

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE LETRAS

Fernanda Baissvenger Pazinato

TEXTOS DE DIVULGAÇÃO PARA LEIGOS NA ÁREA DE SAÚDE
MENTAL: uma análise da construção do referente *esquizofrenia*

Porto Alegre

2018/2

FERNANDA BAISSVENGER PAZINATTO

**TEXTOS DE DIVULGAÇÃO PARA LEIGOS NA ÁREA DE SAÚDE
MENTAL: uma análise da construção do referente *esquizofrenia***

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Instituto de Letras da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Letras.

Orientador: Profa. Dra. Alena Ciulla.

Porto Alegre
Dezembro de 2018

CIP - Catalogação na Publicação

Pazinatto, Fernanda Baissvenger
Textos de divulgação para leigos na área da saúde
mental: uma análise da construção do referente
esquizofrenia / Fernanda Baissvenger Pazinatto. --
2018.
152 f.
Orientadora: Alena Ciulla.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto
de Letras, Curso de Letras: Tradutor Português e
Inglês, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Textos de divulgação científica. 2.
Esquizofrenia. 3. Referenciação. 4. Expressões
anafóricas. 5. Cadeias Referenciais. I. Ciulla, Alena,
orient. II. Título.

Fernanda Baissvenger Pazinato

**TEXTOS DE DIVULGAÇÃO PARA LEIGOS NA ÁREA DE SAÚDE
MENTAL:
Uma análise da construção do referente *esquizofrenia***

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial a obtenção do título de bacharela em Letras da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Alena Ciulla.

Aprovado em Porto Alegre, ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Ms^a. Aline Evers

Instituto Federal do Rio Grande do Sul - Campus Feliz

Prof^ª Dr^a. Silvana Silva

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a Dr^a Alena Ciulla

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço o suporte incondicional proporcionado pelos meus pais. Sem isso, a jornada até aqui teria sido muito mais difícil. Obrigada por acreditarem em mim.

Também agradeço ao meu irmão, porque, sem ele, eu não seria a irmã do Cássio. Sou muito grata por ter as tias, os tios, a avó e os primos que tenho. Muito obrigada por todo o apoio em incontáveis circunstâncias, além dos momentos necessários de descontração. Agradeço, também, aos meus avôs, avó e primo pelo tempo que passaram comigo neste plano.

Agradeço a todos os meus amigos de Encantado por permanecerem ao meu lado mesmo à distância. Obrigada por tornarem cada encontro nosso único. Também agradeço pelas palavras e gestos de cuidado em momentos mais difíceis. Agradeço aos amigos de Porto Alegre por todo companheirismo construído ao longo dos últimos anos. Sem vocês, a graduação não teria tido a mesma graça que teve. Obrigada pelo apoio e carinho que vocês me proporcionam. Espero que essa amizade seja para a vida.

Gostaria de agradecer à minha orientadora, a professora Alena Ciulla, pela dedicação em me auxiliar durante a minha trajetória final na graduação. Obrigada por sempre estar disponível para me ajudar e guiar para a conclusão desta etapa. Gostaria que mais orientandos tivessem a mesma sorte por ter uma pessoa tão dedicada com orientadora.

Por fim, agradeço ao Governo Federal pelas bolsas de Iniciação Científica, com as quais pude contar durante minha formação universitária.

“I’m not strange, weird, off, nor crazy, my reality is just different from yours”.

Lewis Carol, **Alice in Wonderland and
Through the Looking Glass.**

RESUMO

A partir de um enfoque textual-discursivo, este trabalho se trata de uma análise qualitativa que busca descrever como o referente “esquizofrenia” é construído, através do uso de expressões anafóricas, em textos de divulgação científica para leigos na área de saúde mental. Investigou-se como a referenciação de “esquizofrenia” é construída nos textos de divulgação científica, levando-se em conta a pertinência que esse termo tem tanto para a comunidade em geral quanto para familiares e pacientes que buscam informações sobre o transtorno, com a finalidade de entender os sintomas e as formas de lidar com a doença. Para realização da análise, foram considerados os tipos de conhecimento acionados na construção do sentido, propostos por Koch (1997) e as sequências textuais que compõem um texto, propostas por Adam (1992; 2011). Os passos metodológicos utilizados no trabalho incluem a seleção de 10 textos que compõem o *corpus* de estudo, a partir da pesquisa pela palavra “esquizofrenia” no buscador *Google*. Em seguida, o próximo passo foi analisar a maneira como é realizada a progressão textual do objeto “esquizofrenia” sob o viés da referenciação, proposta por Cavalcante (2012). As conclusões obtidas apontam para o fato de que não é possível confirmar a predominância de somente uma expressão para se referir à doença, mas que as redes anafóricas, através de diversas expressões recategorizadoras, conforme Ciulla (2014), revelam que existem diversas maneiras de construir a referenciação de “esquizofrenia”, de acordo com os conhecimentos de cada autor.

Palavras – chave: Textos de divulgação científica; Esquizofrenia; Referenciação; Expressões anafóricas; Cadeias referenciais.

ABSTRACT

From a textual-discursive approach, this monograph proposes to develop a qualitative analysis that seeks to describe how the referent “schizophrenia” is constructed, using anaphoric expressions, in scientific divulgation texts for lay people in mental health area. It was investigated how the reference of “schizophrenia” was built, considering the pertinence that this term has both for the community in general and for family members and patients seeking information about the disorder, in order to understand the symptoms and manners of dealing with the disease. For the purpose of this work, it was considered the types of knowledge used in the construction of meaning, proposed by Koch (1997), and the textual sequences that composes a text, presented by Adam (1992; 2011). The methodological steps taken in this work include the compilation of 10 texts that compose the corpus of this study, selected from the search of the word “schizophrenia” in the Google search engine. Afterwards, the next step was the analysis of the textual progression of the object “schizophrenia”, under the referencing bias, proposed by Cavalcante (2012). The conclusions obtained point out that it is not possible to confirm the predominance of only one expression to refer to the disease, but that the anaphoric networks, through several recategorizing expressions, according to Ciulla (2014), reveal that there are plenty ways of building the reference “schizophrenia”.

Keywords: Scientific divulgation texts; Schizophrenia; Referencing; Anaphoric expressions; Referential network.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS	14
2.1 Definição de texto e Fatores de textualidade.....	14
2.1.1 A REFERENCIAÇÃO E A CONSTRUÇÃO DOS REFERENTES DE UM TEXTO..	19
2.1.2 A COMPOSIÇÃO DOS TEXTOS EM SEQUÊNCIAS	22
2.2 Divulgação científica como gênero textual	26
2.2.1 GÊNERO TEXTUAL.....	26
2.2.2 DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA	27
2.3 Simplificação textual	29
3 METODOLOGIA.....	34
4 ANÁLISE DA CONSTRUÇÃO DO REFERENTE ESQUIZOFRENIA	38
4.1 Resultados	57
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	70

1 INTRODUÇÃO

Este estudo é resultado do interesse provocado pelo trabalho de Iniciação Científica realizado entre agosto de 2015 e julho de 2016, sob orientação da professora Maria José Finatto. Inserido no projeto *Recuperação da Informação e Representação do Conhecimento em Bases de Textos Científicos de Linguística e de Medicina: Padrões e Processamento Automático da Linguagem*, o trabalho intitulado *Explorando verbos em textos de divulgação sobre pneumopatias ocupacionais para leigos* tratou-se de uma investigação interdisciplinar entre Linguística e Processamento de Linguagem Natural (PLN).

Um dos objetivos da pesquisa foi observar a maneira como os textos científicos chegam ao público-alvo, considerando-se a modalidade dos verbos presentes neles. A importância do estudo residiu na necessidade de verificar se os textos existentes sobre doenças pulmonares ocasionadas em ambiente de trabalho são acessíveis, isto é, se o público-alvo desse material de leitura é capaz de compreender a informação ou se o texto cumpre com a sua função de informar os pacientes e trabalhadores expostos a substâncias malélicas à saúde. Para a realização da pesquisa, foram utilizadas ferramentas computacionais para análise de textos, cuja finalidade foi extrair os verbos presentes no *corpus* para posterior estudo da modalidade, importante para investigar as atitudes do autor em relação ao que é escrito (TRAVAGLIA, 1991, p. 78), o que tem um impacto também para o leitor, partindo do princípio de que um texto que se lê é uma atividade de interlocução (CAVALCANTE, 2012).

Com o auxílio das ferramentas, foi possível realizar coleta de informações relevantes de maneira eficiente em grandes quantidades de textos. Além disso, houve a possibilidade de analisar a funcionalidade dos verbos nos textos, que está associada à maneira como o autor expressa o seu conhecimento, a partir da frequência e da especificidade dos verbos. Essa análise ocorreu através do contraste realizado entre um *corpus* de estudo e outro de referência, utilizando uma ferramenta computacional que elege os verbos mais específicos do *corpus* de estudo. A partir dos resultados obtidos da análise dos verbos, percebeu-se que os autores buscaram objetividade e evitaram qualificar as informações como positivas ou negativas, abstendo os leitores de informações irrelevantes.

O objetivo primário do estudo realizado na Iniciação Científica foi observar questões que se reportam à complexidade e simplificação textual, áreas de estudo do PLN, identificando a importância e a funcionalidade dos verbos em textos de divulgação, utilizando-se ferramentas computacionais. Dessa forma, o foco foi testar a eficácia das

ferramentas computacionais para análise de legibilidade de textos, o que não é o caso no estudo em questão aqui.

Em relação aos estudos de PLN e Linguística, que envolvem a utilização de ferramentas computacionais para análise linguística, é necessário lembrar que o que o computador considera simples/completo não é exatamente o mesmo que o humano considera. E, se em muitos casos a análise computacional traz indicadores em graus de possíveis dificuldades, oferecendo um panorama da legibilidade de um texto, por exemplo, por outro lado, não fornece muita ajuda no que diz respeito a como tudo isso revela os sentidos de um texto – que é, no fim das contas, o objetivo da leitura para os humanos. No entanto, o percurso desse estudo traz a importante questão: quais parâmetros de acessibilidade do texto são produtivos para que possamos pensar em um texto de divulgação para leigos? Essa é a questão que nos levou a buscar uma análise textual-discursiva dos textos, sendo o PLN, portanto, o nosso ponto de entrada de observação.

Levando-se em conta que o enfoque deste estudo é textual-discursivo e não computacional, as concepções de complexidade e simplificação textual contribuem, então, na medida em que servem como base para a ampliação desses conceitos para uma análise humana. Isso significa dizer que, para a realização de uma análise textual e discursiva, é preciso que se calcule e examine minuciosa e “humanamente” cada um dos fatores de legibilidade apontados pelo PLN. Contudo, por tratar-se de um Trabalho de Conclusão de Curso, não seria possível fazer um estudo de tal envergadura, mesmo para um pequeno *corpus*. É por isso que optamos por apenas um dos aspectos fundamentais, o que explicamos adiante.

Outro motivo pelo qual o presente trabalho não utiliza os recursos das ferramentas computacionais nem os da Linguística de *Corpus* para análise de textos é o de que neste estudo tem-se como objetivo realizar uma análise qualitativa, ao observar como determinadas informações são apresentadas, e não quantitativa, o que está associado, *grosso modo*, aos dados que as ferramentas e as análises em grandes volumes de texto revelam. Certamente, a pesquisa realizada na Iniciação Científica serviu como inspiração para continuar os estudos sobre divulgação de textos da área da saúde para leigos, mas agora sob uma abordagem textual-discursiva. Além disso, desta vez, buscou-se pesquisar não sobre doenças pulmonares ocupacionais, mas sim sobre distúrbios mentais, mais precisamente, sobre a esquizofrenia.

O interesse em estudar sobre a esquizofrenia surgiu no início de 2018, quando percebi que a falta de informação a respeito do distúrbio pode ter sido um fator que influenciou a

maneira como um parente foi tratado pelos familiares durante o desenvolvimento da doença, diagnosticada já em fase avançada. Na vida adulta, o familiar em questão foi internado diversas vezes em hospitais e, por isso, foi constantemente isolado do contato com outras pessoas, além de ter obtido tratamento e orientação tardiamente, o que provocou sequelas irreparáveis tanto ao paciente quanto aos familiares. Deste modo, movida pela questão de qual é o papel da família no tratamento da doença, no que concerne a busca por informações, com o objetivo de aprender e auxiliar o familiar no tratamento, resolvi investigar, num primeiro momento, de que maneira a esquizofrenia é apresentada a essas pessoas pelo material de divulgação disponível.

Além do caso familiar mencionado, outra motivação para a realização deste estudo está relacionada à vulgarização da esquizofrenia e na transformação do seu significado clínico para um sentido pejorativo. Não é raro ouvirmos doenças ou transtornos terem o seu real significado modificado para ser usado como um xingamento como, por exemplo, para chamar alguém de *retardado*, *demente*, *autista* e, inclusive, *esquizofrênico*, quando, na verdade, a pessoa insultada não é diagnosticada com esses transtornos. Esse tipo de insulto, portanto, despreza quem realmente vive com distúrbios mentais. Dessa forma, uma pesquisa sobre a divulgação de informações sobre doenças mentais – esquizofrenia, mais especificamente, é um esforço no sentido de fazer com que um número maior de pessoas tome consciência a respeito deste transtorno.

Iniciei, então, uma pesquisa, examinando textos disponíveis na internet sobre a esquizofrenia. Com a facilidade de acesso à informação proporcionada pelo ambiente virtual, é cada vez mais recorrente a busca por assuntos médicos através das plataformas digitais, algo que antes da popularização dos computadores pessoais e da internet acontecia com maior frequência na comunicação direta com especialistas. Conforme aponta Gomes (2017), os pacientes têm utilizado a internet como meio de busca sobre doenças para sanar suas dúvidas e, até mesmo, realizar autodiagnóstico – ainda que isso não seja recomendado, obviamente.

