



**UNICRUZ – UNIVERSIDADE DE CRUZ ALTA**  
**UNIJIÚ – UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO DO**  
**RIO GRANDE DO SUL**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM**  
**ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE**

**ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, NO PROCESSO**  
***RECOVERY DA ESQUIZOFRENIA*, EM UM CENTRO DE**  
**ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL DE IJUÍ – RS**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**ANA JULIA FORCHESATTO**

**Ijuí – RS, Brasil**

**2016**

**ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, NO PROCESSO  
*RECOVERY DA ESQUIZOFRENIA*, EM UM CENTRO DE  
ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL DE IJUÍ – RS**

**Por**

**ANA JULIA FORCHESATTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção Integral à Saúde, da Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ, RS), em associação ampla à Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestre em Atenção Integral à Saúde**

**Orientadora:** Eva Teresinha de Oliveira Boff

**Ijuí – RS, Brasil  
2016**

Catálogo na Publicação

F698e Forchesatto, Ana Julia.  
Estratégias de educação em saúde, no processo *Recovery da*  
esquizofrenia, em um Centro de Atendimento Psicossocial de Ijuí-RS /  
Ana Julia Forchesatto. – Ijuí, 2016.  
109 f.: il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Regional do Noroeste do  
Estado do Rio Grande do Sul (Campus Ijuí). Atenção Integral à Saúde.

"Orientadora: Eva Teresinha de Oliveira Boff."

1. Esquizofrenia. 2. Recovery. 3. Educação. I. Boff, Eva Teresinha  
de Oliveira. II. Título.

CDU: 616.895.8(816.5)  
614:37(816.5)

UNIVERSIDADE DE CRUZ ALTA E UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE  
DO RIO GRANDE DO SUL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ATENÇÃO INTEGRAL  
À SAÚDE

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova a Dissertação de Mestrado

**ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, NO PROCESSO RECOVERY DA  
ESQUIZOFRENIA, EM UM CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL DE  
IJUÍ-RS**

elaborada por:

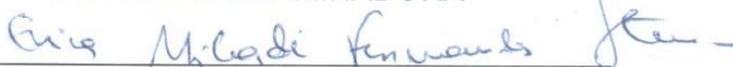
**ANA JULIA FORCHESATTO**

Como requisito parcial para a obtenção do grau de  
**Mestre em Atenção Integral à Saúde**

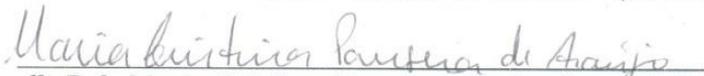


Prof.ª. Dr.ª. Eva Teresinha de Oliveira Boff  
(Orientadora)

COMISSÃO EXAMINADORA



Prof.ª. Dr.ª. Eniva Miladi Fernandes Stumm - (UNIJUI)



Prof.ª. Dr.ª. Maria Cristina Pansera de Araújo - (UNIJUI)



Prof.ª. Dr.ª. Graça Simões de Carvalho - (Universidade do Minho de Portugal)

Ijuí, 01 de abril de 2016

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho à minha família, em especial aos meus Pais Reni e Édio Forchesatto, minha tia Ana Maria (in memoriam) ao meu esposo João Paulo pelo amor, incentivo e base familiar e a todos que possuem a doença e lutam tenazmente por sua inserção na sociedade.*

*“Que a importância esteja em seu olhar, não nas coisas olhadas .”*

*(A. Gide)*

## *AGRADECIMENTOS*

*À Deus*

*Ao meu pai Nico, minha mãe Reni, irmãos Débora e Luís Henrique, sobrinhas, Paty, Nicole, Stephanie, obrigada pelo apoio, carinho, por rezarem e torcerem por mim.*

*À minha tia Ana Maria Pires (in memorian) pelo amor e carinho, me ajudou a olhar os portadores de deficiências de maneira especial e mesmo que indiretamente me incentivou a trabalhar no CAPS e olhar diferente para as pessoas.*

*À minha orientadora Professora Doutora Eva Teresinha de Oliveira Boff, obrigada pela confiança depositada em mim, por não desistir nos momentos de dificuldade, pelo acolhimento, cuidado e ensinamentos.*

*Aos professores da banca, pela disponibilidade, pelas considerações e auxílio acadêmico para o meu crescimento.*

*À toda equipe profissional do CAPS Colméia pelo apoio e disponibilidade*

*Aos meus professores do programa de mestrado pelo auxílio e ensinamentos, foram carinhosos e prestativos.*

*Aos participantes dos grupos terapêuticos, seus familiares, pelo carinho com o qual responderam o questionário e sempre preocupados em me ajudar. Obrigada!*

*Aos meus colegas pelas caronas, pelas risadas, pelas conversas e aprendizado.*

*Enfim, a todos que diretamente ou indiretamente contribuíram para a realização desse trabalho. que indica que mais um sonho foi realizado.*

## **RESUMO**

A esquizofrenia é uma grave doença neuropsiquiátrica multifatorial ligada a fatores: genéticos, comportamentais, sociais, neurológicos e de desenvolvimento mental. Apresenta sintomatologia ampla (sintomas positivos/sintomas negativos) que vai desde delírios, alucinações, alterações formais do pensamento e comportamento bizarro (sintomas positivos) até embotamento afetivo, adonia, alogia, abulia-apatia (sintomas negativos), perdas significativas de concentração e déficits cognitivos em que o sujeito volta ao estado mental de pensamento primitivo. É uma doença que pode misturar sintomas positivos e negativos num mesmo sujeito, porém no aspecto social apresenta sua maior problemática: o alheamento social, emocional e afetivo nas relações tanto com familiares e suas rotinas diárias de relacionamento, nas relações de trabalho e sociedade. Esse distanciamento que a doença provoca nas relações do indivíduo faz com que o indivíduo e/ou os familiares procurem ajuda nos Centros Psicossociais – CAPS na busca de um tratamento que seja eficaz, pois a medicalização apenas diminui alguns sintomas. O sujeito precisa se remodelar para uma nova configuração de vida e isso nem sempre se faz de uma maneira fácil nos contextos da família e sociedade. Esta pesquisa denota um termo *Recovery* na tentativa de discutir o processo de reestabelecimento deste sujeito e valorizar os processos significativos de perdas cognitivas, numa tentativa de discutir as redes assistenciais de saúde, e também dar um suporte mais humanista. Trata-se de uma pesquisa de abordagem predominantemente qualitativa, descritiva, transversal. A mesma foi desenvolvida em um CAPS do município de Ijuí que atende em média 73 usuários com diagnóstico de esquizofrenia. Realizamos Teste Cognitivo Matemático para identificar possíveis déficits cognitivos e Questionário Sociodemográfico. Os resultados indicam que os homens apresentam maior déficit cognitivo que as mulheres, apontando para elas uma melhor qualidade de vida nos domínios das relações interpessoais, ocupacional, lazer e de auto-cuidado.

**PALAVRAS-CHAVE: ESQUIZOFRENIA, RECOVERY, EDUCAÇÃO**

## **ABSTRACT**

Schizophrenia is a major neuropsychiatric multifactorial disease related factors: genetic, behavioral, social, neurological and mental development. Presents broad symptoms (positive symptoms / negative symptoms) ranging from delusions, hallucinations, formal changes of thought and bizarre behavior (positive symptoms) to affective blunting, adenonia, alogia, apathy, apathy (negative symptoms), significant loss of concentration and deficits cognitive in which the subject back to the mental state of primitive thinking. It is a disease that can mix positive and negative symptoms in the same subject, but in the social aspect has its biggest problems: social, emotional and affective alheimento in relations with both family and their daily routines relationship, in labor relations and society. This distance that the disease causes in the individual relationships causes the individual and / or family members seek help in Psychosocial Centers - CAPS in the search for a treatment that is effective because the medicalization only decreases some symptoms. The subject needs to remodel for a new configuration of life and this is not always an easy way in family contexts and society. This research indicates a *Recovey* term in an attempt to discuss the reestablishment process of this subject and value the significant processes of cognitive losses in dealings to discuss health-care networks, and also give a more humanist support. This is a qualitative research, descriptive, cross. The same has been developed in a CAPS Ijui municipality that meets on average 73 users with diagnosis of schizophrenia. We conducted Cognitive Test Mathematician to measure cognitive ability and Sociodemographic Test. The results indicate that men have greater cognitive deficits than women, poiting to them a better quality of life in the areas of interpersonal relationships, occupational, leisure and self-care.

**KEYWORDS: SCHIZOPHRENIA, RECOVERY, EDUCATION**

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Introdução	
Figura 1: Questão central da pesquisa a ser abordada.....	20
Revisão Bibliográfica	
Figura 1: Classificação da esquizofrenia de acordo com o comportamento e as formas da doença.....	23
Figura 2: Etiologia e prováveis diagnósticos de acordo com as mudanças epigenéticas .....	24
Figura 3: Sinais positivos e negativos da esquizofrenia .....	26
Figura 4: Especificação dos sintomas negativos.....	26
Figura 5: Especificação dos sintomas positivos .....	27
Figura 6: Fase desenvolvimental – fases de aparecimento da sintomatologia da esquizofrenia .....	28
Figura 7: Sobrecarga familiar .....	29
Figura 8: Esquema emblemático sobre a justificativa da dissertação .....	41
Artigo 1	
Figura 1: Caminhos metodológicos .....	48
Figura 2: Descrição da matriz de referência.....	50
Figura 3: Classificação das categorias conforme descritor .....	52
Figura 4: Descrição questões 2.....	53
Figura 5: Percentual de acertos e erros .....	53
Figura 6: Representação da modificação conceitual na esquizofrenia.....	54
Figura 7: Descrição das questões grupo 2.....	57
Figura 8: Descrição das questões grupo 3.....	58
Figura 9: Descrição das questões grupo 3.....	59
Figura 10: Descrição das questões grupo 4.....	61
Artigo 2	
Figura 1: Fatores predisponentes na esquizofrenia .....	69
Figura 2: Quando suspeitar de esquizofrenia (principais sintomas).....	70
Figura 3: História do movimento antimanicomial no Brasil.....	73
Figura 4: Termo <i>recovery</i> e suas distintas formas.....	74

## LISTA DE TABELAS

Revisão Bibliográfica	
Tabela 1: Domínios funcionais e sinais neurológicos .....	28
Artigo 1	
Tabela 1: Percentual de respostas corretas, incorretas e não respondidas do grupo I .....	54
Tabela 2: Percentual de respostas corretas, incorretas e não respondidas do grupo II .....	57
Tabela 3: Percentual de respostas corretas, incorretas e não respondidas do grupo III .....	59
Tabela 4: Percentual de respostas corretas, incorretas e não respondidas do grupo IV .....	61
Artigo 2	
Tabela 1: Características sociodemográficas dos sujeitos do grupo de intervenção estudado .....	75
Tabela 2: Tempo de duração da aplicação dos questionários .....	77
Tabela 3: Dados referentes de medicamentos (uso de clozapina) dispensados aos entrevistados .....	80

## LISTA DE ABREVIATURAS

ABRE: Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia

ABP: Associação Brasileira de Psiquiatria

CAPS: Centro de Atendimento Psicossocial

CID: Código Internacional de Doenças

ECRO: Esquema Conceitual Referencial e Operativo

ESF: Estratégia da Saúde da Família

et al.: e colaboradores

MEC: Ministério da Educação e Cultura

N : Tamanho Amostral

OMS: Organização Mundial da Saúde

PBA: Programa Brasil Alfabetizado

QLS-BR: Quality of Life Scale

SESC: Serviço Social do Comércio

SM: Síndrome Metabólica

SNS: Sinais Neurológicos Sutis

TCLE: Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido

AP: Terapia Antipsicótica

## LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Questionário Sociodemográfico .....	107
APÊNDICE 2 – Termo Secretaria de Saúde .....	108

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética .....	110
ANEXO B – TCLE .....	118

## SUMÁRIO

RESUMO.....	7
ABSTRACT.....	8
LISTA DE ILUSTRAÇÕES .....	9
LISTA DE TABELAS .....	10
LISTA DE ABREVIATURAS.....	11
LISTA DE APÊNDICES .....	12
LISTA DE ANEXOS.....	13
APRESENTAÇÃO .....	15
1. INTRODUÇÃO .....	16
2. REVISÃO DE LITERATURA – COMPREENSÕES SOBRE A ESQUIZOFRENIA .....	22
2.1 Classificação e Diagnóstico .....	22
2.2 Prevalência .....	24
2.3 Sinais e Sintomas Clínicos.....	25
2.4 Bases Genéticas de Herança na Esquizofrenia.....	30
2.5 Esquizofrenia pelo Ponto de Vista de Lev Vygotsky .....	31
2.5.1 O Processo do Pensamento na Esquizofrenia .....	36
2.5.2 Alteração na Significação das Palavras na Esquizofrenia .....	37
2.5.3 A Formação de Conceitos Novos na Esquizofrenia.....	38
3. OBJETIVOS.....	42
3.1 Objetivo Geral.....	42
3.2 Objetivos Específicos .....	42
4 ARTIGOS .....	43
4.1 Artigo 1 – Estudo Cognitivo em Sujeitos com Esquizofrenia no Processo <i>Recovery</i> de um CAPS.....	43
4.2 Artigo 2 – Perfil Sociodemográfico e Hábitos de Vida de Usuários com Diagnóstico de Esquizofrenia, Assistidos em um CAPS.....	66
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	92
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMPLETAS .....	96
7. APÊNDICES .....	106
8. ANEXOS .....	109

## **APRESENTAÇÃO**

Esta dissertação apresenta os resultados e a discussão na forma de artigos científicos, os quais se encontram nos itens “Artigo 1” e “Artigo 2”. O “Artigo 1” foi submetido à revista B2 Ciência e Cognição por isso mantivemos a formatação original (inclusive a fonte: Times New Roman e espaçamentos) conforme as normas da revista diferente da íntegra da dissertação que está na fonte Arial .O “Artigo 2” será submetido à outra revista. Cada artigo possui a ordem metodológica descrita. Porém, os “Pressupostos Metodológicos” foram mantidos na dissertação para uma explicação mais detalhada. No final desta dissertação encontra-se o item “Considerações Finais”, no qual há interpretações e comentários gerais sobre os artigos contidos nesta dissertação. O item “Referências Bibliográficas da Dissertação” refere-se às citações que aparecem em toda a dissertação de forma completa.

## 1.INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é uma doença mental intrigante em que as principais alterações estão nas dissociações entre pensamentos, emoções e percepções. O sujeito não consegue viver e integrar essa vivência psíquica com ele próprio, nem com as demais pessoas da sociedade (J MARQUES-TEIXEIRA, 2015). A esquizofrenia é de natureza multifatorial na qual os fatores genéticos e ambientais parecem estar associados a um aumento no risco de desenvolver a doença (SILVA, 2006).

Mesmo com todos os métodos de pesquisa avançados em nível mundial, ainda não existe uma definição concisa de quem será afetado e irá desenvolver a doença. A esquizofrenia é um dos principais problemas de saúde da atualidade, exige investimentos no sistema de saúde, no número de internações bem como na atenção aos sujeitos não tratados. A intervenção no primeiro momento do transtorno oferece uma oportunidade única no tratamento da esquizofrenia, a qual influencia no próprio curso da doença. Quanto maior o período de sintomatologia, pior é o prognóstico (GIACON, 2006 e NOTO, 2012).

A reforma psiquiátrica surgiu para humanizar o serviço, pois anterior a reforma psiquiátrica, as pessoas eram isoladas, mantidas de forma degradante, desassistidas, nos hospícios e em unidades hospitalares. Com a reforma psiquiátrica fechou-se muitos leitos hospitalares e com isso a sociedade ainda discute melhores alternativas para a não hospitalização desses indivíduos. Por outro lado, há situações em que a internação é necessária, tanto para fins de diagnóstico, segurança do paciente e no início de tratamento. Destaca-se que atualmente há um aumento crescente de hospitalizações, decorrente de tratamento inadequado, ausência de reabilitação nos sistemas de saúde com suporte e equipe multiprofissional, o que resulta em aumentada demanda das internações de sujeitos que poderiam conviver com a doença sob tratamento adequado em sociedade (BRASIL, 2013)

Por ser uma doença multi-heterogênia e com vários fatores associados, com sintomas inespecíficos e que diferem de indivíduo para indivíduo aliados a diagnósticos imprecisos, o sujeito com esquizofrenia não tratada vivencia intenso

sofrimento mental. Além dele, a família igualmente sofre e demais pessoas envolvidas no processo da doença. É uma luta para o sujeito com esquizofrenia viver um dia-a-dia comum numa sociedade que discrimina o “corpo” que não é belo ou com os padrões de beleza condizentes com a cultura que retrata (ANDRIEU, 2008 e AGOSTINI, 2013)

Pelo modo de como a doença se manifesta tardiamente, embora haja tratamento, há perdas cognitivas e funcionais que são limitantes e ainda persistem ao longo da vida do doente. A família e o sujeito com esquizofrenia necessitam aceitar a doença e aprender a reorganizar as novas rotinas diárias de tratamento, adaptar-se a doença e sua nova configuração, pois o estado clínico anterior a ela não modifica, muitas vezes até regride e somente com a intervenção pode ter alguma melhora (BRASIL, 2013).

Os sujeitos com transtornos mentais podem ter uma vida normal, surtos e recaídas são exceções. As recaídas em esquizofrênicos sob tratamento variam entre 12 e 15%. Em sujeitos não tratados ou não diagnosticados corretamente, o risco de surtos psicóticos atinge em torno de 70% (ABP, 2014). Quando um doente de espectro esquizofrênico entra em *Recovery*, após um quadro agudo ou de sintomatologia, salvo exceções, mesmo com recaídas, ele pode ter uma vida normal, com algumas deficiências básicas, porém com autonomia e focado no processo de reabilitação.

O que é importante frisar que a esquizofrenia passou a ser alvo de diferentes modelos de estudos propostos. É uma doença que desafia pesquisadores, em várias áreas do conhecimento, como as ciências cognitivas, a neuroimagem, genética e oscila entre a farmacologia, e a medicina preventiva. Essa importante integração de profissionais, faz-nos remeter a principal proposta do curso de Mestrado em Atenção Integral à Saúde. Ela volta seu olhar para o indivíduo (corpo) como ser único e o coloca no conjunto com as demais áreas e profissionais em busca de uma futura aceitação da sociedade na inclusão dessas pessoas e na busca de alternativas para a doença. A doença por si só faz a integração para quem quer entendê-la, por isso se justifica a escolha de ouvir os profissionais e os familiares que em conjunto podem acrescentar melhores resultados.

Existem ainda fortes sinais de exclusão, de estigma entre os sujeitos e usuários que procuram auxílio nas unidades de reabilitação, pois são muitas vezes rotulados pela sociedade como loucos. Noto (2012) afirma que é um duplo desafio

para as pessoas com esquizofrenia lidar com a doença e com os estereótipos, preconceitos e concepções equivocadas da doença. O autor considera que este estigma é tão antigo quanto à própria origem das doenças mentais e sofrimento mental.

Conforme preconizado pela Constituição Brasileira (1988) seção II a Saúde é um direito fundamental do ser humano, um direito de todos, inclusive para portadores de doença mental como é o caso da esquizofrenia.

*“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação...Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.” (BRASIL, Constituição Federal, página 99 e 100, 1988.)*

Mantivemos a expressão original *Recovery* para tratar do tema. Essa expressão foi vinculada e agregada na Saúde Mental, utilizando como prática internacional nos esforços dos movimentos sociais em Saúde Mental. Ela surgiu como expressão *Recovery Movement* na luta de movimentos sociais de usuários e familiares de serviços de saúde mental na transcrição de um modelo de tratamento e de empoderamento pessoal, político em r<sup>1</sup>elação à vida. Isso envolve a própria experiência do adoecimento, a aceitação desta condição e a incorporação de novos sentidos para experiência, a superação do estigma, o exercício da cidadania e a responsabilização pela vida. (\*1DAVIDSON, 2003, página 43 *apud* LOPES,2012). Abrange o usuário como centro das discussões. Esse modelo tem sido incorporado como política de Saúde Pública na Saúde Mental, valorizando os serviços comunitários de saúde mental de forma ampla.

Alguns estudos como de Rodriguez et al (2008), Sanchez (2012), H. Sousa (2011) e Noto (2012) estão direcionando a partir da prática clínica o estudo da reabilitação da esquizofrenia sendo conduzida pela prática de intervenção familiar,

---

<sup>1\*</sup> Não foi encontrado o artigo científico original então, manteve-se a citação da citação. Autor original citado: DAVIDSON, L. *Living Outside Mental. Illness. Qualitative studies of recovery in Schizophrenia.* New York: New York University Press, 2003.

conjuntamente com as demais equipes multidisciplinares como grupos terapêuticos e principalmente no conjunto dessas orientações com a prática educativa, no qual é o enfoque global deste trabalho de pesquisa.

Considerando os argumentos apontados, partimos da hipótese de que o indivíduo com diagnóstico de esquizofrenia apresenta déficit cognitivo e a ausência de fatores cognitivos básicos influenciam nas suas atividades cotidianas, no âmbito familiar, nos grupos terapêuticos e no processo de reestabelecimento (*Recovery*).

A pesquisa justifica-se pela importância de discutir o processo de Reestabelecimento (*Recovery*) de sujeitos com diagnóstico de esquizofrenia, bem como valorizar os processos significativos de perdas cognitivas matemáticas que estão aliados à qualidade de vida destes sujeitos, numa perspectiva de compreender e refletir sobre o papel da Educação nas redes assistenciais de Saúde Mental.

Acreditamos que as intervenções na prática comportamental, incluindo grupo terapêutico (sujeitos e profissionais da saúde), grupo terapêutico com familiares (sujeitos, profissionais da saúde e familiares) e criação de um grupo focal com atividades educativas podem contribuir na reabilitação dos sujeitos com espectro de esquizofrenia.

Este estudo foi norteado pela seguinte questão central de pesquisa: Que aproximações e que distanciamentos existem entre os déficits cognitivos matemáticos dos indivíduos ao longo do processo de reestabelecimento (*Recovery*) da doença (Esquizofrenia) e que influências esses déficits apresentam para o processo reestabelecimento (*Recovery*) e na qualidade de vida desses sujeitos? Observe na Figura 1.

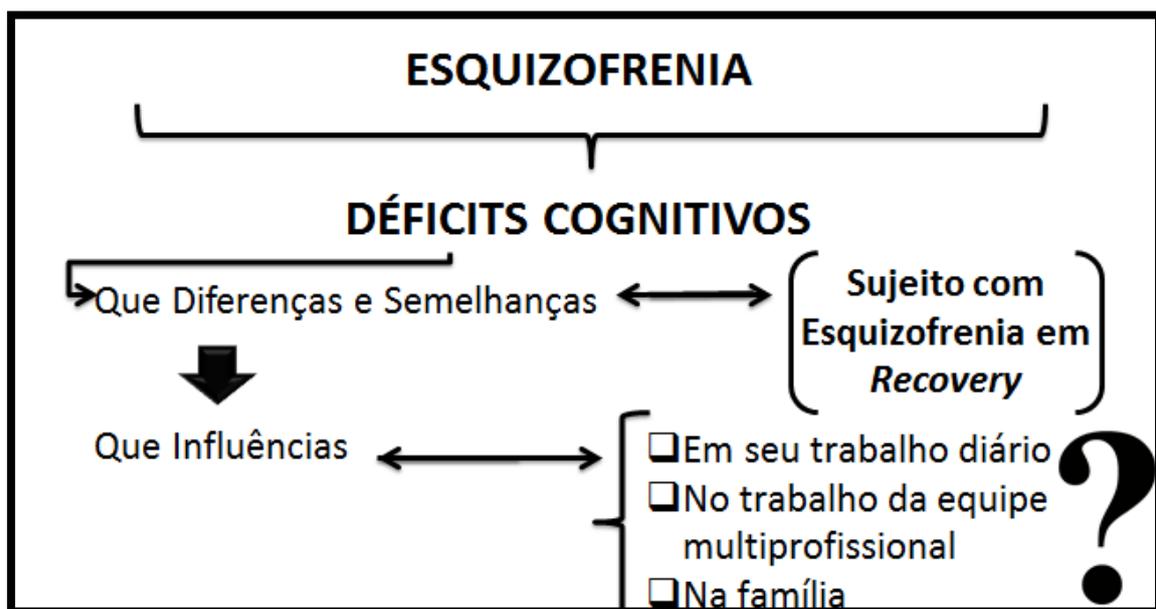
Além de buscar respostas para questão central de pesquisa, visamos compreender a doença, identificar a capacidade cognitiva matemática desses sujeitos, traçar um perfil sociodemográfico. Essa análise será individual, provocando um outro olhar sobre a Esquizofrenia e as pessoas portadoras deste espectro. Busca-se um refletir a partir de um olhar diferente sobre a Saúde Mental, e sobre o desconhecimento nas formas de reabilitação e inserção destes sujeitos nas comunidades.

Em síntese temos como objetivo geral: Compreender o Processo de Reestabelecimento (*Recovery*) e Identificar os Aspectos da Sociodemografia e Principais Déficit Cognitivos Matemáticos de Usuários com Diagnóstico de

Esquizofrenia de uma Rede de Atenção Psicossocial de Ijuí, na Perspectiva de Ressignificar as Ações de Educação em Saúde e Qualidade de Vida.

A hipótese da dissertação traz: o indivíduo com diagnóstico de esquizofrenia apresenta déficit cognitivo matemático e a ausência desses fatores cognitivos básicos influenciam nas suas atividades cotidianas, no âmbito familiar, nos grupos terapêuticos e a no processo de reestabelecimento (*Recovery*). Então, o problema abordado nesta dissertação é: o indivíduo esquizofrênico apresenta déficit cognitivo matemático, porém existem diferenças individuais importantes que impactam no seu cotidiano, no âmbito familiar e podem influenciar nas ações educativas e nas modalidades de tratamento instituídas no Centro de Atendimento Psicossocial – CAPS.

#### Figura da questão central da Pesquisa a ser abordada



**FIGURA 1:** Questão central da Dissertação de Mestrado produzida e formulada pela mestranda  
**Fonte:** Autora

Para responder a questão central de pesquisa e atender ao objetivo geral do estudo, o texto foi organizado em seis (4) partes:

A **primeira** parte introduz o tema abrangendo a questão central de pesquisa, a hipótese e o problema abordado, justificando a escolha do tema.

A **segunda** parte traz as referências bibliográficas, com um aporte teórico sobre a Esquizofrenia, classificação e diagnóstico, prevalência, sinais e sintomas clínicos, bases genéticas de herança da doença, e a Esquizofrenia (pensamento esquizofrênico) sob o ponto de vista de Lev Vygotsky.

A **terceira** parte conduz aos objetivos gerais e específicos do tema.

A **quarta** parte traz os artigos: o Artigo 1 intitulado “*Estudo Cognitivo em Sujeitos com Esquizofrenia no Processo Recovery de um CAPS*” Descreve a aplicação do Teste Cognitivo de Matemática do Programa Brasil Alfabetizado do ano de 2008 e os importantes impactos cognitivos no grupo de intervenção psicossocial para pessoas portadoras de esquizofrenia e seus danos na autonomia dos indivíduos. Este artigo foi submetido a Revista Ciência e Cognição, Interdisciplinar B2.E o Artigo 2 intitulado: “*Estudo da Sociodemografia, Qualidade de Vida e Uso de Medicamentos no Processo Recovery de um CAPS*” Este artigo traça um perfil sociodemográfico dos usuários diagnosticados com esquizofrenia com as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, com quem reside, tempo de estudo, hábitos de vida (uso medicamentoso, atividade física) e discute um pouco sobre a qualidade de vida de portadores de esquizofrenia no processo *Recovery*. Este artigo será submetido à Revista Científica da área.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA – COMPREENSÕES SOBRE A ESQUIZOFRENIA

Nesta revisão bibliográfica, visamos ampliar o entendimento sobre a Esquizofrenia, de uma forma mais aprofundada e relevante em termos específicos. Queremos incorporar um novo olhar sobre o sujeito, seu estigma social de conviver com a doença, com suas manifestações clínicas, sintomatológicas e perdas cognitivas. Os artigos e embasamento teórico escolhidos distribuem-se por vários domínios que se estendem desde a genética até o processo de pensamento visto por Lev Vygotsky.

A esquizofrenia compreende um grupo de psicoses funcionais, portanto não causadas por qualquer lesão cerebral, que provocam desintegração progressiva da personalidade e se manifesta na mocidade. A causa da esquizofrenia constitui um dos grandes enigmas da saúde mental. Algumas vezes existe uma causa próxima: hereditária, tóxica ou infecciosa; em outras não é possível precisá-la. Os indivíduos reagem de dois modos diferentes ao meio ambiente: uns vão da alegria à tristeza (ciclóides), outros da sensibilidade à diferença (esquizóides). Os ciclóides são pessoas vibráteis, entusiastas, idealistas, sensíveis a quaisquer tipos de emoções; os esquizóides são introvertidos, preferem vida interior, afastam-se dos seus semelhantes, reagem ao meio ambiente sem intensidade, perdem contato com fatos reais. (BRASIL, 2004).

### 2.1 Classificação e Diagnóstico

Para <sup>2</sup>Brasil- Datasus (2015) a Esquizofrenia fica definida como: **F20 ESQUIZOFRENIA:**

*Os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, ideias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos. A evolução dos transtornos esquizofrênicos pode ser contínua, episódica com ocorrência de um déficit progressivo ou estável, ou comportar um ou vários episódios seguidos de*

<sup>2</sup> Esta bibliografia não continha paginação. Acesso em: <<[www.datasus.gov.br/cid10/V2008/Webhelp/f20\\_f29.html](http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/Webhelp/f20_f29.html)>> Acessado dia 15/03/16

*uma remissão completa ou incompleta. Não se deve fazer um diagnóstico de esquizofrenia quando o quadro clínico comporta sintomas depressivos ou maníacos no primeiro plano, a menos que se possa estabelecer sem equívoco que a ocorrência dos sintomas esquizofrênicos fosse anterior à dos transtornos afetivos. Além disto, não se deve fazer um diagnóstico de esquizofrenia quando existe uma doença cerebral manifesta, intoxicação por droga ou abstinência de droga. Os transtornos que se assemelham à esquizofrenia, mas que ocorrem no curso de uma epilepsia ou de outra afecção cerebral, devem ser codificados em F06.2; os transtornos que se assemelham à esquizofrenia, mas que são induzidos por drogas psicoativas devem ser classificados em F10-F19 com quarto caractere comum*

A Classificação Internacional de Doenças (CID-10) refere que: “A maioria dos transtornos delirantes provavelmente não está relacionada à esquizofrenia, embora seja difícil distingui-los clinicamente, particularmente nos seus primeiros estágios”. Os sintomas da esquizofrenia são muitos e diferem de indivíduo para indivíduo, os mais comuns são as alucinações, o CID-10 também fala sobre isso: “O paciente pode ver a si próprio como o pivô de tudo o que acontece. As alucinações, especialmente auditivas, são comuns e podem comentar sobre o comportamento ou os pensamentos do paciente” (ABP, 2013).

**Classificação da F20 Esquizofrenia de acordo com o comportamento**

- **Ciclóide** – vai da alegria à tristeza
- **Esquizóide** – vai da sensibilidade à indiferença

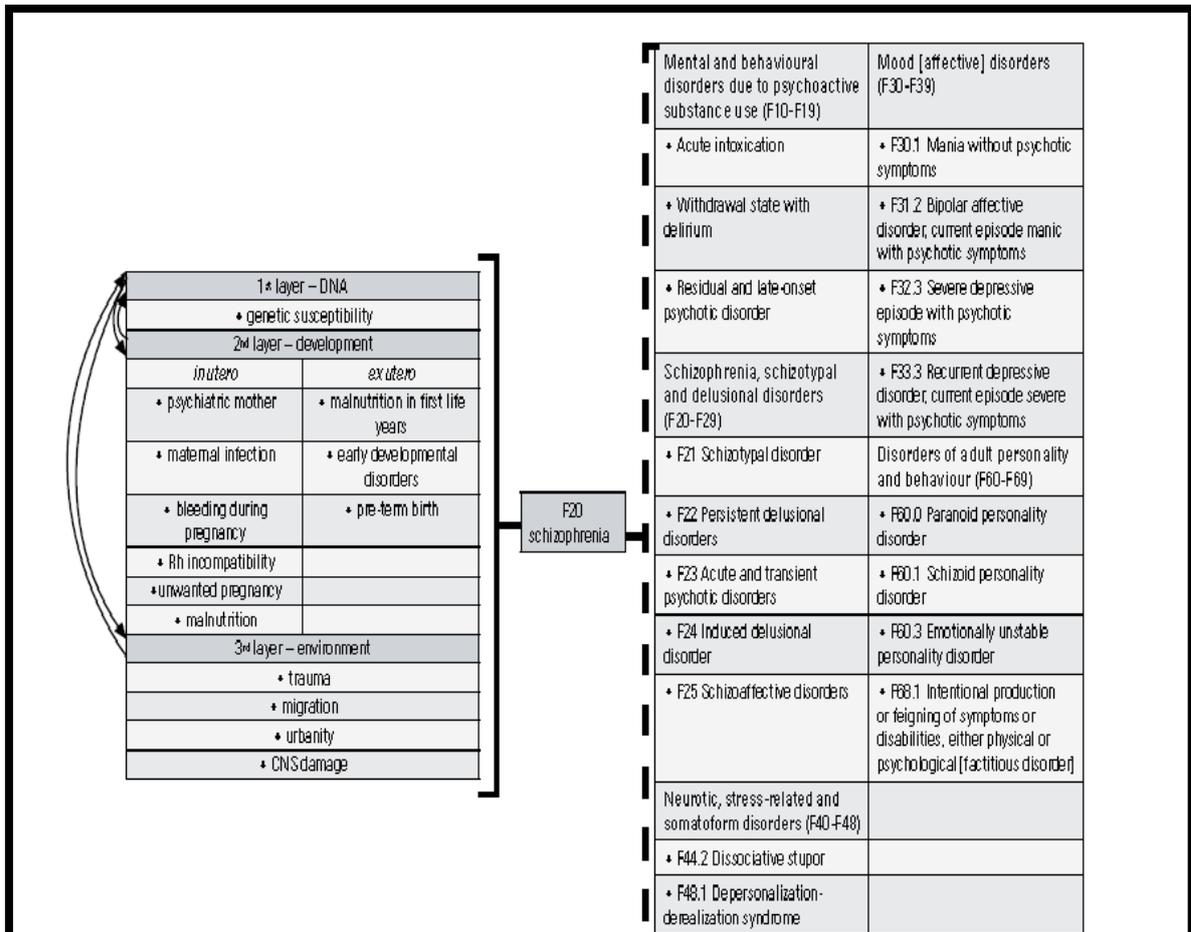
**Classificação da F20 Esquizofrenia de acordo com as formas:**

- **Simplex** – sem exteriorização das ideias delirantes ou distúrbios sensoriais
- **Hebefrênicas** – desenvolve na adolescência, excitação psicomotora, ideias de perseguição e grandeza, indiferença emocional, atos impulsivos podem ser perigosos para o meio social.
- **Catatônicas** – presença de sinais somáticos e grande tendência a estupor físico e psíquico, fases mais avançadas movimentos estereotipados e repetitivos
- **Paranóides** – após os 25 anos de idade, insônia e mudanças no caráter, formas agravadas vão do egocentrismo ao misticismo e com várias alucinações táteis, genitais e visuais.

