividade. Então ela foi diversas vezes internada, né? Porque durante a noite ela cismava, principalmente ela morava comigo, e na rua que eu moro antes passava o ônibus, então de madrugada ela achava que ela tinha uma amiga preta que falava dela, que vivia falando, difamando. Então ela falava e na chegava na frente do ponto de ônibus e não tinha ninguém. Mas o homem que passasse, naquele momento ela agredia.

E: Ah, tá. Mesmo que não fosse o preto.

Mesmo que não fosse, mesmo que não fosse. Uma vez eu fiz uma, uma viagem pra Caraguá, ham... e os meus filhos ainda eram bem pequenos, né? De dois a sete anos no máximo, e... o preto nos seguiu. Você precisava ver o alarde. Me deu muito mais trabalho do que os três juntos, viu? E é assim, tem que dormir na cama junto, sem condição!

E: Ele não ficou em Campinas?

(Risos) Não ficou! E é sempre assim, aonde ela vai, aquela pessoa que ela cisma, está junto. Certo? A minha vizinha, por exemplo, que (ininteligível). Porque quando meu pai faleceu, foi em 89, fazem oito anos, ela... tinha uma firma na frente da minha casa e um senhor que, que trabalhava nessa firma, e ela cismou que era namorado dela, né? e... depois a firma mudou, modificou e ela tá sempre esperando esse namorado, mas a vizinha do lado que tem quarenta e poucos anos, não deixa que ele chegue em casa. Então ela briga com a vizinha, faz malcriação, já foi... inclusive, eu tive de ir até a delegacia porque se eu não a acompanhasse, ela ia (ininteligível), tá? Então eu tive que ir com ela até a delegacia, e... deixasse que ela prestasse...ham, a reclamação dela lá, e... fazer sinal pra que o atendente não desse pelota, né? E é assim que a gente vai levando...

E: Funcionou?

Ah, funcionou. Eu tive sorte, todas foram muito compreensivas, né? E delicadas, falaram: Olha, a senhora pode ir pra casa agora tranqüila que, caso ela for na casa da senhora, e agredir, então eu vou lá e, e prendo. Mas, por enquanto, vamo deixar como tá. Ela não se conformou. Pois eu fui na regional do bairro, aí ela queria ir na Andrade Neves. E assim vai, sabe? Essa vida nossa não é brincadeira, não!

E: Faz tempo já, né? Faz 30, 40, 30 ham...

É...37 anos, ela tá com 80, faz 50 anos.

E: A senhora acha... acha que... como é que ela pegou essa doença, como é que... como é que tá na cabeça da senhora? De tudo que a senhora já ouviu, já leu? Essa doença é contagiosa, não é? O que que a senhora pensa?

Pra mim, não é contagiosa. Porque se fosse contagiosa, nós já taríamos, né?

E: A vida inteira, né?

É, eu acho que... dizem que é hereditário, mas eu também não tenho em casa, na família. Então eu não posso dizer nada, com relação a isso.

E: A senhora acha que pode acometer tanto homem como a mulher?

Ah, com certeza, com certeza.

E: Tem alguma idade que a senhora acha que é mais perigosa? De tudo que a senhora ouviu, através da...

Não, eu não sei dizer não. Não sei dizer.

E: No seu entender, Dna. N., ajuda a melhorar esse problema? O que ajuda a sua mãe, né, a melhorar esse problema?

A vontade dela.

E: Ajuda?

Ajuda, ou então quando chega pessoa assim nova, ela me tratava como se fosse (ininteligível), até que houve alguma coisa que ela encrenque com a pessoa. E tem mais. Quando ela era mais nova, assim, que, ham... que ela ficava na minha casa, e realmente é difícil. Enquanto não tá internada, e eu não podia trabalhar, nada. Então eu tive que tomar conta dela. Enquanto não tivesse internada, eu tinha que tomar conta dela. E... como ela ficava na minha casa, ela começava a cismar com uma vizinha, com outra... tinha a da esquina, né? Todas elas eram todas minhas amigas, né? E ela cismava que... quando ela não encontrava o preto no ponto do ônibus, que a vizinha tinha escondido. Aí ela ficava tinindo com a vizinha da frente. Aí chegava pra minha amiga, e falava: Olha, a Dna. B, se sabe que o apelido dela é B., Dna. B. tá brava com você. Ah, ela não ligava, ela era brincalhona, né? Ah, Dna. B.! Como vai? Sabe aquela voz assim mole..., né? E abraçava, e quando ela tava começando a ficar irritada, mas ficava tudo bem. E ela foi embora, faz 3... Ah, e ela pedia pra minha mãe fazer um pavê, pavê que ela gostava, e ela inventada qualquer coisa, e... ela saiu de casa, foi a melhor amiga, sabe? Então, muitas vezes eu usei esse subterfúgio pra ... pra amenizar, né? Mas, não é com todo mundo que pode fazer isso, né? Nem todo mundo tem essa paciência, né? Então, ela realmente, ela e quando ela morou em apartamento ela cismava com os vizinhos do lado... ham...morou em casa sózinha. Teve uma pessoa que ela, ela... Nessa casa, ela morava num sobrado. E a janela do quarto dela, dava pra frente. Então ela ficava olhando pela veneziana quem passava na rua. E ela cismou com a vizinha do lado, que tava conversando com uma outra, não sei o que, e falou o nome dela... Sabe, ninguém, ninguém tava em casa nesse dia, né? Foi a primeira vez que ela teve um negócio, que a gente não imaginava que fosse fazer isso, né? E ela foi lá e fez um forfê com a vizinha, mas um forfê que a vizinha não entendeu nada! Nossa, foi terrível! Que a gente não sabia de nada, mesmo! Quando a gente chegou em casa, já tava o forfê armado, né? E a família inteira foi lá em casa, pra tomar satisfação, porque ninguém sabia! E também nós não sabíamos o que tinha acontecido. E a mulher tava em ponto de... e eu não ia arrumar encrenca com a outra, não. (Risos)

E: E em casa, além da senhora, tem mais gente que tenha paciência de fazer todas as vontades dela?