Oliveira, Goloni-bertollo e Pavarino (2013) mencionam em seu trabalho sobre a existência de um manual disponibilizado pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo – CREMESP, que visa regulamentar e padronizar as informações médicas para o estabelecimento de confiabilidade dos sites. Ao buscar pelo manual posteriormente, encontrei que o “*Manual princípios éticos para sites de medicina e saúde na internet*”, elaborado pelo CREMESP, apresenta sete critérios destinados a orientar autores de publicações médicas a redigir textos de qualidade ao seu público. Os critérios são divididos em: i) transparência; ii)

honestidade; iii) qualidade; iv) consentimento livre e esclarecido; v) privacidade; vi) ética médica; vii) responsabilidade e procedência, apresentados a seguir.

i) TRANSPARÊNCIA

Deve ser transparente e pública toda informação que possa interferir na compreensão das mensagens veiculadas ou no consumo dos serviços e produtos oferecidos (sic) pelos sites com conteúdo de saúde e medicina. Deve estar claro o propósito do site: se é apenas educativo ou se tem fins comerciais na venda de espaço publicitário, produtos, serviços, atenção médica personalizada, assessoria ou aconselhamento. É obrigatória a apresentação dos nomes do responsável, mantenedor (sic) e patrocinadores diretos ou indiretos do site.

ii) HONESTIDADE

Muitos sites de saúde estão a serviço exclusivamente dos patrocinadores, geralmente empresas de produtos e equipamentos médicos, além da indústria farmacêutica que, em alguns casos, interferem no conteúdo e na linha editorial, pois estão interessados em vender seus produtos.

A verdade deve ser apresentada a verdade sem que haja interesses ocultos. Deve estar claro quando o conteúdo educativo ou científico divulgado (afirmações sobre a eficácia, efeitos, impactos ou benefícios de produtos ou serviço de saúde) tiver o objetivo de publicidade, promoção e venda, confirme resolução CFM N° 1.595/2000

iii) QUALIDADE

A informação de saúde apresentada na Internet deve ser exata, atualizada, de fácil entendimento, em linguagem objetiva e cientificamente fundamentada. Da mesma forma produtos e serviços devem ser apresentados e descritos com exatidão e clareza. Dicas e aconselhamentos em saúde devem ser prestados por profissionais qualificados, com base em estudos, pesquisas, protocolos, consensos e prática clínica

iv) CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Quaisquer dados pessoais somente podem ser solicitados, arquivados, usados e divulgados com o expresso consentimento livre e esclarecido dos usuários, que devem ter clareza sobre o pedido de informações: quem coleta, reais motivos, como será a utilização e compartilhamento dos dados.

Os sites devem declarar se existem riscos potenciais à privacidade da informação dos usuários, se existem arquivos para “espionagem” dos passos do internauta na Rede, que registra as páginas ou serviços que visitou, nome, endereço eletrônico, dados pessoais sobre saúde, compras online, etc.

v) PRIVACIDADE

Os usuários da internet têm o direito à privacidade sobre seus dados pessoais e de saúde. Os sites devem deixar claro seus mecanismos de armazenamento e segurança para evitar o uso indevido de dados, através de códigos, contra-senhas, software e certificados digitais de segurança apropriados para todas as transações que envolvam informações médicas ou financeiras pessoais do usuário. Devem ter acesso ao arquivo (sic) de seus dados pessoais, para fins de cancelamento ou atualização dos registros.

vi) ÉTICA MÉDICA

Os profissionais médicos e instituições de saúde registradas no CREMESP que mantêm sites da Internet devem obedecer os (sic) mesmos códigos e normas éticas regulamentadoras do exercício profissional convencional. Se a ação, omissão, conduta inadequada, imperícia, negligência, ou imprudência de um médico, via Internet, produzir dano à vida ou agravo da saúde do indivíduo, o profissional responderá pela infração ética junto ao Conselho de Medicina. São penas disciplinares aplicáveis após tramitação de processo e julgamento; advertência confidencial; censura confidencial; censura pública em publicação oficial; suspensão do exercício profissional por 30 dias e cassação do exercício profissional.

vii) RESPONSABILIDADE E PROCEDÊNCIA

Alguém ou alguma instituição tem que se responsabilizar, legal e eticamente, pelas informações, produtos e serviços de medicina e saúde divulgadas na Internet. As informações devem utilizar como fonte profissionais, entidades, universidades, órgãos públicos e privados e instituições reconhecidamente qualificadas.

Deve estar explícito aos usuários: quem são e como contatar os responsáveis pelo site e os proprietários do domínio. Estas informações também podem ser obtidas pelo usuário com uma consulta/pesquisa junto ao site da FAPESP (www.registro.br), responsável pelos registros de domínios no Brasil

O site deve manter ferramentas que possibilitem ao usuário emitir opinião, queixa ou dúvida. As respostas devem ser fornecidas da forma mais ágil e apropriada possível.

É obrigatória a identificação dos médicos que atuam na Internet, com nome e registro no Conselho Regional de Medicina.

Os sites com objetivo educativo ou científico devem garantir a autonomia e independência de sua política editorial e de suas práticas, sem vínculo ou interferência de eventuais patrocinadores.

Deve estar visível a data da publicação ou da revisão da informação, para que o usuário tenha certeza da atualidade do site. Os sites devem citar todas as fontes utilizadas para as informações, critério de seleção de conteúdo e política editorial do site, com destaque para nome e contato com os responsáveis (CREMESP, 2001).

De todos esses critérios, destacamos alguns, que são os que, sob o ponto de vista de uma análise textual, podem ser verificados. O item i) destaca a importância de conter nomes de responsáveis do site, o que nem sempre é o caso nos textos de divulgação sobre esquizofrenia, conforme verificamos em nossa pesquisa. O item vii) estabelece que é obrigação médica fornecer identificação dos médicos que atuam na internet. O problema, nesse ponto, é que nem toda a informação disponibilizada nos sites de divulgação é fornecida por médicos. Como percebemos, há autores cuja formação acadêmica não é explicitada nas publicações. Ainda, o item esclarece que a data de publicação e revisão devem estar visíveis ao leitor, além de todas as fontes utilizadas. Também no que diz respeito a este item, percebemos que vários textos nem sempre apresentam data de publicação e revisão, nem as fontes.

Diante de uma série de possibilidades de análise dos textos, então, optamos por limitar o estudo, num primeiro momento, à construção do referente “esquizofrenia”. Este seria um conceito-chave para uma introdução ao assunto, pensando-se no leitor leigo. Com isso em mente, o objetivo deste trabalho é, então, investigar como a referenciação da “esquizofrenia” é construída nos textos de divulgação, considerando a relevância que esse termo tem tanto para a comunidade, em geral, como para o paciente ou familiar que quer se informar sobre a doença, tentando entender melhor os sintomas e as formas de lidar com o problema.

Levando-se em conta os objetivos deste trabalho, o item iii), sobre a qualidade, será discutido com mais profundidade, já que é o que se relaciona diretamente com questões mais

complexas de construção de sentido, que é o que decidimos explorar. O item iii) orienta para que as informações apresentadas sejam de fácil compreensão, em linguagem objetiva e com base científica. Neste ponto, percebe-se a inexistência de critérios estabelecidos que determinem o que é o “fácil entendimento” e a “linguagem objetiva” mencionados, o que é um grande problema. E é justamente aqui que se faz evidente a necessidade de uma análise do ponto de vista linguístico, especialmente da construção de sentido do conceito-chave dos textos em questão.

Observamos, então, que, com o acesso a manuais fornecidos por órgãos confiáveis, é possível criar conteúdos que transmitam confiança ao leitor, principalmente porque eles trazem a orientação de que os textos devem conter embasamento científico e, preferencialmente, ser redigidos por especialistas. Ainda assim, é necessário avaliar o modo como os textos de divulgação são escritos, pois, além de conter informações confiáveis, é necessário que o conteúdo divulgado seja acessível, isto é, claro e objetivo para o leitor leigo, que é o tipo de leitor a quem se dirige este gênero de texto. Por isso, este trabalho pode ser uma contribuição, como um estudo inicial, para a elaboração de material que especifique melhor o item iii) do manual do CREMESP, que diz respeito à qualidade do texto de divulgação.

Neste trabalho, buscou-se coletar textos de divulgação sobre esquizofrenia em diferentes sites e identificar como é construído o sentido do termo “esquizofrenia”, fazendo-se, assim, uma primeira aproximação, do ponto de vista da possível interpretação de um leitor leigo. Ressalta-se que o leitor leigo, neste caso, é aquele que não tem formação nem conhecimento formal acerca de determinado assunto técnico ou científico, como é o caso da própria autora deste trabalho em relação à “esquizofrenia”, e que busca compreendê-lo através da divulgação.

Este trabalho está organizado em cinco capítulos. O primeiro, que é esta introdução. O segundo, em que apresentamos os pressupostos teóricos e estabelecemos a definição de texto de que partimos neste trabalho, ressaltando algumas das características importantes que dão unidade ao texto. Ainda, no segundo capítulo, tratamos a questão do gênero textual e da divulgação científica como gênero textual, além de uma breve discussão sobre simplificação textual. No terceiro capítulo, são apresentados os passos metodológicos utilizados no desenvolvimento deste trabalho. No quarto capítulo, são apontadas as observações sobre os textos coletados a partir da análise. Por fim, no quinto capítulo, apresentam-se as considerações finais do estudo.

2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

2.1 Definição de texto e Fatores de textualidade

Antes de tentar desvendar como a esquizofrenia é apresentada ao leitor leigo através de textos de divulgação para o seu público, é preciso determinar o que, afinal, é um texto, considerando suas características e funções. Sem dúvidas, definir a sua concepção pode ser uma tarefa árdua, pois ele pode ser representado de diversas formas. Por isso, a sua definição envolve a conscientização acerca de como ele é manifestado no mundo.

De modo geral, ao pensarmos na palavra “texto”, pensamos em sua forma verbal, geralmente definido como um conjunto de palavras que tem como objetivo transmitir uma mensagem a alguém. Ademais, podemos encontrar definições que explicam que o texto é formado por uma junção de enunciados coerentes, cuja função é comunicar. Em geral, encontram-se definições que colocam o objetivo de comunicar uma mensagem como uma característica primária. Exemplo disso pode ser verificado em dois trechos retirados de diferentes sites da *web*:

Do latim *textus*, um texto é um conjunto coerente de enunciados, podendo estes ser escritos ou orais. Trata-se de uma composição de signos codificada sob a forma de um sistema e que forma uma unidade de sentido. O texto tem intenção comunicativa: através dos seus signos, procura transmitir uma determinada mensagem que adquire sentido de acordo com o contexto. (CONCEITO DE TEXTO, 2015).

Texto é um **conjunto de palavras e frases** encadeadas que permitem interpretação e transmitem uma mensagem. É qualquer obra escrita em versão original e que constitui um livro ou um documento escrito. Um texto é uma unidade linguística de extensão superior à frase (SIGNIFICADO DE TEXTO).

Além dessas definições mais abrangentes sobre o texto pensadas na percepção dele como forma verbal, encontram-se outras maneiras de concebê-lo. Por exemplo, pinturas e fotografias podem ser vistas como textos imagéticos, enquanto um show pode ser visto como texto visual e sonoro, e o cinema como texto cultural (VARGAS, 2014). Neste estudo, o desafio é delimitar o texto escrito, que é caso dos textos de nosso *corpus* de trabalho. Em todos os casos, é considerado que algum tipo de comunicação é estabelecido com um ou

vários interlocutores. Além disso, todos preveem que a interação entre as partes envolvidas resulte em estabelecer um sentido, isto é, haja coesão e coerência, de acordo com o contexto da situação.

No entanto, as acepções que apresentamos até aqui não dão conta da complexidade do fenômeno que é o texto. É preciso definir melhor que tipo de comunicação tratamos e como se estabelece a interação entre os envolvidos no ato comunicativo. Além disso, é preciso definir o que se chama de “coesão e coerência” e “contexto de situação”.

Em primeiro lugar, partimos da concepção de que o texto não se trata de um mero agrupamento de palavras, conforme aponta Fiorin (2005), pois isso sugere que as partes do texto podem ou não ter relação entre si, o que pode resultar em um produto sem sentido. Em concordância com José Luiz Fiorin:

Dizer que o texto é um todo organizado de sentido implica afirmar que o sentido de uma parte depende do sentido das outras. No caso dos textos verbais, isso significa que ele não é um amontado de frases, ou seja, nele as frases não estão simplesmente dispostas umas depois das outras, mas mantêm relação entre si. Isso quer dizer que o sentido de uma frase depende do sentido das demais, o sentido de uma parte do texto depende do sentido das outras. (FIORIN, 2005, S.P).

Portanto, o texto é um todo organizado, provido de sentido, e não de uma mera aglomeração de frases. Ademais, a organização de sua estrutura prevê a obtenção de sentido e a compreensão de cada parte do todo (FIORIN, 1994).

Além de Fiorin (2005), a linguista Ingedore Villaça Koch (1997) também traz discussões acerca do texto que são relevantes para o desenvolvimento deste estudo, visto que abordam questões relacionadas à sua construção de sentido a partir da interação entre sujeitos. Assim, a autora concebe o texto como uma maneira de manifestar a língua a partir da interação social e afirma que ele tem determinadas finalidades.

É válido ressaltar que, inicialmente, por volta dos anos 60, na fase do estruturalismo, o texto era concebido como uma estrutura acabada, isto é, um produto formado por sequências linguísticas coerentes entre si e que não visava o estabelecimento da comunicação. Atualmente, por um lado, temos concepções formuladas a partir de abordagens cognitivas e pragmáticas, enquanto que, de outro, abordagens gramaticais para definir o texto. A partir de orientações pragmáticas, o texto passou a ser visto como sequência de atos de fala e, pela linha cognitiva, como um fenômeno psíquico. Assim:

Textos são resultados da atividade verbal de indivíduos socialmente atuantes, na qual estes coordenam suas ações no intuito de alcançar um fim social, em conformidade com as condições sob as quais a atividade verbal se realiza (KOCH, 1997, p. 22).

Os estudos da autora corroboram para a concepção de texto de divulgação científica para leigos que visamos neste trabalho. Podemos afirmar, então, que esses textos formam um meio de comunicação e estabelecem uma relação entre sujeitos especializados e o seu público-alvo, formado, nesse caso, por leigos. Assim, torna-se importante constituir um diálogo em que o autor, através da escrita, seja compreendido pelo leitor e alcance o seu objetivo primordial, que é divulgar. O objetivo específico da divulgação, levando-se em conta os pressupostos da autora, é fazer uso da língua como ferramenta, com o intuito de disseminar um conteúdo ao instaurar uma relação entre autor e leitor.