**FIGURA1** Classificação da Esquizofrenia de acordo com o comportamento e as formas da doença adaptado do BRASIL (2004) produzido pela mestrandia com a classificação de acordo com o comportamento e as formas de ocorrência da doença.

**Fonte:** Autora

Conforme Gottschalk MG et al. (2013) listam as complicações na etiologia e diagnóstico da esquizofrenia. Na esquerda da figura, os fatores de risco para o desenvolvimento da esquizofrenia, camadas de vulnerabilidade e mudanças epigenéticas e ambientais. Na direita da figura, listas possíveis diagnósticos psiquiátricos a serem considerados.



**FIGURA 2:** Etiologia e Prováveis Diagnósticos de acordo com as mudanças Epigenéticas  
**Fonte:** (GOTTSCHALK MG et al, 2013, p. 43)

## 2.2 Prevalência

A esquizofrenia é uma doença mental que acomete aproximadamente 1% da população mundial com prevalência maior em homens (Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP, 2013).

No estudo revisional de Leitão (2000) sobre a prevalência e incidência da esquizofrenia chegaram as seguintes conclusões que a prevalência estimada em estudos são de aproximadamente 0,5%, mas nos últimos estudos sugerem a ordem de prevalência de 1%. Sobre a incidência, nos estudos ela é de quatro casos novos por ano numa população de 10.000 habitantes, e que a incidência real deve ser de

1e 7 casos novos para 10.000 habitantes por ano, dependendo dos critérios de diagnóstico utilizados. O autor coloca também que os estudos sobre prevalência e incidência no Brasil são iguais a outros países e que não há diferenças na prevalência entre os sexos independente da metodologia empregada nos levantamentos de epidemiologia. O início da doença é mais precoce no homem do que na mulher, mas na presença de história familiar positiva para distúrbios psicóticos, a idade acontece mais cedo no homem do que na mulher. Casos de aparecimento da doença são raros antes da puberdade e depois da idade dos 50 anos. Entretanto, entre os sexos, o sexo feminino apresenta um curso da doença mais brando, e com prognóstico de melhor adaptação social. O estudo também destaca que em estudos multicêntricos os sujeitos com esquizofrenia em países menos desenvolvidos apresentam um melhor prognóstico da doença.

Segundo os autores Schmitt (2013) Saha S. (2007) a prevalência independe da identidade cultural e etnicidade sendo que a maioria dos esquizofrênicos afetados (> 80%) é incapaz de manter uma vida profissional autossustentável.\*<sup>3</sup> Para Andlin-Sobocki P apud Schmitt (2013), a expectativa de vida dessas pessoas é encurtada em média de 10 anos.

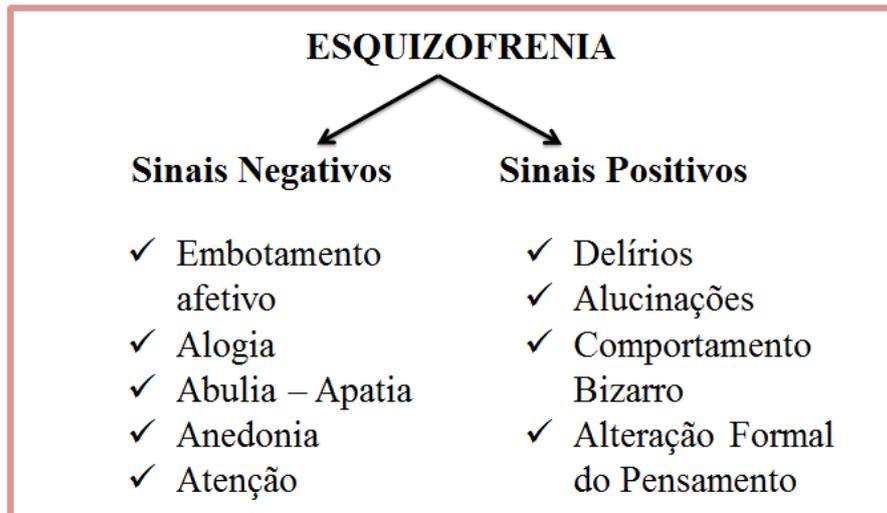
### **2.3 Sinais e Sintomas Clínicos**

Apesar dos avanços científicos e na medicina, a desordem permanece na obscuridade dos diagnósticos. Na ausência de consistência em marcadores neurobiológicos para esquizofrenia, o diagnóstico ainda depende de avaliações subjetivas, de um conjunto de sinais e sintomas, baseados nos critérios ICD-10 ou DSM-IV-R, e em tratamentos de fármacos baseados empiricamente. Não existem parâmetros pré-determinados na fisiopatologia, para avaliar a doença e seu diagnóstico ainda é um desafio (SCHMITT et al, 2013).

O desafio se apresenta em relação a quais pessoas irão desenvolver a doença e de que maneira ela se instala. Os sintomas não são iguais de uns para os outros, os sintomas podem se apresentar agregados entre sinais positivos e negativos, mas são diferentes de pessoa para pessoa.

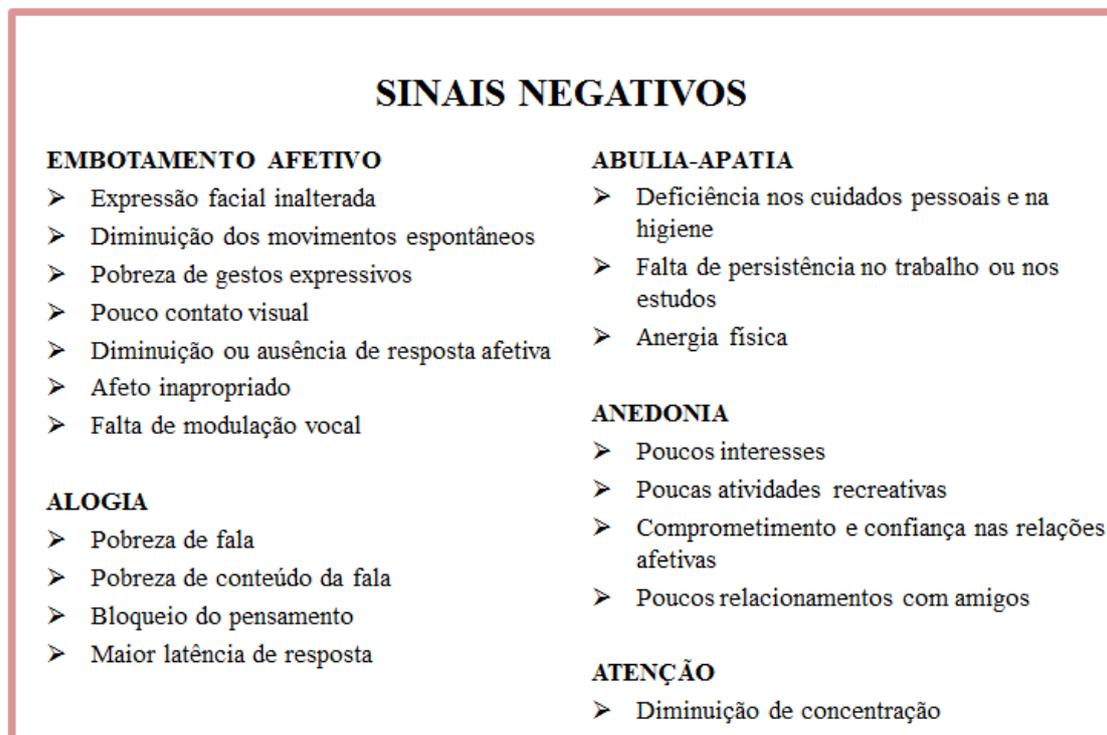
---

<sup>3</sup>Não foi encontrado o artigo científico original então, manteve-se a citação da citação. Autor original citado: Andlin-Sobocki P, Rossler W. Cost of psychotic disorders in Europe. Eur J Neurol. 2005;12(Suppl 1):74-7.

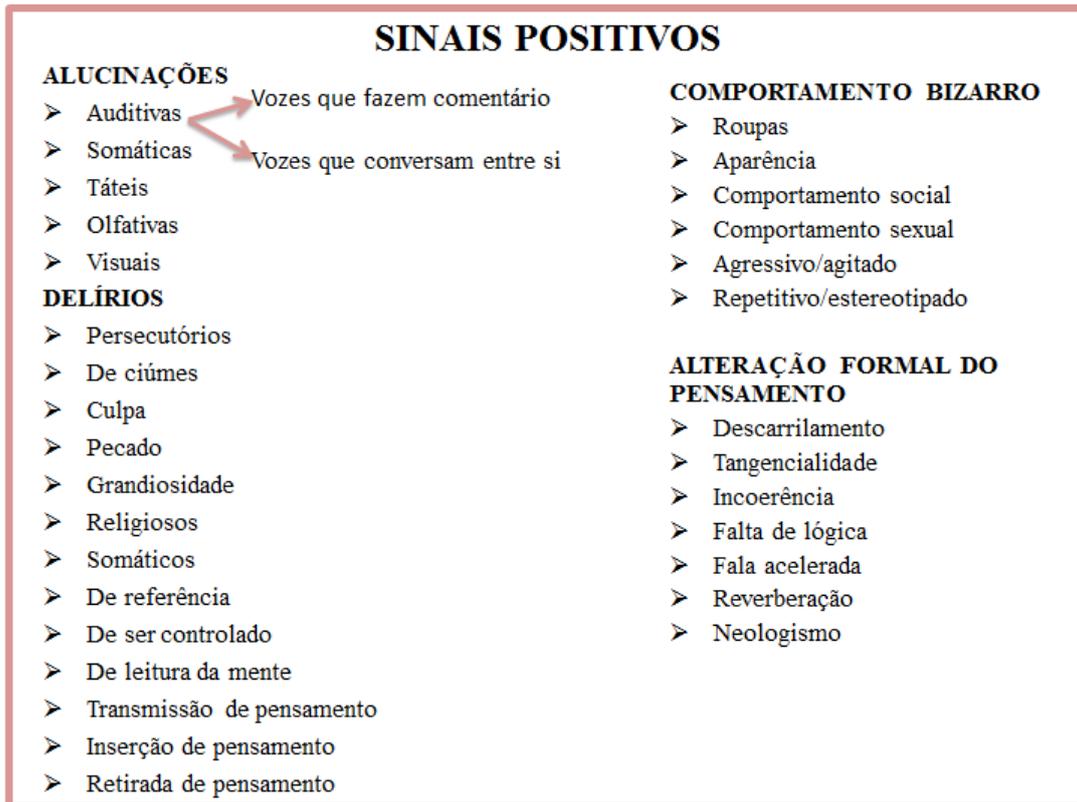


**FIGURA 3:** Sinais Positivos e Negativos da Esquizofrenia  
**Fonte:** Autora

Os sinais positivos e negativos podem vir agregados ou separados, com maior ou menor ênfase ou frequência para determinados indivíduos e vai depender também do estágio de desenvolvimento da doença. Os sintomas positivos somam-se aos sintomas negativos reincidindo no surto da doença e então num possível diagnóstico de Esquizofrenia.



**FIGURA 4:** Especificação dos Sintomas Negativos  
**Fonte:** ANDREASEN (1987) apud PITTA – UNIFESP – BRASIL (2014) modificado



**FIGURA 5:** Especificação dos Sintomas Positivos

**Fonte:** ANDREASEN (1987) apud PITTA – UNIFESP – BRASIL (2014), modificado.

Os primeiros sintomas no aparecimento da doença não se dão num primeiro momento em surto franco, são insidiosos, começa com esquisitices, alheamento social e familiar, isolamento, queda de rendimento escolar e laboral, ideias bizarras, comportamento estranho e injustificado, ideias de perseguição ou de grandeza, às vezes delírios religiosos, alterações do ciclo sono-vigília, mutismo e o ato de falar sozinho. É importante que se saiba que o doente mental não é necessariamente perigoso ou agressivo, quando recebe tratamento adequado. (Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP, 2013).

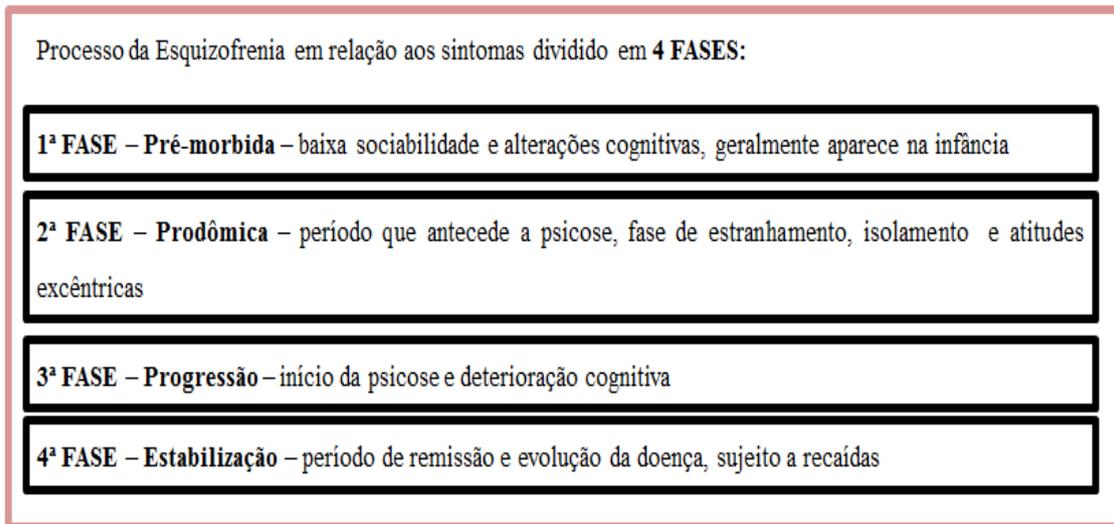
A esquizofrenia é uma doença que tem seu início geralmente na adolescência quando aparecem seus principais sintomas em função das cobranças de desempenho pela família e pela sociedade, necessitando várias formas de tratamento ao longo da vida (AMARAL, 2013).

As características mais desenvolvidas na esquizofrenia são alucinações e delírios, transtornos de pensamento e fala perturbação das emoções e do afeto, déficits cognitivos e avolição. (SILVA, 2006)

A esquizofrenia se apresenta na vida da pessoa como novo caminho com o qual precisará aprender a conviver. Para muitos sujeitos com esquizofrenia,

inicialmente, ela é uma experiência sedutora, mas que logo se torna assustadora. A vivência dos sintomas vai formando uma rede de experiências em que cada sintoma contribui para dar sentido aos outros. Somente com o tempo e o tratamento a pessoa aprende a conviver com esse caminho (BRASIL, 2014).

Conforme Figura 6 Fases Desenvolvidas dos Sintomas na Esquizofrenia:



**FIGURA 6** Fase Desenvolvidas - Fases de Aparecimento da Sintomatologia da Esquizofrenia  
**Fonte:** Adaptado pela mestranda do texto de PITTA – UNIFESP (BRASIL, 2014)

Pedroso et al (2010) mostram como são alguns sinais neurológicos sutis na esquizofrenia:

**Tabela 1.** Sinais neurológicos sutis mais comumente descritos na esquizofrenia, agrupados por domínios funcionais

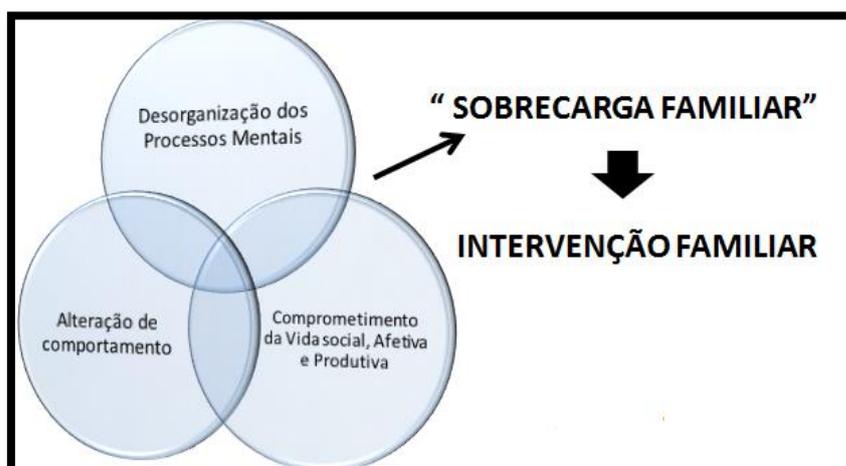
Coordenação motora	Sequenciamento motor	Integração sensorial	Reflexos primitivos
Marcha em fila indiana	Teste punho-anel	Integração audiovisual	Reflexo palmomental
Movimentos alternados rápidos	Teste punho-borda-palma	Estereognosia	Reflexo de protrusão dos lábios
Teste de oposição dedos-polegar	Teste de Oseretzki	Grafestesia	Reflexo de preensão
Teste dedo-nariz		Teste de extinção	
Teste de batidas rítmicas		Orientação direita-esquerda	

**TABELA 1:** Domínios funcionais e sinais neurológicos  
**Fonte:** Pedroso et al. (2010, p. 235)

O termo transtorno do pensamento refere-se a uma doença no conteúdo, assim como na forma dos pensamentos do indivíduo. Os transtornos do conteúdo do pensamento são os delírios. Os transtornos na forma de pensamento podem ser subdivididos em duas categorias: perturbação intrínseca do pensamento e, transtorno na forma em que os pensamentos são expressos na linguagem e na fala. A linguagem e o discurso desordenados descarrilamento, tangencialidade,

neologismos, pobreza no conteúdo do discurso, incoerência, pressão da fala, fuga de ideias e fala retardada ou mutismo. Os distúrbios do comportamento na esquizofrenia incluem comportamento grosseiramente desordenado e comportamento catatônico. Desde o começo, o comportamento catatônico foi descrito entre os aspectos característicos da esquizofrenia. A catatonia é definida como um conjunto de movimentos, posturas e ações complexas cujo denominador comum é a sua involuntariedade. Os fenômenos catatônicos incluem: estupor, catalepsia, automatismo, maneirismos, estereotípias, fazer posturas e caretas, negativismo e ecopraxia (SILVA,2006).

A desorganização do pensamento gera muitas incompreensões e conflitos nos relacionamentos, pois o comportamento da pessoa com esquizofrenia não corresponde ao que as pessoas estão habituadas. Os familiares não conseguem entender que a pessoa está vivendo uma experiência muito intensa e sofrida, esperam que ela aja de uma maneira que corresponda aos hábitos cotidianos, entretanto a pessoa não consegue o que gera grande angústia. As pessoas da comunidade percebem que a pessoa com esquizofrenia muda e passa a se comportar de maneira estranha. A maneira de entender o que está acontecendo é rotular a pessoa de louca, e não se dão conta do sofrimento que a pessoa está vivenciando. Entretanto, a família e a comunidade são muito importantes para ajudar a pessoa com esquizofrenia a superar as dificuldades impostas pela doença. (BRASIL, 2014)



**FIGURA 7** Construído pela mestrandia com base no artigo de RODRIGUEZ et al. (2008)  
**Fonte:** Autora

Sujeitos com esquizofrenia demonstram um déficit cognitivo generalizado, ou seja, eles tendem a ter um desempenho em níveis mais baixos do que controles

normais em uma variedade de testes cognitivos. Eles apresentam múltiplos déficits neuropsicológicos em testes de raciocínio conceitual complexo, velocidade psicomotora, memória de aprendizagem nova e incidental e habilidades motoras, sensoriais e perceptuais. As alterações cognitivas seletivas mais proeminentes na esquizofrenia incluem déficits em atenção, memória e resolução de problemas (SILVA, 2006)

A esquizofrenia não é uma doença que se resolve naturalmente apenas tomando os remédios, como acontece com uma infecção bacteriana. A recuperação se dá em um caminho de construção interior tanto da pessoa como dos familiares. Essa construção é um aprendizado que se adquire no convívio e nos relacionamentos. Os remédios são fundamentais para que a pessoa tenha possibilidades de recuperação, para isso o médico psiquiatra conhece profundamente como funciona o cérebro e como agem os remédios, e sempre procura o que é melhor para cada caso (BRASIL, 2014).

#### **2.4 Bases Genéticas de Herança na Esquizofrenia**

Acredita-se através de vários estudos independentes, geralmente estudos epigenéticos que sustentam que pode haver gene ou famílias de genes que podem predispor a doença, admitindo a teoria de que existe um componente genético envolvido na etiologia da doença. Existem estudos sobre o mapeamento e a herança genética na esquizofrenia, mesmo sem muitas comprovações e evidências científicas, existe ainda um ceticismo em relação ao que será exposto em relação do tema ser tão abrangente e de múltiplas faces.

K V Chowdari (1999) conclui que na base genética e de sequenciamento/mapeamento genético as pesquisas sobre esquizofrenia avançam. Os estudos de ligação iniciais sugerem ser difícil a detecção de um gene único de “efeito maior”, quando realmente presente. Estudos indicativos sugerem ser a herança poligênica/multifatorial, com interações epistáticas entre genes de pequeno efeito. Detectar esses genes aumentou devido as técnicas rápidas e eficazes de rastreamento de genomas, mas que estudos assim só serão realizados caso contenham populações com famílias grandes e estáveis, sendo assim países da América Latina são populações boas para estes estudos.

A herdabilidade da patologia em diferentes populações apresenta uma estimativa de 1% da população mundial. Entre familiares de primeiro grau de um

sujeito com esquizofrenia gira em torno de 10%, para gêmeos monozigóticos a taxa é de 44%, isso se constituiria um fator de risco isolado para essa patologia. Com esses dados, nota-se uma que se constitui uma correlação direta entre herança genética e grau de risco para a esquizofrenia. Essa doença possui uma das taxas de risco mais altas das doenças mentais, sendo estimada em 0,83. Essa patologia mostra que só a carga genética isolada não determina o desenvolvimento da doença. Ela necessita de outros fatores associados para acontecer (\*<sup>4</sup>CARDNO *et al.*, 1999; CANNON *et al.*, 1998 *apud* NETO 2007).

Outro fator interessante que devemos levar em consideração que tem sido verificada baixas taxas de reprodução entre doentes esquizofrênicos, o que constitui um fator negativo de seleção permitindo garantir que a diminuição de genes ligados à esquizofrenia na população em geral. (J MARQUES-TEIXEIRA, 2001).

Tanto os autores K V Chowdari (1999) quanto J Marques-Teixeira (2001) acordam que existe possibilidade da redução de genes, mas não se explica porque então a doença não tem baixa prevalência.

## 2.5 Esquizofrenia pelo Ponto de Vista de Lev Vygotsky

O texto que Lev Vygotsky escreveu intitulado “Thought in schizophrenia” acerca de suas investigações sobre a esquizofrenia e as ciências da psicologia genética e psicopatologia explicita que pensadores russos e alemães da época (cita os pensadores Kretschmer, na Alemanha, e Blonsky, na Rússia), acreditavam que a esquizofrenia e o doente mental teriam o mesmo nível mental de um adolescente em período de ajustamento sexual.

Acreditavam que hipobulia um dos fenômenos resultantes da esquizofrenia estava ligado ao desenvolvimento normal da personalidade (processo ontogenético). Tal forma de pensar é verdadeira no sentido estático:<sup>4</sup>

*Tais observações são sem dúvida profundamente verdadeiras: os fenômenos do desenvolvimento do pensamento no adolescente são evidentemente em geral intimamente relacionados a certos aspectos do pensamento patológico. (VYGOTSKY, pg. 314, 1994).*

---

<sup>4</sup>\* Não foi encontrado os artigos científicos originais então, manteve-se a citação da citação. Autores originais citados: Cannon, T.D.; Kaprio, J.; Lonqvist, J.; Huttunen, M.; Koskenvuo, M. – The genetic epidemiology of schizophrenia in a Finnish Twin Cohort. *ArchGen Psychiatry* 55: 67-74, 1998 e Cardno, A.G.; Marshall, E.J.; Coid, B.; Macdonald, A.M.; Ribchester, T.R.; Davies et al. - Heritability estimates to psychosis disorders: The Maudsley

Lev Vygotsky investigou em dois aspectos comparativos importantes a deteriorização do pensamento na esquizofrenia e o desenvolvimento do pensamento em crianças na idade da puberdade. Sua conclusão foi diferente do que o modo de pensar dos outros cientistas em questão. Essa comparação abordou o rompimento do pensamento a hipobulia na dimensão da psicopatologia com a formação do pensamento sincrético na dimensão da psicologia infantil. Ele também estruturou em sua linha de tese em dois sentidos e duas conclusões:

*verifiquei que o desenvolvimento mais importante do pensamento na adolescência é a mudança de tipos de pensamento por 'complexos' para tipos conceituais de pensamento – uma mudança que não apenas revoluciona o processo intelectual, mas determina a estrutura dinâmica da personalidade, e a consciência de si e do ambiente. Eu verifiquei, inversamente, que a deterioração mais importante do pensamento que ocorre na esquizofrenia é um distúrbio, um prejuízo, na função de formação de conceitos. A fragmentação e a quebra daquela parte da psique que é envolvida no processo de formação de conceitos é tanto uma característica da esquizofrenia quanto o desenvolvimento da função de formação de conceitos é característica da adolescência. Consequentemente é óbvio que tanto na esquizofrenia quanto na adolescência certas similaridades externas podem ser encontradas, especialmente na transição do pensamento por complexos ou associativo ao pensamento conceitual. (VYGOTSKY, 1994, p. 314.).*

Tanto a esquizofrenia e a adolescência, de abrangência formal, existem pontos de semelhança e de caracterização como o pensamento por complexos em estágios transicionais. No modo de pensar de Vigotsky indica que seguem caminhos opostos, mas há indicações de que tanto os estudos com abordagem dinâmica em processos psicológicos devem ser voltados a ligação de ambos. O pensamento de um adolescente poderá contribuir e a vir entender um pensamento de um esquizofrênico e sua patologia, como também a entender, pontos de um pensamento de um adulto esquizofrênico poderá mostrar certos comportamentos adolescentes, isso indica que ambos têm relação e entre pontos de transição distintos. Essa semelhança se explica pelo termo 'dementia praecox'. Vygotsky analisou a personalidade, a consciência e o ambiente em si, pois a adolescência fala de crescimento e desenvolvimento enquanto que na doença possuímos a regressão desses processos de maneira inversa.

Vygotsky analisou comparativamente a formação dos conceitos na observação de crianças e pessoas com esquizofrenia utilizando métodos de Ach, porém com alguma modificação e adequação e colaboração de Sakharov. Esses métodos foram muito desenvolvidos por Ach, mas para outras habilidades, então

diria-se que foi introduzida nova adequação da metodologia, porém o método era antigo e utilizado para outras formas de conceituação e empregabilidade de maneira distinta.

O método era o de empregar uma situação em que o sujeito esquizofrênico deveria formar conceitos artificiais. Era baseado em elementos selecionados e coletados, os pacientes deveriam associar as sílabas sem sentido com certos conceitos já bem definidos. O sujeito era confrontado com um problema de formação de conceitos que só poderia ser resolvido no laboratório de experimentação, em nenhum outro local. Tanto Vygotsky quanto Sakharov ficaram aptos na observação da diminuição da capacidade de formação dos conceitos, o distúrbio de pensamento era aparente e também nos casos de apenas desordem formal de pensamento. O próprio autor argumenta:

*Importante aqui não é o paciente com esquizofrenia, confrontado com o problema experimental, não é apto para resolvê-lo, mas que na tentativa de resolvê-lo ele exhibe formas de pensamento características e significantes (VYGOTSKY, 1994, p. 316).*

Vygotsky aponta que as observações encontradas foram e enumeradas de forma sistemática como:

- a) Pensamento Coletivo, no qual o autor conceitua como vários objetos que agrupados formassem uma coleção composta por diferentes objetos unidos um ao outro por certos relacionamentos – tal como uma coleção de objetos de várias cores, várias formas ou tamanhos;
- b) Pensamento por complexos em cadeias;
- c) Pensamento por pseudocomplexos em cadeia.

*Um complexo é mais bem ligado a uma grande família na qual são agrupados, sob o mesmo nome de família, um grande número de pessoas de modo geral diferentes. Um paciente com esquizofrenia olha para a palavra estímulo como um nome de família para um grupo de objetos sobre a base de proximidade física, similaridade concreta de certas partes ou algum outro relacionamento não-abstrato de um para o outro. Um exemplo típico seria o das assim chamadas de associações em cadeia em pacientes com esquizofrenia. O paciente responde a uma palavra estímulo denotando certo objeto pela nomeação de outro objeto similar em apenas um traço, então nomeando um terceiro objeto tomando em consideração alguma similaridade com o segundo objeto, então de uma maneira similar adicionando um quarto ao terceiro, etc (VYGOTSKY, pg. 316, 1994).*

O autor denota que no resultado os objetos são muito diferentes entre si ou heterogêneos são associados ou interligados de um modo muito remoto. Essa cadeia de associação deve ser construída e assimilada de maneira que haja conexões que possam unir os todos os elos separados, mas que tenha um objetivo

ou princípio único comum a todos, que possa os unir. Ele parte do exemplo que selecionando um grupo de objetos com um nome em comum sejam guiados por um princípio de agrupamento.

Vygotsky parte do princípio que há semelhanças e similaridades em características fundamentais básicas também no processo de pensamento de uma criança com um sujeito com esquizofrenia. Mas, o pensamento da pessoa com esquizofrenia é realmente um pensamento regressivo.

Ele observa que o dano se faz na formação do conceito que regressa o nível de pensamento do sujeito com esquizofrenia a formação de pensamentos por complexos. Que os conceitos formados previamente são utilizados de forma automática levando a complexidade da formação de novos conceitos, tornando-se extremamente difícil para o esquizofrênico sua assimilação. Isso deriva que os vários estágios genéticos do pensamento por complexo se estabeleça no limite psicológico na avaliação do grau de rompimento dessa regressão.

O autor relata que a desintegração dos conceitos e a regressão das formas de pensamento concreto e factual foi observada por outros autores sem que esteja envolvido com fatores genéticos na diferenciação de pensamentos por complexos e pensamento abstrato. Assim, a falha encontraria-se na sua expressão da comparação do pensamento desordenado com as formas filogenéticas anteriores a esse pensamento que é usualmente baseado na ausência de conceitos de pensamento.

*Esta falha encontra a expressão no fato de que a comparação do pensamento desordenado com as formas filogeneticamente anteriores de pensamento é usualmente feita com base na ausência de conceitos no pensamento. Esta comparação, baseada num critério negativo é errada porque ela trata como formas de pensamento aproximadamente equivalentes que, do ponto de vista positivo, não tem nada em comum uma com a outra (VYGOTSKY, pg. 316, 1994).*

Alguns outros autores citados por Vygotsky como Volkelt (criador do relato do pensamento das aranhas) faziam a comparação errônea da teoria de pensamento - de que o pensamento de um sujeito esquizofrênico era como o pensamento dos povos primitivos, do pensamento em sonhos, ou do processo intelectual de animais inferiores como a aranha que através de sua consciência seletiva não percebe as situações, sensações isoladas, mas percebe as emoções condicionadas na totalidade. O “pensamento associativo dos pacientes com esquizofrenia difere do pensamento de uma pessoa normal” (VYGOTSKY, 1994, p. 317).

Isso tudo indica que não é através de nenhuma dessas formas de pensamento que se encontra o pensamento na esquizofrenia, pois elas estão abaixo do pensamento conceitual. O autor defende a idéia e de acordo com suas observações de que o pensamento por complexos observado em pacientes com esquizofrenia é:

*... a etapa mais próxima do pensamento conceitual e geneticamente precede-o imediatamente. Há alguma similaridade, então, embora de maneira nenhuma identidade, entre o pensamento do paciente com esquizofrenia e o pensamento de uma criança. A única base comum que permite uma comparação direta dos dois tipos diferentes de pensamento é a de que o processo de pensamento da criança e aquele de um paciente com esquizofrenia nos estágios iniciais da doença são meramente etapas no desenvolvimento genético do pensamento; isto é, eles representam a etapa imediatamente anterior à do estágio de formação do conceito e não podem ser comparados ao processo do pensamento da aranha do qual eles estão separados por milhões dos anos do desenvolvimento. Sabe-se que mesmo na idade adulta permanece uma tendência para o pensamento por complexos em certos campos. Um exame superficial não revelará a transição de uma modalidade de pensamento para outra a menos que métodos especiais de investigação sejam empregados ” (VYGOTSKY, 1994, pg. 317).*

Existe também uma outra conclusão que o autor determina que:

*Uma segunda conclusão importante a ser derivada do experimento relaciona-se com fato de que na esquizofrenia há uma destruição dos sistemas psicológicos que se encontram na base dos conceitos. Expressando a mesma idéia diferentemente, pode-se dizer que logo cedo na esquizofrenia os significados das palavras modificam-se” (VYGOTSKI, 1994 pg. 317).*

Vygotsky deixa claro que essas modificações não são percebidas e passam despercebidas nas crianças pelos adultos, mas aparecem logo cedo nos estágios da formação do pensamento na criança. Ele salienta que essa modificação do pensamento por complexos pode coincidir com o conceito das coisas e objetos de referência entre ambos adultos normais e crianças, mas não através da significação desses mesmos objetos, assim ficaria como um pseudo-conceito básico da criança. Portanto, a criança com esquizofrenia falaria desses mesmos objetos com o adulto normal, mas pensaria sobre eles diferentemente desse adulto normal. Isso aparece e busca-se a explicação no desenvolvimento do pensamento, no desenvolvimento da fala e linguagem verbal de uma criança, que será abordado logo em seguida no trabalho.