Não. Isso, tem vezes que a gente vai tentando, vai tentando, até que chega uma hora que ninguém mais agüenta, sabe? Inclusive eu. Agora mesmo, ham... ela ficou uns... quinze anos, assim direto comigo. E... outro dia ela cismou, porque ela quis ir morar com o meu irmão, e ele não quis. E... ela cismou de ir pra lá, eu falei: Tudo bem eu levo, eu deixo a senhora lá. Ai ela passou quinze dias lá na casa dele. Então tá, ham... a gente fica ma..., fica com melhor disposição, porque muda o ambiente, né? Porque você ter uma pessoa (ininteligível) dentro de casa, ela cria um clima meio... sabe? Muito pesado... e... então, esses dias que ela passou fora foi assim, sabe? Uma amenidade pra gente.

E: Foi um respiro. Deu pra respirar um pouco.

Isso, e agora já está assim, eu não sei se, ham...se é arteriosclerose, coisa assim já da, da idade mesmo...e... tem noite que ela afirma que ela não tá na casa dela, sabe, então ela... ela tem falado muito à noite, e... a gente vai lá no quarto, e ou ela já urinou e tá deitada no xixi. Tem horas que urina na cama mesmo. Não é constante isso. É assim, sabe? Mas, ham... tem dias que ela... tem um quarto dela e um banheiro, tem dias que ela urina no banheiro mesmo, assim não vai no vaso sanitário. A gente vai ver ela tá toda encharcada! Não aceita de usar fralda. Então agora já tá tendo outra complicação que antes não, ela... apesar de ter tudo isso, ela... ham... se precisasse de alguma coisa, de serviço doméstico ela fazia...

E: E o melhor tratamento pra ela, então, no entendimento da senhora, pra, pra esquizofrenia?

Olha, o que ela tem feito como tratamento é esse tratamento com medicação mesmo.

E: Funciona? Na opinião da senhora?

Eu acho que realmente, funciona. Porque... veja bem, esses remédios são muito fortes, né? Ou ela fica assim dormindo, com sono, ou ela... quer ficar só na cama, né? e...eu vejo que ela tem menos controle... ham...é, dela própria, né?

E: De que? De xixi?

De tudo, de tudo. É... aí é difícil pra ler, ela fica assim muito... ham... antes ela ainda saía, agora ela não quer sair. Ou fica só na porta. Sabe, se ela cismar, por exemplo, que ela... se ela gostou de uma pessoa e ela cismou que tem que comprar um presente pra ela, então presente pra ela é sempre é um (ininteligível) sempre é uma (ininteligível), sabe? Então, por exemplo, ham... depois dessa, dessa... fato que eu precisei ir na delegacia, ela conhece o delegado que foi lá naquele dia também né? E um dia ela encontr..., meu filho faz tratamento aqui também, faz hemodiálise, e um dia que eu vim aqui pra vê-lo, ele fez revisão, então eu vim aqui pra vê-lo. Ah, ela saiu de casa, e foi à cidade pra comprar um terno pro, pro delegado, pra depois constrangê-lo a vir prender a vizinha. (Risos) Pra isso aí, vale tudo, vale.

E: E a senhora acha que com a medicação, a perseguição diminuiu bem...

Melhora.

E: Melhora.

Melhora, ham... mas a gente tem que tá controlando. Porque antes, ela, ela mesmo tomava medicação, e dava complicação, então tem que tá...

E: Ela tomava errado?

É. Houve uma época em que ela tomava de menos, né? Então, tem que seguir religiosamente o tratamento. Aí dá pra gente ter um controle, né? Poder ficar mais tranqüila.

E: Tem algum momento que é mais fácil lidar com ela em casa?

Não, o que eu disse é primeiro, e é assim varia muito o humor dela. Então tem dias que ela levanta de bem com o mundo, agora tem dias que ela tá brigando com você ainda dormindo! (Ri)

E: Depois de... ela começou isso com 30, com 30 anos, né? Você acha que ela podia levar uma vida normal de casamento, de... não sei se trabalhava?

Ela trabalhou, até os... quarenta e cinco anos, mais ou menos, ela trabalhou, que ela era enfermeira. E, ela, enquanto, porque antes ela trabalhava, ela trabalhava no SESC, trabalhou em hospital, e depois ela começou a fazer atendimento particular, né? Enquanto o paciente era novo, ela tratava o paciente o melhor possível! Mas às vezes ela tava era já cansada, mas aí ela ia começando a ficar aqui em casa, tá? Então, depois de um tempo, ela começava a deixar o paciente porque realmente não dava!

E: Não tinha clima, né?

Não. Então, mas nós não tínhamos percebido isso ainda. Depois é que eu fui ligando as coisas. Porque, ham... mesmo agora, se você for conversar com ela, ela conversa normalmente com você. Ela tando fora assim da crise, ela conversa natural mesmo. Então, ninguém via nada.

E: Quanto tempo decorreu do início da doença e vocês perceberem que tinha alguma coisa errada, de ordem de natureza médica ocorrendo e procurarem uma ajuda? Passou quanto tempo?

Foi, ham... eu não sei quando que manifestou. Ham, o que eu comecei a perceber foi essa coisa assim com o (ininteligível) perdido. Ela sempre foi assim radical, muito radical com as coisas. Com limpeza, com tudo. Sabe assim, limpeza da casa, com relação às pessoas, tudo. Então isso eu achava, achava que era... natural dela, né? Agora, quando começou a implicar mais com... com vizinho, com essas coisas, é que nós percebemos. Foi aí que viu que não bate, conhecia o vizinho, não tinha nada a ver, só podia ser dela. Então, mas assim antes, não percebia nada. Achava que ela era assim nervosa, brava e tudo mais, mas a gente não percebia uma coisa mais é... caindo pro outro lado.

E: Essa doença tem cura, no entender da senhora, Dna N.?

Ah, eu acho que não.

E: Não? Nunca ninguém falou?

Não, pelo menos até agora eu não percebi que tenha havido. Lógico que teve uma fase mais acentuada, mais agressiva, que hoje... que passou, né? Tanto é que antes a gente não agüentava ficar com ela, teve que internar ela. Hoje não, a gente dá pra gente ir levando. Tá certo que não é brincadeira, mas a gente leva. Não vê a necessidade de interná-la. Chegou a um ponto que nem onde ela estava se internando eles agüentaram. A última vez que ela teve internada, ela foi internada na Sta. Fé, em Itapira, particular, e meu pai tava vivo, tinha condição, e depois telefonou pra buscá-la, porque ela não tava sendo grata lá. (Risos)

E: Que dificuldade, né?

É.

E: Como é que a senhora acha que vai ficar a vida dela daqui pra frente?