Para que se possa estabelecer a comunicação entre leitor e autor, é necessário levar em consideração não apenas os aspectos sociais, pragmáticos e cognitivos mencionados até então. É importante salientar também abordagens que possibilitam outras perspectivas, além das já mencionadas, relacionadas ao uso concreto da língua, no que diz respeito à organização textual de ordem formal, levando-se em conta estruturas gramaticais que auxiliam na construção da coerência e são importantes para análise da adequação dos textos de divulgação. Por isso, é importante destacarmos aspectos como o léxico, a estrutura das frases e a sintaxe.

Além dos autores anteriormente mencionados, a linguista Mônica Magalhães Cavalcante também traz reflexões acerca do texto, seguindo a linha de Koch. Em seu capítulo *Texto, Contexto e coerência* (CAVALCANTE, 2012), a autora apresenta a concepção de que textos constituem unidades de sentido e cumprem propósitos comunicativos. De acordo com a autora, os textos

Constituem uma unidade de linguagem dotada de sentido e porque cumprem um propósito comunicativo direcionado a certo público, numa situação específica de uso, dentro de uma terminada época, em uma dada cultura em que se situam os participantes desta comunicação (CAVALCANTE, 2012, p. 17).

Essa definição é importante neste trabalho porque podemos relacioná-la diretamente com os propósitos dos textos de divulgação. Nesse caso, o objetivo é comunicar/divulgar algo a um determinado público, que é o leitor leigo, em uma época e cultura em que a internet se tornou uma ferramenta importante para divulgação científica.

Além da definição de texto, a autora traz uma reflexão importante para este estudo acerca da coerência textual. De ordem pragmática, a coerência é associada à construção do sentido realizada pelo leitor a partir do seu conhecimento e do contexto do texto. Além disso, ela se refere a “todas as inferências que precisam ser feitas para que os sentidos sejam construídos” (CAVALCANTE, 2012, p. 31). As inferências envolvem conhecimentos como o linguístico, enciclopédico e interacional, que possibilitam a formação do sentido do texto ao serem associadas aos elementos presentes na superfície textual e aos conhecimentos armazenados na mente. Assim, a construção do sentido depende de fatores como gênero textual, conhecimento dos interlocutores, grau de formalidade e contexto no qual a situação comunicativa ocorre. Portanto, o leitor atribui sentido ao que lê através de processos cognitivos que envolvem os conhecimentos do leitor e o contexto, e não somente através de elementos sintáticos e semânticos. Ademais, a linguista aponta como ferramentas para a construção da coerência a continuidade, progressão, não contradição e articulação, caracterizadas pela retomada de elementos no decorrer do discurso; apresentação de novas informações às retomadas; apresentação de informações compatíveis entre si e organização e relação dos fatos e conceitos apresentados no texto.

Neste momento, é válido ressaltar os tipos de conhecimento acionados na construção do sentido através das inferências, intrínsecas à coerência. Por isso, destacam-se para os propósitos deste estudo os sistemas de conhecimento linguístico e interacional e enciclopédico, também trazidos por Koch (1997). Dessa forma, o primeiro sistema apresentado é o conhecimento linguístico.

Conhecimento linguístico

Está relacionado ao conhecimento gramatical e lexical que cada falante tem de sua língua nativa. Responsável pela organização do produto linguístico, essa relação ocorre, por exemplo, através da seleção lexical e estruturação da frase, organizada de acordo com regras gramaticais.

Conhecimento interacional

Está relacionado às maneiras de promover uma interação entre autor e leitor através da linguagem. Assim, o leitor pode reconhecer as intenções do autor, além de entender os seus objetivos a partir dos conhecimentos ilocucional, comunicacional, metacomunicativo e superestrutural. Visando os objetivos deste estudo, destaco o comunicacional, que diz respeito ao uso adequado da linguagem de acordo com os objetivos pretendidos pelo autor. Isso é alcançado através da adequação da quantidade de informações disponibilizadas para que o

leitor possa compreender o sentido do texto, da escolha apropriada da variante linguística de acordo com a situação na qual ocorre a interação e, finalmente, da adaptação do tipo de texto de acordo com o contexto comunicativo; o conhecimento metacomunicativo, que se trata de um recurso utilizado para garantir e guiar a compreensão do leitor ao evitar ruídos na interação, é ativado através do uso de ênfases, como parênteses, parágrafos, destaques, em determinadas expressões e por meio de resumos, repetições, paráfrases, complementações, explicações, etc. O conhecimento superestrutural, por sua vez, relaciona-se à adequação do texto ao gênero textual e o seu reconhecimento por parte do leitor sem que isso esteja explicitado no texto pelo autor.

Conhecimento enciclopédico

Relaciona-se aos conhecimentos gerais sobre o mundo armazenados na memória de cada indivíduo, a partir das experiências acumuladas ao longo do tempo em relações socioculturais. Esse conhecimento pode ser do tipo declarativo, constituído de proposições a respeito de fatos do mundo ou procedural, adquiridos através de experiências e determinados socioculturalmente. Esse conhecimento possibilita ao leitor fazer inferências e esperar encontrar determinadas informações ao longo do texto ao ler, por exemplo, o título de uma matéria ou preencher lacunas encontradas ao longo da leitura.

Portanto, ao conceber o texto como unidade de sentido com o propósito comunicativo e sendo a coerência uma de suas características principais, cabe questionar o que faz com que um texto seja incoerente a um leitor. Para isso, recorre-se à Charolles (1989), que acredita que a incoerência é, na verdade, uma inadequação à situação comunicativa. Dessa forma, a partir da reflexão de Charolles (1989), pode-se pensar que, mesmo que a temática do texto e público-alvo estejam de acordo com as intenções comunicativas do autor, a forma como as informações são apresentadas podem ser inadequadas no que diz respeito, por exemplo, ao grau de formalidade, ao gênero, ao contexto e a outros elementos linguísticos, como, no caso dos textos de divulgação científica, tamanho do texto e uso de termos científicos, dificultando a construção do sentido por parte do leitor.

Ainda no mesmo capítulo, Cavalcante (2012) apresenta sobre os fatores da textualidade, relevantes para a construção da coerência textual devido a sua importância na produção de um texto de qualidade. Conforme a autora demonstra, um texto pode conter certas rupturas localizadas referentes à coerência e, por conta disso, o texto poderá ser prejudicado em termos de qualidade. Com isso, Cavalcante aponta quatro fatores, sendo eles: *a continuidade, a progressão, a não contradição e a articulação.*

A *continuidade* é atribuída pela autora como um dos principais requisitos da coerência. Ela ocorre através da retomada de elementos ao longo do texto, o que proporciona a continuidade dele, visto que a repetição promove a percepção do texto como um todo único. A *progressão*, por sua vez, diz respeito à importância do surgimento de novas informações aos elementos retomados através da continuidade. Esses acréscimos proporcionam a progressão do sentido do texto. Já a *não contradição* está associada à permanência dos fatos apresentados ao longo do texto, isto é, à ausência de contradições no decorrer dele. Dessa forma, seria incoerente fazer alguma afirmação em determinado ponto e negar o que foi dito em outro, sem fornecer justificativas.

Finalmente, a *articulação* se refere à organização do encadeamento das informações no decorrer da produção textual, ou seja, está associada à maneira como os elementos se relacionam.

De maneira resumida, entendemos, neste trabalho, o texto como uma estrutura organizada e provida de sentido, além de uma ferramenta que constitui o diálogo para o estabelecimento da comunicação entre autor e leitor. No que diz respeito aos fatores da textualidade, serão observados na análise, principalmente, a continuidade e progressão, conforme será abordado posteriormente.

2.1.1 A REFERENCIAÇÃO E A CONSTRUÇÃO DOS REFERENTES EM UM TEXTO

Devido ao interesse em analisar a construção do referente “esquizofrenia” nos textos de divulgação, faz-se necessário explorar mais profundamente os fatores de textualidade nomeados pela autora como *continuidade*, *progressão* e *articulação*. Para isso, buscamos subsídio na *Referenciação*, tratado por Cavalcante (2012) como um fenômeno textual-discursivo importante para a produção e compreensão de sentidos. Em seu capítulo *Referenciação e compreensão de textos*, a autora propõe abordar a temática em dois capítulos. No primeiro, ela apresenta as definições para referente, expressão referencial e recategorização, enquanto que, no segundo, ela descreve os tipos de expressões referenciais e as funções discursivas das expressões.

Nesse sentido, Cavalcante inicia o capítulo apontando o conceito de referente, que se trata, sob esta perspectiva, dos objetos de discurso. Conforme a autora, “o **referente** é um

objeto, uma representação construída a partir do texto e percebida, na maioria das vezes, a partir do uso de expressões referenciais” (CAVALCANTE, 2012, p. 99). Ainda no que diz respeito ao referente, ressalta-se que é possível que haja apenas uma ou nenhuma expressão referencial para se remeter a um referente. As expressões referenciais, por sua vez, dizem respeito a maneira como um referente é retomado no texto através do uso de recursos linguísticos como repetição do termo, uso de pronome, elipse ou uso de outro item lexical, por exemplo. Dessa forma, as expressões referenciais são utilizadas para retomar um mesmo referente no decorrer do texto, o que é necessário para o estabelecimento da coerência textual, principalmente no que tange a continuidade e progressão do texto. Além de apresentar essas definições, a autora também destaca a importância do processo de referenciação para a produção e compreensão de textos. De acordo com a autora,

[O]s referentes “jogam” em diversas posições, dentre as quais destacamos: o papel na organização da informação; a atuação na manutenção da continuidade e progressão do tópico discursivo; a participação na orientação argumentativa do texto [...] (CAVALCANTE, 2012, p. 102).

Na segunda parte do capítulo, a autora apresenta as características da referenciação. Inicialmente, ela aponta que a atividade da referenciação é uma elaboração da realidade. Isso demonstra que a referenciação de um mesmo objeto do “mundo real” pode ser construída de diferentes maneiras. Como exemplo, ela apresenta dois textos que apontam um referente em comum, que é o *casamento*, e cuja referenciação é construída de diferentes maneiras. No exemplo 1, observa-se uma avaliação negativa e uma espécie de anedota sobre o casamento, através de uma metáfora irônica. Já no exemplo 2, o casamento é conceituado no plano jurídico e também como instituição social. Nos exemplos fornecidos pela autora, encontram-se os seguintes trechos para elucidar o que é o referente:

Exemplo 1:

Antes do casamento os olhos devem estar bem abertos; depois do casamento, semicerrados. (Benjamin Franklin)

Exemplo 2:

O casamento é uma instituição antiga, nascida dos costumes, incentivada pelo sentimento moral e na atualidade completamente incorporada ao direito pátrio (citado por CAVALCANTE, 2012, p. 103-104).

Dessa forma, a referenciação do mesmo objeto foi construída de acordo com os propósitos discursivos de cada texto. Isso evidencia que o objetivo da referenciação é construir, através da linguagem, uma versão dos eventos experienciados.

O principal pressuposto da referenciação, portanto, é o de que as experiências vividas no mundo não são estáticas, pois cada um apresenta a sua versão de referente de acordo com o que conhece sobre ele. Desse modo, as experiências são reelaboradas de um modo que faça sentido. Dito isso, com a necessidade de modular o nosso dizer para estabelecer a comunicação e atender às necessidades que surgem na interação, transformamos os referentes ao recategorizarmos os objetos.

A recategorização referencial é o resultado e o reflexo das diferentes mudanças pelas quais um mesmo referente passa. Essas mudanças, conforme aponta Cavalcante

estão relacionadas ao direcionamento argumentativo que o produtor pretende dar a seu texto, mas também a outras intenções expressivas, emotivas, poéticas, etc.: as funções discursivas da transformação ou recategorização de um referente são muito diversificadas, e seria impossível fechá-las numa única classificação (CAVALCANTE, 2012, p. 106).

É importante destacar que a maneira como um referente é retratado depende do ponto de vista de quem está o construindo. Dessa forma, um mesmo referente pode representar perspectivas diferentes e o uso de diferentes processos para a construção de um referente pode causar variados efeitos de sentido dentro do texto. Com isso, as expressões utilizadas com o objetivo de recategorizar um referente são chamadas de anáforas recategorizadoras. Através delas, torna-se possível discorrer sobre um evento ou objeto de diferentes maneiras, de acordo com as experiências vividas pelos sujeitos da interação.

Esta evolução dos referentes, no caso da nossa pesquisa, do referente instituído por “esquizofrenia”, principalmente, é que será o nosso ponto de observação de análise, de acordo com os fundamentos teóricos aqui descritos.

Mais adiante, no segundo capítulo, Cavalcante trata da referenciação como uma atividade de negociação entre interlocutores. Nesse sentido, a construção do referente de uma realidade não depende somente da maneira como uma pessoa apresenta a sua visão sobre um determinado evento. Isso significa que essa construção acontece através de uma negociação entre os participantes e esse processo não é subjetivo, mas sim negociado e cooperativo. Desse modo, “as ideias não se processam isoladamente na mente de cada sujeito, mas dependem de como cada um percebe a ação dos outros participantes incluídos na situação” (CAVALCANTE, 2012, p. 110). Além disso, o conhecimento de cada indivíduo e o contexto no qual a situação comunicativa ocorre são fatores que influenciam a maneira como cada um compreende as ações dos outros. Na produção textual, a construção do referente acontece de uma maneira coerente já com o objetivo de fazer com que os leitores aceitem as informações

como verdadeiras. Em conformidade com a autora, isso demonstra a existência de uma negociação entre autor e leitor, tendo em vista que os referentes construídos devem ser aceitos e validados pelos interlocutores.

No último ponto apresentado, a atividade de referenciação é tratada como um trabalho sociocognitivo. Nesse ponto, a autora propõe que, por conta de nossas capacidades cognitivas, é possível realizar associações e inferências, a partir de pistas contextuais, a respeito de informações explícitas ou implícitas no texto. Dessa forma, a atividade referencial é considerada cognitiva, visto que é a capacidade de processar os textos que produzimos e compreendemos que possibilita a interação linguística.