Para Vygotsky existe uma associação na esquizofrenia entre as formas de pensamento sincrético de estabelecer conexões, no qual ele estudou a linguagem de sinais com crianças surdas. “Esta mesma situação existe na esquizofrenia. As

palavras do paciente com esquizofrenia coincidem com as nossas em sua relação com os objetos, mas não em seus significados.” (VYGOTSKY, 1994, p. 319).

### 2.5.1 O Processo do Pensamento na Esquizofrenia

O sujeito com esquizofrenia usa na sua linguagem verbal (fala) o sistema dos nomes fixos que ele aprendeu e construiu na infância. Quando começa a doença, a desintegração do pensamento, ele acaba voltando aos complexos no lugar dos conceitos, o autor coloca como pseudoconceito não de forma livre, mas destaca que:

*Uma mesa é uma mesa para nós tanto quanto para o paciente com esquizofrenia, mas nós pensamos sobre ela diferentemente. Ele põe todas as várias mesas em um complexo, e a palavra mesa é meramente um nome de família para esta associação. Nós usamos um conceito geral, e o nome é meramente aceito como um símbolo deste conceito. Em outras palavras, ele tem sob sua posse um sistema já feito de palavras que estão em relacionamento definitivo com os objetos que denotam (VYGOTSKY, 1994, p. 319).*

O autor Vygotsky destaca a expressão gráfica Kretschmer (conceitos de formas mais antigas e mais novas de pensar) na ontogênese para a formação de complexo para conceitos. Os conceitos derivam do complexo formando uma estrutura de estrato interno ou uma estrutura de derivação mais antiga. Essa teoria do desenvolvimento do sistema nervoso central, tanto nas funções motoras quanto centrais, reflete que o surgimento de funções psicológicas de maior elevação deriva de estratos novos para os estratos antigos, havendo uma preservação dos estratos de pensamento mais antigos em funções subordinadas. Esse autor Kretschmer estudou a hipobulia, seus estágios iniciais em aspectos de descargas motoras sendo que são mantidas em todas as diversas atividades do organismo associadas com a descarga de impulsos volitivos.

Impulsos volitivos são processos cognitivos de hábito ou esforço próprio do sujeito que é impulsionado pelas funções psicológicas humanas que dependem de afeto, motivação e cognição para praticar uma ação.

*A hipobulia é preservada em um papel latente, subordinado, e ocasionalmente é revelada e se expressa independentemente quando os processos superiores da vontade são danificados ou perturbados. Algo como isto deve ter lugar na esquizofrenia. As associações, como uma forma primitiva de pensamento, são retidas como uma subestrutura no desenvolvimento das formas mais elevadas de pensamento, mas são reveladas e começam a agir independentemente de acordo com suas próprias leis quando a personalidade inteira, por alguma razão, é perturbada. Há razão para acreditar que o pensamento por complexos não é um produto específico da esquizofrenia, mas meramente um produto das*

*formas mais antigas de pensamento, as quais estão sempre presentes de uma forma latente na psique do paciente mas que se tornam aparentes apenas quando os processos intelectuais superiores vêm a sofrer um distúrbio pela doença.*(VYGOTSKY, 1994, p. 319 e 320).

O retrocesso desta forma de pensamento levando ao retorno do sujeito aos estágios iniciais das formas de pensamento aparecem em outras doenças, onde há interferência no pensamento por conceitos, possuindo analogia fascinante com a esquizofrenia, explicando as reações esquizofrênicas no curso de determinadas doenças degenerativas.

*O pensamento associativo é latente em todos nós e vem à superfície em conexão com choques emocionais repentinos e em um cenário de fadiga, sono e sonhos. Não há nada de impossível, então, na suposição de que essa regressão de pacientes com esquizofrenia ao pensamento por complexos seja meramente uma reversão a formas anteriores de pensamento. Cada um de nós carrega a esquizofrenia de uma forma latente, e nos mecanismos do pensamento que, quando revelados, se transformam na figura central no drama do pensamento esquizofrênico.* (VYGOTSKY, 1994, p. 320).

### **2.5.2 Alteração na Significação das Palavras na Esquizofrenia**

A significação dos conceitos ou significados das palavras tornam-se patologicamente modificados na esquizofrenia, embora essas alterações não são aparentemente visíveis e observáveis ao longo do tempo.

*Complexos substituem conceitos no pensamento na esquizofrenia, ainda que coincidam, nos seus relacionamentos com o objeto, com os conceitos que substituem. Há então pseudo-conceitos, mas a totalidade da transição às formas mais primitivas de pensamento não é aparente porque o paciente retém sua capacidade para o intercurso verbal, ainda que as palavras não tenham o mesmo significado para ele que têm para nós.* (VYGOTSKY, 1994, p. 320).

Vigotsky coloca como exemplo de pesquisa feitas com sujeitos com esquizofrenia em estágio da doença igual e com mesmo tipo de pensamento para ver o seu grau de compreensão entre si e as demais pessoas. Se eles compreendiam mutuamente entre si e pessoas normais. O que mostrou que sujeitos com esquizofrenia e pessoas normais se compreendem melhor do que sujeitos com esquizofrenia entre si.

Ele coloca como evidência a hipótese da desintegração dos conceitos nas mudanças de significação das palavras. A hipótese é a seguinte: se as palavras tem diferentes significados para pessoas com ou sem esquizofrenia, colocando como prova básica, estas diferenças apareceriam e se expressariam na funcionalidade de seu comportamento. Mesmo que haja semelhanças entre conceitos e complexos

externamente isso vai aparecer num teste de comportamento efetivo sobre o comportamento do sujeito.

O autor em seus testes de afásia associados com perda de memória (pensamento categorial e pensamento conceitual) e transferência de termos descobriu que alguns tinham amnésia para cores – isso se chama sintoma cardinal descoberto por Gelb e Goldstein (autores citados por Vygostky) quando os objetos eram agrupados ocasionalmente por tamanhos, cores, manifestava-se o pensamento por complexos. Ele também encontrou distúrbios em sujeitos esquizofrênicos em relação aos sentidos de palavras metafóricas e de compreensão dessas palavras. Então, palavras ditas figurativas se tornavam uma barreira difícil de transpor para sujeitos esquizofrênicos, mesmo que ele tenha já tido contato e tinha o hábito de usá-las durante a infância. Isso denota que a abstração é difícil para esses tipos de sujeitos.

*Isto é, eles não poderiam ver, em uma situação concretamente descrita, significados outros e mais abstratos do que aqueles diretamente atribuídos mediante palavras particulares usadas para descrevê-la. Este fato serve como uma importante diferenciação entre o pensamento simbólico visual, dos sonhos e o pensamento simbólico metafórico baseado em conceitos. A identificação de um com o outro não tem qualquer base psicológica sólida (VYGOTSKY, 1994, p. 321).*

### **2.5.3 A Formação de Conceitos Novos na Esquizofrenia**

Vigotsky utilizou testes de associação onde às respostas eram registradas por escrito, ele queria saber como os novos conceitos eram expressos:

*Solicitou-se aos sujeitos que fizessem julgamentos que incluíssem tanto os conceitos antigos quanto os formados, e foram encorajados a ampliar a aplicação dos conceitos recentemente formados e a transpô-los do laboratório para a vida cotidiana. Em outras palavras, eu quis traçar tão completamente quanto possível o curso dos conceitos recentemente formados no pensamento dos pacientes....eu posso afirmar que foi encontrada uma desintegração latente dos conceitos. Eu encontrei também que os pseudo-conceitos que tomaram o lugar dos conceitos verdadeiros eram completamente diferentes deles em comportamento e expressão (VYGOTSKI, 1994, p. 322).*

Vigotsky percebeu que os esquizofrênicos usam os pseudo-conceitos porque se assemelham aos conceitos verdadeiros, esta fase nas crianças Piaget chama estágio de pré-causalidade. Isso perturba e é percebida por quem trabalha com pacientes com esquizofrenia. Vigotsky notou também que as disfunções nessa forma de pensamento conceitual podem causar consequências nas percepções e respostas afetivas (de modo emocional).

Num estudo que Vigotsky desenvolveu com a variação ligeira de luz ou posição dos objetos, apresenta respostas iguais das pessoas com esquizofrenia às pessoas normais aos borrões de tinta sem sentido do teste de Rorschach.

*Assim como pessoas normais vêem, em tais borrões de tinta, pessoas, paisagens, faces, fadas, também o paciente com esquizofrenia, em sua percepção dos objetos, anexa a eles os mais extraordinários significados se houver a mais ligeira mudança na sua aparência habitual (VYGOTSKY, 1994, p. 322).*

Nas pessoas com esquizofrenia as percepções comuns acabam-se perdendo, o que acaba sendo explicado pela psicologia genética, o esquizofrênico separa o objeto de seu significado, isso depende do campo de pensamento visual conectado com os conceitos.

*Na psicologia genética, que ensina que as percepções categoriais são obtidas através de um complicado processo, no qual perceptos e conceitos são coordenados em novas formas de pensamento visual, os perceptos representando dessa maneira um papel subordinado e dependente. (VYGOTSKY, 1994, p. 322).*

Vigotsky gera a hipótese que a base de todos os problemas de embotamento afetivo e pobreza de emoções e percepções, e também distúrbios cognitivos são decorrentes da formação dos conceitos e está intimamente ligado a isso. Ele se baseia no seu estudo de desenvolvimento (teoria desenvolvimental) do indivíduo e em dados ontogenéticos.

*Um estudo do desenvolvimento das funções psicológicas na infância em direção à adolescência proporciona uma oportunidade para observar a conexão entre o desenvolvimento da capacidade para formação de conceitos e o desenvolvimento da personalidade. Na adolescência se encontra um reagrupamento fundamental destas várias funções, uma mudança completa de suas inter-relações, conduzindo ao aparecimento de sistemas psicológicos totalmente diferentes de ordem e complexidade muito mais elevadas. Uma desintegração destes novos sistemas, uma ruptura daquelas funções mais elevadas, é o que é encontrado na esquizofrenia (VYGOTSKY, 1994, p. 323).*

Em seu comentário geral, ele destaca cronologicamente essa hipótese que são estágios que acontecem na criança em seu crescimento intelectual:

- a) Desenvolvimento de idéias de causalidade física;
- b) Mudanças secundárias em outras funções psicológicas;
- c) Capacidade para a formação dos conceitos – desenvolvimento da personalidade e visão de mundo, cognição (aqui já pega parte de estágios na adolescência).

Ele deixa claro que esta hipótese não é uma hipótese psicogenética, que esses distúrbios são imediatos e não propriamente a causa da doença e sua

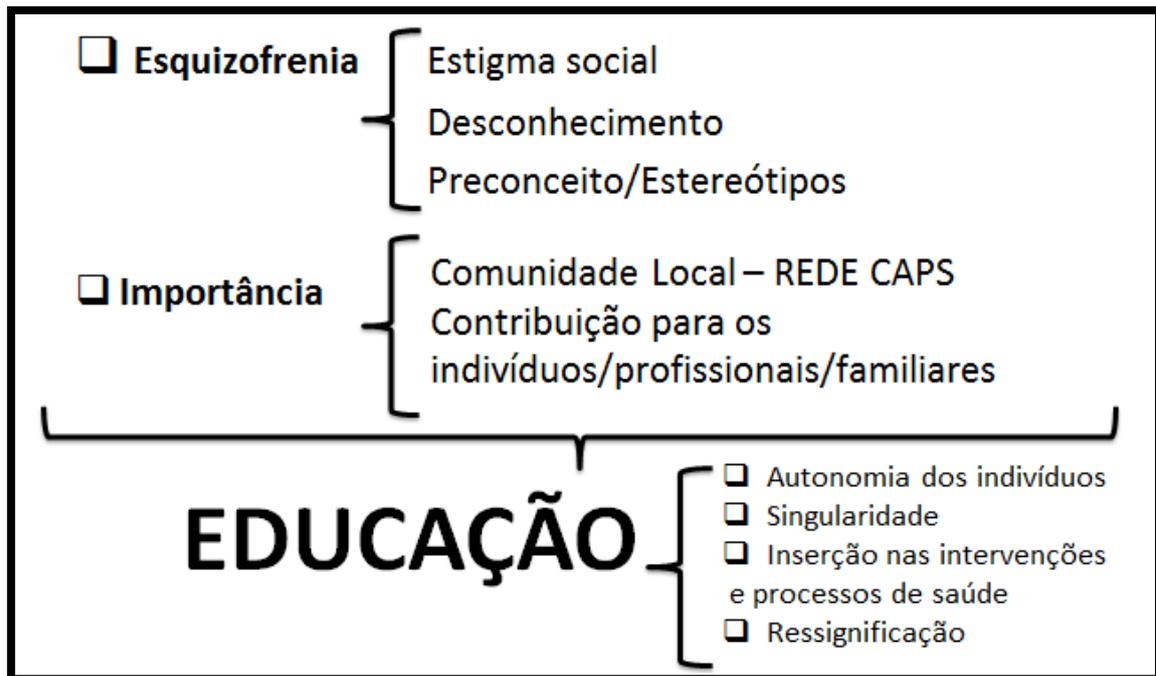
etiologia na esquizofrenia. Vigotsky também apresenta indicativos que pode ter causas clínicas e de ordem fisiológica envolvidas com a esquizofrenia. As mudanças comportamentais o autor deixa claro que podem ser causas psicológicas, colocando que a esquizofrenia tem uma perda de energia psíquica. Cita autores como Pavlov deixando indicativos que possa existir sim relação entre esquizofrenia, sono, sonhos, hipnose. Ele atribui que a fala e o pensamento conceitual tem origem social.

*Elas emergem como meios de prestar ajuda mútua, e gradualmente tornam-se uma parte do comportamento cotidiano da pessoa. É significativo que em sonhos haja uma cessação de contatos com o self social que forma a fundação da personalidade normal. Isto aparentemente torna-se também a causa de diminuição da capacidade do intelecto no campo dos conceitos; os outros sintomas da esquizofrenia, como eu mostrei, todos advém dessa fonte. Em alguma medida, meus dados experimentais, interpretados à luz da psicologia genética, permitem-nos formular certas teorias que eu apresentei” (VYGOTSKY, 1994,pg 325).*

Laks et al. (2000) no estudo de rastreamento cognitivo em idosos esquizofrênicos institucionalizados, comparando os subgrupos, divididos de acordo com o grau de escolaridade, quanto aos escores cognitivos e a duração da doença. Concluiu que o número de anos de educação formal influencia positivamente o desempenho de sujeitos esquizofrênicos. Portanto, usuárias esquizofrênicas analfabetas têm desempenho significativamente pior que pacientes com educação baixa/média.

Esse estudo traz o paradigma, que encerra toda a discussão apresentada por Vigotsky e traz à luz suas conclusões. O sujeito com esquizofrenia quando produz meios de significação de conceitos durante a infância, em suas relações sociais, quando adulto e manifestado à doença terá menos perdas cognitivas (pseudoconceitos). Isso reporta mais uma vez Laks et al (2000) que também salienta que dados devem ser levados em consideração no planejamento de desinstitucionalização e/ou programas de proteção para esses sujeitos, já que as capacidades adaptativas dependem do perfil cognitivo.

Por isso, a importância de processos educativos de acompanhamento de sujeitos com esquizofrenia. Processos educativos e de educação permanente, como mostra a Figura 8 saliento, são importantes desde a infância para todos os sujeitos.



**FIGURA 8** Esquema emblemático sobre a Justificativa da Dissertação colocando as ações Educativas no foco das intervenções na área da Saúde produzido pela mestranda

**Fonte:** Autora

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Compreender o processo de reestabelecimento (*Recovery*) e identificar os aspectos da sociodemografia e principais déficits cognitivos matemáticos de usuários com diagnóstico de esquizofrenia de uma rede de atenção psicossocial de Ijuí, na perspectiva de ressignificar as ações de educação em saúde e qualidade de vida.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- ✓ Traçar um perfil sociodemográfico dos usuários esquizofrênicos com as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, com quem reside, tempo de estudo, hábitos de vida (medicamentosa, atividade física).
- ✓ Analisar as seguintes variáveis: histórico familiar de esquizofrenia, tempo de tratamento, modalidade de tratamento, medicamentos utilizados, hospitalizações anteriores;
- ✓ Identificar os principais déficits cognitivos matemáticos e suas influências nas relações sociais na capacidade cognitiva dos esquizofrênicos participantes da pesquisa;
- ✓ Analisar características sociodemográficas, capacidade cognitiva matemática de indivíduos com diagnóstico de Esquizofrenia de um CAPS com vistas a obter subsídios que possibilitem a ressignificação dos processos em saúde no reestabelecimento (*Recovery*).

#### 4. ARTIGO 1

## **Estudo Cognitivo em Sujeitos com Esquizofrenia no Processo Recovery de um CAPS**

### **Cognitive Study in Subjects with Schizophrenia in Recovery Process of a Psychosocial Care Center –CAPS**

**ANA JULIA FORCHESATTO, EVA TERESINHA DE OLIVEIRA BOFF**

Universidade do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI, Ijuí, Brasil

### **2) Dados dos Autores para Correspondência**

Nome completo: **Ana Julia Forchesatto**  
Endereço Postal: Rua Valdemar Pannembecker, 173  
Bairro: Centro  
Cidade: Ijuí/ Rio Grande do Sul  
CEP: 98.700 - 000  
E-mail: [bioajf88@gmail.com](mailto:bioajf88@gmail.com)

Nome completo: **Eva Teresinha de Oliveira Boff**  
Endereço Postal: Rua 14 de Julho, nº 1199  
Bairro: Centro  
Cidade: Ijuí/Rio Grande do Sul  
CEP: 98.700 -000  
E-mail: [evaboff@gmail.com](mailto:evaboff@gmail.com)  
ou [evaboff@unijui.edu.br](mailto:evaboff@unijui.edu.br)

### **3) Dados para Alimentar o Sistema Online**

#### **E.T.O. BOFF**

Dra. em Educação em Ciências pelo Programa de Pós Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde (UFRGS). Professora pesquisadora vinculada ao departamento de Ciências da Vida/UNIJUI atua nos Programas de Pós Graduação em Educação nas Ciências/UNIJUI e Atenção Integral à Saúde /UNIJUI-UNICRUZ. Faz parte do Grupo Interdepartamental de Pesquisa sobre Educação em Ciência – GIPEC/UNIJUI

#### **A.J. FORCHESATTO**

Bióloga (URI/FW), Especialista em Biologia Humana (UNIJUI/IJUI) e cursando o Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu (Mestrado) em Atenção Integral à Saúde (parceria UNIJUI/UNICRUZ). Atuou como professora do PROGRAMA BRASIL ALFABETIZADO no Centro de Atendimento Psicossocial de Ijuí em Saúde Mental. Faz parte do Grupo Interdepartamental de Pesquisa sobre Educação em Ciência – GIPEC/UNIJUI

## **Estudo Cognitivo em Sujeitos com Esquizofrenia no Processo Recovery de um CAPS**

### **Cognitive Study in Subjects with Schizophrenia in Recovery Process of a Psychosocial Care Center –CAPS**

**Universidade do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ, Ijuí, Brasil**

**Resumo:** *Objetivo:* Identificar os principais déficits cognitivos matemáticos de sujeitos com esquizofrenia em processo de Recovery de um grupo terapêutico de um CAPS, aliados a proposição de discutir a melhora da qualidade de vida dos respectivos sujeitos. *Método:* trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, transversal desenvolvida no Centro de Atendimento Psicossocial de Ijuí – CAPS COLMÉIA do município de Ijuí que atende em média 73 usuários com diagnóstico de esquizofrenia nos grupos de intervenção psicossocial. Utilizou-se como instrumento o método de teste do programa Brasil Alfabetizado de matemática. A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho a julho de 2015 com abordagem no grupo terapêutico. Optou-se por este teste, por se tratar de uma matriz de referência no Brasil, não é um teste específico para esquizofrênicos, porém abrange conhecimentos básicos para qualquer pessoa, jovem ou adulto e avalia situações de autonomia. O teste foi aplicado e avaliado individualmente, mas a abordagem na aplicação foi em conjunto em um pequeno grupo de 17 pessoas, onde a questão central era lida em voz alta e cada qual listava a resposta. *Resultados:* Emergiram quatro categorias analíticas, guiadas pelos preceitos da análise do teste cognitivo de matemático. Os indivíduos mostraram apresentar déficits cognitivos que variam, porém existem importantes impactos na vida cotidiana na capacidade cognitiva desses sujeitos. *Conclusão:* O instrumento utilizado foi de fácil aplicabilidade e sugere-se este instrumento para esta população. Os trabalhos educativos na área da saúde mental devem ser aprofundados, pois beneficiam na reabilitação destes sujeitos.

**Palavras-chave:** Educação; Cognição; Esquizofrenia; Reabilitação.

#### **Abstract**

*Objective:* To identify the main mathematical cognitive deficits of individuals with schizophrenia in Recovery process of a therapeutic group of CAPS, allied to the proposition to discuss the improvement of quality of life of their subjects. *Method:* this is a qualitative research, descriptive, cross developed at Psychosocial Care Center Ijuí - CAPS COLMEIA Ijuí the city that serves on average 73 users diagnosed with schizophrenia in psychosocial intervention groups. It was used as a tool, the test method of the program, Brazil math literate. Data collection took place between June and July 2015 with approach in the therapeutic group. Was opted to this test because it is a reference matrix in Brazil, is not a specific test for schizophrenia, but covers basic knowledge for anyone, young or old and evaluates situations of autonomy. The test was applied and assessed individually, but the approach on the application was together in a small group of 17 people, where the central issue was read out and each one listed the answer. *Results:* four analytical categories emerged, guided by the precepts of mathematical cognitive test analysis. The subjects shown have cognitive deficits ranging, but there are important impacts on everyday life in the

*cognitive ability of these subjects. Conclusion: The instrument used was easy to apply and it is suggested this instrument for this population. The educational works in the mental health field should be deepened, because benefit in rehabilitation of these subjects.*

**Keywords:** Education; Cognition, Schizophrenia, Rehabilitation

## 1. Introdução

A esquizofrenia é uma das doenças mentais mais graves, com maior frequência e com maior ocorrência de fatores limitantes e incapacitantes (Sánchez, 2012) impedindo o sujeito em ter uma vida social adequada. De acordo com Giacon & Galera (2006) a esquizofrenia é um dos principais problemas de saúde da atualidade, exigindo considerável investimento do sistema de saúde. Para dados epidemiológicos da esquizofrenia segundo Plaza (2010) é uma doença universal comum, presente em todas as culturas e áreas geográficas, sem distinção de raça, sexo ou nível socioeconômica. Afeta entre 1 % da população do mundo cada ano diagnosticados entre 2-4 novos casos por 10.000 habitantes. Estima-se que cerca de 45 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de esquizofrenia. A idade de início da doença está entre o final da adolescência e início da vida adulta momento em que o cérebro está totalmente desenvolvido e expressou a erros em sua maturação.

*“O que entendemos por esquizofrenia hoje é o fruto de um conceito que sofreu também muitas transformações”* (Elkis, 2000, p. 23). Essas transformações do conceito ao longo da história estão influenciando além da trajetória da doença, as terapias de reabilitação e reestabelecimento do indivíduo na sociedade.

Não se pode encaixar a esquizofrenia, num único conceito central e linear. É uma doença intrigante com parâmetros complexos, que se assemelha a outras demências. O sujeito não consegue viver e integrar-se essa vivência psíquica com ele próprio, nem com as demais pessoas da sociedade (J Marques-Teixeira, 2015)

Definir a esquizofrenia é limitar um assunto de alto teor de relevância. A esquizofrenia integra muitas áreas interdisciplinares para compreendê-la e este conjunto é o que pode trazer melhores resultados para análise e discussão da doença, o que é importante frisar que a patologia passou a ser alvo de diferentes modelos de estudos propostos. É uma doença que desafia pelas áreas de conhecimento abrangentes como as ciências cognitivas, a epigenética, farmacologia entre outras (J Marques-Teixeira, 2015).

Podemos dizer, sobretudo, que pode ser vista como uma psicose crônica idiopática, um conjunto de diferentes doenças com sintomas que se assemelham e se sobrepõem. Sua natureza equivale a multifatorialidade na qual os fatores genéticos e ambientais parecem estar associados a um aumento no risco de desenvolver a doença. (Silva, 2006)

Assim, a esquizofrenia e seu conceito de desagregação mental ou síndrome de dissociação, incide sobre o psiquismo nas formas de pensamento (curso e conteúdo), da linguagem falada e escrita, das percepções, da psicomotricidade e vida afetiva (Sterian, 2001)

Para Bambo (2010) a desordem mental a nível de pensamento (confuso e desorganizado) é a característica mais importante e talvez a única mais relevante. É por meio do discurso (linguagem) que se consegue perceber se as questões são destituídas de tangencialidade, distorções linguísticas (incoerência na fala), fazendo com que o sintoma deve ser muito grave a ponto de causar uma alteração substancial na comunicação eficaz. Nos casos menos graves de distorções de pensamento podem ocorrer durante as fases prodrômicas ou residuais da esquizofrenia. Esses fenômenos de pensamento incluem pela CID (código internacional das doenças): eco do pensamento; inserção do pensamento; roubo do pensamento; percepção delirante; delírios de controle; de influência e de passividade; vozes alucinatórias comentando ou discutindo sobre o doente na terceira pessoa; perturbações do pensamento e sintomas negativos.

O intenso sofrimento mental vivido pelo portador da doença e a sobrecarga familiar faz com que a procura ao tratamento nos centros de atendimento psicossociais e hospitalização sejam intensos. Importante, ressaltar que este acolhimento inicial, sendo feita de maneira correta e responsável pelo profissional em saúde pode prover e influenciar a sobrevida destas pessoas.

Apesar de inúmeros tratamentos na clínica, ainda o melhor padrão está longe de ser o mais adequado. Mesmo com o diagnóstico inicial correto e resolvido, os sujeitos continuam apresentar outros sintomas, pelas interações medicamentosas utilizadas, ou de ordem da própria sintomatologia: sinais negativos, e déficits de cognição e regressão de pensamento, que impossibilitam a sua integração social. (J Marques-Teixeira, 2015).

Vaz – Serra et al. (2010) em seu estudo sobre esquizofrenia relatou que os déficits cognitivos estão presentes na grande maioria dos doentes com esquizofrenia, se apresentam à data de manifestação dos sintomas e parecem ser mais marcados nos domínios da memória verbal, da vigilância e atenção, da memória de trabalho, do quociente intelectual, da linguagem e do funcionamento executivo. Tais déficits parecem constituir um dos principais determinantes da funcionalidade dessas pessoas.

### **1.1 Déficit Cognitivos e Memória na Esquizofrenia**

Toda constituição durante a vida de uma pessoa, o que ela aprende influi no seu comportamento, por processo de recordação. Este aprendizado não ocorre sem uma função neuronal sináptica chamada de memória. A prática diária de qualquer coisa resulta num efeito cumulativo da memória levando à capacidade de execução, um exemplo é realizar um cálculo matemático. O comportamento humano conhecido como inteligência exige a memória, a recordação e a lembrança como pré-requisitos básicos pra isso. A prática diária da execução das tarefas tende a criar e manter a memória para as atividades ou para os conhecimentos aprendidos. Caso não exista uso da prática desta memória, o que foi aprendido pode ser esquecido. Em algumas situações dramáticas, com a perda total da memória (amnésia), ou mesmo uma doença mental como a esquizofrenia, leva ao esquecimento súbito o que pode ser um processo de adaptação. Quando a lembrança de uma experiência desagradável causa ansiedade severa a uma pessoa, o esquecimento é um alívio. (Lima,1994).

Para Rocha et al (2009)) a esquizofrenia assume como presença de déficits neurocognitivos generalizados, principalmente aqueles que derivam pelo sistema frontal executivo e das estruturas mediais do cérebro (atenção, memória, funções executivas, velocidade psicomotora). Esses déficits conceituais e clinicamente se revelam dissociados da sintomatologia. Esses déficits podem condicionar significativamente a resposta funcional e a qualidade de vida das pessoas portadores da doença.

Ferreira Jet al (2010) ressalta sobre o fator inteligência abordando que na esquizofrenia, as avaliações neurocognitivas mostram alterações de habilidades ou fatores específicos da inteligência (camada I). Na camada I fazem parte mais de 70 habilidades/fatores específicos que se inter-relacionam e se agrupam de vários modos, originando cada um dos 10 fatores, os quais, potencialmente, podem comprometer diversos fatores cognitivos gerais (camada II) – como: inteligência fluída, conhecimento quantitativo, inteligência cristalizada, leitura e escrita, memória de curto prazo, processamento visual, processamento auditivo, armazenamento e recuo/ memória de longo prazo, velocidade de processamento, rapidez de decisão e o funcionamento cotidiano do paciente.

Pelo modo de como a doença se manifesta tardiamente, embora haja tratamento, há perdas cognitivas e funcionais que são limitantes e ainda persistem ao longo da vida do doente. A família e o sujeito com esquizofrenia necessitam aceitar a doença e aprender a reorganizar as novas rotinas diárias de tratamento, adaptar-se a doença e sua nova configuração, pois o estado clínico anterior a ela não modifica, muitas vezes até regride e

somente com a intervenção pode ter alguma melhora (Brasil, 2013a). Neste sentido, esta pesquisa denota considerar a importância dessas perdas cognitivas para ajudar no processo *Recovery*<sup>(6)</sup> destes sujeitos.

Considerando que o papel da Educação vai além dos muros da escola tradicional, a pesquisa insere-se também no papel social das unidades básicas de Saúde no empoderamento que garante aos indivíduos e autonomia sob suas práticas de Saúde e Bem-Estar. A educação está inserida no momento histórico e social determinado das políticas de Saúde Mental. Este processo acontece na sociedade, envolvendo instituições, atividades culturais, organizações burocrático- administrativos, intervenções de Saúde.

Para contribuir na autonomia dos sujeitos envolvidos na pesquisa buscou-se verificar os principais déficits cognitivos matemáticos de sujeitos com diagnóstico de esquizofrenia de um grupo terapêutico vinculado ao Centro de Atendimento Psicossocial de Ijuí/RS.

## 2. Metodologia

Trata-se de estudo qualitativo, descritivo, transversal composto por 17 adultos com diagnóstico de esquizofrenia (Código Internacional de Doenças - CID 20.0) pertencentes de um dos grupos de intervenção terapêutica de um Centro de Atendimento Psicossocial de Ijuí - CAPS. Os critérios de inclusão da pesquisa foram: pessoas com diagnóstico de Espectro Esquizofrênico segundo prontuário médico da equipe CAPS que participam regularmente dos grupos terapêuticos de intervenção (estando em tratamento via CAPS) e que aceitem assinar o TCLE – Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido e se necessário um familiar ou responsável assinar por o indivíduo, para critérios de exclusão foi não fazer parte de nenhum dos critérios elencados.

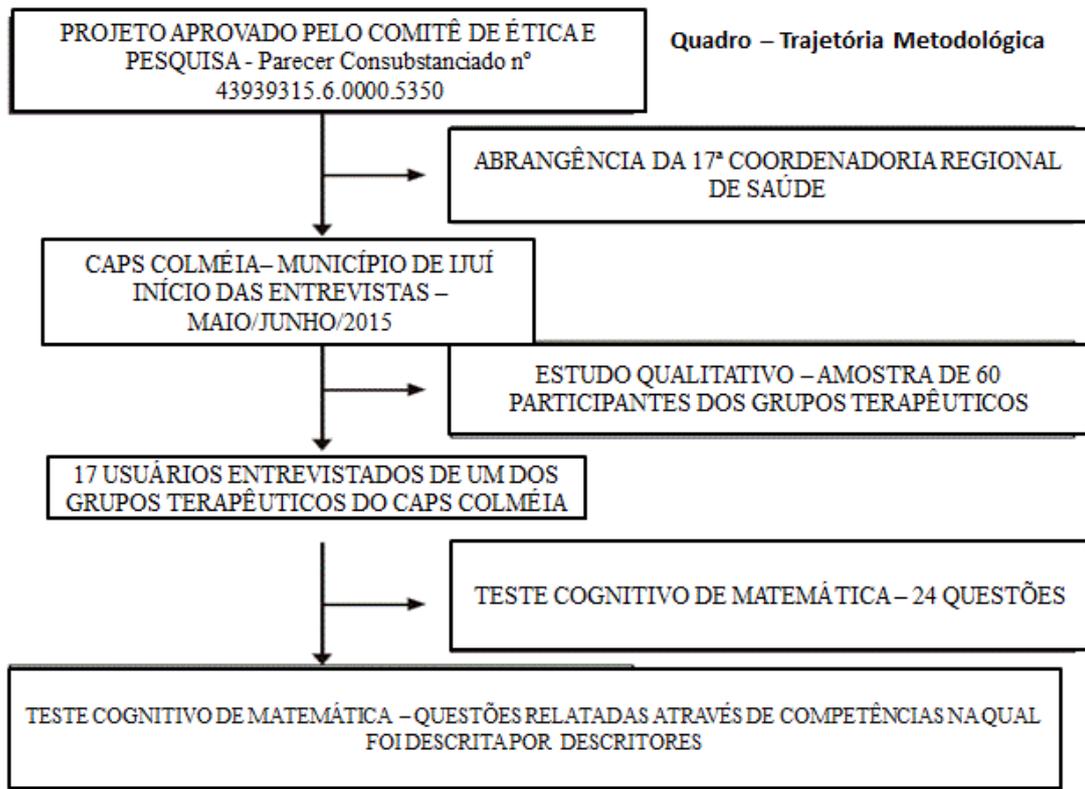
O município de Ijuí tem uma população composta de 78.461 habitantes, sendo um dos pólos de saúde da região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, principalmente na área da saúde mental (prefeitura municipal). Foi escolhido este centro de atendimento como campo de pesquisa por realizar maior número de atendimentos em esquizofrenia para adultos na área da Saúde Mental da cidade. O procedimento de levantamento dos dados constituiu-se a partir de entrevistas semiestruturadas para esses usuários, a participação dos grupos de intervenção e a participação de aulas de alfabetização.