Olha, sinceramente, eu vejo que a idade dela já tá bastante avançada. Se só se ela tem uma saúde fora do comum, né? Que a pressão dela é de jovem, tudo de jovem, cê vai olhar os exames, tá tudo perfeito. Mas, eu digo que Deus tenha pena e que realmente a leve o mais rápido que puder, é minha mãe, mas eu não tenho outra pessoa que fique com ela, sabe? O que, eu sei que, como eu tô percebendo agora, que além do problema ela tá ficando com essa idade. A idade vai complicando outras coisas, então eu sei que...

E: Que a senhora está temendo que a senhora venha a faltar um dia?

É, porque eu não sei o que... o que que eu poderia dizer de hoje, amanhã, né? Então sinceramente, é... é assim que, que eu penso. Porque nesse tempo todo, o que ela teve um tratamento contínuo e nunca houve mudança, a não ser essa coisa da agressividade, porque ela é agressiva. Bom, uma outra, ham...quando meu pai ainda era vivo, eles moravam ali na José Paulino, num prédio de apartamentos na José Paulino com a Marechal Teodoro. E ela cismou que meu pai tinha caso com uma senhora lá no Dr. Quirino. Uma, duas, três, três quadras, tá? Mas que ela também morava no prédio lá, não sei. Mas meu não tinha a liberdade do sair do quarto de pijama pra sala ou qualquer coisa assim, porque a dona lá que era amante dele tava vendo.

E: Lá de longe...

É. E ela dormia com um (ininteligível) debaixo do travesseiro. Meu pai era um santo, viu? Só mesmo um santo. E ele pra ficar um pouco livre, ele deixava comigo, na frente e falava: Não vou limpar o quartinho lá, vou arrumar os quatinhos, vou organizar, e ela na frente. Ela saía até com pés descalço pra ver o que ele tava fazendo, ver se ele não tava conversando com a, com a tal lá.

E: Com a mulher da Dr. Quirino...?

Então, o negócio é assim, né? Ela cisma com uma coisa, e por mais que você mostre, pode mostrar a realidade, que ela não aceita.

E: Hum, hum. Entendi.

Dados Clínicos do respectivo paciente (do prontuário e informações da equipe)

Diagnóstico nosológico (CID-10)	Esquizofrenia paranóide
Tempo de história e de modo de início e de evolução	Há 8 meses. Por surto. Abrupto.
Medicamentos utilizados anteriormente e em uso	Haldol 10mg/d Akineton 4mg/d
Internações	01. Há 15 dias atrás até presente data. Enfermaria de Psiquiatria do HC da Unicamp
Psicoterapia e outras abordagens recebidas	Não
Comprometimento do desempenho de papéis	Marcadamente doente (GAS)

I - Dados bio-demográficos do entrevistado

Iniciais do nome	PCAS
Sexo	Fem.
Idade	42 anos
Procedência	Paulínia
Naturalidade	
Grau de escolaridade	3.o ano primário
Estado Civil / Situação conjugal	Casada
Grau de parentesco/relação com paciente	Irmã
Profissão / ocupação	Empregada doméstica
Religião / práticas religiosas	Católica mas frequenta igreja "Deus é Amor"
Antecedentes psicológicos / psiquiátricos pessoais	Não
Outros casos psiquiátricos na família? Quem?	dos 7 irmãos da entrevistada, 6 têm problemas psiquiátricos
Composição familiar / quem mora na casa.	marido, entrevistado, 2 filhos e paciente

Impressões do entrevistador:

A forma de expressão da entrevistada era muito dificultosa: Sua fala era ansiosa, sua interação com o entrevistador era reduzida, falava sob pressão interna. Seus gestos eram rudes tendendo à agressividade e sua voz era grave. Inclusive, a transcritora das fitas de entrevistas acreditou se tratar de um homem.

E: Você sabe qual o nome dado pra essa doença da S.?

Não sei.

E: Não? Nunca ninguém falou? Nenhum médico?

Nunca falou.

E: É você que geralmente vem nas consultas?

Sou eu.

E: É? E você nunca teve curiosidade em saber?

Não.

E: O nome?

Não.

E: Não? Por que razão?

Porque eu acho que a gente podiaque nem eu falei pros médicos que a F. só ia ficar bem se dar choque na cabeça ou... pra ver se era da cabeça mesmo, que era um problema de família, porque eu já falei pros médicos que a minha mãe acho que tem derrame igual lá, porque primos - irmãos do mesmo sangue, quando não nasce aleijado, mais tarde vira louco. [trecho ininteligível porque gravação foi encoberta por som de marteladas em obra adjacente] Mas dá pra tratar, entendeu?

E: Por que, é... seus pais, eles eram parentes?

Eram.

E: O que eles eram?

Olha, a mãe da minha mãe era irmã da minha outra avó. A mãe do meu pai. As duas eram irmãs, entendeu? As duas avós eram irmãs. Então, a minha avó, mãe da minha mãe era tia do meu pai. Nós acabamos...sendo primos primeiros da minha mãe, primo segundo, é... meu pai é primo primeiro, nós somos primos segundo. Então sangue do mesmo sangue, dá isso mesmo. Só que não dá... se não tratar, porque eu que conheço que... se não tratar, se não nascer aleijado, mais tarde fica louco. E eu pessoalmente eu acho que eu não fiquei assim, porque eu não fui criado ali não...

E: Ah, não?

Eu não, eu fui criado por minha madrinha. Eu saí de casa com a idade de quatro anos, entendeu? Depois eu fui pra casa de um médico, do Dr. D., e dali fui trabalhando pra fora de casa. Porque... depois eu trabalhei na Paraíba quatro a cinco ano, depois fui pro Rio de Janeiro na casa do Dr. G., e eu trabalhei na casa de um médico, depois eu casei... vim pra

São Paulo, entendeu? Então, quer dizer, que eu não tenho contato com a minha família, entendeu? Não é com o meu pai, nem com a minha mãe, não fui criada por eles então.

E: No seu entender, o que levou a, a S. ...

Meu modo de viver..., o modo de ver, do meu pai ou minha mãe, o modo de conversar, entendeu? Com os filhos... porque a minha mãe, a vida da minha mãe... a minha mãe foi o pai, e a mãe dos filhos, então uma hora não tinha jeito de dá tratamento pra uma criança, entendeu? Deixava a menina, as criança brincando, com a mais velha, e a mais velha já num tinha bem a cabeça certa, porque às vezes ela num sabia, quem era ela, que ela que tomava conta das criança mais pequena... Então quer dizer... quer dizer que ela nesse ponto, ela não tinha juízo certo. Quando ela fez quinze ano, ela ficou doente. Quando que uma pessoa assim, ela tem o juízo certo? Quer dizer que ela já tava... Uma doente que tratava dos outro? Não é mesmo? Porque quando ela fez quinze ano, ela ficou doente assim também? Quer dizer que não era pra ela toma conta dos outro. Então não tinha jeito. E a minha mãe saía às cinco hora da manhã, cinco e meia, chegava oito, nove horas da noite... Num tinha jeito.