Ademais, Cavalcante destaca que o aspecto cognitivo está relacionado com o aspecto social. Assim, a bagagem de conhecimento que temos tem origem nas experiências sociais de cada indivíduo. Isso mostra que o conhecimento está sujeito a mudanças e adaptações à medida que as experiências vão acontecendo. É por isso, então, que a autora propõe a concepção de que o processo de construção dos referentes se trata de um fenômeno sociocognitivo. A partir das concepções apresentadas até então acerca da referenciação, a linguista aponta uma definição global, apresentada a seguir:

O processo de referenciação pode ser entendido como o conjunto de operações dinâmicas, **sociocognitivamente motivadas**, efetuadas pelos sujeitos à medida que o discurso se desenvolve, com o intuito de **elaborar as experiências vividas e percebidas**, a partir **da construção compartilhada** dos objetos de discurso que garantirão a construção de sentido(s) (CAVALCANTE, 2012, p. 113).

Os aspectos sociocognitivos são fundamentais, também, para dimensionar como o referente “esquizofrenia” aparece em nosso *corpus*, em cada texto, levando-se em conta que se trata de uma negociação de sentido entre o saber científico de que partem, supostamente, os textos de divulgação, e o saber popular do leitor leigo.

2.1.2 A COMPOSIÇÃO DOS TEXTOS EM SEQUÊNCIAS

Com o objetivo de complementar a definição de texto abordada neste estudo e refletir sobre a composição de um texto de divulgação, é válido tratar sobre a noção de sequência textual proposta por Adam (1992). Ao conceber o texto como uma sequência de sentenças que desempenham determinados objetivos comunicativos e como uma ação sócio histórica da

fala, o autor propõe 5 sequências textuais tomadas como formas das quais a ação discursiva pode se valer. São elas a narração, a descrição, a argumentação, a explicação e o diálogo. Neste ponto, destaca-se que o autor reconhece a condição de heterogeneidade presente no texto. Isso significa que, de acordo com Adam, não existem textos exclusivamente descritivos, por exemplo. O que ocorre é uma relação de predominância na qual um texto pode ser predominantemente de uma sequência e conter características de outra(s). Dessa forma, o texto é composto por sequências, em uma relação na qual uma determinada sequência é dominante. Com isso em mente, a análise proposta neste trabalho também será fundamentada nas sequências de Adam (1992), apresentadas a seguir, compostas pelas descritiva, explicativa, narrativa, argumentativa e dialógica.

Sequência descritiva

Conforme aponta Cunha (2006), essa sequência está relacionada à finalidade de guiar o leitor a prestar atenção em determinados pontos do texto através de técnicas determinadas pelos objetivos que o autor visa produzir no leitor. Além disso, ela não segue uma ordem linear, visto que é composta por fases que são combinadas em uma ordem hierárquica. A sequência descritiva é caracterizada pela ação de nomear um objeto, qualificá-lo e situá-lo no tempo e no espaço. Ao descrever um objeto, o enunciador conta com determinados procedimentos, sendo eles a ancoragem, utilizada para revelar o objeto ao leitor ao iniciar a descrição; a afetação, que ocorre quando o enunciador escolhe revelar o objeto apenas ao final da descrição; a aspectualização, em que as propriedades do objeto são descritas; a colocação em relação, em que o autor apresenta ao leitor o lugar e situação em que o objeto se encontra; a tematização, em que as propriedades, partes ou situação do objeto são expandidos através da aspectualização ou da colocação em relação e a reformulação, em que o interlocutor faz uso de elementos linguísticos como, por exemplo, *em suma* ou *em outras* palavras para modificar o tema inicial, alguma propriedade ou alguma parte do objetivo descrito. Em relação a essa sequência, é importante destacar que nem toda explicação apresenta todos esses procedimentos ao mesmo tempo. Além disso, mesmo podendo ser exclusiva ou dominante em relação a outras sequências, ela costuma se apresentar subordinada a outras, como a narrativa ou a argumentativa.

Sequência explicativa

O texto é considerado explicativo quando a sequência explicativa é dominante quando outras sequências também se fazem presentes, como a narrativa ou a descritiva. A sequência explicativa tem origem no reconhecimento de uma informação incontestável e visa responder

ou esclarecer questões colocadas, isto é, possui como objetivo responder “*como?*” ou “*por quê?*” através de “*é que*” ou “*é porque*”, que introduzem uma explicação. Além disso, as sequências explicativas ocorrem predominantemente com verbos no presente do indicativo. Dessa forma, a explicação refere-se a um evento incontestável, mas que precisa ser explicado por se tratar de um fenômeno de difícil compreensão. Essas questões que requerem uma explicação são desenvolvidas e, ao final, reformuladas e enriquecidas. Assim, busca-se explicar aquilo sobre o que se tem certeza, o que pressupõe que o interlocutor possui o conhecimento necessário para isso. Ademais, a explicativa é composta por uma esquematização inicial que diz respeito a uma questão aceita pelo enunciador e co-enunciadores e que é considerada não-polêmica, visto que o produtor não tem a intenção de convencer; também é composta por um problema, que é a formulação de uma questão com base na esquematização inicial, indicado pelo “por quê” ou “como?”; pela explicação, que diz respeito à resposta dada ao problema e, finalmente, pela conclusão, que serve como um encerramento da sequência. É importante mencionar que essa sequência é frequentemente percebida em artigos informativos ou outros textos que possuem como objetivo orientar sobre o funcionamento de algo.

Sequência narrativa

De acordo com Adam (2011), esta sequência está associada à apresentação de fatos reais ou imaginários. Adam (1992) apresenta certas características associadas à narrativa, sendo elas a sucessão de eventos, relacionada ao delineamento de um evento inserido em uma sucessão de eventos alinhados temporalmente; a unidade temática, na qual a ação narrada apresenta uma unidade em que um sujeito agente seja privilegiado; os predicados transformados, em que um evento deve ser transformado ao longo da narrativa; a unidade de um processo, em que a narrativa deve ser estruturada em início, meio e fim; a intriga, relacionada a um conjunto de causas que sustentam os fatos narrados; a moral, relacionada ao estímulo de uma reflexão sobre o que fora narrado, justificando a razão de a narrativa existir.

Sequência argumentativa

De acordo com Ferreira (2016), neste tipo de sequência, percebem-se duas características, que são a análise e o posicionamento do enunciador. Conforme o autor apresenta,

O primeiro diz respeito ao processo de apresentação de um ponto de vista **(A)**, elidindo ou refutando uma tese anterior **(B)** e propondo uma nova tese **(C)**. Essa estrutura composicional [...]. O segundo, que não elimina a sequência **(A) – (B) – (C)**, baseia-se, sobretudo, na organização de um conjunto de enunciados, podendo vir a aparecer em meio a outros tipos de textos e em qualquer gênero do discurso (FERREIRA, 2016, p. 52).

Dessa forma, essas características demonstram que a argumentação pressupõe a qualidade de persuadir o interlocutor com a proposta de uma nova tese, independentemente de ela ser verdadeira ou não. Argumentar, portanto, implica na construção de um sentido que visa modificar a visão de outro falante sobre um determinado acontecimento, alterando, assim, o discurso.

Sequência dialogal

A principal característica desta sequência é a sua formação a partir de mais de um interlocutor. Ela é formada a partir do esquema: abertura da interação, marcada por saudações ou apresentações; corpo da interação, momento no qual se discorre sobre um assunto escolhido pelos interlocutores envolvidos e fechamento da interação, momento em que ocorrem despedidas ou agradecimentos. Dentro da sequência dialogal, há a sequência *fática*, cuja função é abrir e fechar interações e a *transacional*, encontrada no corpo da interação, onde ocorre a razão da comunicação.

Supõe-se que as sequências predominantes nos textos de divulgação para leigos sejam as *descritivas* e *explicativas*, que seriam compatíveis com a função de divulgar um conhecimento (conforme veremos com mais detalhe, adiante, na seção sobre o gênero *divulgação científica*). Sendo o objetivo deste trabalho descrever como o referente “esquizofrenia” é construído nos textos de nosso *corpus*, esta hipótese poderia ser apenas tangencialmente verificada, na medida em que o modo de apresentação desse referente pode ser uma descrição ou explicação – ou, ainda, estar a serviço de uma sequência descritiva ou explicativa. Ainda assim, o aporte teórico sobre a composição dos textos em sequências, fornecido por Adam (2011), aponta para uma outra hipótese mais específica importante, a qual é valiosa para a nossa análise global dos textos: a tendência da apresentação do referente “esquizofrenia” provavelmente aparece nos textos de divulgação para leigos como uma explicação ou descrição. E essa expectativa também guia o modo como o leitor recebe e interpreta o texto. Neste trabalho, não é nosso interesse comprovar essas hipóteses, mas ventilar essas possibilidades de leitura, ao oferecer uma análise de interpretações da compreensão da construção do referente “esquizofrenia”, sob o viés de um leitor leigo.

Até agora, foi apresentado um panorama geral acerca da definição de texto como unidade de coerência, sobre sua composição e sobre a construção de referentes que se dá na interlocução. No próximo capítulo, a discussão será sobre gênero textual para, a seguir, aprofundarmos na concepção de texto de divulgação como gênero textual.

2.2 Divulgação científica como gênero textual

2.2.1 GÊNERO TEXTUAL

No uso diário da língua, somos expostos a inúmeras situações que pressupõe o contato com outras. Ao levar-se em conta o tipo de interação que pretendemos estabelecer, adaptamos a maneira como vamos apresentar ao outro aquilo o que desejamos. Dessa forma, os gêneros textuais foram criados e classificados a partir de práticas discursivas a partir da necessidade de instaurar a comunicação e servem como ferramentas comunicativas, selecionadas de acordo com os efeitos que esperamos produzir no interlocutor.

De modo abrangente, os gêneros textuais desempenham funções sociais, de acordo com as intenções comunicativas. Em outras palavras, eles podem ser considerados práticas sociais, tendo em vista a sua função de ordenar e estabilizar as atividades comunicativas, conforme aponta Marcuschi (2003). Ainda em concordância com o autor, os gêneros estão relacionados com as necessidades socioculturais, que passam por alterações ao longo do tempo. Dessa forma, eles são adaptáveis e se adaptam às diversas situações comunicacionais. Outro ponto importante a ser destacado em relação aos gêneros é que, mesmo sendo maleáveis, eles apresentam certas características padronizadas que possibilitam o seu reconhecimento, mesmo que tenha passado por transformações. Um exemplo disso são as cartas, que foram substituídas pelos e-mails, mas que continuam exercendo as mesmas funções. Assim, mesmo que os diferentes modos como nos comunicamos passem por recorrentes evoluções, certas estruturas permanecem estabelecidas em nossa mente.

Levando-se em conta a concepção de gênero textual como prática social estabelecida de acordo com determinadas situações e necessidades comunicativas, faz-se necessário discorrer, mais especificamente, sobre a divulgação científica, que é a base da análise do estudo em questão. Portanto, a próxima etapa tratará do gênero divulgação científica.

2.2.2 DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

Como foi anteriormente mencionado, os gêneros textuais são diversos e existem, basicamente, para tornar possível a comunicação. Eles são constantemente adaptados no contato com interlocutores de acordo com as nossas intenções comunicacionais. Dessa forma, enquanto alguns gêneros servem para informar e outros para distrair, há os que exercem a função de divulgar.

De modo abrangente, os textos de divulgação científica são produzidos a partir da realização de pesquisas e aprofundamentos sobre determinados temas. A principal finalidade deles é popularizar a ciência ao disseminar o conhecimento. Considerada uma prática social, a ciência está vinculada ao sujeito e às ideologias que os compõem. Ademais, ela é fruto de um processo cultural e histórico. Esses elementos vinculados à ciência refletem na estruturação do discurso científico e na sua popularização (CUNHA e GIORDAN, 2009).

Em concordância com Valério (2009), o maior objetivo da divulgação científica é difundir o conhecimento científico, de modo a facilitar a compreensão de pesquisas ou outros tipos de materiais científicos ao público em geral. Assim, esse gênero não visa somente a troca de informações diretamente entre especialistas e encontramos nos mais diversos ambientes virtuais meios de disseminar informações sobre as mais diversas áreas do conhecimento.

No que diz respeito ao compartilhamento realizado através da *web*, é importante salientar que a popularização da divulgação das ciências no mundo virtual iniciou nos anos 90, época que corresponde ao desenvolvimento da *Web*. Com o aumento do acesso à informação, cresce, também, o número de sites interessados em realizar divulgação científica e a quantidade de leitores interessados na busca por assuntos científicos. Desse modo, desde sua popularização, a internet tornou-se uma ferramenta importante para a divulgação científica no meio eletrônico (VALÉRIO, 2009).

Em relação à divulgação de textos da área da saúde no mundo virtual, que é o ambiente de divulgação abordado neste trabalho, questiona-se sobre a qualidade da informação divulgada, que nem sempre é baseada em evidências. Mesmo sendo fundamental considerar a qualidade das informações apresentadas ao público leigo, é também importante analisar a maneira como essas informações se apresentam a ele. É neste ponto, portanto, que

cabe avaliar se o que é divulgado está de acordo com os conhecimentos do leitor e com alguma norma proposta pelo CREMESP.

Conforme aponta Mueller e Caribé (2010), foi a partir dos séculos XVII e XVIII que se iniciaram a produção de obras com o propósito de realizar divulgação científica. Até então, o acesso a assuntos científicos era restrito ao público erudito e, a partir disso, o conteúdo passou a ser direcionado a um público maior. Dessa forma, para acessar um maior número de leitores, os estudiosos começaram a escrever em línguas vernáculas. De acordo com Rojo (2008), a necessidade de divulgar conteúdos científicos tem origem nas mudanças sócio históricas e no interesse em qualificar a classe de trabalhadores. Pode-se afirmar, então, que a divulgação tem o propósito de tornar o conhecimento científico, considerado um bem cultural, acessível às massas.