Para assegurar a integridade dos sujeitos aqui referidos e valorizar uma condução ética durante todo o processo desta pesquisa, foram respeitados os direitos dos indivíduos e levou-se em consideração o que prescreve a Resolução 466/12, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde- Brasil (2012c). Vale ressaltar que o projeto de pesquisa obteve parecer favorável a sua execução sob nº.CAAE 43939315.6.0000.5350 submetido em 09 de abril de 2015 ao comitê de ética em pesquisa da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ.

O modelo utilizado neste trabalho se reporta ao termo original *Recovery*. Esse modelo valoriza a experiência do usuário e de sua narrativa sobre o processo de restabelecer-se. Essa nova política de saúde mental se reporta a prática humanista de cuidado almejado pela reforma psiquiátrica brasileira e pelos serviços do CAPS. (Lopes et al,2012)

A Saúde é um direito fundamental do ser humano, um direito de todos, inclusive para portadores de doença mental como é o caso da esquizofrenia, ressaltando que mantivemos a expressão original *Recovery* para tratar do tema. Essa expressão foi vinculada e agregada na Saúde Mental, utilizando como prática internacional nos esforços dos movimentos sociais em Saúde Mental. Ela surgiu como expressão *recovery movement* na luta de movimentos sociais de usuários e familiares de serviços de saúde mental na transição de um modelo de tratamento e de empoderamento pessoal, político em relação à vida, isso envolve a própria experiência do adoecimento, a aceitação desta condição e a incorporação de novos sentidos para experiência, a superação do estigma, o exercício da cidadania e a responsabilização pela

vida. (Davidson, 2003, página 43 apud Lopes et al, 2012)<sup>(7)</sup> Abrange o usuário como centro das discussões. Esse modelo tem sido incorporado como política de Saúde Pública na Saúde Mental, valorizando os serviços comunitários de saúde mental de forma ampla.



**Figura 1:** Caminhos Metodológicos

## 2.1 Instrumento - Teste Cognitivo do Programa Brasil Alfabetizado - PBA

Optou-se por estes dois testes, por se tratar de uma matriz de referência. Ele é uma matriz de referência em avaliação no Brasil, não é um teste específico para esquizofrênicos, porém abrange conhecimentos básicos para qualquer pessoa, jovem ou adulto e avalia situações de autonomia. Não inclui todas as capacidades, mas indica aspectos essenciais a serem garantidos ao indivíduo com diagnóstico de esquizofrenia.

- Teste de Matemática – avalia cinco competências reconhecidas na matriz comentada são elas: realizar contagens; reconhecer os algarismos, ler números, escrever números; comparar números.

*“Lidar com competências significa entender que não basta ter um conhecimento, é preciso saber usá-lo quando há uma tarefa de leitura ou de escrita a ser realizada”* (Brasil, (2008b), Matriz de Referência Comentada, p.22,)

O teste cognitivo de matemática é um teste único e universal realizado no Brasil inteiro pelo Programa Brasil Alfabetizado - PBA que visa alfabetizar jovens, adultos e idosos. Esse teste visa diagnosticar o nível de alfabetização de alunos que já frequentaram e não se alfabetizaram ou nunca frequentaram a escola de maneira regular.

O PBA é um programa é coordenado pelo Ministério da Educação (MEC) e atua em parceria com as secretarias Estaduais e Municipais de Educação, Instituições de Ensino Superior e outras instituições alfabetizadoras de jovens, adultos e idosos (Brasil, (2008c)Manual do Aplicador,).

Para a produção desse diagnóstico há uma matriz de referência baseada nos conhecimentos considerados fundamentais em Matemática. A matriz de referência apresenta

um conjunto limitado de capacidades, conhecimentos passíveis de serem verificados nas condições em que a avaliação se estabelece (Brasil, (2008c) Manual do Aplicador).

A matriz é apenas uma referência de avaliação, não inclui todas as capacidades. Ela indica o que é básico e essencial a ser garantido num programa de alfabetização (Brasil, (2008b). Matriz de Referência Comentada)

Esse aplicador traz situações do dia-a-dia que esses pacientes vivenciam como associar símbolos, realizar contagens, pegar um ônibus e pagar a passagem, ir ao mercado ou à uma loja comprar um objeto reconhecendo uma etiqueta de preço ou nota de dinheiro.

O teste cognitivo básico de matemática nos pacientes esquizofrênicos ajudaram a identificar os principais déficits responsáveis por desempenhos rotineiros desses sujeitos.

Para Giaccon& Galera. (2006) esta prática se baseia em ações que visam a melhorar a condição da qualidade de vida do paciente e sua família, a contribuir no controle do surto da doença, torná-la estabilizada, a ajudar na integração social após o aparecimento da doença, e a cooperar na adesão ao tratamento e à adaptação de sua nova condição.

## **2.2 Metodologia de Aplicação do Instrumento**

O teste foi aplicado em grupo após a terapia de grupo nas aulas de alfabetização. O alfabetizador-coordenador leu as instruções e também verificou se os alunos estavam marcando as respostas no local indicado.

Primeiramente foi organizado a turma para que os sujeitos não vissem a resposta dos colegas. Em seguida foi lido no máximo duas vezes, as instruções de cada questão. Foi indicado a página de cada questão para a resposta. Também foi controlado o tempo de aplicação (entre dois e três minutos) para que todos comessem e terminassem juntos.

As questões foram aplicadas coletivamente, porém só prosseguia-se para a próxima questão depois de três minutos de pausa.

Optou-se por este teste, por se tratar de uma matriz de referência no Brasil, não é um teste específico para esquizofrênicos, porém abrange conhecimentos básicos para qualquer pessoa, jovem ou adulto e avalia situações de autonomia. Não inclui todas as capacidades, mas indica aspectos essenciais a serem garantidos ao indivíduo com diagnóstico de esquizofrenia.

Teste Cognitivo de Matemática: utilizou-se 10 competências e 16 descritores como no quadro a seguir: (Figura 2)<sup>(1)</sup>

### Descrição da Matriz de Referência e a Classificação das Competências

Conhecimentos	Competências	Descritores
<b>Números</b>	Realizar contagens	D01, D02,D03
	Reconhecer os algarismos	D04
	Ler Números	D05, D06
	Escrever Números	D07
	Comparar Números	D08, D09
Conhecimentos	Competências	Descritores
<b>Operações</b>	Resolver problemas envolvendo Adição ou Subtração	D10, D11,D12
	Resolver problemas envolvendo Multiplicação	D13
	Resolver problemas envolvendo Divisão	D14
	Resolver problemas envolvendo Adição e Multiplicação associados	D15
	Resolver problemas envolvendo Operações de Adição e Subtração	D16

Figura 2: Descrição da matriz de referência

### 3. Resultados e Discussão

Os resultados apresentados neste artigo estão pautados em: As Características do Grupo e o Processo de Acolhimento no Centro de Atendimento Psicossocial; Teste Cognitivo de Matemática – subdividido em categorias de acordo com os resultados obtidos, conforme as características dos descritores.

#### 3.1 As Características do Grupo e o Processo de Acolhimento no Centro de Atendimento Psicossocial

Antes de qualquer terapia de grupo, o sujeito com doença mental é acolhido pelo grupo de profissionais da saúde da rede de atendimento psicossocial, que se reúnem e discutem o seu plano terapêutico. O acompanhamento individual (médico e psicólogo) é de grande importância porque irá estabelecer as interações medicamentosas, as vulnerabilidades encontradas na trajetória pelos profissionais para que se possa estabelecer aos poucos os vínculos de confiança.

No primeiro momento, a inserção do sujeito no grupo é realizada aos poucos. O atendimento individual continua em horários alternados ao grupo e das aulas de alfabetização. O plano terapêutico é singular e individual.

O grupo é uma rede de vínculos onde são construídas relações de cooperação e possibilita um ambiente de aprendizagem acolhedora. O sentimento individual de pertencer, facilita o confronto dos medos e os desafia na abertura do pensamento através da fala - comunicação. As diferenças existentes são aproveitadas nesta abertura. (Afonso & Silva, 2009)

Contudo, o grupo não parte de um saber empírico improvisado, mas de um saber contextualizado e dinâmico. O grupo precisa de tempo para acontecer o vínculo, vínculo entre profissionais e usuários, entre usuários e familiares, e usuários versus usuários. O grupo e as aulas de alfabetização ocorreram com horários específicos (uma hora de grupo e duas horas e

meia de aula), regular e semanal. O grupo torna-se uma instituição social a partir do desenvolvimento real em que o tempo passa e se constrói vínculos.

Na revisão sistemática de Rodriguez, et al. (2008) que avaliou a eficácia da intervenção familiar de base cognitivo comportamental com relação aos desfechos recaída e sobrecarga familiar. Como resultado do estudo, a intervenção familiar de base comportamental cognitivo-comportamental apresenta eficácia de cerca de 60% onde reduz o desfecho de recaída em pacientes esquizofrênicos numa diminuição de 30% ano em incidência de recaída no primeiro ano de tratamento. O tratamento pragmático, ou seja, o tratamento com características amplas de ambas terapias obteve melhor desempenho. Este estudo indica que a terapia em grupo e a ajuda familiar apresenta melhores resultados para a esquizofrenia, sendo tão eficaz quanto a terapia individual.

Contudo, nem sempre estas pessoas têm as condições necessárias para o seu bem-estar e qualidade de vida. A qualidade de vida dos doentes com esquizofrenia é cada vez mais considerada como um importante fator na eficácia do tratamento.

Dentre as condições gerais desta amostra, destaca-se a idade média dos participantes em torno dos 50 anos de idade, maioria homens. Todos os sujeitos do estudo estão inseridos no CID 20 como portadores de Esquizofrenia e fazem uso da medicação Clozapina de 100 mg. Todos participam toda a semana do grupo de intervenção terapêutico. A estrutura do grupo terapêutico abordado na pesquisa é composto por 01 médico psiquiatra, 02 enfermeiros, 01 técnico de enfermagem, 01 assistente social, 01 auxiliar de farmácia que participam regularmente dos grupos de intervenção. Existem outras intervenções com outros profissionais, porém na pesquisa a ênfase será aos grupos de intervenção para a esquizofrenia.

O centro de atendimento psicossocial – CAPS compartilha ações de intervenções por meio de acolhimento, atendimentos clínicos especializados em equipe multidisciplinar que compreende: Psiquiatria, Psicologia, Terapia Ocupacional, Nutrição, Equipe Matricial, Enfermagem, Serviço Social, Farmacêutica, Serviço de Higienização, Serviço Administrativo, Pedagogia, Serviço de Recepção, Arte-Terapia, Central Municipal de Regulação de Leitos e Coordenação Municipal de Saúde Mental. As modalidades de atendimento são: individual, grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas, grupos de familiares e visitas domiciliares. O grupo terapêutico abordado trabalha a intervenção também na perspectiva da metodologia operativa - E.C.R.O. (Esquema Conceitual Referencial e Operativo), técnica desenvolvida pelo psicanalista argentino Enrique Pichon-Riviére, apoiado na ideia de estabelecer tarefas integradas a serem trabalhadas em grupo e individualmente. (Amaral,2013)

As aulas de alfabetização em matemática em grupo facilitou a aplicação do teste cognitivo.

### **3.2 Teste Cognitivo de Matemática - PBA**

O Teste Cognitivo de Matemática foi organizado para facilitar a análise preliminar dos resultados em categorias conforme mostra a Figura 3(2)

**Categoria I – Grupo 1** – Compete as questões simples (pequenas quantidades)

**Categoria II – Grupo 2** - Compete questões com uma operação

**Categoria III – Grupo 3** - Compete questões onde os problemas aparecem com mais de uma operação

**Categoria IV – Grupo 4**– Compete problemas com operações inversas – Escrita de Números com zero intermediário

**Quadro – CLASSIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS CONFORME DESCRITOR**

Categoria/Grupo	Competências	Itens das Páginas/Descritor
Grupo 1	Pequenas quantidades	Página 4/ Descritor 01 Página 7/ Descritor 04 Página 8 / Descritor 05 Página 9 / Descritor 05 Página 11/ Descritor 05 Página 12/ Descritor 07
Grupo 2	Problemas com uma operação	Página 5/ Descritor 02 Página 6/ Descritor 03 Página 13/ Descritor 07 Página 15/ Descritor 08 Página 16/ Descritor 09 Página 18/ Descritor 11 Página 19/ Descritor 12 Página 20/ Descritor 12
Grupo 3	Problemas com mais de uma operação	Página 10/ Descritor 05 Página 17/ Descritor 05 Página 22/ Descritor 13 Página 25/ Descritor 01 Página 24/ Descritor 15 Página 27/ Descritor 16
Grupo 4	Problemas com operações inversas – Escrita de Números com zero intermediário	Página 14/ Descritor 07 Página 20/ Descritor 12 Página 23/ Descritor 14 Página 26/ Descritor 16

**Figura 3:** Classificação das categorias.**Categoria I – Grupo 1 – Compete as Questões Simples (pequenas quantidades)**

Nesta categoria refere-se aos descritores em relação aos NÚMEROS:

D01 – Realizar contagens de pequenas quantidades

D04 – Associação de algarismo ao seu nome – Avalia se o sujeito reconhece fundamentalmente o número correspondente ao símbolo do algarismo. Sem esse descritor, o aluno tem dificuldades em reconhecer algarismos e fica impossibilitado da leitura de números maiores.

D05 – Ler números naturais de 2, 3 ou 4 algarismos Neste descritor, o sujeito precisa entender o sistema de numeração que se usa.

D07 – Escrever números de 2, 3 ou 4 algarismos. Avalia a capacidade de registrar (escrever usando algarismos), números que são falados por alguém.

Seguem os seguintes resultados pelas Figuras 4 e 5 <sup>(3)</sup>:

**Figura Grupo 1 – Descrição das Questões e Percentual de Acertos e Erros Por Página**

Página da Questão	DESCRIPTOR DA QUESTÃO	PERCENTUAL DE ACERTOS/ERROS (%)
Página 4	Esta questão refere-se a contagens de pequenas quantidades. O aluno deve contar, em cada um dos desenhos que representam o cesto 21 laranjas. As laranjas estão espalhadas de maneira irregular. <b>D01</b>	ACERTOS -90% ERROS – 10%
Página 7	Esta questão refere-se a Associar o número ao seu nome. Na instrução aparecia quatro (4) números. <b>D04</b>	ACERTOS -36% ERROS – 64%
Página 8	Esta questão avalia se o aluno é capaz de reconhecer o registro de um número indicado oralmente. Avalia-se a capacidade de leitura de dois algarismos. <b>D05</b>	ACERTOS -80% ERROS – 20%

**Figura 4:** Descrição Questões 2

Página da Questão	DESCRIPTOR DA QUESTÃO	PERCENTUAL DE ACERTOS/ERROS (%)
Página 9	Avalia o reconhecimento do registro oralmente. Os números utilizados contêm 4 algarismos, sendo nenhum deles zero (0). <b>D05</b>	ACERTOS - 46% ERROS – 54%
Página 11	Avalia a leitura de números decimais que expressam valor monetário. Avalia a capacidade de ler preços ou registros de dinheiro. <b>D05</b>	ACERTOS -54% ERROS – 46%
Página 12	Esta questão refere-se a escrever números, 2, 3 e 4. Este é um caso simples. <b>D07</b>	ACERTOS -90% ERROS – 10%
<b>TOTAL DESTE GRUPO</b> 		<b>ACERTOS DESTE GRUPO – 57%</b> <b>ERROS – 43%</b>

**Figura 5:** Percentual de acertos e erros

Nas questões da página 4 e 12 que tiveram maior número de acertos deste grupo e menor percentual de erros apontou que os sujeitos conseguem identificar desenhos, e dominam alguma técnica de contagem. Conseguem sequenciar mentalmente e fazer pequenos agrupamentos. Possuem algum domínio na escrita. Esses sujeitos tiveram algum aprendizado na infância com contato com domínio cognitivo matemático, que conduziu a significação desses conceitos.

Na questão da página 12 simulava escrever num papel o número de um ônibus. Isso é importante até como forma de comunicação com o outro. Teve um percentual de questões erradas maior.

Na questão da página 7 simulava-se desenhos de ônibus onde o sujeito deveria reconhecer o número da lotação correta. É uma das questões mais elementares, fundamental na conquista das demais habilidades matemáticas. O percentual de erros foi alto.

Na questão da página 11 simulava no supermercado a compra de uma caixa de bombons com o preço escrito num cartaz. Aqui pode existir muitas variáveis para a resposta devido as dificuldades de leitura do cartaz, o reconhecimento dos numerais e unidade

(centavos). Essa situação propõe uma situação cotidiana de leitura de folhetos, propagandas em jornais, revistas, supermercados onde pode verificar preços de produtos variados. Nesta questão, ficou empatado entre acertos e erros.

Para Vygotsky(1931/1994b) a significação dos conceitos torna-se patologicamente modificada na esquizofrenia, embora essas alterações não são aparentemente visíveis e observáveis ao longo do tempo. *Cada um de nós carrega a esquizofrenia de uma forma latente, e nos mecanismos do pensamento que, quando revelados, se transformam na figura central no drama do pensamento esquizofrênico.* Vygotsky (1931/1994b, p.320). Como mostra a Figura 6 <sup>(4)</sup>

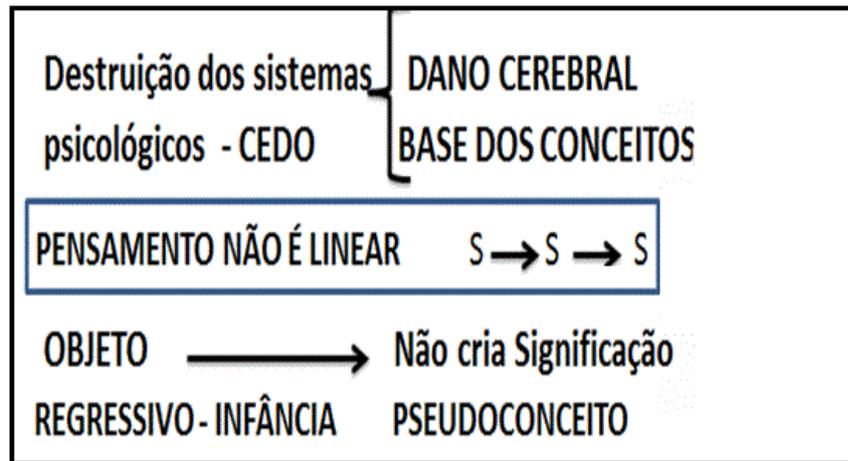


Figura 6: Representação da modificação conceitual na esquizofrenia

### Tabela do Grupo I do Percentual de Respostas Corretas, Incorretas e Não Respondidas

Tabela do Grupo I do Percentual de Respostas Corretas, Incorretas e Não Respondidas		
	Número de Respostas (N)	Percentual (%)
Resposta Correta	38	54%
Resposta Incorreta	14	20%
Não Respondidas	18	26%
<b>TOTAL</b>	<b>70 (N)</b>	<b>100%</b>

Tabela 1: Respostas do Grupo I

Se nos agruparmos Questões Incorretas e Questões Não Respondidas o percentual de respostas não compreendidas chega em torno de 46% como mostra a Tabela acima <sup>(5)</sup>

Lev Vygotsky investigou dois aspectos comparativos importantes a deteriorização do pensamento na esquizofrenia e o desenvolvimento do pensamento em crianças na idade da puberdade no livro "Thought in schizophrenia". Sua conclusão foi diferente do que o modo de pensar dos outros cientistas em questão. Essa comparação abordou o rompimento do pensamento a hipobulia na dimensão da psicopatologia com a formação do pensamento sincrético na dimensão da psicologia infantil. Ele também estruturou em sua linha de tese em dois sentidos e duas conclusões:

*Verifiquei que o desenvolvimento mais importante do pensamento na adolescência é a mudança de tipos de pensamento por 'complexos' para tipos conceituais de pensamento – uma mudança que não apenas revoluciona o processo intelectual, mas determina a estrutura dinâmica da personalidade, e a consciência de si e do ambiente. Eu verifiquei, inversamente, que a deterioração mais importante do pensamento que ocorre na esquizofrenia é um distúrbio, um prejuízo, na função de formação de conceitos. A fragmentação e a quebra daquela parte da psique que é envolvida no processo de formação de conceitos é tanto uma característica da esquizofrenia quanto o desenvolvimento da função de formação de conceitos é característica da adolescência. Consequentemente é óbvio que tanto na esquizofrenia quanto na adolescência certas similaridades externas podem ser encontradas, especialmente na transição do pensamento por complexos ou associativo ao pensamento conceitual. Vygotsky (1931/1994b, p.314)*

Tanto a esquizofrenia e a adolescência, de abrangência formal, existem pontos de semelhança e de caracterização como o pensamento por complexos em estágios transicionais. No modo de pensar de Vygotsky indica que seguem caminhos opostos, mas há indicações de que tanto os estudos com abordagem dinâmica em processos psicológicos devem ser voltados a ligação de ambos. O pensamento de um adolescente poderá contribuir e a vir entender um pensamento de um esquizofrênico e sua patologia, como também a entender, pontos de um pensamento de um adulto esquizofrênico poderá mostrar certos comportamentos adolescentes, isso indica que ambos têm relação e entre pontos de transição distintos. Essa semelhança se explica pelo termo 'dementiapræcox'. Vygotsky analisou a personalidade, a consciência e o ambiente em si, pois a adolescência fala de crescimento e desenvolvimento enquanto que na doença possuímos a regressão desses processos de maneira inversa.

O ponto de análise de Vygotsky foi analisar comparativamente a formação dos conceitos na observação de crianças e pessoas com esquizofrenia utilizando métodos de Ach, porém com alguma modificação e adequação e colaboração de Sakharov. Esses métodos foram muito desenvolvidos por Ach, mas para outras habilidades, então diria-se que foi introduzida nova adequação da metodologia, porém o método era antigo e utilizado para outras formas de conceituação e empregabilidade de maneira distinta.

O método era o empregar uma situação em que o sujeito esquizofrênico deveria formar conceitos artificiais. Baseado em elementos selecionados e coletados, os pacientes deveriam associar as sílabas sem sentido com certos conceitos já bem definidos. O sujeito era confrontado com um problema de formação de conceitos que só poderia ser resolvido no laboratório de experimentação, em nenhum outro local. Tanto Vygotsky quanto Sakharov ficaram aptos na observação da diminuição da capacidade de formação dos conceitos, o distúrbio de pensamento era aparente e também nos casos de apenas desordem formal de pensamento. O próprio autor relata:

*Importante aqui não é o paciente com esquizofrenia, confrontado com o problema experimental, não é apto para resolvê-lo, mas que na tentativa de resolvê-lo ele exhibe formas de pensamento características e significativas). Vygotsky, p.316. (1931/1994b)*

Conforme Plaza (2010) as referências relativas a déficits cognitivos na esquizofrenia não são novos, na verdade já nas primeiras descrições clínicas mostra que estes doentes não só tinham alucinações e ilusões, como também alterações no pensamento, atenção e vontade.

Sujeitos com esquizofrenia demonstram um déficit cognitivo generalizado, ou seja, eles tendem a ter um desempenho em níveis mais baixos do que controles normais em uma variedade de testes cognitivos. Eles apresentam múltiplos déficits neuropsicológicos em testes de raciocínio conceitual complexo, velocidade psicomotora, memória de aprendizagem nova e incidental e habilidades motoras, sensoriais e perceptuais. As alterações cognitivas seletivas mais proeminentes na esquizofrenia incluem déficits em atenção, memória e resolução de problemas (Silva, 2006).

**Categoria II – Grupo 2 - Compete questões onde existe problemas com uma operação.**

Nesta categoria refere-se aos descritores em relação aos Números e Operações:

D02- Neste descritor realiza contagens de dinheiro maiores (por agrupamento ou estratégias, coleções maiores de 50 objetos)

D03 – Realiza contagens de quantias em dinheiro com cédulas e moedas. Com este descritor avalia-se a contagem de dinheiro com cédulas 20, 10, 5, 1 reais e moedas de 50, 25, 10, 5 e 1.

D07 –Avalia a capacidade de registrar números falados por alguém

D08 – Avalia a capacidade de comparar números naturais (escritos pelo sistema de numeração decimal

D09 – Comparar números decimais que se expressam como valor monetário. Avalia a habilidade de comparar preços de produtos registrados por escrito

D11 – Resolver problemas envolvendo adição de números naturais ou de quantias de dinheiro por qualquer método, para a produção de uma resposta exata. Avalia se o aluno sabe resolver um problema em que ele terá que somar dois ou mais números ou quantias de dinheiro

D12 – Resolver problemas envolvendo uma subtração de números naturais ou quantidades de dinheiro por qualquer método pra a produção de uma resposta correta.

Como mostra Figuras 7 e 8 <sup>(3)</sup>

**Grupo 2 – Descrição das Questões e Percentual de Acertos e Erros Por Página**

<b>Página da Questão</b>	<b>DESCRITOR DA QUESTÃO</b>	<b>PERCENTUAL DE ACERTOS/ERROS (%)</b>
<b>Página 5</b>	Esta questão se refere a contar quantidades maiores, sugere possibilidades agrupamentos. <b>D02</b>	<b>ACERTOS -34%</b> <b>ERROS – 66%</b>
<b>Página 6</b>	Essa questão mostra quantias de dinheiro com cédulas e moedas. <b>D03</b>	<b>ACERTOS - 45%</b> <b>ERROS – 55 %</b>
<b>Página 13</b>	Refere-se a escrever números de 2, 3 ou 4 algarismos, exceto zero. <b>D07</b>	<b>ACERTOS - 34%</b> <b>ERROS– 66%</b>
<b>Página 15</b>	Compara números naturais escritos no sistema de numeração decimal. Avalia se o aluno compara números naturais. O sujeito entende como eles são escritos pela sua representação, sem ver as quantidades, do maior para o menor. <b>D08</b>	<b>ACERTOS – 73%</b> <b>ERROS – 27%</b>

Página da Questão	DESCRIPTOR DA QUESTÃO	PERCENTUAL DE ACERTOS/ERROS (%)
Página 16	Compara números decimais que expressam valor monetário. Avalia se sabe comparar números decimais (números sem vírgula) que tenham um algarismo na parte inteira, com duas casas decimais. <b>D09</b>	ACERTOS - 55% ERROS - 45%
Página 18	Resolve problemas envolvendo uma adição de números naturais ou quantias em dinheiro. Calcula o resultado exato da soma dos preços de uma compra, usando qualquer cálculo. <b>D11</b>	ACERTOS - 55% ERROS - 45%
Página 19	Resolve problemas envolvendo abstração de números naturais ou de quantias de dinheiro. Avalia se resolve um problema que requer uma abstração de números naturais. <b>D12</b>	ACERTOS - 45% ERROS - 55%
Página 20	Resolve problemas envolvendo uma subtração de números naturais ou de quantias de dinheiro, para uma resposta exata. <b>D12</b>	ACERTOS - 27% ERROS - 73%
<b>TOTAL DESTE GRUPO</b> →		<b>ACERTOS DESTE GRUPO - 46%</b> <b>ERROS - 54%</b>

Figura 7 e 8: Descrição das questões grupo 2

**Tabela do Grupo II do Percentual de Respostas Corretas, Incorretas e Não respondidas<sup>(5)</sup>.**

	Número de Respostas (N)	Percentual( %)
Resposta Correta	41	46%
Resposta Incorreta	17	19%
Não Respondidas	31	35%
<b>TOTAL</b>	<b>89 (N)</b>	<b>100%</b>

**Tabela 2:** Percentual de Respostas Corretas, Incorretas e Não respondidas

Vygotsky parte do princípio que há semelhanças e similaridades em característica fundamentais básicas também no processo de pensamento de uma criança com um sujeito com esquizofrenia. Mas que o pensamento da pessoa com esquizofrenia é realmente um pensamento regressivo. O dano se faz na formação do conceito que regressa o nível de pensamento do sujeito com esquizofrenia a formação de pensamentos por complexos. Os conceitos formados previamente são utilizados de forma automática levando a complexidade da formação de novos conceitos, tornando-se extremamente difícil para o esquizofrênico sua assimilação. Isso deriva que os vários estágios genéticos do pensamento por complexo se estabeleça no limite psicológico na avaliação do grau de rompimento dessa regressão. A desintegração dos conceitos e a regressão das formas de pensamento concreto e factual observada por outros autores sem que esteja envolvido com fatores genéticos na diferenciação de pensamentos por complexos e pensamento abstrato. Assim, a falha encontraria-se na sua expressão da comparação do pensamento desordenado com as formas filogenéticas anteriores a esse pensamento que é usualmente baseado na ausência de conceitos de pensamento.

*Esta falha encontra a expressão no fato de que a comparação do pensamento desordenado com as formas filogeneticamente anteriores*

*de pensamento é usualmente feita com base na ausência de conceitos no pensamento. Esta comparação, baseada num critério negativo é errada porque ela trata como formas de pensamento aproximadamente equivalentes que, do ponto de vista positivo, não tem nada em comum uma com a outra.* Vygotsky, Pág. 316 (1931/1994b)

Alguns outros autores como Volkelt (criador do relato do pensamento das aranhas) faziam a comparação errônea da teoria de pensamento - de que o pensamento de um sujeito esquizofrênico era como o pensamento dos povos primitivos, do pensamento em sonhos, ou do processo intelectual de animais inferiores como a aranha que através de sua consciência seletiva não percebe as situações sensações isoladas, mas que percebe as emoções condicionadas na totalidade. *“O pensamento associativo dos pacientes com esquizofrenia difere do pensamento de uma pessoa normal”.* Vygotsky, Pág. 317 (1931/1994b)

### **Categoria III – Grupo 3- Compete questões onde os problemas aparecem com mais de uma operação**

Nesta categoria refere-se aos descritores em relação Números e Operações:

D05- Leitura de números naturais de 2, 3 e 4 algarismos

D13 – Resolver por qualquer habilidade, problemas envolvendo multiplicação, com a ideia de adição repetida, e em que o multiplicador é um número natural menor do que 10

D15 – Resolver problemas envolvendo a adição de produtos de números naturais (menores que 10) ou de número natural decimal representando quantias de dinheiro.

D16 – Resolver problemas envolvendo uma sucessão de operações de adição e subtração

### **Grupo 3 – Descrição das Questões e Percentual de Acertos e Erros Por Página**

<b>Página da Questão</b>	<b>DESCRITOR DA QUESTÃO</b>	<b>PERCENTUAL DE ACERTOS/ERROS (%)</b>
<b>Página 10</b>	Questão que trabalha os números decimais que expressam valor monetário. Avalia a capacidade de ler preços e quantias de dinheiro. <b>D05</b>	<b>ACERTOS - 63%</b> <b>ERROS - 37 %</b>
<b>Página 17</b>	Resolução de situações matemáticas envolvendo adição e subtração de números naturais por qualquer modo para uma resposta aproximada. <b>D05</b>	<b>ACERTOS - 28%</b> <b>ERROS - 72 %</b>
<b>Página 22</b>	Essa questão mostra um cartaz promocional com preço. Dá ideia de adição repetida. Avalia a multiplicação com soma de parcelas iguais. <b>D13</b>	<b>ACERTOS - 37%</b> <b>ERROS - 63%</b>
<b>Página 25</b>	Nessa questão mostra a compra de produtos de uma lista de supermercado. Mostra o preço dos produtos e quanto cada um gastou. <b>D15</b>	<b>ACERTOS - 37%</b> <b>ERROS - 63 %</b>

**Figura 8:** Descrição das questões grupo 3

**Grupo 3 – Descrição das Questões e Percentual de Acertos e Erros Por  
Página**

<b>Página da Questão</b>	<b>DESCRIPTOR DA QUESTÃO</b>	<b>PERCENTUAL DE ACERTOS/ERROS (%)</b>
<b>Página 24</b>	Nesta questão avalia se o sujeito é capaz de resolver problemas que envolvam adição e multiplicação associados. <b>D15</b>	<b>ACERTOS - 37%</b> <b>ERROS – 63 %</b>
<b>Página 27</b>	Avalia se o sujeito resolve problemas envolvendo uma sucessão de operações de adição e subtração. <b>D16</b>	<b>ACERTOS - 28%</b> <b>ERROS – 72 %</b>
	<b>TOTAL DESTE GRUPO</b> 	<b>ACERTOS DESTE GRUPO – 36 %</b> <b>ERROS – 64%</b>

**Figura 9:** Descrição das questões grupo 3

**Tabela do Grupo III do Percentual de Respostas Corretas, Incorretas e Não Respondidas.**

	<b>Número de Respostas (N)</b>	<b>Percentual( %)</b>
Resposta Correta	23	36%
Resposta Incorreta	13	20%
Não Respondidas	28	44%
<b>TOTAL</b>	<b>64 (N)</b>	<b>100%</b>

**Tabela 3:** Percentual de Respostas Corretas, Incorretas e Não Respondidas.

Na questão da página 17 simulou-se uma compra de duas blusas em que havia duas etiquetas com o preço, o sujeito deveria marcar nas opções em que a cédulas equivaliam com o preço. Essa questão promove-se uma estratégia de cálculo aproximado. Houve baixo sinal de acertos o que comprova dificuldades possivelmente de contagem, ou reconhecimento das cédulas ou por se tratar de contagem rápida de pensamento lógico. “Esta mesma situação existe na esquizofrenia. As palavras do paciente com esquizofrenia coincidem com as nossas em sua relação com os objetos, mas não em seus significados.” Vygotsky, Pág. 319 (1931/1994b)

Como o próprio gabarito comentado explica:

*Esse problema se assemelha a situações do cotidiano em que é preciso saber qual é a menor quantidade de dinheiro necessária para efetuar uma determinada compra. Nessas situações, as pessoas têm que “pensar rápido”, efetuando cálculos mentais para encontrar um resultado que se aproxime do total a ser pago, ao mesmo tempo em que podem precisar “contar” o dinheiro que tem em mãos, seja o*

*suficiente, seja para pagar com uma quantia de dinheiro que exija troco. Brasil, (2008 d) - Gabarito Comentado, Pág.15)*

Essas questões desta categoria trazem latente a questão do uso da autonomia e a educação permanente com papel importante na reabilitação do sujeito. Para Paulo Freire:

*O ato de cozinhar (...) supõe alguns saberes concernentes ao uso do fogão, como acendê-lo, como equilibrar para mais, para menos a chama, como lidar com certos riscos mesmo que remotos de incêndio, como harmonizar diferentes temperos numa síntese gostosa e atraente. A prática de cozinhar vai preparando o novato, ratificando alguns daqueles saberes, retificando outros, e vai possibilitando que ele vire cozinheiro. Freire, Pág. 12, (1996/2002)*

O mesmo acontece na questão da página 24 onde a instrução é pegar um ônibus onde a tarifa é R\$ 1,70 de passagem. Nesta situação simula-se pegar o transporte do dia e pagar a passagem para 5 pessoas. Para responder esse tipo de questão o sujeito precisa fazer as contas, planejar, reconhecer as cédulas de dinheiro. Esse tipo de situação acontece todos os dias na vida dessas pessoas e o percentual de acertos foi baixo.