E: (tentando resumir) Você... então acha que esse problema da S. veio por causa do casamento entre dois parentes?

É do casamento, da educação...

E: Tem mais alguma outra coisa que você acha....

Da vivência, entendeu? Aí eu acho que é tudo. Quando chegou a idade de, de uma criança andar, ou de tomar um remédio, que eu alembro quando eu era mais pequena ela tinha um pobrema também assim: (ininteligível) Aí minha mãe pegava ela, ficava toda mole. Aí quando minha mãe falou que ia morrer, ainda me lembro que eu disse: Num mata ela não, mãe. Dá ela pra mim. A minha mãe olhou pra mim e falou assim: Como que você vai cuidar? Talvez eu possa arrumar um serviço e cuidar dela. E nisso eu fui trabalhar na casa de uma mulher, (ininteligível) na fazenda. Onde eu fazia queijo e fazia queijo. Lá fazia queijo e (ininteligível). Aí falava assim: Cê fica aí, que eu vou dar só a comida e a roupa, aí eu fiquei trabalhando. Daí depois eu fui pra casa do Dr. D., na casa do Dr. D pra poder

(ininteligível) e fiquei. Então, ali eu vestia, dava as coisa que podia, entendeu? Depois sai da casa do Dr. D., fui pra casa do Dr. DL, então o Dr. DL tinha o pai dele, tinha uma fazenda, eu ia em casa de quinze em quinze dia, eu chegava ali na, no armazém já fazia uma compra, já pegava uma coisa que queria. Em casa não tinha, tinha porco, tinha muita criação, sabe? Mas aquilo ali a minha mãe não vendia, não matava, quer dizer, aquilo era quando queria vender pra comprar uma roupa, pra comprar um sapato...

E: E a senhora já estava trabalhando na casa do médico?

Já estava trabalhando.

E: Quer dizer que a senhora morava lá?

Não, não morava.

E: Mas eles ajudavam com alimento, com roupa...

Ajudavam. Depois chegou lá no dia do casamento, o casamento é como amanhã, quer dizer, o casamento é como amanhã como hoje assim mais ou menos oito horas tocava a campainha, a minha patroa até já sabia, que o N. tocava a campainha, e falava: Pode abrir a porta que é o seu amor. Eu logo quando era mais nova, eu nunca peguei dinheiro meu pra comprar nada, entendeu? As roupas, sapato, que eu vestia, tudo era a minha patroa.

E: E P. você nasceu [gravação ininteligível]

Não, eu nasci em [Ininteligível]

E: E onde fica?

Olha, eu mesmo, não sei, entendeu? Eu sei porque eu ouvi isso.

E: Ah, tá. Você cresceu aonde?

Eu cresci mesmo em Além do Araíba.

E: Fica lá na Paraíba.

É.

E: E daí pra cá...

Daí eu casei lá e vim pra cá.

E: Com que idade você veio pra cá?

Com 21 anos.

E: Depois que você chegou aqui, você foi trabalhar na casa do [ininteligível] ou você veio direto?

Não. Depois que eu cheguei aqui, eu fui pra Cosmópolis. Primeiro eu fui pra Cosmópolis. Cheguei lá em Cosmópolis não tinha serviço. Sabe serviço de roça? Apanhar laranja, algodão. Então na casa dela não existia isso. Daí nós viemo pra Paulínia, aí chegou em Paulínia, eu comecei a trabalhar nisso aí. Então, é dezoito ano que eu trabalho.

E: E você acha que essa doença da S. pode acontecer tanto com homem como com mulher?

Ah, eu acho que... depende, né? Eu acho que se a pessoa não fica boa, que todas as pessoa tem que se tratar. Porque eu mesmo, vivendo a ..., que nem eu também há pouco tempo aí, que era mais nova, que tive dois menino, eu tava trabalhando no serviço assim, meu, meu patrão olhou pra mim e disse que tava falando sozinha. Porque a gente ficar preocupada, pensando nas coisa, e não tem uma pessoa que socorre as pessoa, então você vai pensando, pensando, a cabeça tá fraca e não se trata, pode ficar louco também, entendeu?

E: No seu entender o que faz melhorar a doença da S.?

Melhorar, eu acho que o melhorar da S. Eu acho que ela tem que ficar num lugar que tenha uma pessoa que cuide somente dela, que tenha o remédio dela, que tenha a comida certa, entendeu? Porque na casa da minha mãe, eu vou dizer, olha ela não come, eu saio de manhã cedo às quatro horas. Chego meio dia. Quando eu chego meio dia do serviço, ela ainda não comeu. Não fez almoço, não fez nada, entendeu? Olha, até pra tomar banho eu preciso descer lá em baixo, se não, leva ela lá em casa pra tomar banho, (ininteligível). Eu tinha cândida pra lavar roupa lá em casa, eu falava assim pro meu marido, ter pelo menos