Um marco importante na divulgação científica foi o século XVIII, com a organização da *Enciclopédia*, por Diderot e d'Alembert (apud. ROJO, 2008, p. 588) Ainda em conformidade com Rojo (2008), organizada em 28 volumes, a obra continha verbetes sobre temas e conceitos científicos organizados em ordem alfabética. Conforme aponta a autora,

Começada em 1751, somente foi concluída em 1772. Difundiu popularizando as ideias de liberdade individual; liberdade de pensar; escrever e publicar; liberdade comercial e industrial; combate às ideias religiosas, consideradas um obstáculo para a liberdade; combate ao absolutismo político. Logo, foi perseguida e proibida pela Igreja e pelos soberanos (ROJO, 2008, p. 589).

Foi com a *Enciclopédia*, portanto, que se instaurou uma maneira de se organizar ideias científicas com o objetivo de divulgá-las ao público em geral. Atualmente, a divulgação ainda é produzida com o objetivo de disseminar conteúdos de cunhos científico ao público leigo e essa divulgação ocorre tanto em ambientes físicos quanto em ambientes *online*, através de postagens.

Rojo (2008) ainda afirma que há certas características que um texto de divulgação deve conter no que diz respeito ao seu público-alvo. Assim, para esta autora, existem certos elementos textuais que devem ser utilizados de acordo com o tipo de leitor pretendido. Em relação ao leigo, pressupõe-se que esse leitor tenha pouco conhecimento sobre o assunto. Por isso, ele deve buscar por textos que evitem o uso de linguagem especializada, mas, se existirem no texto, que contenham explicações ou definições sobre o léxico especializado; que seja composto por um linguajar mais cotidiano e que criem uma relação de proximidade com o leitor, como se fosse parte de uma conversa. Essa visão da autora vai ao encontro do item

iii) sobre qualidade, do manual do CREMESP, que, conforme abordamos anteriormente, atenta para o uso de uma linguagem de fácil compreensão, objetiva e com base científica.

No que diz respeito ao leitor leigo, compreende-se também que ele pode ser segmentado em diferentes níveis de conhecimento científico. Enquanto que, por um lado, temos o leitor interessado em assuntos científicos e que já domina certo vocabulário mais técnico, temos, por outro, o leitor que busca conhecimentos científicos, mas que não domina o vocabulário técnico e que, por isso, busca textos mais acessíveis a ele. É este tipo de leitor que interessa neste estudo, pois ele é o mais afetado quando, ao procurar por textos sobre esquizofrenia, tem dificuldades para compreender de modo claro e objetivo o que é a doença, como tratá-la e quais são os seus riscos.

Pensando-se no leitor em busca de informações acerca de um assunto que não domina, é importante que os textos de divulgação científica sejam elaborados de maneira acessível a eles, levando-se em conta, também, as características propostas por Rojo (2008). Destaca-se que essas características, além de outras, estão relacionadas à simplificação textual, importante para tecer uma reflexão no sentido de possibilitar a acessibilidade às informações sobre temas de cunho científico. Por isso, na próxima seção será abordada a questão da simplificação textual.

2.3 Simplificação textual

Esta pesquisa tem uma de suas motivações originada nos estudos do PLN, conforme já mencionado. Foi no âmbito do processamento automático que surgiram nossos primeiros questionamentos sobre a base linguística daquilo que torna um texto mais ou menos acessível a um leitor. Por isso, então, dedicamos esta pequena resenha sobre trabalhos que contribuíram para a construção deste pensamento.

A raiz da simplificação textual encontra-se associada aos conceitos de Linguística Computacional (LC) e Processamento de Linguagem Natural (PLN), área da ciência da computação e subárea da Inteligência Artificial que tem como objetivo realizar o processamento da linguagem natural humana e solucionar problemas relacionados com o reconhecimento e reprodução dessa linguagem. Conforme Evers (2013) apresenta, o objetivo do PLN é, através de ferramentas computacionais, analisar textos e gerar frases escritas na linguagem humana. Dessa forma,

O objetivo final do PLN, então, é capacitar computadores a entender e compor textos em língua natural. Por “entender” queremos dizer serem capazes de reconhecer o contexto, fazer a análise sintática, semântica, léxica e morfológica, criar resumos, extrair informação, interpretar os sentidos e até aprender conceitos através de textos processados (EVERS, 2013, p. 87).

Assim, no âmbito do PLN, entre outras, foram desenvolvidas ferramentas automáticas de simplificação textual com o objetivo de fazer com que os textos se tornem compreensíveis ao leitor de baixo nível de letramento ou com problemas cognitivos. Os problemas de compreensão desse público estão associados, por exemplo, à dificuldade de ler textos com sentenças longas. Assim, essas ferramentas de simplificação são ajustadas manualmente para tornar textos mais simples no que diz respeito à estrutura sintática das sentenças (MAZIERO; PARDO; ALUÍSIO, 2009).

A simplificação textual associada ao PLN e à LC é considerada, então, um processo para a redução da complexidade no nível lexical, sintático e discursivo dos textos. O seu principal objetivo é tornar um texto mais compreensível ao leitor médio, com baixo nível de letramento, através de ferramentas automáticas. Além disso, tem como objetivo realizar a simplificação do texto sem alterar o seu significado (MAX, 2006).

Do ponto de vista do PLN, a simplificação tem a finalidade de tornar um texto de cunho científico acessível ao leitor leigo, e, para isso, é preciso que ele seja escrito de uma maneira simplificada. Com isso em mente, convém questionar o que, afinal, significa simplificar um texto. A ação de simplificar um texto já foi e continua sendo permeada por uma certa polêmica, conforme apontam Finatto, Evers e Stefani (2016). De acordo com as autoras, a simplificação está associada, de modo pejorativo, com a vulgarização do conhecimento. Apesar dessa visão negativa que alguns têm a respeito da simplificação, a ação de simplificar um texto para um determinado público é importante para a divulgação de informações que, até então, permaneciam no círculo de leitores especializados.

Neste ponto, é válido ressaltar que, ao falarmos sobre simplificação textual para o público leigo, não nos referimos a leitores com pouca inteligência, com problemas cognitivos ou com baixa escolaridade, necessariamente, como pode ser compreendido. Ao tratarmos da simplificação, pensamos no leitor que não é especialista em determinados assuntos e que tem interesse em pesquisar sobre eles, seja por curiosidade ou seja com o interesse mais profundo de compreender e associar o que está pesquisando à própria vida. Ao buscar uma definição para “leigo”, o Michaelis Moderno Dicionário da Língua Portuguesa apresenta as seguintes definições:

leigo

lei·go

adj sm

1 Que ou aquele que não tem ordens sacras; laico, temporal: Queria que os filhos estudassem em uma escola leiga.

2 FIG Diz-se de ou pessoa não pertencente a determinada profissão ou não versada em algum ramo de conhecimento ou arte; amador, desconhecedor, inexperiente: No interior, ele tinha aulas com um professor leigo. É um leigo em matéria de leis.

3 JUR Diz-se de ou juiz que não é togado, que não se diplomou em direito (LEIGO, 2018).

Para os fins deste estudo, a acepção que mais interessa é a segunda, associada à pessoa que não tem conhecimento especializado acerca de determinado assunto, que é o público pensado neste trabalho.

Um outro conceito importante, associado à simplificação textual e também desenvolvido no âmbito do PLN, é o da *complexidade textual*. Ela está relacionada ao nível de dificuldade do texto, levando-se em conta o tipo de vocabulário e o tamanho das sentenças e pode ser mensurada com o uso de ferramentas computacionais (FINATTO; EVERS; STEFANI, 2016). Com o passar dos anos, foram criadas diversas fórmulas, como a de Rudolph Flesch e de Edgar Dale e Jeanne Chall, desenvolvidas para medir a inteligibilidade de textos escritos para adultos (FETTER, 2017). Essas fórmulas foram criadas a partir da compreensão de que a complexidade de um texto pode ser identificada e mensurada a partir de métodos que estimam a legibilidade de um texto (PASQUALINI, 2012). Conforme a autora aponta, os estudos sobre complexidade linguística surgiram justamente com a necessidade de adequar certas leituras a determinados públicos.

Em relação às pesquisas realizadas no âmbito da complexidade e simplificação textual, em sua dissertação de mestrado, Pasqualini (2012) analisou um conjunto de contos literários em inglês e suas respectivas traduções para o português com o objetivo de realizar uma avaliação da complexidade textual e averiguar se as suas traduções eram adequadas aos seus leitores. Para a realização da pesquisa, Pasqualini considerou como parâmetro o leitor brasileiro médio, com nível baixo de proficiência em leitura. A partir do objetivo proposto, a autora verificou se as traduções eram mais complexas do que os textos originais. Para isso, ela fez uso de ferramentas de PLN que possibilitam o cálculo de coesão e coerência textual a nível lexical, sintático e semântico, com a finalidade de apontar adequações textuais a seu público-alvo, além de mostrar problemas textuais de ordem estrutural. A partir dos resultados obtidos com as ferramentas computacionais, a autora averiguou que as traduções para o português são, de fato, mais complexas que os textos originais na língua-fonte, não sendo adequadas para o leitor com nível de letramento baixo.

Além da autora supracitada, Carpio (2017) também trabalhou com complexidade e simplificação textual em seu trabalho de conclusão de curso. O seu objetivo, ao explorar textos elaborados pelo Ministério da Saúde sobre o amianto e as doenças provocadas pela inalação da substância, foi avaliar o grau de complexidade dos textos a partir da identificação de fatores textuais que contribuem para esse aumento e, com isso, propor adaptações que tornassem os textos mais adequadas ao público-alvo, formado por leitores leigos, trabalhadores do setor industrial e da construção civil. Para a realização de seu trabalho, a autora verificou o grau de legibilidade dos textos com o uso de ferramentas computacionais; determinou o perfil do leitor-alvo e avaliou os níveis lexical, estrutural e sintático dos textos. Em seus resultados, Carpio (2017) averiguou que os textos contêm certas características que os tornam pouco adequados ao perfil do leitor-alvo e, partir dos resultados, buscou elaborar uma proposta de folder de divulgação sobre a doença abordada em seu trabalho que fosse adequada ao público leitor.

Essas duas pesquisas são importantes para o nosso trabalho na medida em que apresentam critérios concretos de avaliação de complexidade de um texto em seus trabalhos, quais sejam:

- Léxico: composição do texto com uso de léxico comum ou especializado.
- Estrutura dos textos: classificação das informações apresentadas no texto.
- Sintaxe: organização das sentenças nos textos.
- Semântica: representações simbólicas de conceitos.
 - Referência anafórica: repetição de um objeto do discurso para se referir a outro no texto.

Destaca-se que a referência anafórica, em nosso trabalho, não é definida da mesma maneira, como aparece acima. Em primeiro lugar, não se trata da “repetição de um objeto para se referir a outro no texto”, mas da ocorrência de uma expressão que retoma uma outra expressão, a qual se refere a um mesmo objeto, conforme Ciulla (2008). Além disso, também de acordo com Ciulla (2014) e conforme nossos pressupostos teóricos sobre texto e referenciação, esse objeto não seria exatamente “o mesmo”, pois a cada retomada, acréscimos e ajustes vão sendo operados pelas novas designações, o que transforma o objeto - que aparece na literatura sobre referenciação como *objeto de discurso*, aliás, para enfatizar que não se trata de um objeto do mundo, mas de um objeto que é construído na língua, discursivamente. Esse é o princípio fundamental da progressão textual, tal qual defendemos aqui.

Outra questão importante em relação a esses critérios é que eles se imbricam. Assim, a referenciação anafórica, por exemplo, está intimamente ligada às questões semânticas: é preciso entender como as anáforas transformam os referentes (ou objetos de discurso), fazendo-os evoluir no texto, não basta simplesmente identificar tais referentes. É nesta lacuna, então, que nosso trabalho pode ser interessante, contribuindo para demonstrar uma possibilidade de análise que aprofunda o estudo de como aspectos dos critérios relacionados à semântica e referência anafórica ajudam a construir o sentido de um referente no texto – no caso da nossa investigação, como já foi mencionado, “esquizofrenia”, o referente que é tema principal no nosso *corpus* de textos de divulgação científica.

Quanto aos critérios de léxico e sintaxe, que também podem ser considerados sob um ponto de vista textual-discursivo, estes estão, de certa maneira, relacionados também à anáfora: o léxico, por um lado, no que tange às escolhas lexicais implicadas nas designações (fator importante para as recategorizações); de outro lado, ainda que não sejam elementos puramente sintáticos, conforme já explicado, as anáforas funcionam como elos coesivos, que desempenham uma função sintática e semântica, ao mesmo tempo. A análise estritamente lexical e sintática, no entanto, não será prioridade em nosso trabalho, visto que, como já mencionado, uma análise de todos os fatores de legibilidade ultrapassaria os limites de um Trabalho de Conclusão de Curso.

Por fim, também não nos deteremos na classificação da estrutura dos textos, o último critério apontado pelos estudos em PLN sobre o qual ainda não havíamos comentado. Não obstante, o fato de limitarmos o estudo ao gênero *divulgação científica* e fazermos observações sobre a sua composição interna, em sequências – dois aspectos que revelam muito da estrutura dos textos - indica que esse critério foi levado em conta e influenciará na análise e nas conclusões.

Observamos, então, que partimos do pressuposto de que todos os critérios oriundos dos estudos de PLN são bastante relevantes para uma análise da legibilidade e reiteramos que, devido ao escopo e extensão que limitam este trabalho, nossa análise detalhada estará centrada na referenciação anafórica do elemento que consideramos central como tema de nosso *corpus*, que é “esquizofrenia”. Nosso objetivo, então, não é uma análise da legibilidade, mas de um aspecto da legibilidade, que é como pode ser considerada a construção de sentido que se dá na referenciação.

No próximo capítulo serão apresentados os passos metodológicos tomados para a elaboração deste estudo.

3 METODOLOGIA

Com a finalidade de analisar a maneira como o termo esquizofrenia é tratado em diferentes textos de divulgação para leigos, o trabalho foi realizado em diversas etapas, descritas a seguir.