*É esta percepção do homem e da mulher como “seres programados, mas para aprender”e, portanto, para ensinar, para conhecer, para intervir, que me fez entender a prática educativa como um exercício constante em favor da produção e do desenvolvimento da autonomia dos educadores e educandos. Freire, Pág. 54,(1996/2002)*

Sá (2011) afirma que a os déficits cognitivos se tornam uma característica significativa, central dos doentes com esquizofrenia. Isso afeta na qualidade de vida, no funcionamento social e na resposta a programas de reabilitação.

Já na questão da página 27 simula-se o pagamento de contas. O exemplo é a simulação de pagamento de duas contas uma de água e outra de luz elétrica. Neste tipo de resolução o aluno precisa saber a quantidade de dinheiro que dispõe e a quantidade de dinheiro que irá sobrar, o sujeito necessita calcular o troco de dinheiro. Essa situação mostra uma questão de autonomia, onde muitos dos entrevistados moram sozinhos e demonstrou também que apenas 3 pessoas acertaram a resposta correta.

Por ser uma doença multi-heterogênia e com vários fatores associados, com sintomas inespecíficos e que diferem de indivíduo para indivíduo aliados a diagnósticos imprecisos, o sujeito com esquizofrenia não tratada vivencia intenso sofrimento mental. Além dele, a família igualmente sofre e demais pessoas envolvidas no processo da doença. É uma luta para o sujeito com esquizofrenia viver um dia-a-dia comum numa sociedade que discrimina o “corpo” que não é belo ou com os padrões de beleza condizentes com a cultura que retrata. Mattos (2013) &Agostini (2013)

#### **Categoria IV – Grupo 4– Compete problemas com operações inversas – Escrita de Números com zero intermediário**

Nesta categoria refere-se aos descritores em relação:

D07 – Escrever números de 2, 3 ou 4 algarismos (Ditado de números)

D12 – Resolução de problemas envolvendo a subtração de números naturais ou de quantias de dinheiro por qualquer método, para a produção de uma resposta.

D14 - Resolução, por qualquer método, problemas envolvendo a divisão com idéia de partilha em que o divisor é número natural menor de 10

D16 – Resolver problemas envolvendo uma sucessão de operações de adição e subtração. Avalia se o sujeito pra chegar a resposta consegue efetuar mais de duas operações. A principal habilidade aqui trabalhada é se o sujeito consegue planejar as ações para executá-las sem se confundir. Assim, seguem os resultados conforme Figura 11 <sup>(3)</sup>.

#### Grupo 4– Descrição das Questões e Percentual de Acertos e Erros Por Página

Página da Questão	DESCRITOR DA QUESTÃO	PERCENTUAL DE ACERTOS/ERROS (%)
<b>Página 14</b>	Escrever números de 2, 3 e 4 algarismos. Aqui se avalia também o traçado da letra. <b>D07</b>	<b>ACERTOS - 45%</b> <b>ERROS - 55%</b>
<b>Página 20</b>	Avalia a capacidade de resolver problemas envolvendo subtração de números naturais ou quantias de dinheiro com resposta exata. <b>D12</b>	<b>ACERTOS - 28%</b> <b>ERROS - 72 %</b>
<b>Página 23</b>	Resolver situação matemática com ideia de divisão envolvendo partilha em que o divisor é número menor que 10. Avalia a capacidade de dividir em partes iguais. <b>D14</b>	<b>ACERTOS - 36%</b> <b>ERROS - 64%</b>
<b>Página 26</b>	Avalia se o sujeito consegue reconhecer a ideia de somar e diminuir. Avalia se o sujeito planeja para efetuar as ações de mais de uma operação. <b>D16</b>	<b>ACERTOS - 18%</b> <b>ERROS - 82 %</b>
	<b>TOTAL DESTE GRUPO</b> 	<b>ACERTOS - 32%</b> <b>ERROS - 68 %</b>

Figura 10: Descrição das questões Grupo 4

#### Tabela do Grupo IV do Percentual de Respostas Corretas, Incorretas e Não respondidas<sup>(5)</sup>

	Número de Respostas (N)	Percentual( %)
Resposta Correta	14	32%
Resposta Incorreta	12	27%
Não Respondidas	18	41%
<b>TOTAL</b>	<b>44 (N)</b>	<b>100%</b>

Tabela 4: Percentual de Respostas Corretas, Incorretas e Não respondidas

Na questão da página 14 emprega-se um endereço em que o sujeito deve anotar o número da rua. Essa questão treina o traçado das letras e a habilidade de desenhar a escrita. Nesta questão também necessita saber o sistema decimal. Nesta o percentual de acertos foi bom.

Na questão número 20, aborda uma situação em que o estudante compra uma calculadora e faz uma pesquisa de preço comparando os preços. Nesta questão é comum

resolverem mentalmente a questão, mas o registro escrito sai equivocadamente houve poucos acertos.

*“Os processos de cognição e aprendizagem apresentam diversidade conceitual. Entende-se aqui por aprendizagem o processo por meio do qual a pessoa adquire um conjunto de informações, habilidades e crenças processado no contato com o ambiente no qual se encontra. A cognição é o processo que permite que essas informações sejam organizadas e armazenadas na memória, possibilitando sua emergência ou subtração à consciência.” (Leão et al., Pág 133, 2015)*

No artigo sobre aprendizagem e metacognição de Leão et al (2015) trouxe o paradigma da perspectiva multidisciplinar que necessita ser construída em torno da cognição do adulto, reforçando a ideia da construção de um novo olhar para este tema. Devemos refletir para além do cenário da aprendizagem do adulto, mas para a aprendizagem do adulto portador de doença mental.

Vygotsky (2000c) afirma que a aprendizagem se dá pela mediação do outro e que esta ocorre por meio de instrumentos e signos os quais permitem o desenvolvimento das faculdades mentais superiores. O desenvolvimento humano como processo sócio-histórico ocorre pela mediação, pois, o homem não tem acesso direto aos objetos, mas acesso mediado, através de recortes do real, operados pelos sistemas simbólicos de que dispõe.

#### **4.Considerações finais**

O instrumento Teste cognitivo de Matemática e a matriz de referência para o Teste Cognitivo de Matemática do Programa Brasil Alfabetizado do ano de 2008 é um instrumento simples, bem planejado e eficaz para medir os principais déficits cognitivos de matemática para pessoas adulto-jovens portadoras de doença mental com a CID20 – esquizofrenia. Esse instrumento é de fácil aplicabilidade, parte de questões simples e vai além indo para as mais complexas, traduz situações do cotidiano, questões de autonomia, traz muitos desenhos e situações matemáticas importantes na vida dessas pessoas.

Identificaram-se importantes impactos cognitivos neste grupo de portadores de esquizofrenia que podem ser devido a regressão sintomática da doença ou na base dos conceitos que durante a infância não criou a significação suficiente para guardar na memória trabalho (pseudoconceitos) segundo o autor Vygotsky. Ou por outros fatores aliados a esquizofrenia, ou ao modo de pensamento esquizofrênico como reconhecimento de desenhos (cédulas em dinheiro, etiquetas de preços).

È necessário maior desenvolvimento e emprego de pesquisa (seja ela clínica, assistencial) deste tema tão emergente na sociedade atual e a busca de treinamento de equipes multiprofissionais torna-se peça fundamental para ampliar a Educação Permanente em centros de referência. Consolidando, educação e saúde, contribui-se para novas ações e estratégias para reverter a atual configuração da realidade atual.

O processo *Recovery* em sujeitos esquizofrênicos é um processo que deve ser sempre estimulado e a alfabetização juntamente com o teste cognitivo de matemática contribuiu para os aspectos da socialização, memorização e aprendizagem desses sujeitos afetados pela doença. Alguns com déficits cognitivos graves, outros com déficits cognitivos menores, mas com muitas dificuldades de socialização. Os testes cognitivos vieram ao encontro das dificuldades enfrentadas no dia-a-dia desses sujeitos. A alfabetização possibilitou uma

readaptação e desenvolvimento de sua identidade, muitas vezes perdida pela impossibilidade da doença e da vida social. O desenvolvimento da identidade pessoal de cada um possibilita uma janela de interação com o mundo em que o sujeito vive. No convívio com outras pessoas com o mesmo problema, além da terapia medicamentosa e terapia psicossocial, o sujeito nas aulas de alfabetização assume uma valorização do “eu” e a valorização da possibilidade de retomar um modo de vida com maior qualidade.

## 5. Agradecimentos

À toda equipe do CAPS Colméia pelo apoio e disponibilidade e principalmente a todos que possuem a doença e lutam tenazmente por sua inserção na sociedade.

## 6. Referências Bibliográficas

Afonso, M.L.M. & Silva, M. (2009) O Processo Grupal e a Educação de Jovens e Adultos. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 14, n. 4, p. 707-715, out./dez.

Andrieu, B. & Boetsch, G.(2013) (Org.). Dictionnaire du Corps Physis .Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 23 [ 1 ]: 285-288

Agostini, et al. (2013). *Beleza e Plasticomania*. Ries, ISSN 2238-832X, Caçador, v.2, n.2, p. 179-184.

Mattos, R.S. (2013) *Muito mais do que um dicionário do corpo: um dicionário para o corpo*. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 23 [ 1 ]: 285-288.

Amaral, A. C. G.A *Inclusão Social de Pacientes Psicóticos: um enfoque educativo em psiquiatria por meio de um grupo terapêutico*. (2013) Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu da Universidade do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul -UNIJUÍ ,Ijuí/RS.

Bambo, A. F. J. (2010). *Tradução, adaptação cultural e validação para população portuguesa das escalas de avaliação da perturbação formal do pensamento na esquizofrenia*. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental. Universidade do Porto/Portugal.

Brasil, (2013a) Ministério da Saúde – Fundo Nacional da Saúde. *Manual [de] ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental /* Coordenação de Eduardo Mourão Vasconcelos. Disponível em: <<http://www.redecaps.org>>Acessado em março de 2015.

Brasil, (2008b). Ministério da Educação – Programa Brasil Alfabetizado. Centro de Alfabetização Leitura e Escrita (Ceale). *Matriz de Referência Comentada/Matemática/Leitura e Escrita*

Brasil, (2008c). Ministério da Educação – Programa Brasil Alfabetizado. Centro de Alfabetização Leitura e Escrita (Ceale). *Manual do Aplicador*

Brasil, (2008 d). Ministério da Educação – Programa Brasil Alfabetizado. Centro de Alfabetização Leitura e Escrita (Ceale). *Gabarito Comentado*

Brasil (2012c) CNS/MS – Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde – Resolução Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acessado em março de 2015.

Elkis, H. (2000). A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 22(Supl I): 23-6

Ferreira J, B. C. et al (2010) *Alterações Cognitivas na Esquizofrenia: Atualização*. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul; 32(2):57-63

Freire, Paulo. (1996/2002) *Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa*. Editora Paz e Terra. 25ª ed. São Paulo

Giacon, B. C. C. & Galera, S. A. F.(2006). *Primeiro Episódio da Esquizofrenia e Assistência de Enfermagem*. Revista da Escola de Enfermagem USP. São Paulo, v.40, n.2, p-286 -291

J Marques-Teixeira. (2001) *A esquizofrenia*. Updates. volume III, nº2, março/abril.  
 \_\_\_\_\_A intrigante Esquizofrenia. Disponível em: <<http://www.repositorioaberto>>Acessado em janeiro de 2015.

Lima, D.R. (1994) *Manual de Farmacologia Clínica, Terapêutica e Toxicologia*. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.

Leão, M. A. B. G., et al. (2015) *Aprendizagem e Metacognição do Adulto: Panorama de Estudos e Pesquisas*. Ciências & Cognição; Volume 20 (1) 133-141  
 <<http://www.cienciasecognicao.org>>

Lopes, T. S., et al (2012). *O Processo de Restabelecimento na Perspectiva de Pessoas com Diagnóstico de Transtornos do Espectro Esquizofrênico e de Psiquiatras na Rede Pública de Atenção Psicossocial*. Saúde Sociedade. São Paulo, v.21, n.3, p.558-571.

Plaza, M. E. N. (2010) *Sistematización de la Práctica Supervisada Realizada en Casa Club Bien Estar “Esquizofrenia y Déficit Cognitivo”*. Faculdade de Psicologia. Universidade Nacional de Córdoba.

Rocha, N. et al (2009). *Relação entre Neurocognição e Qualidade de Vida em Pessoas com Esquizofrenia*. Acta Medica Portuguesa, 22: 71-82.

Rodriguez, M. G. A. et al. (2008) Meta-análise de ensaios clínicos de intervenção familiar na condição esquizofrenia. Caderno de. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(10): 2203-2218, outubro.

Sá, A. F.(2011). *Cognição e Esquizofrenia: Estudo Neuropsicológico para Discriminação dos Domínios Cognitivos Mais Afetados*. Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto/Portugal.

Sánchez, H. S. (2012). *Rehabilitación cognitiva em la esquizofrenia*. Psicologia, Conocimiento Y Sociedad 2 (1) Págs. 80-129, Mayo

Silva, R. C. B. (2006) Esquizofrenia: Uma Revisão. Universidade Federal de São Paulo – Unifesp Psicologia USP, 17(4), 263-285.

Sterian, A. (2001). *Esquizofrenia – Casa do Psicólogo*. São Paulo: Coleção Clínica Psicanalítica

Vaz-Serra, A. et al. (2010) Cognição, Cognição Social e Funcionalidade na Esquizofrenia. *Acta Médica Portuguesa*, 23: 1043-1058.

Vygotsky, L.S. (1987/2008a) *Pensamento e Linguagem*. 4ªed. Martins Fontes. São Paulo.

Vygotsky, L.S. (1931/1994b) Thought in schizophrenia. In: Valsine R, J.& Van Der Veer, R. (eds.) *The Vygotsky reader*. Oxford, UK; Cambridge USA: BasilBlackwell, P. 313-326. (Texto de 1931, primeira publicação em inglês em 1934)

Vygotsky, L. S. (2000c) *A construção do pensamento e da linguagem*. Ed: Martins Fontes, São Paulo.

## Notas

<sup>(1)</sup>: Este quadro foi criado pela autora baseado no Brasil, (2008b). Matriz de Referência Comentada -

<sup>(2)</sup>: Este quadro foi criado pela autora com baseado no Brasil, (2008c). Gabarito Comentado.

<sup>(3)</sup>: Figuras produzidas pelas autoras enquadraram-se as perguntas não respondidas na categoria de erros

<sup>(4)</sup>: Nesta figura, produzido pelas autoras baseado na obra de Vygotsky, (1987/2008a).

<sup>(5)</sup>: Tabelas com os resultados criados pelas autoras

<sup>(6)</sup>*Recovery* as autoras decidiram manter a expressão original do termo por isso a palavra aparece em inglês e itálico.

<sup>(7)</sup> Bibliografia citada pelo autor Lopes et al (2012) - Davidson, L. (2003). *Qualitative studies of recovery in Schizophrenia*. Living Outside Mental Illness. New York: New York University Press.

## 4.2 ARTIGO 2

### PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E HÁBITOS DE VIDA DE USUÁRIOS COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA, ASSISTIDOS EM UM CAPS.

### SOCIODEMOGRAFIC PROFILE AND USERS OF LIFE HABITS WITH SCHIZOPHERNIA DIAGNOSIS ASSISITE IN A CAPS

FORCHESATTO, Ana Julia<sup>1</sup>, BOFF, Eva Teresinha de Oliveira<sup>II</sup>

---

<sup>1</sup> Bióloga (URI/FW/RS). Especialista em Biologia Humana (UNIJUÍ/IJUÍ/RS).  
Cursando a pós-graduação em Scrito Sensu (Mestrado) Atenção Integral à Saúde  
(parceria UNICRUZ/UNIJUÍ). Faz parte do Grupo Interdepartamental de Pesquisa  
sobre Educação em Ciência - GIPEC/UNIJUÍ. Rua Waldemar Pannembecker,173,  
Centro, Ijuí/RS CEP: 98 700 000 e-mail: bioaj88@gmail.com

<sup>II</sup>Dra em Educação em Ciências pelo Programa de Pós Graduação em  
Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, UFRGS. Professora  
pesquisadora vinculada ao departamento de Ciências da Vida/Unijuí atua nos  
Programas de Pós Graduação em Educação nas Ciências/Unijuí e Atenção Integral  
à Saúde /Unijuí-Unicruz. Faz parte do Grupo Interdepartamental de Pesquisa sobre  
Educação em Ciência - GIPEC/UNIJUÍ. Rua 14 de Julho, 1199 Centro, Ijuí/RS CEP:  
98 700 000 e-mail: [evaboff@gmail.com](mailto:evaboff@gmail.com)

**Resumo: Introdução:** A esquizofrenia é uma grave doença neuropsiquiátrica, de  
sintomatologia ampla (sintomas positivos/ sintomas negativos) que interfere no  
desempenho individual e progressivo do sujeito. Torna incapacitante ao trabalho e  
as relações sociais. Além disso, indivíduos já em processo de recuperação têm  
menor qualidade de vida e com problemas fisiológicos e de metabolismo mais  
acentuados marcados pelo uso de medicamento que serve para amenizar os  
sintomas positivos da doença. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo traçar um  
perfil sociodemográfico dos usuários com dignóstico de esquizofrenia, considerando  
as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, com quem reside, tempo de estudo,  
hábitos de vida (uso medicamentoso, atividade física). **Metodologia:** Trata-se de  
uma pesquisa predominantemente de abordagem qualitativa, descritiva, transversal.  
A mesma foi desenvolvida em um CAPS do município de Ijuí que atende em média  
73 usuários, com diagnostico de esquizofrenia, nos grupos de intervenção.  
Realizamos um questionário sociodemográfico (adaptado) com questões semi-

estruturadas e diário de campo com participação da pesquisadora nas sessões dos grupos de intervenção. **Resultados:** Na **Categoria I – Sexo/Idade/Orientação Religiosa:** Participantes (N=17), 11(65%) do sexo masculino, 6(35%) do sexo feminino, com médias de idades entre 50 anos para os homens e 43 anos para as mulheres e predominantemente católicos; na **Categoria II –Grau de Escolaridade/Estado Civil/Com Quem Convive/Possui filhos/Renda Familiar:** a maioria apresenta estão no ensino fundamental incompleto 12 (71%), predominou o estado civil solteiros e vivem sozinhos e a maioria não possui filhos 13 (76%), possui benefícios e renda familiar em torno de meio e um salário mínimo nacional. **Categoria III – Prática de Atividade Física/Tipo de Atividade Física/Tempo de aplicação do Questionário;** 15 (88%) praticam atividade física, a maioria pratica caminhada de 30 minutos ou mais 13 (76%). Quanto ao tempo de aplicação do questionário, as mulheres são mais ágeis, cerca de 05 a 15 minutos e com informações bem detalhadas. Os homens demoram mais para responder ou lembrar das informações variando 39 a 53 minutos de duração. **Categoria IV - Uso de Medicamentos/Qualidade de Vida:** Todos fazem uso da Clozapina e a melhor qualidade de vida se apresenta nas mulheres. **Conclusão:** A pesquisa mostra que é necessário maiores estudos sobre a qualidade de vida desta população, uma educação permanente para a saúde, e maiores investimentos nas terapias de reabilitação, não apenas em medicamentos, mas em práticas voltadas ao indivíduo numa maneira integral.

**Palavras – Chave:** Esquizofrenia, Reabilitação, Qualidade de Vida, Medicamentos

**ABSTRACT: Introduction:** Schizophrenia is a major neuropsychiatric disease, widespread symptoms (positive symptoms / negative symptoms ) that interfere with the individual and progressive performance of the subject. It incapacitating work and social relation ships. In addition, individuals already in the recovery process are reduced quality of life and physiological problems and more severe metabolic marked by the use of drug which serves to alleviate positive symptoms of the disease. **Objective:** This study aims to draw a socio-demographic profile of users with dignosis schizophrenia , considering the following variables: age, sex , marital status , who reside, study time , lifestyle ( drug use, physical activity ) . **Methodology :** This is a predominantly qualitative research approach , descriptive , cross . The same has been developed in a ljuj municipality of CAPS serving on average 73 users, with a diagnosis of schizophrenia, in the intervention groups. We conducted a sociodemographic questionnaire (adapted) with semi- structured questions and daily field with participation of the researcher in the sessions of the intervention groups. **Results:** In **Category I - / Age / Religious Orientation:** Participants ( N = 17 ), 11 ( 65% ) were male , 6 (35%) female , with ages ranging from 50 years for men and 43 years for women and predominantly Catholic; in **Category II -Grau Education / Marital Status / With Life together / children has / Family Income :** most features are on incomplete primary education 12 (71% ) predominated single marital status and living alone and most do not have children 13 (76%) , has benefits and family income around the middle and a national minimum wage. **Category III - Physical Activity / Type of Physical Activity / Quiz Application time ;** 15 (88%) practice physical activity , most practicing 30-minute walk or 13 more ( 76%). As to the survey application time, women are more agile , about 05-15 minutes and with very detailed information .

Men take longer to respond or remember information ranging 39-53 minutes. **Category IV** - Medicinal Products / Quality of Life: All make use of Clozapine and better quality of life presents in women. **Conclusion:** The research shows that you need more studies on the quality of life of this population, a permanent health education, and major investments in rehabilitation therapies, not only in medicine, but in practice geared to the individual in a comprehensive manner

**Keywords :** Schizophrenia, Recovery, Quality of Life, Medicines

### **Introdução**

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) na nota de (2014) a esquizofrenia é uma doença mental grave que afeta mais de 21 milhões de pessoas em todo o mundo. É caracterizada por uma distorção de pensamento, percepções, emoções, língua, auto-consciência e comportamento. Algumas das experiências mais comuns são o fato de vozes e ilusões auditivas. É mais comum em homens (12 milhões) do que mulheres (9 milhões). Em nível mundial, a esquizofrenia está associada a uma incapacidade significativa e pode afetar o desempenho educacional e de trabalho. Pessoas com esquizofrenia estão entre 2 e 2,5 vezes mais propensas a morrer mais cedo do que a população em geral devido a complicações, tais como doenças cardiovasculares, metabólicas e infecciosas. Mais de 50% dos esquizofrênicos não estão recebendo os cuidados adequados e 90% dos esquizofrênicos não tratados vivem com baixa renda. A falta de acesso a serviços de saúde mental é um grave problema. Por outro lado, as pessoas com esquizofrenia são menos propensas a procurar ajuda do que a população em geral.(OMS, 2014)

No Brasil as doenças mentais estão em crescimento, conforme indicado no estudo multicêntrico realizado por Gonçalves et al (2014), que tiveram por objetivo avaliar a taxa de transtornos mentais comuns e suas associações com características sociodemográficas em unidades de saúde da família e nas unidades da atenção primária das principais capitais brasileiras. A taxa de transtornos mentais nos usuários do Rio de Janeiro é de 51,9%, São Paulo 53,3%, Ceará 64,3% e Rio Grande do Sul 57,7% Detectou-se que os maiores índices de problemas de saúde mental foram especialmente mais altos em mulheres, em desempregados, em pessoas com baixa escolaridade e com baixa renda.

Apesar dos dados estatísticos, um dos problemas muito frequentes na sociedade brasileira em relação à esquizofrenia é a maneira de entender a patologia

pela intensidade avassaladora da doença. Por sua cronicidade e agravamento que leva ao isolamento social, pelos riscos dos sintomas que se assemelham e sobrepõem a outras doenças mentais Silva, (2006) e principalmente pela imagem que se faz distorcidamente sendo fonte de estigma social para o doente, seus familiares e até para seu tratamento. A esquizofrenia é um dos transtornos mentais mais incapacitantes. (LEIDERMAN et al., 2015)

Os fatores predisponentes (quadro1) são de causas multifatoriais que estão vinculadas a vários componentes. Estudos de ligação indicam herança poligênica/multifatorial com a presença de interações epistáticas entre genes de pequeno efeito (K V CHOWDARI et al, 1999), fatores ambientais como trauma, migração, urbanização (GOTTSCHALK et al., 2013); neuroendócrinos e fisiopatológicos , tais como a influência da inflamação, alterações gliais, onda cerebral e alterações nos interneurónios GABAérgicos (LEIDERMAN et al., 2015); envolvimento do sistema imunológico (isto é, interleucinas e ação anti-inflamatória dos antipsicóticos), das infecções, do estresse oxidativo e da função mitocondrial na fisiopatologia da esquizofrenia (AGUIAR CCT et al., 2010).Fatores predisponentes genéticos, constitucionais e bioquímicos são associados a fatores desencadeantes como desestruturação familiar, dificuldades de desenvolvimento (LIMA,1994; J – MARQUES-TEIXEIRA, et al., 2001; NETO et al., 2007)

<b>Fatores Predisponentes na Esquizofrenia</b>
<b>COMPLICAÇÕES GENÉTICAS</b> DNA/Dano do Sistema Nervoso Central – SUSCETÍVEL – família de genes - HERDABILIDADE
<b>COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS</b> <b>Dano uterino:</b> Infecção Materna/Sangramento durante a Gravidez/ Gravidez Indesejada/ Má nutrição (mãe e feto) <b>Dano ao nascer</b> – Nascimento Prematuro (nos meses frios)/ Prematuridade em Desordens de Desenvolvimento/Baixo peso ao nascer
<b>COMPLICAÇÕES AMBIENTAIS</b> Disfunções ambientais – Trauma, Migração, Urbanização.
<b>FATOR DE RISCO TARDIO</b> – Associação com Drogas (álcool/maconha/nicotina)
<b>FATOR DE RISCO COMPORTAMENTAL NA INFÂNCIA</b> QI abaixo da média Alteração de humor -Comportamento Agressivo ou Isolamento (apatia) Alterações Neurológicas Leves e Motoras

**FIGURA 1:** Criado pela autora baseado nos artigos de (NETO A G A et al.,2007; GOTTSCHALK et al 2013; J- MARQUES-TEIXEIRA et al., 2001; K V CHOWDARI et al, 1999; GUTT et al. 2008).

**Fonte:** Autora

A esquizofrenia é um transtorno psiquiátrico que apresenta diversas características clínicas, as quais foram agrupadas como sintomas positivos, negativos e cognitivos. Ferretjans et al (2012). Conforme consta a Figura 2.

<b>Quando Suspeitar de Esquizofrenia? ( PRINCIPAIS SINTOMAS)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ História familiar de Doença Mental</li> <li>✓ Geralmente antes dos 45 anos de idade</li> <li>✓ Sintomas e Sinais superiores a 6 meses (cronicidade)</li> <li>✓ Lenta e Progressiva Reclusão Social</li> <li>✓ Perda de limites do Ego na Percepção (forma Simples)</li> <li>✓ Alterações dos processos psicológicos (forma Catatônica)</li> <li>✓ Agitação (forma Hebefrênica)</li> <li>✓ Alucinações e delírios de auto referência (tipo Paranóide)</li> </ul>

**Figura 2:** Figura criada pela autora baseada em LIMA (1994) referente à suspeita de diagnóstico em adultos. Fonte: Autora

Os sintomas positivos são importantes determinantes dos sinais neurológicos sutis (SNS) na apresentação inicial da doença. Entretanto, no curso mais prolongado, essa associação perde força e os sintomas negativos se tornam mais importantes. Desse modo, especula-se que SNS podem ser funções desses sintomas ou que fatores independentes operam igualmente na determinação de sintomas negativos e de alterações na função neurológica. O fato é que, alterações cognitivas correlacionam-se positivamente com a intensidade da apresentação de sinais neurológicos, particularmente como coordenação motora, integração sensorial e desinibição, evidenciando anormalidades no sistema nervoso central gerando os SNS e distúrbios cognitivos. (PEDROSO, VSP *et al*, 2010)

A experiência humana inevitavelmente apresenta fatores que podem desestabilizar nossa saúde mental, com situações difíceis e preocupações capazes de produzir algum nível de sofrimento mental. (ABRE, 2014). Essas alterações podem ocorrer desde a infância.

O desenvolvimento humano, processo de evolução biológica e psicológica rumo à autonomia, dos primeiros anos de vida ao fim da infância envolve uma sucessão de etapas comandadas pela aquisição de um conjunto de funções cognitivas, comportamentais e físicas (VENTURIERI, C et al., 2014, p.180).

Em crianças e adolescentes as manifestações iniciais de esquizofrenia são semelhantes às aquelas observadas nos adultos. Pode trazer sintomas como delírios, alucinações, desorganização do discurso e do comportamento ou os chamados sintomas negativos, como embotamento afetivo. O diagnóstico só pode ser estabelecido quando essas manifestações iniciais persistem por meses e comprometem as atividades habituais do indivíduo e o relacionamento social. Grillo & Silva (2004). Do mesmo modo, o estudo em crianças de Gutt et al. (2008) mostra o objetivo de investigar diferenças da ocorrência de comportamentos agressivos entre crianças e adolescentes do sexo masculino e feminino com risco genético para desenvolver esquizofrenia. Através da prevalência de comportamentos agressivos foi medida utilizando o inventário de comportamentos para crianças e adolescentes, Child Behavior Check list, e comparada entre os gêneros para o grupo de crianças filhas de mulheres com esquizofrenia e para um grupo de crianças filhas de mulheres atendidas no serviço de ginecologia do mesmo hospital. A entrevista clínica estruturada para DSM-IV (The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders Patient Edition) foi utilizada para confirmar o diagnóstico materno. Os filhos do sexo masculino de mulheres com esquizofrenia apresentaram prevalência menor de comportamentos agressivos quando comparados às meninas (4% x 36%;  $p = 0,005$ ), o que não ocorreu para o grupo comparativo (24% x 32%;  $p = 0,53$ ). A análise de regressão logística mostrou que pertencer ao sexo masculino e ser filho de mulher com esquizofrenia interagiram de forma a favorecer menor prevalência de comportamentos agressivos ( $p = 0,03$ ).

No estudo transversal de Brissos et al (2011) no qual acompanhou 35 pacientes com esquizofrenia (EZ), 79 pacientes com Transtorno Bipolar na fase eutímica foram submetidos a extensa avaliação neuropsicológica. Os resultados mostraram que houve um pior funcionamento neurocognitivo em pacientes com transtorno bipolar e esquizofrenia quando comparados ao grupo controle. E que principalmente a disfunção neurocognitiva é mais marcada e acentuada em pacientes com esquizofrenia, mesmo com o grau de similaridade entre as doenças.