um tanque era bom, juntava nós dois um dinheiro pros menino, pra pode comprar e eu lavava tudo na mão. A roupa da minha mãe e a minha roupa. Oh, meu Deus, se eu consigo um serviço, eu vou poder ter um dinheiro pra poder comprar um tanque pra mim poder lavar, porque não dá, não tem condição. Aí até que no fim eu consegui compra o tanque. Olha, dentro de um dia, de uma semana, eu lavei três saco de roupa da minha mãe, e não consegui ainda! Lá na casa da minha mãe, vou te dizer ainda: Não tinha porta, só um jornal. Outro dia tava indo entregar ali na casa do V., ali da (ininteligível), tive que pedir a conta pra ir embora. Olha, na casa da minha mãe, eles ficavam toda hora telefonando, enfiavam jornal na casa da minha mãe, porque na casa da minha mãe não tinha porta, não tem janela. Ficava que nem um buraco, na casa da minha mãe. Aí pegaram oito colchão solteiro, deram pra minha mãe. Aí eu consegui botar as porta do quarto, a porta da, da, da frente, que era tudo de vidro, tava tudo quebrado, botei tudo de bom, agora tá sem janela. (ininteligível) trabalha numa cozinha industrial, porque é numa mulher que começou agora, pra mim entrar no começo, tem que ser uma cozinha industrial. Agora, eu faço compra na minha casa, faço compra pra minha mãe. Então pago luz na minha mãe, pedi aos santo que eu vou poder pagar, entendeu? Mas não sei o que tava no poste, tinha 400 real de conta, só de conta, eu já devia, eu 400 é o que eu ganho, entendeu? Como que eu posso pegar esses 400 e entregar pra poder pagar a água? E eu morava (ininteligível) pegou a menina pra cuidar de três mês. Como que eu posso pegar essa menina se eu to dando de mamar a minha? Que a minha menina tinha seis mês. (ininteligível) saiu daqui e foi pra Paulínia. Chegou lá. Quando ela nasceu, nasceu com 1,5 Kg, com um 1kilo, quando ela saiu da Unicamp, ela saiu com 1kilo e 100. E ninguém dava nada pra menina. Um dia que eles fizeram um teste porque ela pegou um vento... aí que ela pegou o vento, que eles fizeram o teste, e chamou os médico, aí foi aquela festa, pra ela. Não é porque a menina pegou o vento. Então levou pra lá, pra ..., depois deram alta ela, levaram ela pro hospital e ficou lá. Quer dizer, essa menina, costuma dizer criada nas mão dos médico, daqui e de lá de Paulínia. Então ela foi criada, depois saiu de lá, e botou lá na, na creche, da creche...

E: Você tá falando não da S.?

Não. Então como que eu posso tomar conta? Daí, eu virei e falei assim ó: Eu não quero tomar conta dessa menina. Porque [ininteligível], Como é que vamo viver? Tenho cinco filho. Quatro filho comigo seis, com o marido sete. Dentro de uma casa, uma sala, e a cozinha e um banheiro. E ainda ela queria que eu tomasse conta de mais um filho. Quando eu (ininteligível) pra eu fazer mais dois cômodos. Agora levantei os dois cômodos.

E: Agora com relação a S., o que você acha que faz piorar o problema da S.?

O que faz piorar, também, é os vizinho. A gente tem uns vizinho que começam a gritar. Pior do que eles ficam falando, falando, eles começam a gritar e falar, aí os vizinhos vão lá taca pedra, quebra os vidro, aí sai tudo pra fora. Que nem essa semana foi, meio atrasado, começaram a gritar... então começaram a abrir a porta e já não tinha janela, um cara entrou dentro de casa lá, o meu irmão quase que tacou um, um pau no cara, a minha mãe chega o cara tava, a bem dizer, morto. Aí teve que chamar a polícia. Aí foi chamar a polícia pra dar choque no rapaz, porque o rapaz tava, a bem dizer, morto.

E: E ele morreu?

O rapaz não morreu não. Botou o (ininteligível) do rapaz pra fora, mas... ainda bem que ele era, a bem dizer, parente, é... primo de uma cunhada minha, que é casada com, com um cunhado meu. Mas o cara foi isso mesmo, aí diz que o cara falou que se, se ele (ininteligível) que ele ia apagar meu irmão, ainda bem que... Porque aí eu fiquei preocupada. Ainda bem que ele tinha acabado de internar, porque ele defendia, tinha ciúme de uma moça lá...

E: E isso atrapalha a S.?

Ah, atrapalha, porque o meu irmão começa a brigar, sai pra rua. Aí os vizinho vai lá e implica, aí meu irmão parte pra ignorância, entendeu?

E: Tá. Entendi.

Então aquilo, aquela brigaiada. Minha mãe não tem boca pra nada. Nós chegemo em casa, tomei meu banho, minha mãe me disse assim: O T. quer conversar com você. Ele quer conversar comigo o quê? Aí, eu não sei não senhora. O filho é da senhora. E eu já tava saindo pra cá, quer dizer, eu ia deixar de vim aqui pra sabe outro recado. Quer dizer, eu não sei se eu cuido da minha casa, se eu cuido lá da minha mãe, se cuido da vizinha, ... se atendo aqui. Quer dizer, que nem, que nem hoje de eu tá fazendo aqui, não se é hoje se... que (ininteligível) o enfermeiro ainda ia, ainda ia lá [ininteligível], ainda não tinha almoçado, o que aconteceu com ele? E eu tenho que ir lá, conversar com os médico, pros médico passar pra mim, pra mim passar o que eles tem dele pros médico. [marteladas encobrem a voz na gravação]

E: ... Quando é difícil cuidar da S. em casa?

Porque a S., com a S. não fica difícil, porque ela só não quer ficar dentro de casa.

E: Como que é?

O problema da S. é ficar dentro de casa.

E: Ela não fica...?

Não, ela não fica dentro de casa. Quando a minha mãe tá dentro de casa, ela tá na minha casa. Quando ela não tá na casa da mãe, ela tá na minha casa. Então ela não tem...

E: E na tua casa, [ininteligível]

Porque ela entra na minha casa, eles não..., eles não sei, eles não dá comigo, entendeu?

E: Eles não falam...

Não falam, só se for pra conversar, entendeu? Ficar ali conversando um pouquinho, ou se não pega um... pega um café, tal, ou se não falar pra ir tomar banho, aí pega a roupa e dá um banho nela, manda ir tomar. Ela obedece, fala assim: S. cê vai tomar banho. Pegar a roupa e vai tomar, não responde nem nada.

E: Você acha que a S. pode ter uma vida normal?

Não sei, eu.. tem hora que eu acho que ela sara, tem hora que a minha dúvida que acho que sara, tem hora na minha dúvida que eu acho que não sara. Porque é duvidoso. Tem hora que eu falo assim: Chi!

E: Entendi.

Não arruma família, entendeu? Porque tem hora que eu penso que choro, tem hora que depois eu penso...

E: Como você acha que vai ficar a vida dela daqui pra frente?

Não sei. Eu acho que a vida que ela tá, eu não sei, porque a minha mãe, e ela não dá. A minha mãe não cuida nem dela, nem dela que se cuide. Eu não sei se... o que que vai ser lá da vida dela, ou será da minha... tá muito mais fácil... do jeito que tá indo a minha vida, a vida deles, tá mais fácil eu ficar pior do que eles! É, porque eu não tenho onde acudir e eu não tenho tempo de...Olha, ontem eu cheguei em casa, e eu não jantei, hoje eu fiz almoço e não almocei. Só tô comendo café. Ainda fui eu, fui eu (ininteligível) e a patroa dela falou comigo, (ininteligível) que eu quero ver eles são e não consigo, entendeu? O negócio meu é esse.