O primeiro passo para a seleção do *corpus* foi, a partir das motivações já mencionadas, selecionar o referente “esquizofrenia” e digitar a palavra no buscador *Google*, que mostra os textos de acordo com a sua relevância. A preferência por esse buscador se deve somente à familiaridade de uso, não tendo sido consideradas outras opções. Inicialmente, foram selecionados 38 textos sobre “esquizofrenia” encontrados em diferentes tipos de sites. Enquanto alguns eram voltados especificamente para a divulgação sobre assuntos relacionados à saúde, outros eram sites de jornal ou outros tipos, cuja finalidade principal não era a divulgação sobre saúde, apesar de também apresentarem publicações relacionadas a isso. Exemplos desses sites são os jornais Estadão, Folha de São Paulo e Info Escola. Os dois primeiros são jornais que apresentaram reportagens envolvendo a esquizofrenia, como, por exemplo, sobre o número de pessoas com esquizofrenia estar aumentando. O último, por sua vez, trata da conceituação da doença, mas não é um site voltado exclusivamente para divulgação sobre assuntos relacionados à saúde, que foi o critério adotado pela autora deste trabalho. Além disso, nenhuma publicação desses sites foi redigida por profissionais da área da saúde.

O objetivo de limitar o tipo de site veio da percepção de que várias das publicações jornalísticas, por exemplo, não trazem fontes bibliográficas e quem escreve é um jornalista que não tem formação na área da medicina. Assim, pensou-se em buscar por sites mais específicos da área da saúde, visto que, como foi possível notar após a leitura, a maioria apresenta fonte e são escritos ou, ao menos, revisados por médicos. Desse modo, a seleção ocorreu a partir do critério de confiabilidade, pois a autoria de um especialista e/ou o uso de fontes bibliográficas mostram que o texto possui fundamentação e que foi redigido por um profissional qualificado. Considerando isso, foram selecionados os 10 primeiros textos encontrados nas duas primeiras páginas do *Google* sobre “esquizofrenia”, os quais foram publicados em sites da área da saúde por médicos e/ou apresentaram fontes bibliográficas. É importante mencionar que ao buscar pelos textos em outras páginas do buscador, apareceram

as mesmas publicações já selecionadas e outras, publicadas em outros tipos de site, que não os de saúde, conforme nosso critério de seleção.

A seguir, os links de cada site, assim como a data de publicação, revisão, apresentação de autoria e de fontes bibliográficas dos que apresentam essas informações, serão exibidos:

- Texto 1:
Link: <https://www.minhavidacom.br/saude/temas/esquizofrenia>
Data de publicação: não consta
Fontes bibliográficas: não consta
Revisado por especialista
- Texto 2:
Link: <https://www.tuasaude.com/esquizofrenia/>
Data de publicação: não consta
Fontes bibliográficas: não consta
Escrito por especialista
- Texto 3:
Link: <https://medicoresponde.com.br/quais-sao-os-sintomas-da-esquizofrenia/>
Data de publicação: não consta
Fontes bibliográficas: não consta
Escrito por especialista
- Texto 4:
Link: <https://medicoresponde.com.br/diferencas-entre-esquizofrenia-e-depressao/>
Data de publicação: não consta
Fontes bibliográficas: não consta
Escrito por especialista
- Texto 5:
Link: <https://saude.abril.com.br/mente-saudavel/o-que-e-esquizofrenia-sintomas-diagnostico-e-tratamento/>
Data de publicação: 14/09/2018
Fontes bibliográficas: não consta
Escrito por jornalista
- Texto 6:

Link: <https://drauziovarella.uol.com.br/psiquiatria/esquizofrenia/>

Data de publicação: 11/01/2012

Data de revisão: 27/09/2018

Fontes bibliográficas: não consta

Escrito por especialista

- Texto 7:

Link: <https://minutosaudavel.com.br/o-que-e-esquizofrenia-paranoide-e-mais-tipos-sintomas-tem-cura/>

Data de publicação: 29/06/2017

Fontes bibliográficas: consta

Autoria não identificada

- Texto 8:

Link: <https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/dist%C3%BArbios-de-sa%C3%BAde-mental/esquizofrenia-e-transtorno-delirante/esquizofrenia>

Data de publicação: não consta

Fontes bibliográficas: não consta

Autoria não identificada

- Texto 9:

Link: <https://www.vittude.com/blog/esquizofrenia-tipos-sintomas-tratamentos/>

Data de publicação: 25/09/2018

Fontes bibliográficas: consta

Autoria não identificada

- Texto 10:

Link: <http://hospitalsantamonica.com.br/saude-mental/esquizofrenia/>

Data de publicação: não consta

Fontes bibliográficas: consta

Autoria não identificada

A partir da seleção dos textos de divulgação, o passo seguinte foi a análise da maneira como se dá a progressão textual do objeto “esquizofrenia” sob o viés da referenciação. Para isso, foram observados aspectos como a descrição do referente, que, por se tratar de um problema de saúde, inclui suas causas e como os sintomas são apresentados, contribuindo para que o leitor construa a significação do referente. A seleção desses itens para análise se deve à

sua importância para a compreensão do leitor sobre o que seja a doença, conforme alegamos, a partir de nossos pressupostos teóricos sobre o que é um texto.

No que diz respeito à análise, os trechos que apresentaram as informações relevantes foram transcritos e sucedidos por comentários. Então, ao final, foi apontado um fechamento com a sumarização das principais concepções do referente em questão.

No próximo capítulo serão apresentados os trechos selecionados de cada texto e suas respectivas análises.

4 ANÁLISE DA CONSTRUÇÃO DO REFERENTE *ESQUIZOFRENIA*

A partir de agora, serão apresentados os textos selecionados, com destaque para todos os trechos em que se pode demonstrar como ocorre a construção do referente *esquizofrenia*.

Texto 1: Esquizofrenia: sintomas, tratamentos e causas

De acordo com informações do próprio site, o Texto 1 foi revisado por um profissional da área da psiquiatria, embora não se saiba quem é o autor. Além disso, foram utilizadas fontes bibliográficas para a sua redação. Essas informações são relevantes por demonstrarem que o que foi divulgado possui fundamentação e foi redigido por um profissional qualificado.

(01) A esquizofrenia é um transtorno psiquiátrico complexo caracterizado por uma alteração cerebral que dificulta o correto julgamento sobre a realidade, a produção de pensamentos simbólicos e abstratos e a elaboração de respostas emocionais complexas.

Nesse primeiro trecho, vemos que o referente “esquizofrenia” é definido como “transtorno psiquiátrico complexo”. Além disso, a sua construção é realizada através da apresentação de suas características gerais, o que contribui com a progressão do texto e com a compreensão da esquizofrenia como “transtorno psiquiátrico”. Ainda em relação ao primeiro excerto, é possível que o leitor se depare com alguma dificuldade para associar as características desse transtorno, visto que não há explicação sobre o que são “pensamentos simbólicos e abstratos”, por exemplo. No excerto, observam-se a presença das sequências explicativa e descritiva para a construção do referente.

(02) Ao contrário do que a maioria das pessoas pensa, a esquizofrenia não é um distúrbio de múltiplas personalidades. É uma doença crônica, complexa e que exige tratamento por toda a vida.

Neste trecho, percebe-se que o autor, primeiramente, explica o que a esquizofrenia *não* é, através da expressão “não é um distúrbio de múltiplas personalidades” para, então, oferecer uma nova expressão referencial. Conforme foi visto no excerto acima, o referente também é

definido como “doença crônica complexa”. Além disso, o autor também afirma que a doença não tem cura, pois exige tratamento por toda a vida. Para recuperar o significado de “crônico”, no entanto, é preciso que o leitor tenha certo conhecimento enciclopédico, pois a publicação não explica o que faz da esquizofrenia uma doença ou transtorno *crônico*.

(03) A esquizofrenia é uma doença mental que acomete aproximadamente 1% da população mundial. Normalmente, o transtorno aparece entre o final da adolescência e começo da vida adulta.

Aqui, percebe-se uma outra maneira de conceituar o referente. Além de “doença crônica”, como visto no trecho anterior, a esquizofrenia também é referenciada como “doença mental”. Notamos que o uso de “transtorno psiquiátrico” logo no início do texto pode ter sido uma maneira mais explicativa de apresentar para o leigo o que é uma doença mental. Essa explicação vai ao encontro do que Adam (1992) propõe a respeito da sequência explicativa. Conforme é possível perceber no trecho 01, o autor busca explicar que a esquizofrenia é um transtorno psiquiátrico que atinge o cérebro. Assim, ao chegar no presente trecho, o leitor já poderá ter construído um significado para a doença, o que possivelmente facilitará a sua compreensão de “doença mental”. Por fim, neste trecho, observa-se a retomada de “transtorno”, com o complemento a respeito do período em que a pessoa o manifesta.

(04) O transtorno foi um termo cunhado pelo psiquiatra suíço E. Bleuler, no início do século XX e tem origem nas raízes gregas schizo (cindir, dividir) e phren (mente), no sentido de que as funções mentais se encontrariam divididas nesses pacientes.

Aqui, o referente é retomado com a expressão “transtorno” e, além disso, traz um importante acréscimo de informação: a de que o termo tem origem em um sentido, de que o transtorno se trata de uma fragmentação da mente.

(05) Existem alguns tipos de esquizofrenia:

- **Esquizofrenia paranoide:** com predomínio de alucinações e delírios
- **Esquizofrenia hebefrênica ou desorganizada:** com predominante pensamento e discurso desconexo
- **Esquizofrenia catatônica:** em que o paciente apresente mais alterações posturais, com posições bizarras mantidas por longos períodos e resistência passiva e ativa a tentativas de mudar a posição do indivíduo

- **Esquizofrenia simples:** em que a pessoa, sem ter delírios, alucinações ou outras alterações mais floridas, progressivamente ia perdendo sua afetividade, capacidade de interagir com pessoas, ocorrendo um progressivo prejuízo de seu desempenho social e ocupacional, por vezes levando os indivíduos afetados a uma vida de sem-teto e vagando pelas ruas.

Nesta parte, os tipos de esquizofrenia são apresentados de maneira sucinta e com diversos exemplos construídos através da descrição de cada um deles, o que auxilia na progressão do texto e recategorização da doença de acordo com os seus tipos. A explicitação dos tipos é relevante na medida em que descrevem e apresentam características próprias que auxiliam no reconhecimento da doença. É importante que o leitor tenha acesso aos diferentes tipos, pois isso ajuda a identificar e a formar o conceito de “esquizofrenia”. Observamos que, até então, não foi explicitado o que são “alucinações” e “delírios”, o que pressupõe que o leitor já saiba do que se tratam.

(06) [...] mas hoje sabe-se que se trata de uma doença química cerebral decorrente de alterações em vários sistemas bioquímicos (neurotransmissores) e vias neuronais cerebrais.

Neste ponto, encontra-se uma outra expressão referencial, que é “doença química cerebral”. Além de ser apresentada essa nova definição, o leitor pode se deparar com algumas lacunas, mesmo que haja uma tentativa de explicitação. Por exemplo, pode-se questionar o que são “sistemas bioquímicos” e “neurotransmissores”, além de “vias neuronais cerebrais”. Mais adiante no texto, há partes que buscam detalhar o significado do que foi dito no exemplo (06), como será mostrado a seguir, no trecho (07).

(07) Vários genes em combinação são responsáveis por estas alterações cerebrais. O ambiente, ou seja, as relações vitais que a pessoa estabelece funcionam como fatores estressores que contribuem para que estes genes ligados se ativem e a doença apareça. Não existem fatores psicológicos ou ambientais que causam a esquizofrenia, mas sim fatores de vida que são gatilhos para o início das alterações cerebrais da doença.

Sobre o trecho (07), percebe-se o movimento de continuidade no texto ao utilizar o mecanismo de repetição para tratar da esquizofrenia como “doença” e também como “alteração cerebral”, mas, dessa vez, sem expressões qualificadoras adicionais. No entanto, observamos uma informação que colabora para modificar o referente “esquizofrenia”, que é apresentada pela expressão “vários genes em combinação”, que seriam os responsáveis por

essa alteração cerebral – que é, como se pode entender, no texto, a esquizofrenia. Assim, tem-se o fato - ou melhor, a hipótese – de que a origem da esquizofrenia seja genética.

Destaca-se que o texto de divulgação para leigos apresenta muitas informações como fato quando, na verdade, muitos deles são hipóteses, assim como é o caso do trecho anterior. Prova disso é a existência de outros estudos que apresentam outras conclusões, diferente da apresentada no trecho (07), por exemplo. Se a diferença entre o que é hipótese e o que é fato não for indicada, o leitor leigo não questionará e tomará a informação como “a verdade”. Pode-se supor, então, que a tendência do leitor vai ser a de interpretar o texto como explicativo e, portanto, inquestionável (ou menos questionável), e não como argumentativo, logo questionável.

(08) A esquizofrenia é a principal doença de um grupo de transtornos psiquiátricos denominados de transtornos psicóticos. Psicose é quando uma pessoa tem alterações na apreensão e no juízo sobre a realidade (delírios) e na sensopercepção (alucinações). Além da psicose, que geralmente ocorre no momento de crise da doença, é comum o paciente apresentar alterações comportamentais decorrentes das lesões cerebrais que este quadro agudo provocou como por exemplo distúrbios cognitivos (pensamento, atenção, tomada de decisão, raciocínio abstrato, linguagem, etc) e emocionais (apatia, falta de motivação, falta de prazer, depressão, etc).

Aqui, temos a esquizofrenia retomada como “doença” e novamente como “transtorno psiquiátrico” e a seguir como “transtornos psicóticos”. Essa sequência de retomada de elementos, alguns já utilizados anteriormente, outros novos, contribui para a continuidade e progressão do texto, pois o leitor percebe a sua consistência como um todo único complexo, constituído de várias características. Afirma-se que a doença está inserida no grupo dos transtornos psicóticos e, assim, existe a preocupação em definir o significado de “psicose”, o que demonstra que esse conceito, neste texto, está estritamente ligado à esquizofrenia como o que parece ser um sintoma. Com isso, observa-se novamente o uso da sequência descritiva para abordar dados sobre o comportamento do esquizofrênico. Também observamos que sintomas da própria psicose e das demais alterações causadas aparecem e são explicitados com o uso de parênteses. Desse modo, ressalta-se a importância da apresentação dos sintomas no momento de definir a doença.