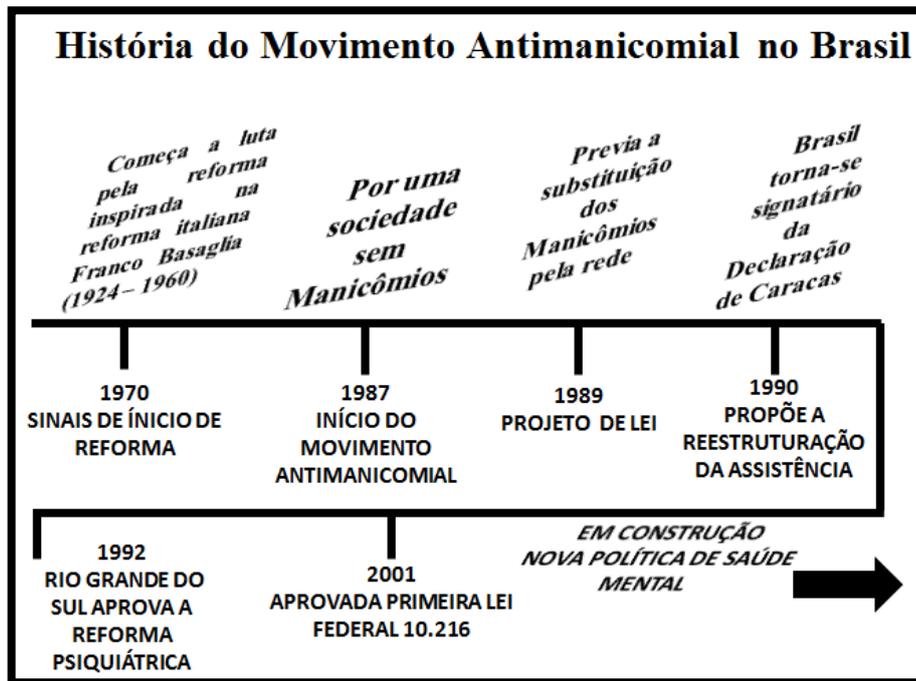
. Referente às doenças crônicas não transmissíveis como a síndrome metabólica - SM, a maior prevalência encontra-se em populações psiquiátricas a explicação está na causalidade multifatorial, em que se incluem fatores ligados ao estilo de vida desses pacientes, fatores genéticos, perinatais, neuroquímicos e hormonais, além do uso de psicofármacos. Porém, a alimentação inadequada e estilo de vida sedentário desempenham papéis importantes no aparecimento da SM. Sabe-se que indivíduos com esquizofrenia realizam pouca atividade física e consomem dieta pouco saudável, além do fato de prevalência de excesso de peso e obesidade. (TEIXEIRA, et al., 2006)

Os pacientes com transtornos mentais graves, como esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo e transtorno bipolar morrem, em média, 20 anos mais cedo do que a população em geral. Morte por doença cardiovascular é a principal causa de morte, apesar da introdução de estratégias para controlar esses fatores de risco (MUÑOZ-CALERO, 2015).

Sousa (2014) em estudo com pacientes com esquizofrenia (SCZ) notou que apresentam anomalias importantes no metabolismo lipídico e da glicose, que podem ser induzidas pela terapia antipsicótica (AP) e pelo estilo de vida associado. O risco de doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e síndrome metabólica estão aumentados nestes pacientes, que apresentam taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares duas vezes mais elevada do que a população geral. Neste estudo ele analisou a prevalência de alterações nos perfis lipídicos e glicêmicos e a terapêutica AP numa amostra de pacientes SCZ no período de 2009 a 2011, seguindo os critérios: presença de fatores de risco cardiovascular, hiperglicemia ou fatores indicadores de síndrome metabólica. A amostra foi constituída por 51 pacientes SCZ, dos quais se registrou 5 casos com fatores de risco cardiovascular, 6 com hiperglicemia indicadora de diabetes e 7 com fatores laboratoriais indicadores de síndrome metabólica. Nestes casos, analisaram-se os agentes antipsicóticos Os dados mostram a necessidade de monitorização dos efeitos secundários metabólicos da terapia AP e do estabelecimento de medidas corretivas (alimentares estilo de vida e terapêuticas).

A reabilitação de indivíduos portadores de esquizofrenia, considerada como transtorno mental grave está experimentando inúmeras mudanças no Brasil, a partir, da reforma psiquiátrica. O tratamento passa a ser de base comunitária, tornando-se fundamental estudos na qualidade de vida dessas pessoas na comunidade, sem

pensar apenas no alívio dos sintomas relacionados a doença. (SOUZA, L. A. et al., 2006) Conforme aponta o Figura 3 abaixo:

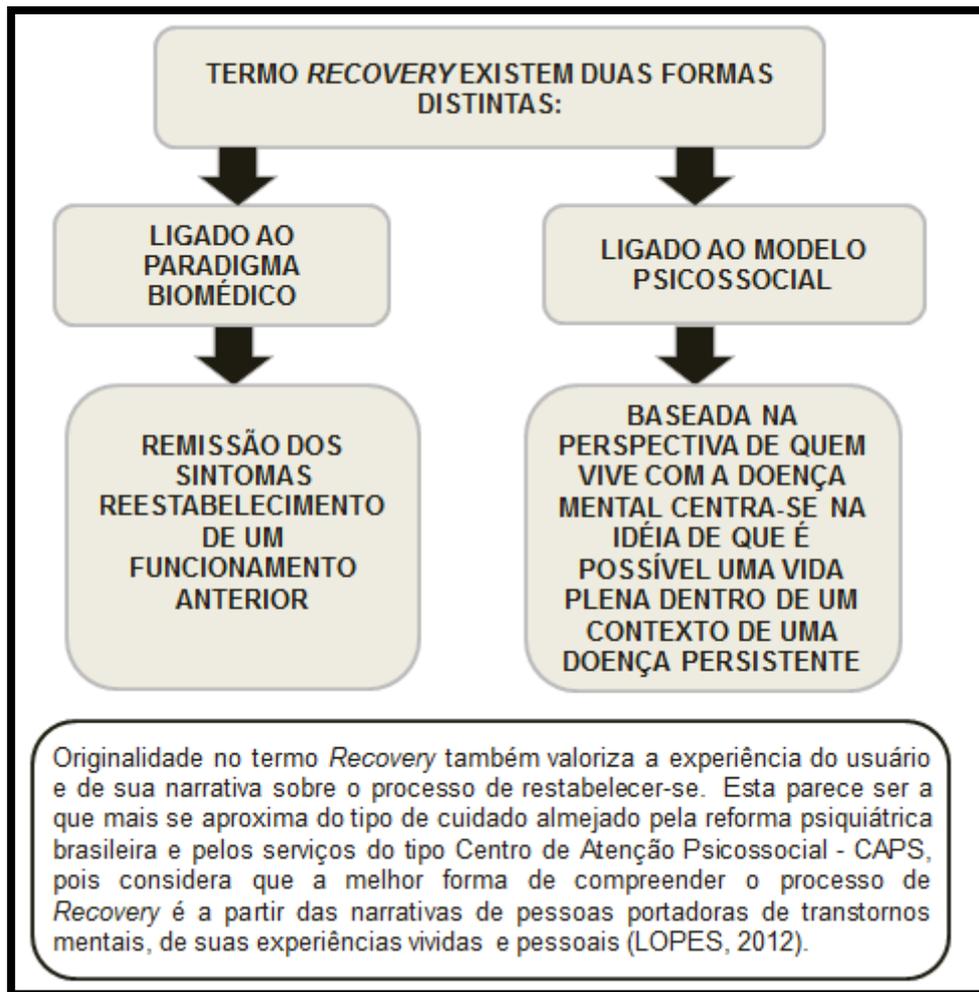


**FIGURA 3** - Baseado no encarte do Jornal Zero Hora na Contramão da Clausura de 24 de janeiro de 2016. Fonte: Autora

Nota-se a necessidade de atividades de prevenção e acompanhamento multidisciplinar dos grupos de intervenção em esquizofrenia. H Sousa et al (2011) sugere em seu estudo que as intervenções em sujeitos com esquizofrenia seja uma intervenção integrada, incluindo componentes neurocognitivos e de competências sociais, é uma forma eficaz de intervir em pacientes com esquizofrenia.

### Metodologia

Esse estudo constitui-se de uma pesquisa predominantemente qualitativa, descritiva e transversal. A opção por este tipo de abordagem está vinculada ao objeto de estudo, visto que se pretende superar a visão de modelo apenas biomédico em detrimento do modelo psicossocial. O termo Recovery contempla esse paradigma, conforme indicado na figura 4.



**Figura 4:** Termo *Recovery* e suas distintas formas  
**Fonte:** Adaptado pela Autora de Lopes (2012)

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI), parecer nº 1.066.439, de 15/05/2015, e um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos entrevistados, após a concordância em participar na pesquisa.

### **Instrumentos – Questionário Sociodemográfico**

O Questionário Sociodemográfico foi organizado para facilitar a análise preliminar dos resultados em quatro (4) categorias estabelecidas a priori: 1- Sexo/Idade/Orientação Religiosa; 2- Grau de Escolaridade/Estado Civil/Com quem Convive/Possui filhos/Renda Familiar; 3- Prática de Atividade Física/Tipo de Atividade Física/Tempo de aplicação do Questionário; 4 - Uso de Medicamentos/Qualidade de Vida.

O questionário Sociodemográfico possui 09 perguntas e foi adaptado da tese de dissertação de GOMES (2011). A Adaptação ocorreu na parte da escolaridade e ordenado mensal trazendo a realidade vivida no país Brasil. Houve a necessidade de criar mais uma categoria que englobou o uso de medicamentos que foram utilizados pelos sujeitos no Diário de Campo.

Os medicamentos foram relatados pelos usuários e escritos no Diário de Campo. A coleta de informações foi realizada com algumas entrevistas pessoais, relatos transcritos a partir da fala de membros de um grupo de intervenção do CAPS II Colméia de Ijuí/RS, dados de prontuários, diário de campo e sessões nos grupos de intervenção.

### Resultados

Os participantes (N=17) dos grupos de intervenção do CAPS Colméia de Ijuí/RS, apresentam idades entre idade entre 31 e 61 anos, sendo 11 (65%) do sexo masculino e 6 (35%) do sexo feminino. Na tabela 1 são apresentados os resultados por Categoria com todas as características apresentadas no Questionário Sociodemográfico.

Tabela 1 Características Sociodemográficas dos Sujeitos do Grupo de Intervenção Estudado

<b>Características por Categoria</b>		<b>Sujeitos do Grupo (n= 17)%</b>
<b>CATEGORIA I - Sexo/Idade/Orientação Religiosa</b>		
<b>Sexo</b>		
Masculino		11 (65%)
Feminino		6 (35%)
<b>Idade</b>		
Masculino		50 anos
Feminino		43 anos
<b>Orientação Religiosa</b>		
Católica		16 (94%)
Ateu /Agnóstico		1 (6%)
<b>CATEGORIA II – Grau de Escolaridade/Estado Civil/Com quem convive/Possui filhos/Renda Familiar</b>		
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental Incompleto		12 (71%)
Ensino Médio Incompleto		1 (5%)
Ensino Médio Completo		2 (12%)
Ensino Superior Incompleto		2 (12%)
<b>Com Quem Convive</b>		
Pais		3 (18%)
Só com o pai		2 (12%)
Só com a mãe		3 (18%)
Irmãos		2 (12%)
Sozinho		5 (29%)
Mulher e filhos		1 (5,5%)
Cuidador(a)		1 (5,5%)

<b>Renda Familiar</b>	
Entre meio salário e um salário (R\$ 394,00 a 788,00)	17 (100%)
<b>Recebe Benefício</b>	
Sim	17 (100%)
<b>Possui Filhos</b>	
Sim	4 (24%)
Não	13 (76%)
<b>CATEGORIA III – Prática de Atividade Física/Tipo de Atividade Física/Tempo de Aplicação do Questionário</b>	
<b>Prática de Atividade Física</b>	
Sim	15 (88%)
Não	2 (12%)
<b>Tipo de Atividade Física</b>	
Caminhada de 30 minutos ou mais	13 (76%)
Futebol	1 (6%)
Exercícios Físicos em Aparelhos da Praça	1(6%)
<b>CATEGORIA IV - Uso de Medicamentos/Qualidade de Vida</b>	
<b>Fazem uso da Clozapina</b>	
Clozapina	17 (100%)

**Tabela 1** Características Sociodemográficas dos Sujeitos do Grupo de Intervenção Estudado  
Fonte: Autora

No que se refere ao fator internação todos (N=17) 100% em algum momento do surto tiveram internações hospitalares. Todos (N=17) 100% possuem benefício pela doença Na Tabela 2 são apresentados os resultados sobre diagnóstico, idade, benefício e internação.

Verifica-se em relação ao tempo de duração do questionário sociodemográfico variou entre 05 a 53 minutos. As mulheres tiveram melhor domínio de resposta no questionário. O que demonstra melhor domínio das relações interpessoais, domínio ocupacional, domínio lazer e de auto-cuidado. Gomes (2011) afirma que o domínio das relações interpessoais valoriza a comunicação e os relacionamentos; o domínio ocupacional abrange habilidades de execução de tarefas (trabalho) e o domínio de lazer são tarefas de iniciativa própria, ir à um cinema ou visitar um parque; e o último o domínio de auto-cuidado estão englobadas tarefas como usar o medicamento no horário certo, usar sabonete para tomar banho, etc.

TABELA 2 Tempo de Duração da Aplicação dos Questionários

Participante	Início da Aplicação	Final da Aplicação	Total em Minutos
1	10 horas 28 minutos	11 horas	39 Minutos
2	10 horas 48 minutos	11 horas 41 minutos	53 Minutos
3	10 horas 10 minutos	10 horas 25 minutos	15 Minutos
4	09 horas 47 minutos	10 horas 39 minutos	52 Minutos
5	09 horas 31 minutos	10 horas 10 minutos	39 Minutos
6	11 horas 02 minutos	11 horas 07 minutos	05 Minutos
7	11 horas 11 minutos	11 horas 26 minutos	15 Minutos
8	10 horas 50 minutos	11 horas 05 minutos	15 Minutos
9	09 horas 35 minutos	09 horas 40 minutos	05 Minutos
10	09 horas 47 minutos	09 horas 54 minutos	07 Minutos
11	10 horas 10 minutos	10 horas 40 minutos	30 Minutos
12	11 horas	11 horas 39 minutos	39 Minutos
13	10 horas 15 minutos	10 horas 50 minutos	40 Minutos
14	11 horas 15 minutos	11 horas 45 minutos	30 Minutos
15	10 horas e 20 minutos	11 horas 03 minutos	43 Minutos
16	9 horas 36 minutos	10 horas 16 minutos	40 Minutos
17	09 horas 30 minutos	10 horas 15 minutos	45 Minutos

Tabela 2: Tempo de duração para responder o questionário

Para explicar melhor os todos os resultados foi construído um Quadro 1 de diagnóstico situacional de acordo com as anotações do Diário de Campo mostrando os perfis encontrados. A participação no grupo terapêutico se constituiu num momento importante para a percepção da realidade vivida pelos mesmos, e ao mesmo tempo uma forma de obter depoimentos dos fatos vivenciados pelos sujeitos durante sua trajetória no processo de *Recovery* da doença. Isso confere uma maior seriedade

à

dissertação

*A experiência subjetiva – e a loucura é uma de suas modalidades possíveis – pode ser vista como resultado de uma complexa rede de elementos biológicos e psicológicos, individuais e coletivos, conscientes e inconscientes, idiossincráticos e sociais. Ela é composta tanto de significados que podem ser compartilhados quanto de sentidos encarnados – nem sempre exprimíveis ou acessíveis à consciência porque inscritos numa dimensão pré-reflexiva ou pré-verbal. Ela é algo que surge como resultado das interações entre o organismo e o meio que ele habita, entre o corpo e o ambiente físico e simbólico, entre o indivíduo e o universo humano que o acolhe e o constitui como sujeito. A fonte da vida subjetiva deixa de ser vista como estando exclusivamente na fantasia inconsciente, no cérebro ou nos traços sociais que inscrevem o indivíduo numa totalidade, e passa a ser compreendida como emergindo da ação no mundo, que engloba todos esses aspectos sem se reduzir a nenhum deles. (BRASIL, CADERNOS DE SAÚDE MENTAL, 2007, página 24 e 25)*

O quadro 1 indica o perfil/situação dos participantes da pesquisa, de acordo com seus relatos, os quais foram enumerados de 1 a 17 (NE):

<b>Número do entrevistado/ Diagnóstico Situacional</b>
1) Aos 19 anos descobriu a doença. Foi diagnosticado em 1987 quando deu entrada no Posto de Saúde. Tinha em mãos todos os documentos quando entrevistado. Foi enviado para o Hospital de São Pedro em Porto Alegre/RS, onde diz que ficou pouco tempo não mais que dois anos e era um lugar com pouca comida e muita pulga. Mãe falecida desde 2005, mora com a irmã que também possui problemas mentais. Disse que cursou 5 anos a 1ª série, apresentava problemas de aprendizagem. Conhece os remédios que toma pelas cores, não sabia os nomes, mas tinha os fracionados dentro de um pote.
2) Mora sozinho, é catador de latinhas. Estudou por um tempo. Era filho único e quando os pais faleceram continuou sozinho. Seu pai morreu quando tinha 4 anos de idade, a mãe faleceu aos 79 anos de idade. Possui uma vizinha que faz a comida e lava suas roupas. O CAPS costuma fazer visitas de rotina, pois ele é um acumulador de coisas. Disse que já sua última profissão foi servente de pedreiro. É fumante, fuma duas cartelas de cigarro por dia. Tinha em mãos todos os documentos quando entrevistado.
3) Mora com o irmão, cunhada e a sobrinha. Trabalhou como servente de pedreiro por 2 meses. Não portava documentos, não sabia seu endereço e também não sabia quais remédios tomava. Tinha um perfil de dependência e pouca/nenhuma autonomia. Possuía problemas de coordenação motora.
4) Faz 10 anos que é divorciado e mora sozinho. Possui duas filhas mulheres que são casadas e moram em Veranópolis/RS. Trabalhou até 1990 como motorista concursado da Prefeitura. Não sabia ao certo os horários da medicação. Nota-se que possui falta de cuidados com a aparência, mas é uma pessoa que tem um pouco de autonomia, consegue pegar um ônibus. Não portava documentos.
5) É natural de Catuípe/RS, mas mora atualmente na zona rural do município de Ijuí/RS. Vem nos grupos de reabilitação a cada 15 dias (conforme combinado com o médico). O pai a acompanha nas consultas. Disse que ficou doente devido a problemas hereditários e também desilusão amorosa ocorrida em 1984. Teve perda familiar (mãe)
6) Mora atualmente com o pai e a madrasta. Perdeu a mãe quando tinha 3 meses de vida. Fez dois cursos técnicos. Possui rede social
7) Interditada pela família. Possui filhos que estão no Lar Liech de Ijuí/RS. Quando chegou no CAPS possui episódios de desorganização de pensamento, e teve complicações com o remédio, ficava sonolenta. Acompanhei uma situação em que não havia sido dado o remédio onde a mesma ficou irritada e confusa. Nesta época, a mãe pagava uma cuidadora, onde ela morava na casa da cuidadora. Como não deu certo, ela retornou para a casa da mãe, onde as vezes visita os filhos. Relatou que fez uma parte da faculdade de Turismo, estudou várias línguas e também trabalhou como operadora de caixa por 3 anos em São Paulo. O pai faleceu quando tinha 7 anos de idade. Tornou-se fumante no CAPS.

8) Mora sozinha, mas numa casa onde fica no mesmo terreno que a irmã. Possui um gato como companheiro. Possuía todos os documentos consigo durante a entrevista. Disse que tem autonomia para fazer compras e fazer sua própria comida. Possui um irmão que tem o mesmo problema mental e está internado em Caxias do Sul. Conta que um dos episódios em que este irmão colocou fogo no seu próprio corpo que por isso tiveram que interna-lo, mas que tem muitas saudades e esperanças para reencontrá-lo
9) Vive com uma cuidadora e já morou fora do país e falava inglês. Foi casada e teve filhos. Conta que quando começou a doença foi internada várias vezes e tiraram os filhos dela. Faz arteterapia com pinturas de telas e cursos fora do CAPS.
10) Já passou por situações traumáticas. Já trabalhou como professora primária.
11) Mora sozinho e em condições precárias. O CAPS geralmente auxilia e faz visitas à domicílio. É músico, já gravou discos. Teve perda familiar do irmão com câncer. Antes de adoecer tocava nos bailes da cidade. Possui um quadro depressivo muito forte. Possui problemas de visão.
12) Mora de aluguel social com a mãe. Durante este período, a mãe caiu e fraturou a perna. Então, a equipe CAPS estava providenciando junto com a assistente social pois a mãe estava apresentando um quadro de demência. O aluguel social foi conseguido pelo CAPS pois as condições da antiga moradia eram péssimas. Ele toca violão e tem uma boa facilidade de comunicação.
13) Mora com os pais. Tem problemas de coordenação motora, treme muito.
14) Tem problemas de visão mas possui óculos. Mora sozinho, em peças separadas na casa dos pais. Fica sempre isolado nas atividades. Segundo uma funcionária, os pais não aceitavam a doença e o estigmatizavam separando até os utensílios domésticos.
15) Sua CID está como Judicial por não entendimento dos profissionais quanto ao seu diagnóstico. Está a muitos anos sem surtar, o que muitos duvidam deste diagnóstico. Segundo uma funcionária que o viu surtar, foi necessário 10 homens para acalmá-lo, demonstrando o tamanho da sua força. É educado, mora com os pais e possui pobreza na fala.
16) Casado e pai de três filhos. A mulher é participante ativamente do grupo e faz a administração do remédio. Ele se alfabetizou faz pouco tempo. Na última sessão do grupo, estava preocupado que o remédio estava interferindo na ereção e queria parar de toma-lo. A equipe CAPS neste ponto, dá todas as orientações possíveis de ajuda quanto aos remédios.
17) É natural de Ijuí/RS, mora com a mãe e os irmãos. Possui lentidão na fala e nas atitudes, mas escreve e calcula muito bem, demonstrando que possui muita inteligência.

**Quadro 1:** Diagnóstico Situacional dos Entrevistados

Referente ao uso de medicamentos, (N=17) 100% faz uso do medicamento Clozapina. Na tabela abaixo sintetizam-se algumas características dos Sujeitos Entrevistados, de acordo com dados retirados dos prontuários.

NE	Diagnóstico	Quantidade por mês	Idade	Sexo
6	F.20.0	30	31 anos	Feminino
7	F.20.0	30	33 anos	Feminino
17	F.20.0	30	35 anos	Masculino
12	F.20.3	90	32 anos	Masculino
1	F.20.0	90	45 anos	Masculino
14	F.20.0	90	46 anos	Masculino
5	F <sup>o</sup> 20.4	90	50 anos	Feminino
4	F.20.0	90	53 anos	Masculino
8	F.20.0	90	61 anos	Feminino
9	F.20.4	120	37 anos	Feminino
3	F.20.0	120	42 anos	Masculino
10	F.20.0	120	47 anos	Feminino
11	F.20.0	120	51 anos	Masculino
13	F.20.0	120	51 anos	Masculino
16	F.20.0	120	52 anos	Masculino
2	F.20.0	120	61 anos	Masculino
15	*JUD.	150	48 anos	Masculino

**TABELA 3:** Dados Referentes de Medicamentos (Uso de Clozapina) dispensados aos Entrevistados  
**FONTE:** Autora

## Discussão

A análise da discussão foi realizada após a avaliação das articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo as questões da pesquisa com base em seus objetivos.

### Categoria I – Sexo/Idade/Orientação Religiosa

Em relação a esta categoria o grupo no CAPS formado possui 11 (65%) homens e 6 (35%) mulheres, predominantemente católicos apenas um colocou-se com ateu/agnóstico. A média de idade entre os homens é de 50 anos e entre as mulheres é de 37 anos.

O número de participantes (N=17) apresentam idades entre 31 a 61 anos e predominantemente do sexo masculino.

A esquizofrenia é uma doença mental que acomete aproximadamente 1% da população mundial com prevalência maior em homens (Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP, 2013).

Para Cardoso et al (2006) em seu estudo sobre a esquizofrenia e qualidade de vida dos pacientes dos sujeitos e seu impacto pode variar de acordo com o sexo.

O objetivo deste estudo transversal foi investigar a qualidade de vida por sexo em pacientes com esquizofrenia, explorando o domínio ocupacional. Foi conduzido com pacientes em acompanhamento ambulatorial, mensurando a qualidade de vida por meio da Quality of Life Scale (QLS-BR). Os resultados apontaram que a melhor qualidade de vida para mulheres ( $p < 0,05$ ). No domínio ocupacional, o estado civil apresentou-se como a variável mais relevante: mulheres e homens solteiros apresentaram baixa qualidade de vida quando comparados com os casados, respectivamente  $OR = 4,5$  (IC95%: 1,2-16,6) e  $OR=10,0$  (IC95%: 2,9-33,3). Duração da doença ( $> 5$  anos) outro marcador importante, porém no modelo logístico esta variável associou-se à baixa qualidade de vida somente para os homens ( $OR = 3,2$ ; IC95%: 1,1-9,0). Mulheres apresentaram melhor qualidade de vida, possivelmente por seu maior envolvimento ocupacional, resultante de uma maior demanda social e em atividades do lar.

No estudo revisional de Mari & Leitão (2000) sobre a prevalência e incidência da esquizofrenia chegaram as seguintes conclusões que a prevalência estimada em estudos são de aproximadamente 0,5%, mas nos últimos estudos sugerem a ordem de prevalência de 1%. Sobre a incidência, nos estudos é de quatro casos novos por ano numa população de 10.000 habitantes, e que a incidência real deve ser de 1 e 7 casos novos para 10.000 habitantes por ano, dependendo dos critérios de diagnósticos utilizados. Coloca também que os estudos sobre prevalência e incidência no Brasil são iguais à outros países. O autor também coloca que não há diferenças na prevalência entre os sexos independente da metodologia empregada nos levantamentos de epidemiologia. O início da doença é mais precoce no homem do que na mulher, mas na presença de história familiar positiva para distúrbios psicóticos, a idade acontece mais cedo no homem do que na mulher. Casos de aparecimento da doença são raros antes da puberdade e depois da idade dos 50 anos. Entretanto, entre os sexos, o sexo feminino apresenta um curso da doença mais brando, e com prognóstico de melhor adaptação social da doença. O estudo também coloca que em estudos multicêntricos os sujeitos com esquizofrenia em países menos desenvolvidos apresentam um melhor prognóstico da doença.

## **Categoria II – Grau de Escolaridade/Estado Civil/Com Quem Convive/Possui filhos/Renda Familiar**

Em relação a esta categoria todos se enquadraram com um ordenado mensal entre meio e salário e um salário mínimo com o benefício de auxílio a doença, aposentadoria por invalidez, ou amparo social para pessoa portadora de deficiência. Nenhum deles trabalha, porém quando indagados pela profissão duas das mulheres disseram que possuem o curso técnico de enfermagem e de farmácia, e a outra possui o certificado do curso magistério, mas nenhuma das duas atuam devido a instabilidade da doença e a perda do benefício para o trabalho.

A instabilidade da doença e a perda do benefício por trabalho é uma das questões centrais de muitas das discussões dos grupos. É grande ociosidade produzida pelo grau de medicalização, pelos sintomas da própria doença em si (surto e recaídas) e a não há possibilidade de agregar trabalho e benefício. Porém, muitos dos usuários participam também dos grupos de terapia ocupacional e pintura que preenchem um pouco deste tempo, além de proporcionar bons momentos de bem-estar e psicoterapia.

No estudo de Almeida (2013) indica que as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia inseridas em atividades de Terapia Ocupacional apresentam melhor qualidade de vida, do que as que não estão inseridas em qualquer atividade de Terapia Ocupacional, nomeadamente nos domínios geral e social.

Na discussão sobre escolaridade a grande maioria dos entrevistados homens possuem maior prevalência para a pouca escolaridade 71%. Somente no gênero feminino apresentou Ensino Médio Completo 12% e Ensino Superior Incompleto 12%.

Em relação a com quem convive, 29% o maior percentual convive sozinho pela perda de pais, irmãos ou divórcio. Prevalece também o gênero masculino. Convivem ou com pai ou só com a mãe totaliza 30% isso reflete a questão da perda familiar por morte de um dos pais. Apenas 1 (5,5%) pessoa convive com cuidador ou mora com a conjugue e filhos.

Na questão se possui filhos, 2 homens e duas mulheres responderem que sim. Porém, no caso das mulheres, uma delas diz que os filhos são pequenos e estão no Lar da Criança e a outra diz que perdeu a posse das crianças. Então o percentual para os que não tem filhos chega a 13 (76%) dos entrevistados, enquanto os que responderam ter filhos foram 4 (24%).

Em relação ao estado civil, 9 (53%) dos homens são solteiros, 6 (35%) das mulheres são solteiras, 1 (6%) homem é divorciado e apenas 1 (6%) homem é casado.

### **Categoria III – Prática de Atividade Física/Tipo de Atividade Física/Tempo de aplicação do Questionário**

A prática do exercício físico regular influencia positivamente sobre a saúde dos indivíduos que a praticam. (BRIGIDA, et al, 2015)

Em relação à prática de atividade física 15 (88%) pessoas colocaram como adeptos de atividade física e apenas 2 (12%) pessoas colocaram que não praticam nenhum tipo de atividade física.

Referente aos tipos de atividades mais executadas estão a caminhada de 30 minutos ou mais com 13(76%) pessoas, futebol 1(6%) pessoa, e uma relatou exercícios físicos em aparelhos de praça.1 (6%) pessoa.

O grupo CAPS possuía um estagiário de educação física que duas vezes por semana durante a manhã (sexta-feira) fazia jogos de integração na quadra do SESC e na quarta-feira pela manhã realizava caminhadas até o centro da Praça da Matriz e fazia uma hora de exercícios nos aparelhos da praça (caminhada, alongamento, exercícios livres). Com sua saída, a equipe estava a procura de profissionais, mas infelizmente os exercícios haviam parado.

Gomes (2011) afirma que estimulando as novas formas de intervenções na política de Saúde Mental a prática de atividade física deve ser um campo a ser contemplado no processo de reabilitação social.

Em relação ao tempo de duração da Aplicação dos questionários, o tempo de resposta das mulheres é mais curto cerca de 05 a 15 minutos e com informações bem detalhadas. Os homens demoram mais para responder ou lembrar das informações variando 39 a 53 minutos de duração.

### **Categoria IV - Uso de Medicamentos/Qualidade de Vida**

Em relação ao uso do medicamento Clozapina, neste grupo todos faziam uso da medicação, porém as dosagens são diferentes para cada indivíduo.

A monitorização de rotina dos níveis séricos de medicamentos antipsicóticos em pacientes com esquizofrenia ainda não entrou prática clínica comum, apesar de um corpo substancial de evidências, consensos e diretrizes de informação. Nos

casos de o haloperidol compostos, flufenazina, perfenazina, risperidona, olanzapina e clozapina, monitorização do fármaco pode fornecer informações valiosas sobre a adesão, a probabilidade de resposta clínica, e o potencial de desenvolvimento e redução dos efeitos adversos. As preocupações como a falta de aderência ou efeitos adversos (como aumento/diminuição de doses) emergentes do tratamento também pode ser esclarecido através de um acompanhamento direto dos níveis da droga. A recomendação é a avaliação dos níveis da droga no sangue em doentes com esquizofrenia, o manejo do medicamento, quais as interações e em que situações. Apesar de tais testes podem não ser facilmente disponíveis em todos os ambientes clínicos, é provável que, com o aumento do uso apropriado e da procura para estes testes na comunidade psiquiátrica, a sua disponibilidade aumentará em conformidade. (LOPEZ, 2015)

A monitorização de exames clínicos (sangue, urina) e dispensamentos de remédios acontecem e seguem a ajuda da farmacêutica responsável e do médico psiquiatra.

Os antipsicóticos podem causar uma ampla gama de efeitos colaterais, incluindo letargia, ganho ponderal, hipotensão postural, prisão de ventre, boca seca, aumento de secreção de prolactina, prolongamento do intervalo QTc no eletrocardiograma e discinesia tardia. O fator limitante mais frequente da posologia dos agentes antipsicóticos é o aparecimento de efeitos colaterais extrapiramidais, como distonia, acatisia e parkinsonismo. O tratamento farmacológico da esquizofrenia é insuficiente, sendo necessário um modelo de tratamento envolvendo uma equipe multidisciplinar (VENTURA ALM, et al., 2010)

Ao longo dos últimos 50 anos, os medicamentos antipsicóticos surgiram como a pedra angular da gestão em conjunto com outras intervenções importantes, como os esforços de apoio e de reabilitação psicossocial. No entanto, o papel dos medicamentos antipsicóticos convencionais tem sido continuamente desafiados pela ampla gama de efeitos adversos desses medicamentos e sua falta de utilidade no tratamento de déficits neurocognitivos, bem como défice e sintomas negativos. Além disso, a falta de tolerância subjectiva destes agentes e o seu impacto negativo sobre a qualidade de vida tem complicações na gestão pois existem um grande número de pacientes. Em geral, os novos antipsicóticos mostraram-se ser pelo menos comparável em eficácia à antipsicóticos convencionais, com tolerabilidade subjetiva superior e um perfil de efeito adverso mais favorável. A maioria dos estudos de

qualidade de vida que envolvem novos agentes antipsicóticos têm avaliado os benefícios da risperidona, a olanzapina e a clozapina; apenas a poucos estudos examinaram os efeitos de outros novos antipsicóticos. Embora a maioria desses estudos têm limitações metodológicas e de modelos, o peso das evidências a partir deles, aponta para uma tendência para um impacto mais positivo na qualidade de vida com agentes atípicos. Destaca também, que o maior gasto na saúde deve ser feito para programas de reabilitação e serviços de suporte (AWAD & VORUGANTI, 2004)

Nos estudos de Hou CL et al. (2016), Hou CL et al. (2015), Li Q et al. (2015) a Clozapina foi o medicamento mais dispensado na China, foi usado em um terço dos pacientes com esquizofrenia na China, com frequência a diminuir desde 2002. Acerca da frequência de prescrição da Clozapina foi de 35,6%, com uma dose média diária de  $127,7 \pm 88,2$  mg nas unidades básicas de saúde/polifarmácia. Os pacientes prescritos com Clozapina tiveram múltiplos marcadores de maior severidade da doença / cronicidade e diminuição da satisfação com o tratamento pelas famílias, mas a tiveram melhor qualidade de vida, menos delírios e alucinações do que os pacientes não prescritos com Clozapina. Era dispensada em pacientes que tinham idade mais jovem, maior número de hospitalizações, efeitos secundários extrapiramidais mais graves, melhor visão e menos prescrições de antipsicóticos de primeira geração.

Nesta pesquisa, notou-se melhor qualidade de vida do gênero feminino, nas atividades ocupacionais e de autonomia. Provavelmente segundo relatos no diário de campo, a doença começou tardiamente, quando algumas já estavam casadas ou já haviam completados os estudos do ensino médio, ou apresentavam o sintomas quando estavam trabalhando. O que denota que realmente na literatura como o estudo de revisão de Mari & Leitão (2000) esses achados condizem.