E: Obrigado P., eu acho que você falou várias coisas que me ajudou a entender como que é as dificuldades de uma pessoa que tem um doente na família, né? Acho que ninguém melhor do que você encara com verdade a situação, [ininteligível] com a sua mãe, e você tem que dar conta tanto da sua vida, como da vida deles. Que tá difícil você cuidar tanto da sua, quanto da deles, e se for desse jeito você não vai dar conta de nada...

Não vou dar conta. Não vou dar conta de nada, acaba eu não dando conta de nada. Porque na minha casa eu sou a mulher e sou o homem, entendeu? Então eu não sei. Daqui pra frente o que vai ser da minha vida. É isso.

E: Sei. Você já procurou alguma ajuda pra, pra... [encerro a gravação]

Dados Clínicos do respectivo paciente (do prontuário e informações da equipe)

Diagnóstico nosológico (CID-10)	Esquizofrenia paranóide
Tempo de história e de modo de início e de evolução	Há 8 meses. Por surto. Abrupto.
Medicamentos utilizados anteriormente e em uso	Haldol 10mg/d Akineton 4mg/d
Internações	01. Há 15 dias atrás até presente data. Enfermaria de Psiquiatria do HC da Unicamp
Psicoterapia e outras abordagens recebidas	Não
Comprometimento do desempenho de papéis	Marcadamente doente (GAS)

I - Dados bio-demográficos do entrevistado

Iniciais do nome	R.I.P.
Sexo	FEM.
Idade	62
Cidade em que reside	Campinas
Procedência	Campinas
Grau de escolaridade	sem escolaridade
Estado Civil / Situação conjugal	Viúva
Grau de parentesco/relação com paciente	Irmã
Profissão / ocupação	Empregada doméstica aposentada
Religião / práticas religiosas	católica. Às vezes frequenta a igreja de crentes
Antecedentes psicológicos / psiquiátricos pessoais	Nenhum
Outros casos psiquiátricos na família? Quem?	Não
Composição familiar / quem mora na casa.	RIP + paciente

E: A senhora sabe o nome dado a esse problema de saúde da B.?

Ah, eu não sei, só sei que tá, que tá assim com a cabeça atrapalhada, tá ruim, ruim, ruim... ham, isso já há uns sete, oito anos atrás, sabe. Andava ruim, e a gente falava dela ir no médico, ela corria da gente, né, marcava consulta, ela não ia... Queria pegar pra levar, ela falava pra gente: Vai você no médico. Você que tá doente, num é eu, eu tô boa. Num tenho nada, ela falava... e tava com aquela ferida na perna, que vazava... a gente arrumava assistência do Mário Gatt pra umas duas, três vez lá com nós, lá onde ela morava, no Nova Europa, que ela morava lá... e a gente ia lá, ela corria da gente, escondia dentro da casa dos outro, lá. Num queria aceitar de ir no médico de, olha, mas deu um trabalho pra mim conseguir trazer ela aqui! Aí, quando eu internei ela, no dia dois de... de fevereiro, que vai fazer dois anos agora em fevereiro, no ano retrasado. Aí, foi que eu internei, então eu pedi pra ele, que tinha um ano que ela não penteava o cabelo, ficou com um turbante na cabeça, um lenço... ela não deixava a gente passa nada no cabelo dela pra desembaraçar, pra mim poder dar um corte, não sei se você viu o cabelo dela... então um cabelão cumprido, mas aquilo tava que nem conseguia pega ela pra pentear, que ela não deixava, e aqui eu pedi pra enfermeira ir lá em cima pra cortar o cabelo dela, né? Agora, não sei o que deu, né? Ela corta, ela gosta! Ajeita o cabelinho dela, tudo direitinho! Ela melhorou bem!

E: O médico...ham, a senhora sabe o nome da doença dela, alguém falou?

Não, eu não sabia, ele não explicou direito. Só sei que era da cabeça, assim, sabe, que ela falava muita bobagem. Sabe, ela tinha ciúme do companheiro dela... Ia gente lá em casa, né, quando ela teve a nenezinha, a menina... a menina dela tem treze anos, tá com a minha irmã no São Bernardo, então, ela morou esses tempo, lá no juízo, nas Amoreiras, a menina, e então agora está com a minha irmã. Eles iam lá em casa, ela ficava brigando com todo mundo, até com mulher velha, de quarenta, sessenta ano, cinqüenta, ela falava: Cê veio aqui por causa de fulano, o companheiro dela, né? O pai da menina. Cê veio aqui por causa dele?... e falava muita besteira pra toda gente, tudo, ela tinha ciúmes com todo mundo. O que deixou ela atrapalhada da cabeça, foi o ciúmes demais que ela tinha dele, e ele abandonou ela, também largou dela, né, com a menina. Nós é que sustentamos a menina e ela por seis ano. Nós é que cuidava dela e da menina. A menina dela vai fazer treze ano agora, em fevereiro, mas tá com a minha irmã, porque foi com a madrinha, lá no, pros lado

lá do aeroporto, e a madrinha começou a querer judiar da menina, sabe, então começou com muita história e eu peguei ela outra vez, só que ficou com a minha irmã. Agora tamo ajudando, um pouco um, um pouco um ajuda, eles dão um dinheirinho pra mim, né, por causa da minha irmã que tava em casa... Nós somos em seis irmã, quando uma tá apertada, uma ajuda a outra, entendeu? Então cada um dava uma coisinha pra outra, porque é coisa de comer, assim, gasta mesmo em casa, então cada um colabora um pouco.

E: A senhora acredita que essa doença que ela tem possa acontecer tanto com homem quanto com mulher?

Eu não sei, eu sei que ela tinha, sabe, antes de ela morar com ele, ela até tinha um pouco de na cabeça, pouca coisa. Agora não sei, se ela, eu vejo isso daí, que ela tinha muito ciúme dele... eu vou te falar, ele largou, abandonou ela, arrumou outra mulher, então, até a menina foi morar com a outra, porque ela queria fazer a menina ir embora pras casas das tia, ela não queria saber da menina lá, né, e eu acho que ela ficou com a cabeça mais ruim foi depois que o assistente tirou a menina dela, entende? Mas tirou porque ela não tava com a cabeça boa, ela não largava da menina, entende, ela cuidava bem da menina, ela cuidava bem, não deixava a menina sozinha, de jeito nenhum! Mas, olha, vou falar pra você, você não agüentava ficar um minuto perto dela, de tanta besteira que ela falava! Agora não, ela está mais calma, sossegada, sabe, ela não tá falando... ela fala alguma coisa, assim, mas, pouco, melhorou, nossa! Bastante! Ó, eu não agüentava, não agüentava, eu falei pro pelo amor de Deus! Eu não posso esperar esse médico, eles trouxeram ela amarrada. Ela veio amarrada aqui pra Unicamp. Aqui no Pronto Socorro, ela ficou amarrada e ela me deu coice nas minhas pernas, lá em baixo, no Pronto Socorro...