(09) Cuidar e apoiar um familiar com esquizofrenia pode ser difícil, especialmente por ter que responder a alguém que faz declarações estranhas ou claramente falsas. É importante entender que a esquizofrenia é uma doença biológica.

No presente trecho, observa-se o uso da expressão “doença biológica” para se referir à “esquizofrenia”. A importância desse aspecto da doença está no fato de que, no trecho acima, está sendo estabelecida a relação entre o que é dito sobre a necessidade de cuidar de um familiar esquizofrênico com a importância de entender que ela é uma doença biológica. Assim, a categorização da “esquizofrenia” como “doença biológica” aparece aqui, talvez, para reforçar o fato de que, havendo uma origem biológica, o doente não teria controle sobre a doença.

(10) Pessoas com as formas mais graves da doença podem ser incapazes de viver sozinhas.

Este trecho, além de retomar o referente com a expressão “doença”, o que contribui para a continuidade do texto, também implica na informação de que a esquizofrenia não tem somente uma forma, isto é, ela é variável e há pacientes que são acometidos com a sua forma mais grave. Pressupõe-se, com isso, que há formas mais brandas da esquizofrenia. Também há a implicatura de que a pessoa esquizofrênica pode precisar de cuidados constantes em “podem ser incapazes de viver sozinhas”, o que também reforça a noção de graus de gravidade da doença.

Texto 2: O que é Esquizofrenia, principais tipos e como tratar

Destaca-se sobre o segundo texto que não há indicação de fontes bibliográficas para a sua redação. Mas há a indicação de que ele foi escrito por uma médica clínica geral.

(01) Esquizofrenia é uma doença psiquiátrica caracterizada por alterações no funcionamento da mente que provoca distúrbios do pensamento e das emoções, mudanças no comportamento, além de perda noção da realidade e do juízo crítico.

A construção do referente no segundo texto já inicia com a explicação sobre o que é “esquizofrenia”, apresentando novas informações relacionadas às suas características gerais. Isso demonstra a preocupação em proporcionar progressão ao texto. Além disso, a primeira

expressão referencial utilizada para retomar “esquizofrenia” neste texto foi “doença psiquiátrica”. Este é o único trecho do texto que busca definir o que é a esquizofrenia.

(02) A esquizofrenia pode surgir de forma súbita, em dias, ou de forma gradual, com alterações que surgem aos poucos durante meses a anos.

Nesse trecho, afirma-se que “a esquizofrenia pode surgir de forma súbita”, o que pressupõe que há diferentes maneiras de a doença se manifestar - de forma súbita ou gradual. Essa informação é importante para que o leitor possa perceber a variação do surgimento da doença, o que também auxilia na sua identificação.

(03) A esquizofrenia pode ser classificada em diferentes tipos, de acordo com os principais sintomas que a pessoa apresenta. Os principais tipos são:

1. Esquizofrenia paranóide

É o tipo mais comum, em que predominam os delírios e alucinações, principalmente o ouvir vozes, sendo também comum alterações do comportamento, como agitação, inquietação.

2. Esquizofrenia Catatônica

É caracterizada pela presença do catatonismo, em que a pessoa não reage de forma correta ao ambiente, havendo movimentos lentos ou paralisia do corpo, em que se pode permanecer na mesma posição por horas a dias, fala lentificada ou não falar, repetição de palavras ou frases que alguém acabou de dizer, como também a repetição de movimentos bizarros, realização de caretas ou olhar fixo.

É um tipo menos comum de esquizofrenia, e de tratamento mais difícil, havendo risco de complicações como desnutrição ou auto-agressão, por exemplo.

3. Esquizofrenia Herbefrênica ou Desorganizada

Predomina o pensamento desorganizado, com falas sem sentido e fora do contexto, além de ser comum a presença de sintomas negativos, como desinteresse, isolamento social e perda da capacidade de realizar atividades do dia-a-dia.

4. Esquizofrenia Indiferenciada

Surge quando há sintomas de esquizofrenia, entretanto, a pessoa não se encaixa nos tipos citados.

5. Esquizofrenia Residual

É uma forma crônica da doença. Acontece quando os critérios para esquizofrenia ocorreram no passado, mas não estão ativos atualmente, entretanto, ainda persistem sintomas negativos como lentificação, isolamento social, falta de iniciativa ou afeição, expressão facial diminuída ou falta de autocuidado, por exemplo.

Aqui são apresentados os tipos de esquizofrenia. A apresentação dessa classificação contribui para que se construa uma referência da esquizofrenia como sendo uma doença que, além de se manifestar gradualmente ou subitamente, como aparece no trecho 2, também se diferencia em tipos. Além disso, percebe-se a predominância da sequência explicativa, o que também contribui com a construção do sentido da doença, considerando-se as suas particularidades. Essas informações respeito de cada tipo pode ser relevante ao leitor que busca compreender as diferentes maneiras como a doença se apresenta.

(04) Geralmente, os sintomas iniciais são percebidos por familiares ou amigos mais próximos, que notam que a pessoa está mais desconfiada, confusa, desorganizada ou afastada. Saiba mais sobre como identificar esta doença em [sintomas de esquizofrenia](#).

Neste excerto, no texto o referente “esquizofrenia” é retomado como “doença” ao apresentar o paciente como “pessoa mais desconfiada, confusa, desorganizada ou afastada”. Outrossim, é importante frisar que neste trecho há informações muito importantes sobre como os sintomas iniciais seriam percebidos por familiares, pois retomam aspectos da doença, ajudando a construir a noção sobre como se pode suspeitar da esquizofrenia em seu estágio inicial. Isso traz o que parece ser a visão do leigo apresentada por uma médica, a autora do texto, que está se colocando no lugar do leigo, familiar da pessoa que pode ser esquizofrênica, decifrando o comportamento da pessoa, em termos leigos. Também aqui se observa uma sequência descritiva, a serviço de uma construção do referente, adequando-se a um suposto leitor leigo.

Texto 3: Quais são os sintomas da esquizofrenia?

O terceiro texto a ser analisado também não possui fontes bibliográficas explícitas. Não obstante, há também a indicação de que foi escrito por um médico, ainda que não haja menção sobre qual é a sua especialidade.

(01) esquizofrenia é um distúrbio psicótico causado possivelmente por uma predisposição genética estimulada por fatores psicológicos, ambientais ou biológicos. Os seus sintomas são:

- alucinações, principalmente auditivas, ocorrem quando a pessoa tem sensações ou ouve uma ou mais vozes que não são reais,
- delírios, ocorrem quando a pessoa acredita que alguma situação irreal está acontecendo, pode sentir-se perseguida e acuada,

- desorganização do discurso e inadequação do comportamento, ocorre quando o quê a pessoa diz e faz não tem sentido ou lógica,
- perda de interesse e vontade (avolia),
- ambivalência (sentimentos opostos em determinadas situações),
- dificuldade para memorizar, organizar e entender assuntos, ideias e detalhes,
- dificuldade em se relacionar no trabalho, nos estudos ou em casa,
- alterações incompreensíveis de humor, como alegria ou tristeza sem explicação.

A expressão referencial utilizada para qualificar “esquizofrenia” é “distúrbio psicótico” e, atrelada a ela, há acréscimos de informações que buscam explicar as suas possíveis causas. Outro aspecto digno de nota é que os principais sintomas estão em destaque como novos referentes no excerto, já que o objetivo do texto 3 é apresentar informações sobre os sintomas da “esquizofrenia”. Por isso, eles são explicados através de exemplos contextualizados, o que auxilia na identificação por parte do leitor. É importante destacar que, neste trecho, a maneira como os sintomas são apresentados também demonstra que o autor parece se colocar no lugar do leitor leigo ao aponta-los em termos leigos, como ocorre, por exemplo, na parte sobre alucinações: “alucinações, principalmente auditivas, ocorrem quando a pessoa tem sensações ou ouve uma ou mais vozes que não são reais” e delírios: “delírios, ocorrem quando a pessoa acredita que alguma situação irreal está acontecendo, pode sentir-se perseguida e acuada”. A preocupação em apresentar os sintomas dessa maneira a importância a eles atribuída, por quem redige o texto, em tentar configurar o conceito de “esquizofrenia”, além de corroborar a natureza descritiva deste gênero de texto, especialmente sabendo-se que foi escrito por um médico.

Texto 4: Diferenças entre Esquizofrenia e Depressão

Antes de apresentar os trechos selecionados, destaco que, de acordo com o título da publicação, o objetivo do texto 4 é apresentar as diferenças entre esquizofrenia e depressão, e não apenas explicar sobre a esquizofrenia. Ainda assim, o texto foi selecionado por conter informações importantes no que diz respeito à construção do referente abordado nesta análise, o que envolve a identificação dos sintomas.

- (01) A esquizofrenia é um transtorno mental que provoca “crises de psicose” caracterizadas por:
- Delírios;

- Alucinações;
- Discurso desorganizado;
- Comportamento amplamente desorganizado ou catatônico;
- Sintomas negativos;
- Alterações da afetividade (indiferença, sem expressão afetiva).
- Perda de motivação.

O esquizofrênico também pode apresentar:

- Dificuldade de concentração;
- Alterações na coordenação motora;
- Desconfiança excessiva;
- Indiferença.

Aqui, é apresentado ao leitor uma construção do significado da “esquizofrenia”, tratada como “transtorno mental” que “provoca crises de psicose”. Dessa forma, observa-se o mecanismo de atribuir informações que ajudam a construir o referente, proporcionando uma progressão textual. Além disso, também são apresentados os sintomas das “crises de psicose”, o que origina um novo referente, importante para a conceitualização da esquizofrenia.

Em outros textos, como os primeiros abordados na análise, os sintomas aparecem como parte da esquizofrenia e não necessariamente das crises psicóticas, como ocorre aqui. Através das leituras, pode ser difícil para o leitor leigo compreender o que são as crises psicóticas ou psicoses dentro da esquizofrenia.

Texto 5: O que é esquizofrenia: sintomas, diagnóstico e tratamento

(01) Saiba tudo sobre esse transtorno psiquiátrico mais comum do que se imagina. Quais os sinais que ele apresenta? Há remédio e como tratar?

O trecho acima é o subtítulo do texto, que anuncia a abordagem de assuntos, como quais os sinais e tratamentos da *esquizofrenia*. Destaca-se nessa primeira parte que, logo no início, “esquizofrenia” é referenciada como “transtorno psiquiátrico”. Além disso, as anáforas indiretas “os sinais” e “remédio” ajudam a configurar “esquizofrenia” como doença tratável.

(02) Os cientistas do final do século 19 foram buscar inspiração na língua grega arcaica para caracterizar um **transtorno psiquiátrico** que, até então, ficava jogado no limbo da loucura.

Aqui se percebe o mecanismo de dar continuidade ao texto com a repetição da expressão “transtorno psiquiátrico” já utilizada anteriormente para caracterizar o referente de “esquizofrenia”. Assim, mais uma vez, observa-se a expressão “transtorno psiquiátrico”. Contudo, aqui a expressão “transtorno psiquiátrico” é recategorizada, pois que “até então ficava jogado no limbo da loucura”. Isso significa dizer que, sim, esquizofrenia é um transtorno psiquiátrico, mas não vaga e simplesmente uma “loucura”.

(03) Por meio da junção dos termos esquizo, “dividir” no idioma dos filósofos clássicos, e frenia, algo próximo de “mente”, eles deram um nome perfeito para a doença.

Neste outro trecho, a *esquizofrenia* é referenciada como “doença” e, associado a essa definição, há um importante acréscimo de informação relacionada à origem do termo. A etimologia é evocada para qualificar e nomear “perfeitamente” a esquizofrenia como uma *fragmentação da mente*.

(04) A **esquizofrenia**, ou distúrbio da mente dividida, é marcada por surtos em que o mundo real acaba substituído por **delírios** e **alucinações**. O transtorno afeta 2 milhões de brasileiros, mas a falta de conhecimento sobre ele só reforça estigmas. Hora de saber tudo sobre a condição que afeta 1% da população no planeta, dos sintomas ao tratamento.

Neste ponto, a retomada do referente “esquizofrenia” é realizada com o uso da expressão “distúrbio da mente dividida”, o que remonta à origem da palavra e, mais adiante, também como “transtorno”. Ressalta-se o acréscimo de informações importantes para que se compreenda a esquizofrenia como um distúrbio que afeta muitas pessoas. Além disso, conforme o trecho afirma, existe um “estigma” resultante da “falta de conhecimento”. Percebe-se, com a leitura, a ocorrência das anáforas indiretas “sintomas” e “tratamento”, que reconfiguram e reafirmam a “esquizofrenia” como doença tratável. Ainda, os principais sintomas estão em destaque, demonstrando a relevância que o autor atribui a essa informação para explicar a doença.

Texto 6: Esquizofrenia

O texto trata de uma entrevista cujo entrevistador é um médico, cuja especialidade não é mencionada, e entrevistado é um médico especialista na área da psiquiatria. Além disso, apesar de o texto ter sido publicado em janeiro de 2012, ele foi revisado em setembro de

2018, o que demonstra estar de acordo com o item iii) do manual disponibilizado pelo CREMESP, no que diz respeito à apresentação de informações atualizadas.

(01) A esquizofrenia é uma doença psiquiátrica endógena, que se caracteriza pela perda do contato com a realidade. A pessoa pode ficar fechada em si mesma, com o olhar perdido, indiferente a tudo o que se passa ao redor ou, os exemplos mais clássicos, ter alucinações e delírios. Ela ouve vozes que ninguém mais escuta e imagina estar sendo vítima de um complô diabólico tramado com o firme propósito de destruí-la. Não há argumento nem bom senso que a convença do contrário.

A publicação já inicia com a expressão “doença psiquiátrica endógena” para se referir a “esquizofrenia”. Aqui surge uma definição que pode ser considerada mais complexa logo no início do texto, por conta do “endógeno”. Através da leitura do trecho, percebe-se um acréscimo de informações relevantes para que se identifique a doença, como, por exemplo, o fato de a pessoa “ficar fechada em si mesma, com o olhar perdido” e “indiferente a tudo o que se passa ao seu redor”. Essa maneira de retratar o que parecem ser os sintomas da esquizofrenia mostra a preocupação do autor em se colocar no lugar do leitor leigo.