Na saúde mental, a importância da qualidade de vida, se reveste de características próprias, principalmente na assistência a portadores de transtornos mentais graves, como a esquizofrenia e na sua assistência. (SOUZA, 2006)

Existe uma fundamental falta de entendimento das anormalidades biológicas associadas a doenças mentais severas, as quais ainda são definidas por vagas descrições de sintomas que não remetem à etiológica heterogeneidade dessas condições, principalmente na esquizofrenia. Os regimes terapêuticos disponíveis são largamente destinados a aliviar os sintomas e podem apenas parar ou diminuir a

progressão da doença em um estágio inicial. Então o diagnóstico precoce e preciso é essencial (RAHMOUNE H, et al, 2013).

A psicoterapia é uma ferramenta de emancipação e desenvolvimento de cidadania, que promove auto-reflexão e crescimento, evita violência doméstica, suicídios e homicídios, condiz com uma das ferramentas efetivas para a implantação de um novo modelo de saúde mental no Brasil. É um caminho sólido em direção à consolidação da reforma psiquiátrica que implicando na inclusão de psicólogos na equipe mínima das ESFs, bem como na inclusão do recurso psicoterápico na atenção primária (ZURBA, 2015).

Os resultados demonstraram uma concepção de saúde-doença mental relacionada às alterações das funções mentais; revelaram que as principais dificuldades para o acolhimento da pessoa em sofrimento mental na ESF são a falta de capacitação, de apoio matricial e de medicamentos; e, mostraram a necessidade da inserção de ações de saúde mental na ESF para que a pessoa em sofrimento mental possa ser acolhida. Nessa perspectiva, o acolhimento da pessoa em sofrimento mental deve ocorrer em qualquer serviço de saúde, e, não apenas em unidades especializadas, o que implica na abertura das equipes que atuam na atenção básica para o planejamento e implementação de práticas de cuidado em saúde mental em seu âmbito de atuação. (ANJOS et al, 2015)

*É uma clínica da ruptura, uma clínica da mudança. Trata-se de zelar por um outro paradigma, para viver em comunidade, para atender a crise no território, para não precisar do hospital psiquiátrico. Acho que é dessa clínica que estamos falando. É a questão da liberdade, da responsabilização, dos direitos, dos deveres dos usuários, porque todo cidadão tem direitos e deveres.*(BRASIL, CADERNOS DE SAÚDE MENTAL, 2007, página 49)

## **Conclusões**

A pesquisa mostrou que a prevalência da esquizofrenia nos sujeitos que participam do processo de *Recovery*, no CAPS II Colméia -Ijuí está no sexo masculino e parece mais acentuada nos indivíduos que moram sozinhos, com pouco grau de instrução e baixa renda familiar. As mulheres parecem ter mais condições de autonomia perante a doença e equilibram mais ações de terapêutica, procuram fora do grupo e do CAPS cursos, estudos e métodos de aprendizagem.

As correlações, identificadas no estudo, entre a sociodemografia, a qualidade de vida e medicamentos foram: em relação à dosagem de medicamentos (uso de Clozapina), o tempo de resposta dos questionários e a sociodemografia (principalmente na Categoria II – Escolaridade), existindo correlação positiva entre as variáveis.

Ficou claro, que o sexo feminino conseguiu dominar melhor as perguntas e conceitos por ter melhor formação de escolaridade, seu entendimento fez com que as perguntas fossem respondidas rapidamente e de forma adequada. Apresentam melhor qualidade de vida que os homens e usam menos dosagem de medicamentos.(Clozapina).

### **Referências Bibliográficas**

1. ABP – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. ABP esclarece: Esquizofrenia.(7) fevereiro, 2014. Disponível em:<<http://www.abp.org.br/portal/archive/17204>> Acessado em Março de 2015.
2. ABRE – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FAMILIARES, AMIGOS E PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA. – Orientações Guia Prático sobre Psicoses para Profissionais da Atenção Básica 1ª Edição- Junho de 2014
3. ALMEIDA, T. A. S. Esquizofrenia e Qualidade de Vida: Estudo Comparativo entre participantes com e sem Terapia Ocupacional. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto/Portugal, 2013.
4. ANJOS, M.A. et al. Acolhimento da Pessoa em Sofrimento Mental na Atenção Básica para Além do Encaminhamento. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.7, n.16, p.27-40, 2015.
5. AWAD AG & VORUGANTI LN. Impact of Atypical Antipsychotics on Quality of Life in Patients With Schizophrenia. CNS Drugs.18(13):877-93, 2004

6. AGUIAR CCT et al. Diabetes Mellitus Materna y su Influencia en el Neurodesarrollo Del Niño; Revisión Sistemática *NutrHosp*; 32(6): 2484-2495, dic. 2015. | IBECS | ID: ibc-JMG-2505
7. BRASIL, CADERNOS DE SAÚDE MENTAL. A Reforma Psiquiátrica que Queremos Por uma Clínica Antimanicomial. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais Belo Horizonte, 2007.
8. BRIGIDA, et al. Análise da Mutagenicidade de Indivíduos Praticantes de Exercício Físico em Ambiente Aberto. *ASSOBRAFIR Ciência*. Dez;6(Supl):9-44 |, 2015.
9. BRISSOS, S et al. The Impact of a History of Psychotic Symptoms on Cognitive Function in Euthymic Bipolar Patients: a Comparison With Schizophrenic Patients and Healthy Controls. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 33:353-361, 2011.
10. CARDOSO CS et al. Qualidade de Vida e Dimensão Ocupacional na Esquizofrenia: Uma Comparação Por Sexo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(6):1303-1314, jun, 2006
11. GONÇALVES, D. A. et al. Brazilian Multicentre Study of Common Mental Disorders in Primary Care: Rates and Related Social and Demographic Factors. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(3):623-632, mar, 2014
12. GOTTSCHALK MG, et al. Estudos Traducionais de Neuropsiquiatria e Esquizofrenia: Modelos Animais Genéticos e de Neurodesenvolvimento. *Ver Psiquiatria Clínica*. 013;40(1):41-50,
13. GRILLO, E. & SILVA, R. J. M. Manifestações Precoces dos Transtornos do Comportamento na Criança e no Adolescente. *Jornal de Pediatria*. Sociedade Brasileira de Pediatria. 80(2 Supl):S21-S27, Rio de Janeiro, 2004.

14. GUTT, et al. Gender Differences in Aggressiveness in Children and Adolescents At Risk For Schizophrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*;30(2):110-7, 2008.
15. GOMES, E. A. Atividade Física e Desportiva para Indivíduos com Esquizofrenia ou Transtorno Esquizoafetivo: Implantação de um Programa e Análise de Aplicabilidade de um Teste de Capacidade Funcional. Tese de Dissertação de Mestrado em Ciências do Desporto –Área de Especialização em Actividade Física Adaptada. Faculdade do Porto/Portugal, 2011.
16. FERRETJANS, Rodrigo Et al. O sistema endocanabinoide e seu papel na esquizofrenia: uma revisão sistemática da literatura. *Ver Bras Psiquiatr.* 2012;34(Suppl2):S163-S193
17. HOU CL et al. Antipsychotic polypharmacy and quality of life in patients with schizophrenia treated in primary care in China. *Int J. Clin. Phamarcol Therm.* 54 (1): 36-42, Jan, 2016.
18. HOU CL et al. Clozapine prescription and quality of life in Chinese patients with schizophrenia treated in primary care. *Pharmacopsychiatry*;48(6):200-4. Setembro, 2015.
19. H SOUSA et al. Reabilitação Integrada na Esquizofrenia. *Mental Health*. Volume XIII nº 05, set/out, 2011.
20. J MARQUES-TEIXEIRA. A esquizofrenia. *Updates*. volume III, nº2, março/abril, 2001. Disponível em: <<http://www.repositorioaberto> >Acessado em janeiro de 2015.
21. \_\_\_\_\_. A intrigante Esquizofrenia. Disponível em: <<http://www.repositorioaberto> >Acessado em janeiro de 2015.
22. LI Q et al. Clozapine in schizophrenia and its association with treatment satisfaction and quality of life: Findings of the three national surveys on use of

- psychotropic medications in China (2002-2012). *Schizophr Res.*;168(1-2):523-9. Outubro, 2015.
23. LIMA, D.R. Manual de Farmacologia Clínica, Terapêutica e Toxicologia. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1994.
24. LEIDERMAN E A. Schizophrenia: Recent Data, Future Perspectives. *Vertex*; 26(122): 256-64, Jul-Aug. 2015. ID: MEDLINE MDL-26672502
25. LOPEZ, Leonardo V.; KANE, John M. Recommendations for the Monitoring of Serum Concentrations of Antipsychotic Drugs in the Treatment of Schizophrenia. American Society of Clinical Psychopharmacology Corner, 2015.
26. MARI JJ & LEITÃO RJ. A Epidemiologia da Esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria* ;22(Supl I):15-7, 2000
27. MUÑOZ-CALERO F., et al. Síndrome Metabólico y Riesgo Cardiovascular en Pacientes con Diagnóstico de Esquizofrenia, Trastorno Esquizoafectivo y Trastorno Bipolar. *Nutr Hosp*; 32(6): 2715-7, 2015. MEDLINE ID: MDL-26667725
28. NETO, A.G.A. et al. Fisiopatologia da Esquizofrenia: Aspectos Atuais *Revista de Psiquiatria. Clínica*. 34, supl2; 198-203, 2007.
29. OMS – ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Esquizofrenia. Nota descriptiva N°397, Septiembre de 2015 disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397es/>> acessado em :03/03/2016.
30. PEREIRA PK et al. Avaliação de Desfechos Perinatais/Infantis em Partos de Pacientes com Transtornos Mentais Maiores de um Hospital Psiquiátrico do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(8):1654-1666, ago, 2014

31. PEDROSO VSP *et al.* Sinais Neurológicos Sutis: uma Revisão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 59(3):233-237, 2010.
32. RAHMOUNE H, *et al.* Explorando o Componente Inflamatório da Esquizofrenia. *Revista Psiquiatria Clínica*;40(1):28-34, 2013.
33. SILVA, R. C. B. Esquizofrenia: uma Revisão. *Psicologia USP*, 17(4), 263-285, 2006.
34. SOUSA, Maria *et al.* Prevalência de Perfis Lipídico e Glicêmico alterados em Pacientes com Esquizofrenia *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, ESPECIAL 1.,2014
35. SOUZA, L. A. *et al.* Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria* ;28(1):50-8, 2006.
36. TEIXEIRA, P.J. R. *et al.* Associação entre síndrome metabólica e transtornos mentais. *Rev. Psiq. Clín.* 34 (1); 28-38, 2007
37. ZERO HORA, encarte na Contramão da Clausura de 24 de janeiro de 2016
38. ZURBA, M.C.A. Clínica Psicológica no Contexto das Políticas de Saúde Mental no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.7, n.16, p.86-94, 2015
39. VENTURA ALM *et al.* Sistema Colinérgico: Revisitando Receptores, Regulação e a Relação com a Doença de Alzheimer, Esquizofrenia, Epilepsia e Tabagismo. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 37 (2) 66-72, 2010.
40. VENTURIERI, C, *et al.* Saúde Mental E Desenvolvimento Neuropsicomotor na Infância. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.6, n.13, p.180-181, 2014.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na dissertação intitulada “Estratégias de Educação em Saúde, no Processo *Recovery* da Esquizofrenia, em um Centro de Atendimento Psicossocial de Ijuí-RS” apresentamos a análise de perfis cognitivo matemático, sociodemográfico, qualidade de vida, e uso de medicamentos em sujeitos em processo de *Recovery*.

Os resultados vêm ao encontro de diversos estudos descritos na literatura e observados em grupos de intervenção.

Mesmo assim, é importante frisar que existe certa escassez de dados estatísticos atuais e confiáveis sobre a Esquizofrenia no Brasil. Como já destacado, no decorrer do texto a esquizofrenia é a desordem esquecida no Brasil. Neste contexto, um estudo realizado no Brasil, mostrou que a maioria dos pacientes com esquizofrenia (81,5%) foram destinados ao setor de saúde pública e 71,0 % destes não receberam tratamento regular adequado. Este número é muito alarmante; mais de 900.000 de a 1,6 milhões de indivíduos com esquizofrenia no sistema público não recebem tratamento minimamente satisfatório. Onde estão estes indivíduos inadequadamente tratados? Como estarão seus déficits cognitivos básicos, a regressão da doença e sua qualidade de vida?

É considerando estes aspectos que destacamos a relevância do trabalho realizado no CAPS Colméia, o qual pode servir de referência para outros centros de atenção em saúde. Mesmo com todas as dificuldades da esfera pública possui um modelo que propõe uma clínica articulada, planos terapêuticos e integração da equipe multidisciplinar.

Conforme discutido no “Artigo 1”, o qual aborda o “Estudo Cognitivo em Sujeitos com Esquizofrenia no Processo *Recovery* de um CAPS”, o instrumento utilizado para realização de teste cognitivo de matemática e a matriz de referência do Programa Brasil Alfabetizado é um instrumento eficaz para identificar os principais déficits cognitivos de matemática para pessoas adulto-jovens portadoras de doença mental com a CID20 – esquizofrenia. O teste é de fácil aplicabilidade além de ser um teste completo que traduz o cotidiano dos sujeitos. Identificaram-se também importantes impactos cognitivos neste grupo de portadores de esquizofrenia que podem ser devido a regressão sintomática da doença ou na base dos conceitos

que durante a infância não criou a significação suficiente para guardar na memória, se restringindo a pseudoconceitos, no sentido proposto por Vigotski, ou por outros fatores aliados a esquizofrenia, ou ao modo de pensamento esquizofrênico como reconhecimento de desenhos (cédulas em dinheiro, etiquetas de preços). O processo *Recovery* em sujeitos esquizofrênicos é um processo que deve ser sempre estimulado através de práticas educativas. A partir da realização dos testes foi possível identificar as dificuldades e propiciar ações educativas que favoreçam maior autonomia desses sujeitos. As dificuldades foram encontradas em todos os grupos, mas conforme o grau de dificuldade de cada questão foi aumentando, houve mais erros na Categoria IV - Grupo 4 grupo com dificuldades maiores onde envolve mais de uma operação matemática para a resolução de problemas. Não houve nenhum teste com nenhum acerto. Ações educativas que incentivem a prática cotidiana matemática, com material lúdico e concreto com repetições (para ajudar a criar significação e ativar a memória trabalho) são sugeridas

No “Artigo 2”, “Estudo da Sociodemografia, Qualidade de Vida e Uso de Medicamentos no Processo *Recovery* de um CAPS”, em que o objetivo foi traçar um perfil sociodemográfico dos usuários com diagnóstico de esquizofrenia, foram identificadas as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, com quem reside, tempo de estudo, hábitos de vida (uso medicamentoso, atividade física). Os resultados apontaram que os 17 participantes apresentam idade entre 31 e 61 anos, sendo 11 (65%) do sexo masculino e 6 (35%) do sexo feminino. Estes resultados estão condizentes com a literatura, a qual aponta que os homens são mais atingidos pela doença do que as mulheres. A média de idade é de 46 anos para os homens e 37 anos para as mulheres e são predominantemente católicos. Em relação a ao Grau de Escolaridade, 12 (71%) apresentam Ensino Fundamental incompleto, 2 (12%) ensino médio completo, 1 (5%) ensino médio incompleto e 2(12%), ensino superior incompleto, sendo que as mulheres apresentam maior nível de escolaridade. Predominou o estado civil de solteiros, vivem sozinhos e a maioria não possui filhos. Quanto a renda familiar 13 (76%), possui benefícios, em torno de meio e um salário mínimo nacional. Em relação a Prática de Atividade Física, 15 (88%) praticam atividade física, a maioria pratica caminhada de 30 minutos ou mais 13 (76%). Quanto ao tempo de aplicação do questionário as mulheres responderam mais rapidamente cerca de 05 a 15 minutos e com informações bem detalhadas. Os homens demoram mais para responder ou lembrar das informações variando de 39

a 53 minutos de duração. Esses dados também estão de acordo com a literatura em que aponta maior gravidade da esquizofrenia em homens do que em mulheres. Quanto ao Uso de Medicamentos, todos fazem uso da Clozapina e a melhor qualidade de vida se apresenta nas mulheres. Os resultados indicam que existe correlação entre as variáveis do estudo. No entanto, carece de mais estudos para compreender profundamente as devidas correlações.

Os dados apresentados em ambos os artigos apontam que a Reabilitação é um fator importante para a recuperação dessas pessoas. Não queremos dizer que o medicamento não é importante, mas medicação junto com a terapia contribui significativamente no processo de recuperação.

Embora as políticas atuais de saúde preconizem educação em saúde e considerem que a saúde é um direito de todo cidadão brasileiro, nos espaços de atenção para saúde ainda enfatizam o modelo biomédico, portanto voltado para doença e/ou somente para o medicamento, em vez da integralidade do sujeito, de modo a considerar questões sociais, econômicas, ambientais, entre outras. Estes aspectos puderam ser percebidos em relatos dos entrevistados que passaram por diferentes situações no decurso da doença (internação, abandono, entre outros). As dificuldades na humanização perpassam nas mudanças do processo de trabalho, nos perfis sociais e econômicos de um Brasil tão grande e cheio de desigualdades sociais, nas dificuldades de olhar para o outro (sujeito-pessoa), nas dificuldades de comunicação das equipes, em que muitas vezes um diagnóstico exige vários olhares, multi e interdisciplinares.

Quem trabalha ou é usuário de um centro de atendimento psicossocial vive com estigmas que a sociedade mesmo criou, criando rotulações e estereótipos de conceito. A rotulagem produz efeitos de segregação social, ruptura de ligações familiares e principalmente constrangimento no sujeito – usuário.

A medicalização também preocupa, pois estamos ocultando práticas em saúde muitas vezes perigosas para o sujeito, como o uso desordenado de medicamentos. Sabe-se que na Saúde Mental não é só a prática do remédio que traduz o reestabelecimento de sujeito, mas sua socialização, a interação com outros.

Destacamos ainda a importância de um modelo de clínica, de ruptura, de recuperação, que tenha sua centralidade na educação para a Saúde. O papel da Educação vai além dos muros da escola tradicional. Insere-se também no papel social das unidades básicas de Saúde no empoderamento que garante aos

indivíduos a autonomia sob suas práticas de Saúde e Bem-Estar. A educação está inserida no momento histórico e social determinado das políticas de Saúde Mental.

No entanto, existe a necessidade de interagir na realidade encontrada para contribuir na ressignificação de estilos de vida, resgatar cidadania, estabelecer relações dialógicas, democráticas, problematizadoras. Além disso, estabelecer condições de reflexões acerca dos benefícios que o conhecimento produzido pela prática educativa aliado as intervenções em grupo podem oferecer aos sujeitos, no caso, da rede CAPS pode contribuir significativamente para melhora nos aspectos cognitivos e na qualidade de vida. A Esquizofrenia ainda é fonte de intenso sofrimento mental para quem a vive e para quem convive com esses sujeitos (Familiares e Profissionais da Saúde que trabalham diariamente). Neste sentido, salientamos que esta pesquisa não se conclui com essa dissertação, mas sinaliza para continuidade dos estudos numa perspectiva emancipatório dos sujeitos envolvidos no processo *Recovery* e nos sujeitos que convivem com eles, seja nos espaços de atenção em saúde, seja na família ou em qualquer outro ambiente. É função de cada um de nós, como cidadãos olhar para o ser humano integralmente, discutir e criar novas práticas. Esperamos que este trabalho possa contribuir não somente de forma acadêmica com conhecimento científico, mas especialmente no aprimoramento de novas ações em educação para saúde, especialmente na saúde mental.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMPLETAS

1. ABRE – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FAMILIARES, AMIGOS E PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA. – Orientações Guia Prático sobre Psicoses para Profissionais da Atenção Básica 1ª Edição- Junho de 2014
2. ABP – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA.ABP esclarece: Esquizofrenia.(7) fevereiro, 2014. Disponível em:<<http://www.abp.org.br/portal/archive/17204>> Acessado em Março de 2015.
3. AFONSO, M.L.M. & SILVA, M. O Processo Grupal e a Educação de Jovens e Adultos. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 14, n. 4, p. 707-715, out./dez., 2009
4. AGOSTINI, et al. Beleza e Plasticomania.R IES, ISSN 2238-832X, Caçador, v.2, n.2, p. 179-184, 2013.
5. AGUIAR CCT et al. Diabetes Mellitus Materna y su Influencia en el Neurodesarrollo Del Niño; Revisión Sistemática *Nutr Hosp*; 32(6): 2484-2495, dic. 2015. | IBECS | ID: ibc-JMG-2505
6. AMARAL, Antônio Carlos Gonçalves. A INCLUSÃO SOCIAL DE PACIENTES PSICÓTICOS: um enfoque educativo em psiquiatria por meio de um grupo terapêutico. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Strictu Senso* da UNIJUÍ, 2013.
7. ANDRIEU, B.; BOETSCH, G. (Org.).Dictionnaire du Corps Physis .Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 23 [ 1 ]: 285-288, 2013
8. ANJOS, M.A. et al. Acolhimento da Pessoa em Sofrimento Mental na Atenção Básica para Além do Encaminhamento. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.7, n.16, p.27-40, 2015.

9. AWAD AG & VORUGANTI LN. Impact of Atypical Antipsychotics on Quality of Life in Patients With Schizophrenia. *CNS Drugs*.18(13):877-93, 2004
10. BAMBO, A. F. J. Tradução, adaptação cultural e validação para população portuguesa das escalas de avaliação da perturbação formal do pensamento na esquizofrenia. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental. Universidade do Porto/Portugal, 2010
11. BRASIL, CADERNOS DE SAÚDE MENTAL. A Reforma Psiquiátrica que Queremos Por uma Clínica Antimanicomial. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais Belo Horizonte,2007.
- 12.\_\_\_\_\_, MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Cartilha Direito à Saúde Mental, 2014.
- 13.\_\_\_\_\_, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – Programa Brasil Alfabetizado. Centro de Alfabetização Leitura e Escrita (Ceale). *Matriz de Referência Comentada/Matemática/Leitura e Escrita, 2008.*
- 14.\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – Programa Brasil Alfabetizado. Centro de Alfabetização Leitura e Escrita (Ceale). *Manual do Aplicador, 2008.*
- 15.\_\_\_\_\_,MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – Programa Brasil Alfabetizado. Centro de Alfabetização Leitura e Escrita (Ceale). *Gabarito Comentado, 2008.*
- 16.\_\_\_\_\_, Conversando sobre a Esquizofrenia. Entenda como ela acontece 1 Disponível em:<<http://www.redecaps.org/#!arquivo-geral/c125t>> Acessado em março de 2015.
- 17.\_\_\_\_\_, Dicionário de Termos Técnicos em Saúde. Editora Conexão Ltda, São Paulo, 2004.

- 18.\_\_\_\_\_, MINISTÉRIO DA SAÚDE - DATASUS Disponível em:<[http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f20\\_f29.htm](http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f20_f29.htm)> Acessado em março de 2015
- 19.\_\_\_\_\_, MINISTÉRIO DA SAÚDE – FUNDO NACIONAL DA SAÚDE. Manual [de] ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental / Coordenação de Eduardo Mourão Vasconcelos, 2013. Disponível em: <<http://www.redecaps.org>>Acessado em março de 2015.
- 20.\_\_\_\_\_,CNS/MS – Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde – Resolução Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acessado em março de 2015.
- 21.BRIGIDA, et al. Análise da Mutagenicidade de Indivíduos Praticantes de Exercício Físico em Ambiente Aberto. ASSOBRAFIR Ciência. Dez;6(Supl):9-44 |, 2015.
- 22.BRISSOS, S et al. The Impact of a History of Psychotic Symptoms on Cognitive Function in Euthymic Bipolar Patients: a Comparison With Schizophrenic Patients and Healthy Controls. Revista Brasileira de Psiquiatria. 33:353-361, 2011.
- 23.CARDOSO CS et al. Qualidade de Vida e Dimensão Ocupacional na Esquizofrenia: Uma Comparação Por Sexo. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(6):1303-1314, jun, 2006
- 24.ELKIS, H. A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. Revista Brasileira de Psiquiatria. 22(Supl I): 23-6, 2000.
- 25.FERREIRA J, B. C. et al Alterações Cognitivas na Esquizofrenia: Atualização. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul; 32(2):57-63, 2010

26. FERRETJANS, Rodrigo Et al. O sistema endocanabinoide e seu papel na esquizofrenia: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Psiquiatria*;34(Suppl2):S163-S193, 2012
27. GIACON, Bianca Cristina Ciccione; GALERA, Sueli Aparecida Frari. Primeiro Episódio da Esquizofrenia e Assistência de Enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. São Paulo, v.40, n.2, p-286 -291 2006.
28. GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 3.Ed. São Paulo: Atlas, 1995.
29. GOMES, Eluana de Araujo Gomes. Atividade Física e desportiva para Indivíduos com Esquizofrenia ou Transtorno Esquizoafetivo: implantação de um programa e análise de aplicabilidade de um teste de capacidade funcional. Dissertação de Mestrado Faculdade do Porto, Portugal, 2011.
30. GONÇALVES, D. A. et al. Brazilian Multicentre Study of Common Mental Disorders in Primary Care: Rates and Related Social and Demographic Factors. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(3):623-632, mar, 2014
31. GOTTSCHALK, MG. et Al. Estudos Traducionais de Neuropsiquiatria e Esquizofrenia: Modelos Animais Genéticos e de Neurodesenvolvimento. *Revista de Psiquiatria Clinica*. 2013;40(1):41-50
32. GOOGLE. Mapa de Ijuí. Disponível em <https://www.google.com.br/maps> Acessado em Março de 2015
33. GRILLO, E. ; SILVA, R. J. M. Manifestações Precoces dos Transtornos do Comportamento na Criança e no Adolescente. *Jornal de Pediatria*. Sociedade Brasileira de Pediatria.80(2 Supl):S21-S27, Rio de Janeiro, 2004.
34. GUTT, et al. Gender Differences in Aggressiveness in Children and Adolescents At Risk For Schizophrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*;30(2):110-7, 2008.

- 35.H.SOUSA, et. al. Reabilitação Integrada na Esquizofrenia. Saúde Mental. Volume XIII nº05 Setembro/Outubro, 2011
- 36.HOU CL et al. Antipsychotic polypharmacy and quality of life in patients with schizophrenia treated in primary care in China.Int J. Clin. Phamarcol Therm. 54 (1): 36-42, Jan, 2016.
- 37.HOU CL et al. Clozapine prescription and quality of life in Chinese patients with schizophrenia treated in primary care.Pharmacopsychiatry;48(6):200-4. Setembro, 2015
- 38.J MARQUES-TEIXEIRA. A esquizofrenia. Updates. volume III, nº2, março/abril, 2001. Disponível em: <<http://www.repositorioaberto> >Acessado em janeiro de 2015.
- 39.\_\_\_\_\_. A intrigante Esquizofrenia. Disponível em: <<http://www.repositorioaberto> >Acessado em janeiro de 2015.
- 40.JUSTO, ANA MARIA. Representações Sociais sobre o Corpo e Implicações do Contexto de Inserção desse Objeto. Tese de mestrado, Florianópolis, 2011.
- 41.K V CHOWDARI; V L NIMGAONKAR.Esquizofrenia. Revista Brasileira de Psiquiatria. Genética vol.21, outubro, 1999.
- 42.LAKS et al. . Rastreamento cognitivo em idosos esquizofrênicos institucionalizados. Revista Brasileira de Psiquiatria;22(4):159-63, 2000.
- 43.LEÃO, M. A. B. G., et al. (2015) *Aprendizagem e Metacognição do Adulto: Panorama de Estudos e Pesquisas*. Ciências & Cognição; Volume 20 (1) 133-141 <http://www.cienciasecognicao.org>
- 44.LEIDERMAN E A. Schizophrenia: Recent Data, Future Perspectives. *Vertex*; 26(122): 256-64, Jul-Aug. 2015.ID: MEDLINE MDL-26672502

45. LEITÃO, et al.. A Epidemiologia da Esquizofrenia. Revista Brasileira de Psiquiatria;22(Supl I):15-7, 2000
46. LI Q et al. Clozapine in schizophrenia and its association with treatment satisfaction and quality of life: Findings of the three national surveys on use of psychotropic medications in China (2002-2012). Schizophr Res.;168(1-2):523-9. Outubro, 2015.
47. LIMA, D.R. Manual de Farmacologia Clínica, Terapêutica e Toxicologia. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1994.
48. LOPES, et al. O Processo de Restabelecimento na Perspectiva de Pessoas com Diagnóstico de Transtornos do Espectro Esquizofrênico e de Psiquiatras na Rede Pública de Atenção Psicossocial.
49. LOPEZ, Leonardo V.; KANE, John M. Recommendations for the Monitoring of Serum Concentrations of Antipsychotic Drugs in the Treatment of Schizophrenia. American Society of Clinical Psychopharmacology Corner, 2015.
50. MARI JJ & LEITÃO RJ. A Epidemiologia da Esquizofrenia. Revista Brasileira de Psiquiatria 2000;22(Supl I):15-7
51. MATTOS, R.S. *Muito mais do que um dicionário do corpo: um dicionário para o corpo*. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 23 [ 1 ]: 285-288, 2013.
52. MORAES, Roque; GAGLIAZZI, Maria do Carmo Análise Textual Discursiva: Processo Reconstutivo de Múltiplas Faces. *Ciência & Educação*, v. 12, n. 1, p. 117-128, 2006
53. MUÑOZ-CALERO F., et al. Síndrome Metabólico y Riesgo Cardiovascular en Pacientes con Diagnóstico de Esquizofrenia, Trastorno Esquizoafectivo y

- Trastorno Bipolar. *NutrHosp*; 32(6): 2715-7, 2015. MEDLINE ID: MDL-26667725
54. NETO, A.G.A.A. et al. Fisiopatologia da esquizofrenia: aspectos atuais. *Revista de Psiquiatria e Clínica*. 34, supl2; 198-203, 2007
55. NOTO, C. & . Esquizofrenia: Avanços no Tratamento Multidisciplinar. Porto Alegre: Artmed, 2012
56. NOTO, C. S., & BRESSAN, R. A.. Esquizofrenia: Avanços no Tratamento Multidisciplinar. Porto Alegre: Artmed, 2012.
57. OMS – ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Esquizofrenia. Nota descriptiva N°397, Septiembre de 2015 disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397es/>> acessado em :03/03/2016.
58. PEREIRA PK et al. Avaliação de Desfechos Perinatais/Infantis em Partos de Pacientes com Transtornos Mentais Maiores de um Hospital Psiquiátrico do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(8):1654-1666, ago, 2014
59. PEDROSO VSP et al. Sinais Neurológicos Sutis: uma Revisão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 59(3):233-237, 2010.
60. PLAZA, M. E. N. (2010) *Sistematización de la Práctica Supervisada Realizada en Casa Club Bien Estar "Esquizofrenia y Déficit Cognitivo"*. Faculdade de Psicologia. Universidade Nacional de Córdoba, 2010.
61. PREFEITURA DE IJUÍ, disponível em: <<http://www.ijui.rs.gov.br/paginas/apresentacao>> Acessado em Março de 2015.