E: Ela estava agressiva então...?

É, tava, tava demais, agora, graças a Deus, que ela tem mudado bem, viu, mudado muito! Nossa! Aqui tem sido muito bom!

E: O que que a senhora acha que faz melhorar esse problema?

E tem os remédios dela, acho que não pode parar, né? Porque eu tenho a impressão de que se ela parar com os remédios ela vai voltar, eu acho que ela vai voltar a falar tudo

aquelas bobageira outra vez, porque pagar um lugar pra pôr ela, acho que eu não tenho condições, né? Pra pôr num num lugar pra pagar. A gente não tem, tem que... porque ela era pra ficar comigo depois de quatro mês, mas como ela tava com a perna ruim, ela teve que fazer fisioterapia, tá vendo o médico da varizes, tá vendo (ininteligível) duas vezes por mês, agora foi coisado o contrato mais longo, né? Agora, trouxe ela dia vinte, de novembro, então, eu falei: Deixa ela comigo, até ela melhorar bem, porque ela tá pra ficar com a minha irmã também, lá onde tá a menina. Porque eu, vou te falar, tô tão cansada, eu ando tão doente, cheia de reumatismo, eu tô fazendo fisioterapia, na lá Martinelli, tô indo atrás de médico pra mim, atrás de médico pra ela, cuidar da casa, fazer tudo. Ela ajuda eu em casa, quando ela tá boa, que ela pode fazer alguma coisa, ela varre em volta da casa pra mim, o quintal, e ela lava louça, ela varre a casa, a única coisa que eu deixo ela fazer, as outras coisa eu não deixo não! Lavar roupa, cozinhar, passar, tudo é eu. Mas, assim, sabe, assim, ela tá calma, tem hora que ela fala alguma coisa assim, mas tá sossegada, quieta, sabe...

E: Dna R., deixa eu ver se eu estou entendendo então, a senhora acha que equilibrou?

Ela engordou bastante, viu!

E: Pro melhor tratamento dessa doença, né, a melhor coisa é o remédio?

Eu acho...

E: Tá...

...que se ela parar com o remédio... e a gente leva ela também, sabe, quando a gente sai assim, pra casa de alguém... e meu filho vem buscar de carro, a gente sempre pôde levar ela pra passear em algum lugar, mas sempre a gente tá junto! Leva os remédio pra tomar, tudo... eu não deixo...(ininteligível)... pra ficar ali, entendeu? Eu sei que ela gosta de sair um pouco, entende? Ficar só dentro de casa, não!... e ela tá bem melhor, desde que ela chegou aí, o Dr. P. falou: Oh, hoje passou batom... e ainda brincou com ela, né? Que ela gosta de passar pó, batom, tudo, né? Então disse: Ih, vai arrumar uma paquera... a gente mexe com ela, né? Ela dá tapa, ela só dá tapa,...mas ela vem sossegada, sabe,...

E: A senhora acha que ela pode, que ela conseguiria, é..., se casar, levar uma vida normal? O que a senhora pensa a esse respeito?

Ah, isso daí, não sei não, viu! Com esse problema que ela tem, de falar coisa assim... Oh acho que não tem homem que agüente, também não. Porque os homem de hoje quer chegar em casa, quer sossego, não é verdade? Quer é sossego..... Chega e a mulher fica pipipi na cabeça? Homem nenhum acho que gosta disso, viu? (Ininteligível) (Risadas).

E: Como é que a senhora vê? A senhora acha que tem cura essa doença?

Ah, eu espero, se Deus quiser, tem que ter. Porque do que ela tava, ela já melhorou bastante! Espero que ela vá melhorar bastante, mesmo, mais do que ela tá! Porque ela melhorou bastante, mesmo! Graças a Deus.

E: Na convivência com ela, do jeito que ela tá hoje, como é que são as horas que fica mais difícil de conviver com ela?

Ah, tem hora que ela fala coisa, sabe, às vezes ela começa..., e fala as coisa assim...principalmente quando ela tá assistindo televisão. Às vezes eu deixo ela assistir, pra, pra ela não ficar assim, pensar que sou eu que não quero que ela assiste, que ela fique sentada ali, entende? Aí ela começa a falar: Aí, tá passando aquilo,...que não sei o que. Oh, lá vó, vem vê, tá passando aquilo. Eu digo, R. deixa, tô vendo daqui, da cozinha, às vezes tô fazendo alguma coisa...deixa, tô ouvindo, R., fica quieta, pra mim escutar também daqui, eu falo com ela, sabe. Mas, ela... tá bem mais calma, sabe, do que ela era. Tá bem melhor, graças a Deus. Melhorou bastante.

E: Trabalhar, ela trabalha?

Quem?

E: A R.?

Não, ela trabalhava, né? Até que quando ela trabalhava, foi o pai da menina aí, que tirou ela do emprego, que ela ficou grávida, que bancou ela cinco ano, e que abandonou, aí foi que ele arranjou outra. Trocou ela por outra, por que? Por causa da cabeça dela, que não tava boa.

E: A senhora acha que ela vai conseguir voltar a trabalhar no futuro normalmente?

Eu falo pra ela, né? Sabe o que que eu falo pra ela: R. é tão gostoso a gente poder trabalhar! Ter o dinheirinho da gente, eu falo pra ela assim, sabe, eu converso com ela, sobre isso. Falo: A gente tendo o dinheirinho da gente, a gente vai na cidade, compra o que a gente quer, uma roupa, um sapato. A gente pode sair pra passear no fim de semana. Não tem nada que impede a gente de gastar o dinheiro que a gente soa. Eu falo pra ela, sabe. Converso assim, numa boa, entende? Explico. Pra ela entender que ela trabalhando, tando com saúde, é melhor do que estar dependendo dos outro do que trabalhando. Que ela vive dependendo de nós tudo, porque a gente tem que cuida, porque é irmã. A gente não pode abandonar.