62. RAHMOUNE H, et al. Explorando o Componente Inflamatório da Esquizofrenia. *Revista Psiquiatria Clínica*;40(1):28-34, 2013.
63. ROCHA, N. et al. *Relação entre Neurocognição e Qualidade de Vida em Pessoas com Esquizofrenia*. *Acta Medica Portuguesa*, 22: 71-82, 2009
64. RODRIGUEZ, M. G. A. et al. Meta-análise de ensaios clínicos de intervenção familiar na condição esquizofrenia. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(10):2203-2218, out, 2008
65. SÁ, A. F. *Cognição e Esquizofrenia: Estudo Neuropsicológico para Discriminação dos Domínios Cognitivos Mais Afetados*. Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto/Portugal, 2011.
66. SÁNCHEZ, Hugo Selma. Rehabilitación cognitiva em la esquizofrenia. *Psicología, Conocimiento Y Sociedad* 2 (1) pgs 80-129, Mayo, 2012
67. SAHA S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *ArchGenPsychiatry*, 64(10):1123-31, 2007
68. SCHMITT A, et al. Estudos transcriptômicos no contexto da conectividade perturbada em esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 40(1):10-5, 2013.
69. SILVA, Regina Cláudia Barbosa. Esquizofrenia: Uma Revisão. Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP *Psicologia USP*, 2006, 17(4), 263-285.
70. SOUSA. H et al. Reabilitação Integrada na Esquizofrenia. *Mental Health*. Volume XIII nº05 set/out, 2011.
71. SOUSA, Maria et al. Prevalência de Perfis Lipídico e Glicêmico alterados em Pacientes com Esquizofrenia *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, ESPECIAL 1.,2014

72. SOUZA, L. A. et al. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria* ;28(1):50-8, 2006.
73. STERIAN, A. *Esquizofrenia – Casa do Psicólogo*. São Paulo: Coleção Clínica Psicanalítica, 2001.
74. TEIXEIRA, P.J. R. et al. Associação entre síndrome metabólica e transtornos mentais. *Rev. Psiq. Clín.* 34 (1); 28-38, 2007
75. VAZ-SERRA, et al. Cognição, Cognição Social e Funcionalidade na Esquizofrenia. *Acta Médica Portuguesa*, 23: 1043-1058, 2010.
76. VENTURA ALM et al. Sistema Colinérgico: Revisitando Receptores, Regulação e a Relação com a Doença de Alzheimer, Esquizofrenia, Epilepsia e Tabagismo. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 37 (2) 66-72, 2010.
77. VENTURIERI, C, et al. Saúde Mental E Desenvolvimento Neuropsicomotor na Infância. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.6, n.13, p.180-181, 2014.
78. VYGOTSKY, L.S. *Pensamento e Linguagem*. 4ªed. Martins Fontes. São Paulo, 2008.
79. \_\_\_\_, Thought in schizophrenia. In: VALSINER, J.& VAN DER VEER, R. (eds.) *The Vygotsky reader*. Oxford, UK; Cambridge USA: Basil Blackwell, 1994. P. 313-326.
80. \_\_\_\_, *A construção do pensamento e da linguagem*. Ed: Martins Fontes, São Paulo, 2000.
81. ZERO HORA, encarte na *Contramão da Clausura* de 24 de janeiro de 2016

82.ZURBA, M.C.A. Clínica Psicológica no Contexto das Políticas de Saúde Mental no Brasil. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.7, n.16, p.86-94, 2015

# APÊNDICES

## APÊNDICE 1

<b>QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO</b>	ID	Nº: <input style="width: 80%;" type="text"/>
<b>NOME:</b> _____ <b>INÍCIO DA APLICAÇÃO:</b> _____ <b>HORAS DATA:</b> ____ / ____ / ____		
<b>1 – SEXO 0 FEMININO 1 MASCULINO</b>		
<b>2 - QUAL SUA IDADE? _____ ANOS</b>		
<b>3 – QUAL SEU GRAU DE ESCOLARIDADE</b> 1____ NÃO SEI 2____ ANalfabeto 3____ ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO 4____ ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO 5____ ENSINO MÉDIO COMPLETO 6____ ENSINO MÉDIO INCOMPLETO 7____ ENSINO SUPERIOR COMPLETO 8____ ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO OBSERVAÇÕES: _____		
<b>4 – QUAL SUA ORIENTAÇÃO RELIGIOSA?</b> 1____ CATÓLICA 2____ PROTESTANTE 3____ ATEU/AGNÓSTICO 4____ OUTRA _____		
<b>5 –QUAL SEU ESTADO CIVIL?</b> 1____ SOLTEIRO(A) 2____ CASADO(A) 3____ UNIÃO DE FATO 4____ VIÚVO(A) 5____ DIVORCIADO(A) 6____ OUTRA _____		
<b>6 – TEM FILHOS? 0 NÃO 1 SIM</b> <b>6.1 QUANTOS?</b> _____		
<b>7 – COM QUEM CONVIVE?</b> 1____ MÃE/PAI 2____ ESPOSA/MARIDO 3____ SOZINHO 4____ FILHOS 5____ OUTROS _____		
<b>8 – EXERCE ALGUMA PROFISSÃO? 0 NÃO 1 SIM</b> 8.1 QUAL? _____ 8.2 QUAL A SUA CARGA HORÁRIO DE TRABALHO DIÁRIA? _____		
<b>9 – POSSUI ORDENADO MENSAL? 0 NÃO 1 SIM</b> 9.1 ORIGEM DO ORDENADO: 0____ BENEFÍCIO 1____ SALÁRIO 3____ 4____ POPULAÇÃO CARCERÁRIA 5____ MEMBRO DE FAMÍLIA BENEFICIÁRIA DO BOLSA FAMÍLIA 6____ CATADOR DE MATERIAL RECICLADO 7____ AGRICULTOR ASSALARIADO 8____ AGRICULTORES FAMILIARES 9.2 QUAL O SEU RENDIMENTO MENSAL? (SALÁRIO MÍNIMO NACIONAL -R\$ 788,00) 0____ ATÉ MEIO SALÁRIO (R\$ 394,00) 1____ ENTRE MEIO SALÁRIO E UM SALÁRIO (R\$ 394,00 -788,00) 2____ ENTRE 1 E DOIS SALÁRIOS (R\$ 788,00- 1576,00) 3____ ENTRE DOIS E TRÊS SALÁRIOS (R\$ 1576,00- 2364,00) 4)____ ENTRE TRÊS E CINCO SALÁRIOS (R\$ 2364,00-3949,00) 5)____ ACIMA DE 5 SALÁRIOS (3940,00) OBSERVAÇÕES: VALOR AJUSTADO – SALÁRIO MÍNIMO É R\$ 880,00		
<b>10 – PRÁTICA ALGUM TIPO DE ATIVIDADE FÍSICA?</b> 0____ NÃO 1____ SIM 10.1 QUAL? _____		

## APÊNDICE 2



MUNICÍPIO DE IJUÍ – PODER EXECUTIVO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Ijuí, 07 de Abril de 2015

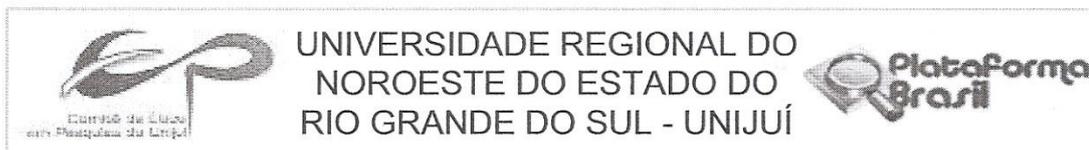
A Secretária Municipal da Saúde autoriza a aluna Ana Julia Forchesatto, aluna do Curso de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção Integral à Saúde da UNICRUZ/ UNIJUI, a realizar pesquisa com objetivo de Identificar os níveis de conhecimento em saúde e os principais déficits cognitivos de usuários de uma Rede de Atenção Psicossocial de Ijuí e compreender as percepções de profissionais e pessoas que convivem com sujeitos com diagnóstico de esquizofrenia no processo de restabelecimento, na perspectiva de ressignificar as ações de Saúde. Sendo que a devida pesquisa se realizará no CAPSII CAPS Colméia de Ijuí.

Atenciosamente,

  
Alexandra Lentz  
Secretária Municipal da Saúde  
Ijuí/RS

# **ANEXOS**

## ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Estratégias de Educação em Saúde, no Processo RECOVERY da Esquizofrenia, em um Centro de Atendimento Psicossocial de Ijuí-RS

**Pesquisador:** ANA JULIA FORCHESATTO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 43939315.6.0000.5350

**Instituição Proponente:** Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.066.439

**Data da Relatoria:** 15/05/2015

#### Apresentação do Projeto:

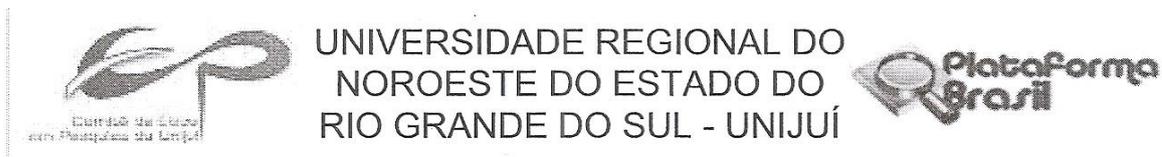
- Título Público da Pesquisa: Estratégias de Educação em Saúde, no Processo RECOVERY da Esquizofrenia, em um Centro de Atendimento Psicossocial de Ijuí-RS.
- N.º do estudo: CAAE: 43939315.6..0000.5350
- Grandes Áreas do Conhecimento (CNPq): 4.Ciência da Saúde/Saúde Coletiva/ Saúde Pública
- Professora Orientadora: Profª Dra. Eva Teresinha de Oliveira Boff
- Mestranda: Ana Julia Forchesatto
- Projeto de Pesquisa de Dissertação do Programa de Pós-Graduação Scricito Sensu em Atenção Integral á Saúde – Linha de pesquisa: Linha I: Processos saúde-doença-cuidado, das: - UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL – UNIJUI e da UNIVERSIDADE DE CRUZ ALTA – UNICRUZ.

#### Objetivo da Pesquisa:

**3.1 HIPÓTESE:** O indivíduo com diagnóstico de esquizofrenia apresenta déficit cognitivo e a ausência desses fatores cognitivos básicos influenciam nas suas atividades cotidianas, no âmbito familiar, nos grupos terapêuticos e nas percepções de saúde de todas as pessoas envolvidas no processo de reestabelecimento (RECOVERY).

**3.2 OBJETIVOS:**

**Endereço:** Rua do Comércio, 3.000  
**Bairro:** Univeristário **CEP:** 98.700-000  
**UF:** RS **Município:** IJUÍ  
**Telefone:** (55)3332-0301 **Fax:** (55)3332-0331 **E-mail:** cep@unijui.edu.br



Continuação do Parecer: 1.066.439

### 3.2.1 Objetivo geral

Identificar os níveis de conhecimento em saúde e os principais déficits cognitivos de usuários de uma Rede de Atenção Psicossocial de Ijuí e compreender as percepções de profissionais e pessoas que convivem com sujeitos com diagnóstico de esquizofrenia no processo de reestabelecimento (RECOVERY), na perspectiva de ressignificar as ações de saúde.

### 3.2.2 Objetivos específicos

Traçar um perfil Sociodemográfico dos usuários esquizofrênicos com as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, com quem reside, tempo de estudo, hábitos de vida (alimentares, nutricionais, medicamentosa, atividade física).

Analisar as seguintes Variáveis: tempo de diagnóstico, histórico familiar de esquizofrenia, tempo de tratamento, modalidade de tratamento, medicamentos utilizados, hospitalizações anteriores, ocorrência de crises, tempo de duração das mesmas.

Identificar os principais déficits cognitivos e suas influências nas relações sociais na capacidade cognitiva dos esquizofrênicos participantes da pesquisa, aliados a proposição de discutir ações educativas numa perspectiva de melhora da qualidade de vida dos respectivos sujeitos.

Identificar os níveis de conhecimento em saúde dos usuários, familiares dos grupos terapêuticos de um CAPS.

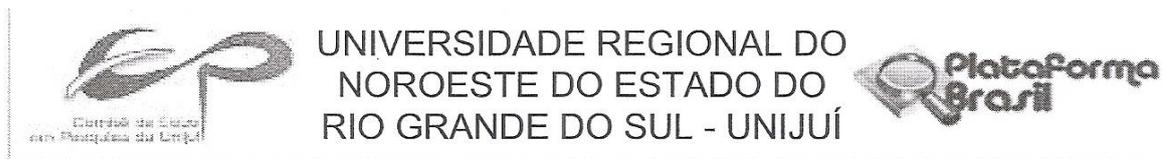
Analisar características Sociodemográficas, Capacidade Cognitiva e Percepções de Saúde de indivíduos com diagnóstico de Esquizofrenia familiares, e profissionais de um CAPS com vistas a obter subsídios que possibilitem a ressignificação dos processos em saúde no reestabelecimento (RECOVERY).

## Avaliação dos Riscos e Benefícios:

4.1. Riscos- Dentre os riscos, os indivíduos participantes da pesquisa podem apresentar alguma manifestação ou reação sugestiva e passível de ocorrer no decorrer na aplicação dos instrumentos bem como durante as sessões de grupo terapêutico se isso ocorrer eles tem a liberdade de se manifestar e inclusive de interromper a sua participação, se necessário eles serão encaminhados para profissionais específicos que integram a equipe do CAPS. Pela sensibilidade do pesquisador, a equipe dará todo o suporte, protegendo, respeitando, compreendendo e tratando adequadamente cada caso. Os sujeitos do estudo, podem interromper sua participação na pesquisa quando desejarem fazê-lo.

4.2 Benefícios - Considera-se que os resultados dessa pesquisa podem ser importantes por permitir reflexões, discussões que subsidiem o planejamento e consequente implementação de

Endereço: Rua do Comércio, 3.000  
 Bairro: Univeristário CEP: 98.700-000  
 UF: RS Município: IJUÍ  
 Telefone: (55)3332-0301 Fax: (55)3332-0331 E-mail: cep@unijui.edu.br



Continuação do Parecer: 1.066.439

ações com vistas a qualificar a assistência a esse percentual importante da população com sofrimento psíquico e que requer um olhar ampliado e personalizado com vistas a uma assistência integral no processo de RECOVERY.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

5.1- JUSTIFICATIVA –Esta pesquisa se justifica na tentativa de discutir o processo de Reestabelecimento (RECOVERY) destes sujeitos bem como valorizar as narrativas e processos significativos de perdas cognitivas, trazendo uma visão dos familiares e profissionais da Saúde numa tentativa de discutir o papel da Educação nas redes assistenciais de Saúde Mental.

#### **5.2 REVISÃO TEÓRICA**

A esquizofrenia é uma grave doença neuropsiquiátrica multifatorial ligada a fatores: genéticos, comportamentais, sociais, neurológicos e de desenvolvimento mental.

É uma sintomatologia ampla (sintomas positivos/ sintomas negativos) que vai desde delírios, alucinações, alterações formais do pensamento e comportamento bizarro (sintomas positivos) até embotamento afetivo, adonia, alogia, abulia-apatia (sintomas negativos), perdas significativas de concentração e déficits cognitivos em que o sujeito volta ao estado mental de pensamento primitivo.

É uma doença que pode misturar sintomas positivos e negativos num mesmo sujeito, porém no aspecto social apresenta sua maior problemática: o alheamento social, emocional e afetivo nas relações tanto com familiares e suas rotinas diárias de relacionamento, nas relações de trabalho e sociedade. Esse distanciamento que a doença provoca nas relações do indivíduo faz com que o indivíduo e/ou os familiares procurem ajuda nos Centro Psicossociais – CAPS na busca de um tratamento que seja eficaz, pois a medicalização apenas diminui alguns sintomas.

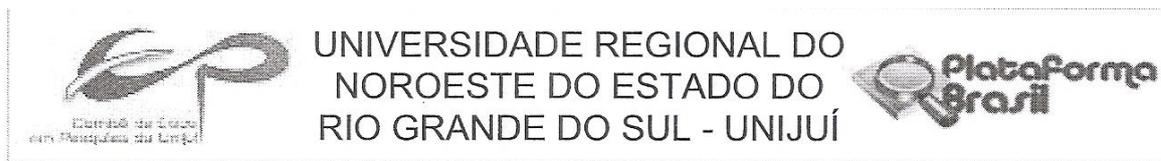
O sujeito precisa se remodelar para uma nova configuração de vida e isso nem sempre se faz de uma maneira fácil nos contextos da família e sociedade.

#### **5.3 METODOLOGIA, DESENHO DO ESTUDO E LOCAL DO ESTUDO**

5.3.1 Delineamento da Pesquisa – Desenho - A natureza da pesquisa é descritivo-exploratória, pois segundo Gil (1995) permite uma observação não estruturada e faz com que o pesquisador aumente sua experiência em torno do problema.

Para o modelo de RECOVERY segundo Lopes (2012) onde o modelo RECOVERY é utilizado em inglês e condiz com os modelo idealizado nesta pesquisa em relação as falas dos sujeitos

<b>Endereço:</b> Rua do Comércio, 3.000	<b>CEP:</b> 98.700-000
<b>Bairro:</b> Univeristário	
<b>UF:</b> RS	<b>Município:</b> IJUI
<b>Telefone:</b> (55)3332-0301	<b>Fax:</b> (55)3332-0331
	<b>E-mail:</b> cep@unijui.edu.br



Continuação do Parecer: 1.066.439

### 5.3.2 METODOLOGIA PROPOSTA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa e qualitativa, descritiva, exploratória e transversal. A mesma será desenvolvida em um centro de CAPS no município de Ijuí que atende em média 60 usuários com diagnóstico de esquizofrenia. Pretende-se realizar a presente pesquisa com todos os usuários que aceitarem participar da mesma.

### 5.3.3 População e Amostra

A população de estudo será 60 sujeitos esquizofrênicos, além de 08 familiares e 05 profissionais totalizando 73 pessoas.

Os indivíduos esquizofrênicos estão separados por 4 grupos que funcionam regularmente uma vez por semana, grupos de 10 a 15 pessoas. Os profissionais participam dos grupos e serão selecionados pelas diferentes funções. Estes 4 grupos de intervenção funcionam no CAPS COLMÉIA de Ijuí/RS, onde estes sujeitos são assistidos por uma equipe multiprofissional (diferentes profissionais) que acolhe e direciona os trabalhos de intervenção. Também 1 vez por mês, geralmente no 1º dia do mês os familiares participam conjuntamente destes grupos e serão escolhidos 05 representantes conforme a assiduidade de participação no grupo.

Também existe uma assembléia coletiva onde há a participação de todas as pessoas, inclusive da comunidade quando há necessidade de debater questões importantes para a coletividade dos grupos de intervenção.

### 5.3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

- **Inclusão:** Os critérios de inclusão dos sujeitos deste estudo são: pessoas com diagnóstico de Espectro Esquizofrênico segundo prontuário médico da equipe CAPS que participam regularmente dos grupos terapêuticos de intervenção (estando em tratamento via CAPS), que aceitarem assinar o TCLE (ANEXO) e se necessário um familiar ou responsável assinar pelo indivíduo.

- **Critérios de exclusão** - Os critérios de exclusão dos sujeitos deste estudo são: não aceitar a participar da pesquisa e portanto não assinar o TCLE.

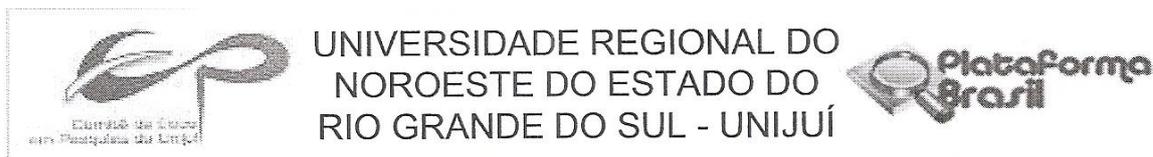
### 5.3.5 - Instrumentos e Procedimentos

Para análise das falas dos sujeitos obtidas com o uso de diário de campo no decorrer das sessões será utilizados os preceitos da técnica de análise de conteúdo preconizada por Moraes e Gagliuzzi (2006).

#### 5.3.5.1 Procedimentos

Identificou-se a importância de avaliar individualmente os déficits cognitivos e as habilidades cognitivas de cada sujeito do estudo com intuito de contribuir com a equipe e famílias que estão envolvidos neste processo de RECOVERY com vistas a inclusão social desses sujeitos. Cada

**Endereço:** Rua do Comércio, 3.000  
**Bairro:** Univeristário **CEP:** 98.700-000  
**UF:** RS **Município:** IJUÍ  
**Telefone:** (55)3332-0301 **Fax:** (55)3332-0331 **E-mail:** cep@unijui.edu.br



Continuação do Parecer: 1.066.439

instrumento utilizado está de acordo com os objetivos a que se pretende atingir nesta pesquisa, adaptando-se com a realidade e baseando-se sempre em outros artigos na área.

#### 5.3.5.2 Instrumentos

Alguns instrumentos da pesquisa como o Questionário Sociodemográfico serão baseados na pesquisa de Gomes (2011) fazendo-se a adaptação possível de acordo com a realidade do indivíduo.

5.3.5.2.1 Questionário Sociodemográfico - Será composto por questões que abrangem aspectos de gênero, idade, nível escolar, nível social e outras questões. O questionário será adaptado em (ANEXO)

#### 5.3.5.2.2 Testes do Programa Brasil Alfabetizado

Optou-se por estes dois testes, por se tratar de uma matriz de referência. Ele é uma matriz de referência em avaliação no Brasil, não é um teste específico para esquizofrênicos, porém abrange conhecimentos básicos para qualquer pessoa, jovem ou adulto e avalia situações de autonomia. Não inclui todas as capacidades, mas indica aspectos essenciais a serem garantidos ao indivíduo com diagnóstico de esquizofrenia.

Teste de Matemática – avalia cinco competências reconhecidas na matriz comentada (ANEXO) são elas: realizar contagens; reconhecer os algarismos, ler números, escrever números; comparar números.

Teste de Leitura e Escrita – avalia as habilidades de codificar (escrever) a fala e decodificar, ler o sistema de escrita, fazendo uso real e adequado da leitura e da escrita nas mais diversas situações sociais, satisfazendo, também, as suas necessidades (ANEXO)

Para os usuários dos grupos de intervenção será realizado os testes cognitivos de leitura, escrita e matemática para definir quais as principais dificuldades e o que pode nortear as situações de estudo

#### 5.3.5.2.3 Questionário sobre Percepções de Saúde

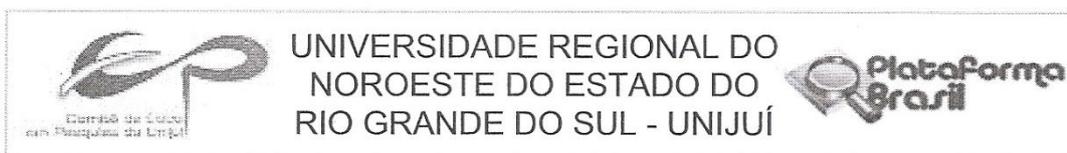
Será aplicado questionário adaptado e validado sobre Saúde e Bem- Estar para saber as percepções em saúde dos sujeitos com esquizofrenia e seus familiares. (ANEXO). O questionário estará disponível pelo site: <http://observaport.net>.

5.3.5.2.4. Diário de Campo- Será utilizado modelo Moraes e Gagliazzi (2006) (2009) como forma de registro detalhado e individual.

#### 5.3.6 - Análise dos Dados

Para a análise dos dados que serão descritos em diário de campo será realizada com o uso de estatística descritiva e análise de conteúdo preconizada por Moraes e Galiuzzi (2006) que se utiliza

**Endereço:** Rua do Comércio, 3.000  
**Bairro:** Univeristário **CEP:** 98.700-000  
**UF:** RS **Município:** IJUÍ  
**Telefone:** (55)3332-0301 **Fax:** (55)3332-0331 **E-mail:** cep@unijui.edu.br



Continuação do Parecer: 1.066.439

da análise textual discursiva como uma ferramenta aberta, exigindo dos usuários aprender a conviver com uma abordagem que exige constantemente a (re) construção de caminhos, transitando entre duas formas consagradas de análise na pesquisa qualitativa que são a análise de conteúdo e análise de discurso.

#### 5.3.7 - Considerações Éticas

A pesquisa será desenvolvida de maneira a contemplar todos os preceitos éticos contidos na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Pesquisa, do Ministério da Saúde, no que se refere à pesquisa envolvendo seres humanos.

Inicialmente será apresentado o projeto de pesquisa à Secretária de Saúde, momento em que será solicitada a autorização para coleta de dados. Após a autorização o mesmo será encaminhado ao CEP da UNIJUI para avaliação. E somente após aprovação por estas instâncias será realizada a pesquisa.

Os sujeitos da pesquisa que aceitarem a participar da pesquisa, e que se enquadram nos critérios de inclusão serão orientados quanto as finalidades da pesquisa, riscos, benefícios, o respeito à liberdade em optar ou não pela participação do estudo. Após serão convidados a assinar um termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, uma delas a uma delas ficará com a pesquisadora e outra com o pesquisado.

Haverá garantia de manutenção do sigilo e anonimato das informações dos participantes da pesquisa em todas as fases de execução do projeto. O material obtido na coleta de dados será guardado pela pesquisadora pelo período de 5 anos e após será incinerado.

- Publicização dos resultados - Os resultados obtidos com a pesquisa serão divulgados primeiramente para a equipe do CAPS e em eventos científicos da área e em periódicos da área.

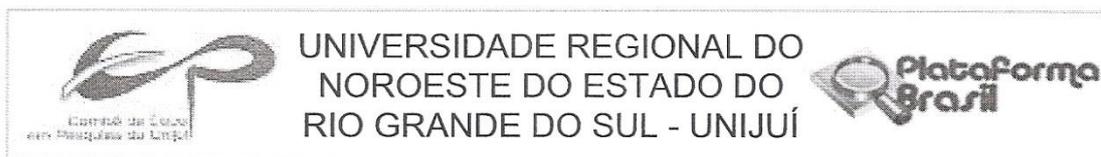
#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos para análise foram inseridos no portal da Plataforma Brasil entre 08 e 09 abril de 2015, onde constam disponibilizados os seguintes documentos:

- O projeto de pesquisa é apresentando com as principais partes. Na parte externa consta um elementos Pré-textuais. Os Elementos Textuais: inclusive o Cronograma e Orçamento. Também os elementos pós-textuais a Bibliográficas. O documento de 43 páginas, numeradas, contendo elementos integrantes da estrutura básica para um Projeto, o qual está organizado em partes e Seções codificadas.

- Apresentam o Relatório Descritivo/Projeto de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, em formulário da CONEP, contendo 6 páginas onde informam sobre os Apêndices e Anexos .

**Endereço:** Rua do Comércio, 3.000  
**Bairro:** Univeristário **CEP:** 98.700-000  
**UF:** RS **Município:** IJUI  
**Telefone:** (55)3332-0301 **Fax:** (55)3332-0331 **E-mail:** cep@unijui.edu.br



Continuação do Parecer: 1.066.439

- Constam os seguintes elementos e documentos pós-textuais nos projetos ou como Apêndices e/ou Anexos:

- Cronograma em que a Dissertação será desenvolvida durante o ano de 2015. Consta o período de coleta de dados em maio e junho.

- Orçamento, apresentam orçamento e informam que os gastos necessários para a realização da pesquisa serão de responsabilidade do pesquisador e que a pesquisa em questão trata-se de Dissertação sendo assim a IES serão responsáveis pelo pagamento das horas da orientadora, o que está previsto para a supervisão deste componente na Resolução CONSU nº 4/2014.

- Apresentam a Bibliografia das citadas com os elementos essenciais para sua identificação.

- Folha de Rosto assinada pela orientadora e devidamente datada e assinada pela 1ª Chefe Substituta do DCVida da Unijuí, profa. Marinez K Pettenon, em 09.04.2015.

- Anexos I- Documentos e Declarações

Declarações Diversas saúde e bem-estar em tempos de crise\_c\_BR.docx

Documento comprobatório Questionario socio.pdf

Documento comprobatório Gabarito.jpg

Documento comprobatório matriz\_referencia.pdf

Documento comprobatório aplicador leitura.pdf

Documento comprobatório ANEXO DIÁRIO DE CAMPO - MEDICAMENTOS.docx

Documento comprobatório gabarito comentado matematica.pdf

Documento comprobatório aplicador de matematica.pdf

- Anexo II - Autorização do local onde será realizada a Pesquisa, Secretária da Saúde de Ijuí, Alexandra Lentz, de 7/04/2015.

- Apêndice 1 – Modelo de TCLE para entrevistados adultos [para maiores de 18 anos], com estrutura e informações necessárias.

- Apêndice 2 - termo de ciência da orientadora está assinado pelo aluno e pela orientadora.

- Apêndice 3 – Currículo da Orientadora atualizado e que revela formação e experiência para orientar, atualizado em 3/2015.

- Apêndice 4– Currículo Lattes da Mestranda, onde consta que foi atualizado em 03.2015.

#### Recomendações:

Nenhuma recomendação.

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

Nenhuma pendência ética.

**Endereço:** Rua do Comércio, 3.000

**Bairro:** Univeristário

**CEP:** 98.700-000

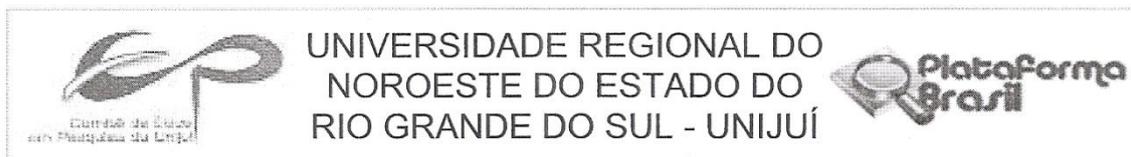
**UF:** RS

**Município:** IJUÍ

**Telefone:** (55)3332-0301

**Fax:** (55)3332-0331

**E-mail:** cep@unijui.edu.br



Continuação do Parecer: 1.066.439

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UNIJUÍ acompanha o parecer do relator.

IJUI, 18 de Maio de 2015

---

**Assinado por:**  
**Anna Paula Bagetti Zeifert**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua do Comércio, 3.000  
**Bairro:** Univeristário **CEP:** 98.700-000  
**UF:** RS **Município:** IJUI  
**Telefone:** (55)3332-0301 **Fax:** (55)3332-0331 **E-mail:** cep@unijui.edu.br

ANEXO B- TCLE



UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Reconhecida pelo Portaria Ministerial nº 491 de 28/06/1983 – D.O.U. 01/07/1983  
Regionalizada pelas Portarias Ministeriais nº 1626 de 10/11/1993 – D.O.U. 11/11/1993 e nº 818 de 27/05/1994 – D.O.U. 30/05/1994

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Estamos desenvolvendo a pesquisa **“Estratégias de Educação em Saúde, no Processo *RECOVERY* da Esquizofrenia, em um Centro de Atendimento Psicossocial de Ijuí-RS”**

Este trabalho é fruto de *Stricto Sensu Mestrado Atenção Integral à Saúde na UNIJUÍ/UNICRUZ – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul e Universidade de Cruz Alta respectivamente.*

Este é um convite para você participar desta pesquisa e cabe a você decidir se quer participar. Se estiver interessado em participar, você deve ler este termo (ou alguém deve ler para você. Se você decidir participar desta pesquisa, você deve rubricar (fazer uma assinatura abreviada) em todas as páginas e assinar a última para mostrar que concorda em participar da pesquisa. Você e/ou seu representante legal (quando apropriado) e os pesquisadores deverão rubricar e assinar as duas vias deste documento e você ficará com uma via. A outra via ficará com o pesquisador responsável por um período de cinco anos e após será incinerada.

Esta pesquisa se justifica na tentativa de discutir o processo de Reestabelecimento (*RECOVERY*) destes sujeitos bem como valorizar as narrativas e processos significativos de perdas cognitivas, trazendo uma visão dos familiares e profissionais da Saúde numa tratativa de discutir o papel da Educação nas redes assistenciais de Saúde Mental.

O objetivo desta pesquisa é Identificar os níveis de conhecimento em saúde e os principais déficits cognitivos de usuários de uma Rede de Atenção Psicossocial de Ijuí e compreender as percepções de profissionais e pessoas que convivem com sujeitos com diagnóstico de esquizofrenia no processo de reestabelecimento (*Recovery*), na perspectiva de ressignificar as ações de saúde.

A metodologia utilizada para a realização da pesquisa é de uma pesquisa de abordagem quantitativa e qualitativa, descritiva, exploratória e transversal. Dentre os **riscos**, os indivíduos participantes da pesquisa podem apresentar alguma

manifestação ou reação sugestiva e passível de ocorrer no decorrer na aplicação dos instrumentos bem como durante as sessões de grupo terapêutico se isso ocorrer eles tem a liberdade de se manifestar e inclusive de interromper a sua participação, se necessário eles serão encaminhados para profissionais específicos que integram a equipe do CAPS. Pela sensibilidade do pesquisador, a equipe dará todo o suporte, protegendo, respeitando, compreendendo e tratando adequadamente cada caso. Os sujeitos do estudo, podem interromper sua participação na pesquisa quando desejarem fazê-lo.

Consideramos que os **benefícios** esperados são reflexões, discussões que subsidiem o planejamento e consequente implementação de ações com vistas a qualificar a assistência a esse percentual importante da população com sofrimento psíquico e que requer um olhar ampliado e personalizado com vistas a uma assistência integral no processo de *RECOVERY*.

Esta pesquisa será feita através de questionários e testes cognitivos, diário de campo, prontuários médicos cujos os dados podem ser transcritos e analisados. Utilizaremos fotos e filmagens somente para fins de pesquisa e se o sujeito e familiar permitir que se faça. Sua desistência de fazê-lo na vinculação das imagens e filmagens será de forma livre com anonimato e sem prejuízo a ambas as partes. serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa, podendo você ter acesso as suas informações e realizar qualquer modificação no seu conteúdo, se julgar necessário.

Nós pesquisadores garantimos o que seu anonimato está assegurado e as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados a este projeto de pesquisa.

Você tem liberdade para recusar-se a participar da pesquisa, ou desistir dela a qualquer momento sem que haja constrangimento, podendo você solicitar que as informações sejam desconsideradas no estudo.

Mesmo participando da pesquisa poderá recusar-se a responder as perguntas o quaisquer outros procedimentos que ocasionem constrangimento de qualq natureza.

Está garantido que você não terá nenhum tipo de despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, como também, não será disponibilizada nenhuma compensação financeira.

Eu, (Eva Teresinha de Oliveira Boff/orientadora), bem como (Ana Julia Forchesatto/orientanda) assumimos toda e qualquer responsabilidade no decorrer da investigação e garantimos que as informações somente serão utilizadas para esta pesquisa, podendo os resultados vir a ser publicados.

Se houver dúvidas quanto à sua participação poderá pedir esclarecimento a qualquer um de nós, nos endereços e telefones abaixo:

Eva Teresinha de Oliveira Boff, - Coordenadora Adjunta da Pós- Graduação e Orientadora do Projeto Rua do Comércio, 3.000 – Mestrado de Atenção Integral à Saúde -DC VIDA- Bairro Universitário - Ijuí/RS - 98700-000. Fone (55) 3332 – 0522/99731767, e-mail: [evaboff@unijui.edu.br](mailto:evaboff@unijui.edu.br).

Ana Julia Forchesatto – Mestranda e Pesquisadora do Projeto – Rua Valdemar Pannembecker, 173 Centro – Ijuí/RS – 98700-000. Fone (55) 91029362, e-mail: [albrechtconstrutora@bol.com.br](mailto:albrechtconstrutora@bol.com.br)

Ou ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIJUI - Rua do Comércio, 3.000 - Prédio da Biblioteca - Caixa Postal 560 - Bairro Universitário - Ijuí/RS - 98700-000. Fone (55) 3332-0301, e-mail: [cep@unijui.edu.br](mailto:cep@unijui.edu.br).

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, ciente das informações recebidas concordo em participar de forma voluntária da pesquisa, autorizando-os a utilizarem as informações por mim concedidas e/ou os resultados alcançados.

\_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistado

(Se for alfabetizado)



Impressão dactiloscópica  
(Se for analfabeto)

\_\_\_\_\_

Eva Teresinha de Oliveira Boff

CPF do(a) orientador(a)

\_\_\_\_\_

Ana Julia Forchesatto

CPF 98257803049

Data: local/RS, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.