E: Depende da senhora, e de mais alguém?

Das minhas irmã também. Porque as minhas irmãs também ajudam. Que como eu tenho meu filho, ele tem meu neto que vem come em casa, e trabalha na lá T., sabe a T. a firma? Meu neto trabalha lá, o A. E ele vem almoçar em casa todo dia. Cê vê, hoje eu deixei tudo pronto, pra ele, porque ele mora lá no Parque da Figueira, pra baixo do Nova Europa. É longe, então ele vem almoçar em casa de segunda a sexta. E ele me dá também um dinheiro pra mim também pegar as coisa no mercado, me dá ...a mãe dele me dá uma cesta básica... as minhas irmã tudo ajudam um pouco também, e cada um dá. Se for só eu, que só recebo uma pensão de um salário, e tem o aluguel ali do fundo, né? Que eu recebo.

E: E ela trabalhava no que mesmo?

Ela trabalhava de doméstica. E depois ela começou a trabalhar nessa firma que ela trabalhou de sete a oito mês, que tá na carteira profissional dela.

E: A senhora sabe o que ela fazia na firma?

Não sei, faz muitos ano, faz muitos ano isso!

E: Não tem problema, não é importante pra mim isso não.

Até minha irmã falou, disse que tem um, tem um papel lá que eu preciso achar. A menina dela foi que achou o papel, e disse que esse papel era de quando ela trabalhava na firma. Até minha irmã falou assim, disse que o pai da menina teve lá ontem, que ele tá dando uma pensão pra menina, sabe, agora. Tá dando uma pensão. Antes não dava, mas agora ele tá começando a ajudar. Está com uns dois mês pra cá, que ele tá ajudando. Então, disse que ele tá... é... falou que esse papel, disse que era pra gente vê que ela deve ter um dinheirinho pra receber. Pouquinho, mas que tem. Eu falei que vou mandar minha nora pra ver pra mim. Porque a minha nora é que vê faz tudo pra mim, quando eu preciso, porque eu não sei ler. Então, ela que vê tudo pra mim, sabe, as coisas.

E: Como é que a senhora acha que vai estar a vida dela daqui pra frente?

Penso em melhorar bem assim...a cabeça dela...tal, porque acho que ela é capaz de até falar assim de um dia arrumar um serviço um dia, de trabalhar...porque ela sempre trabalhou na casa dos outro. E ela sempre foi...não é que é para falar mal que é minha irmã. Nunca...as patroas gostava dela.

E: É uma boa trabalhadeira.

Ela trabalhou com uma mulher, com uma moça que eu com minha irmã trabalhava com a mãe dela 8 anos e ela trabalhava na filha da mulher, 5 anos ela trabalhou. E eles gostaram muito dela sabe, que ela fazia as coisas muito direitinho. Todo lugar que ela trabalhava, ela não ficava um ano, dois anos, ela ficava 5, 8 anos, 10 anos. Ela sempre trabalhou. E se esforçava, porque a gente, minha mãe ensinava nós. Minhas filha, vocês vão trabalhar na casa dos outro, o que vocês achar no chão, que é dentro da casa, nunca cês pega, pega do chão e pões em cima do móvel, que é da patroa, não é da gente. Não tem esse negócio de mexe nas coisa dos outro, graças a Deus. Sabe, tava eu falando com as irmã com ela, nunca mexemo em nada de ninguém. Isso ela, ela...pode ir na casa da gente, ela ia na minha casa, que ela tava com a cabeça ruim, ela não abria nem a geladeira pra pega um guaraná, enquanto a gente não mandava. Ela não pegava, nada, nada pra come se a gente falava: R. pega aí, faz pra você come. Ela não pegava.

E: Quando ela começou a ficar doente, ela começou a falar coisas estranhas?

Começou a falar bobagem.....

E: O que passou na cabeça da senhora, primeiro? Pensou que era coisa de médico ou pensou que era alguma outra coisa?

Quando eu falava pra minha irmã que eu achava que tinha que levar ela no médico pra Marica, Marica é a minha irmã, falava: acho que ela tem alguma coisa pra tratar com médico, esse médico que leva nesse negócio de hospital, de hospital de louco, eu falava, sabe. Porque do jeito que ela tava, a gente achava que ia ter que internar num lugar desse. Que do jeito que ela falava, porque ela falava muita besteira, falava bobagem mesmo, falava cada coisa! Xingava, falava nome feio. Agora não, agora já mudou, mudou mesmo.

E: Então no começo, desde o começo a senhora achava que era um problema de médico?

É. Mas já faz tempo que ela tá com esse problema, faz tempo! Mas é que ela não ia cuidar e ela não admitia que tava doente.

E: Quanto tempo que tá...

Ah, já tá fazendo sete, oito ano...

E: Desde que começou...

Que nós começamos em cima mesmo é duns quatro, cinco ano pra cá. Que no começo, ela não queria, não queria, a gente deixava. Porque ela fugia da gente. Ia na casa dela, arrumava médico, eu ia busca com condução, pra ir com ela. Acompanhar ela, ela falava pra arrumar pra gente, não arrumar pra ela, porque ela não tava doente. Que quem tava doente era a gente. Acho que ela sempre botou bobagem na cabeça. E é o que ela falava. Agora, graças a Deus,... e ela ofendia todo mundo que ia em casa, ver a nenêzinha, a nenêzinha dela. Aí, eu telefonei lá pro, pro pai dela vir buscar ela porque eu não tava mais agüentando de tanta besteira que ela falava, ofendia todo mundo que entrava lá. Hoje, sabe, que nem agora eu falo pra ela, R. , você vê que ele que chegou na porta do cartório pra

marcar o casamento, pra casar com ela, ela não quis. Se recusou. Acho que ela já não tava com a cabeça boa, né? Pra falar umas coisa dessa.

Dados Clínicos do respectivo paciente (do prontuário e informações da equipe)

Diagnóstico nosológico (CID-10)	Esquizofrenia paranóide
Tempo de história e de modo de início e de evolução	Há 8 meses. Por surto. Abrupto.
Medicamentos utilizados anteriormente e em uso	Haldol 10mg/d Akineton 4mg/d
Internações	01. Há 15 dias atrás até presente data. Enfermaria de Psiquiatria do HC da Unicamp
Psicoterapia e outras abordagens recebidas	Não
Comprometimento do desempenho de papéis	Marcadamente doente (GAS)