(02) Antigamente, esses indivíduos eram colocados em sanatórios para loucos, porque pouco se sabia a respeito da doença.

Novamente, no texto é utilizada a expressão “doença”, que a expressão vem acompanhada de uma informação importante acerca de como os pacientes eram tratados no passado, quando “pouco se sabia a respeito da doença”. Outra observação interessante para esse trecho é de que a anáfora indireta “sanatório para loucos”, onde os indivíduos esquizofrênicos eram colocados, de acordo com o texto, recategoriza “esquizofrênico” como “louco”.

(03) Há alguns milênios eram descritos casos de psicose que, segundo os critérios atuais, poderiam ser classificados como esquizofrenia. Por isso, dizemos que a esquizofrenia é uma doença própria da natureza humana e que sempre existiu, pelo menos é o que provam descrições históricas muito antigas.

Neste trecho, percebe-se o movimento de dar continuidade ao texto através da retomada do elemento “doença”, mas, dessa vez, ela está associada a uma nova expressão referencial, formada por “doença própria da natureza humana”, que remonta à sua origem. Como é possível observar no excerto, a expressão “doença” é utilizada para mostrar que a

“esquizofrenia” sempre existiu e, por isso, afirma-se que é “própria da natureza humana”. Essas informações apontam uma outra maneira de se referir à esquizofrenia, além de apresentar acréscimos de informações sobre ela, importantes para o estabelecimento da progressão textual. Ainda, destaca-se a presença da sequência explicativa para introduzir ao leitor a razão pela qual a esquizofrenia é própria da natureza humana.

(04) Na verdade, 80% das esquizofrenias começam com os sintomas negativos. Delírio e alucinação chamam mais a atenção.

Nesta parte, com “80% das esquizofrenias começam com os sintomas negativos”, pressupõe-se que exista mais de um tipo de esquizofrenia e a maioria delas comece manifestações de delírio e alucinação que, de acordo com o texto, são sintomas negativos da doença.

(05) A esquizofrenia é uma doença frequente e universal que incide em 1% da população. Ocorre em todos os povos, etnias e culturas. Existem estudos comparativos indicando que ela se manifesta igualmente em todas as classes socioeconômicas e nos países ricos e pobres. Isso reforça a ideia de que a esquizofrenia é uma doença própria da condição humana e independe de fatores externos. Em cada 100 mil habitantes, surgem de 30 a 50 casos novos por ano. Neste momento, 5% da população mundial têm esquizofrenia. Portanto, em termos de Brasil, isso significa que 800 mil habitantes são portadores dessa doença.

Neste segmento, o elemento “doença” é retomado e a essa expressão são acrescentadas novas informações, criando a expressão referencial “doença frequente e universal”. Essa expressão demonstra ser um importante acréscimo ao afirmar ao leitor sobre sua incidência e sobre o fato de ser “frequente e universal” e, também acerca de ocorrer “em todos os povos, etnias e culturas”. Além disso, esses dados reforçam e introduzem que a “esquizofrenia” é uma “doença própria da condição humana”, originando, dessa forma, uma transformação do objeto “esquizofrenia”.

Texto 7: O que é Esquizofrenia (Paranóide e mais tipos), sintomas, tem cura?

No presente texto, não há informações que revelem sua autoria. Além disso, foram utilizadas fontes bibliográficas para a sua redação.

(01) A esquizofrenia é uma desestruturação psíquica que faz com que a pessoa perca a noção da realidade e não consiga mais diferenciar o real do imaginário. É um dos principais transtornos mentais de que se tem conhecimento.

No trecho acima, temos o referente “esquizofrenia” definido como “desestruturação psíquica”. Logo em seguida, são acrescentadas informações relevantes, como o que acontece com o paciente esquizofrênico e como ele enxerga o mundo, sem conseguir “diferenciar o real do imaginário”, conforme o texto mostra. Isso sugere que a concepção da esquizofrenia como “desestruturação psíquica”. Mais adiante, temos a expressão “transtorno mental” para apresentar a esquizofrenia como um transtorno conhecido, o que também pode significar que se trata de um transtorno comum, já que é um dos principais. São acrescentadas informações que dizem respeito aos sintomas, o que ajuda a construir o sentido das expressões usadas e que são relevantes para a identificação da esquizofrenia.

(02) Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a esquizofrenia é a terceira causa de perda de qualidade de vida entre os 15 e os 44 anos de idade, dentre todas as doenças.

A expressão referencial aqui utilizada para retomar “esquizofrenia vem acompanhada de uma informação muito relevante no que diz respeito às consequências causadas pela doença. Esse dado é mostrado através da expressão “é a terceira causa de perda de qualidade de vida entre os 15 e os 44 anos de idade”.

(03) Tipos de Esquizofrenia

Atualmente, são existentes 7 tipos de esquizofrenia. Confira abaixo quais são e quais as suas características:

Esquizofrenia paranoica

A esquizofrenia paranoica se desenvolve, na maioria dos casos, em uma idade mais avançada do que os outros tipos. É o tipo de esquizofrenia mais comum e se caracteriza por insistentes alucinações e/ou delírio, bem como alterações na fala e nas emoções.

Esquizofrenia hebefrênica ou desorganizada

Esse tipo de esquizofrenia geralmente tem desenvolvimento entre os 15 e os 25 anos de idade. Características como comportamentos e pensamentos desorganizados são muito comuns. Em contrapartida, delírios e alucinações, quando acontecem, passam de uma maneira muito rápida.

Esquizofrenia catatônica

A esquizofrenia catatônica possui características típicas sobre os movimentos e a fala, que podem alternar da extrema agitação para a extrema quietude. É a mais rara de todos os tipos.

Esquizofrenia indiferenciada

Esse tipo de esquizofrenia apresenta, normalmente, características de outros tipos, como a paranóica, a hebefrênica ou a catatônica, mas não se encaixa por completo em um deles.

Esquizofrenia residual

Pessoas afetadas por esse tipo de esquizofrenia já possuem um histórico de doenças mentais, porém só apresentam sintomas negativos conforme você verá a seguir.

Esquizofrenia simples

Os sintomas negativos são recorrentes nesse tipo de esquizofrenia e tendem a piorar de forma muito rápida. Já os sintomas positivos da doença são muito raros.

Esquizofrenia cenestopática

Na esquizofrenia cenestopática, o paciente possui características que não são abrangidas em nenhum outro tipo aqui relatados.

Apresentando-se os tipos de esquizofrenia, neste trecho, novamente, como se viu em outros textos, é salientada a importância de trazer ao leitor leigo as diferentes maneiras em que a esquizofrenia se manifesta para que seja possível identificá-la. Contribuindo com a construção do sentido do referente em questão, percebe-se o uso da *ancoragem*, utilizada para revelar ao leitor o objeto a ser descrito, como é observado em “A esquizofrenia catatônica possui características típicas sobre os movimentos e a fala [...]”, bem como o uso da aspectualização, em que são descritas as propriedades desse tipo de esquizofrenia, por exemplo. Esses traços caracterizam a *descrição* como sequência textual, para que sejam identificados cada um dos tipos de esquizofrenia.

(04) Por conta dessas alucinações e delírios, muitas pessoas que sofrem do transtorno esquizofrênico podem ter dificuldade em ordenar os seus pensamentos e ações, o que acaba afetando, inclusive, a maneira de se comunicar e/ou falar com outras pessoas.

Pela primeira vez no texto, a *esquizofrenia* é referenciada como “transtorno esquizofrênico”. Atrélada à essa expressão, temos acréscimos de informações relacionadas aos sintomas da doença. Conforme o trecho aponta, quem tem esquizofrenia sofre e ainda podem ter complicações associadas à “dificuldade em ordenar os seus pensamentos”, o que é consequência das alucinações e delírios.

Texto 8: Esquizofrenia

No início da página, antes do texto, há a informação de que a publicação em questão se trata de uma versão para o “consumidor” – leitor dos textos do site e há uma indicação para uma outra publicação, direcionada a profissionais. Não há indicação sobre a autoria do texto nem fontes bibliográficas.

(01) esquizofrenia é um transtorno mental caracterizado pela perda de contato com a realidade (psicose), alucinações (é comum ouvir vozes), falsas convicções (delírios), pensamento e comportamento anômalo, redução das demonstrações de emoções, diminuição da motivação, uma piora da função mental (cognição) e problemas no desempenho diário, incluindo no âmbito profissional, social, relacionamentos e autocuidado.

Neste primeiro trecho, observa-se a definição de “esquizofrenia” como “transtorno mental” e, associada à expressão, são apresentadas características do transtorno que dizem respeito aos sintomas, que estão em destaque. Desse modo, é possível que o leitor não precise aguardar para entender o que é cada sintoma em outra parte do texto nem precisa preencher lacunas de acordo com o seu próprio conhecimento, pois esses dados estão explícitos e descritos logo no início.

(02) A esquizofrenia é um grande problema de saúde pública em todo o mundo. O transtorno pode afetar os jovens no momento exato em que estão estabelecendo a sua independência e pode ter como resultado incapacidade e estigma durante toda a vida. Em termos de custos pessoais e econômicos, a esquizofrenia encontra-se entre os piores distúrbios que afetam a humanidade.

Observa-se a continuidade do texto com a retomada da expressão “transtorno”, mas, dessa vez, sem qualifica-lo como mental, para apresentar sobre a maneira como a “esquizofrenia” afeta os jovens. Além disso, a esquizofrenia é retratada como algo que pode resultar em “incapacidade” e “estigma” por toda a vida. Ademais, apresenta-se um novo dado em relação ao transtorno, visto que ele é definido como “um grande problema de saúde pública em todo o mundo”. Essa informação colabora com a sua recategorização, levando-se em conta que o leitor observará a esquizofrenia como um “grande problema”. Também o referente é tratado como um dos “piores distúrbios que afetam a humanidade” para retratar o fato de que ele é prejudicial para a humanidade “em termos de custos pessoais e econômicos”.

(03) A esquizofrenia é uma causa significativa de invalidez em todo o mundo.

Aqui, trata-se de uma outra informação acrescentada ao definir a “esquizofrenia” como “uma causa significativa de invalidez em todo o mundo”, que enfatiza a intensidade da maneira como as pessoas esquizofrênicas são afetadas.

(04) Apesar do benefício demonstrado pela terapia medicamentosa, metade das pessoas com esquizofrenia não tomam os medicamentos prescritos. Algumas não reconhecem a sua doença e se recusam a tomar os medicamentos.

Nesta parte, o texto apresenta a esquizofrenia como “doença”, comportando informações relevantes acerca de como a pessoa esquizofrênica enxergaria o mundo e o fato de que existem pessoas que não se veem como pacientes esquizofrênicos e, por isso, não tomam os medicamentos. Também nesse texto, as informações sobre os medicamentos retomam a esquizofrenia como doença tratável.

Texto 9: Esquizofrenia: conheça os tipos, sintomas e tratamentos

(01) A esquizofrenia é uma doença cerebral crônica que afeta 1% da população mundial e se manifesta entre os 15 e 35 anos.

Na primeira parte do texto, o referente “esquizofrenia” é construído através da expressão “doença cerebral crônica” para mostrar a sua incidência e para ressaltar o aspecto contínuo da doença da população afetada (que é carga que “crônica” empresta à expressão).

(02) Segundo informações da Associação Brasileira de Psiquiatria, a doença tem predominância no sexo masculino e nem sempre é diagnosticada no seu início.

Aqui, percebe-se a retomada do referente através da expressão “doença” para apresentar a sua predominância entre os sexos e também para afirmar que a esquizofrenia “nem sempre é diagnosticada no seu início”.

(03) Trata-se de um transtorno mental crônico e grave que afeta o modo como uma pessoa pensa, sente e se comporta. Provoca alterações no comportamento, indiferença afetiva, pensamentos confusos e dificuldades para se relacionar com pessoas. Pessoas com esquizofrenia podem parecer que perderam o contato com a realidade. Embora a esquizofrenia

não seja tão comum como outros transtornos mentais, os sintomas podem ser muito incapacitantes.

Dessa vez, a expressão referencial utilizada para definir o objeto é “transtorno mental crônico e grave” que, por si só, já faz referência à gravidade da esquizofrenia. Junto a essa expressão, há a descrição de informações importantes sobre as alterações no comportamento da pessoa esquizofrênica, o que parece estar relacionado aos sintomas. Essas informações demonstram, através da sequência descritiva, a importância de saber identificar as características e sintomas da esquizofrenia, para que seja possível identificá-la.

(04) Tipos de Esquizofrenia

- **Esquizofrenia simples:** A esquizofrenia simples apresenta mudanças na personalidade. O paciente prefere ficar isolado – o que inibi seu convívio social –, é disperso aos acontecimentos do dia a dia e insensível no que diz respeito a afetos.
- **Esquizofrenia paranoide:** O isolamento social também está presente na esquizofrenia paranoide – ou paranoica, como é conhecida. O portador da doença enfrenta problemas como falas confusas, falta de emoção e tende a achar que está sendo perseguido por pessoas ou espíritos.
- **Esquizofrenia desorganizada:** Conhecida também como ‘esquizofrenia hebefrênica’, esse tipo é caracterizado por um comportamento mais infantil, respostas emocionais descabidas e pensamentos sem nexos.
- **Esquizofrenia catatônica:** O paciente diagnosticado com esquizofrenia catatônica mostra um quadro de apatia. Pode ficar na mesma posição por horas, causando também a redução da atividade motora.
- **Esquizofrenia residual:** Existe a alteração no comportamento, nas emoções e no convívio social, mas não na frequência dos demais tipos.
- **Esquizofrenia indiferenciada:** Pacientes que não se enquadram perfeitamente em um dos tipos de esquizofrenia, contudo, podem desenvolver algumas das características citadas acima.

Aqui também são apresentados os tipos de esquizofrenia, o que, conforme já apontado em outros trechos, são importantes para a sua identificação. O que se destaca neste trecho é a maneira como os sintomas são apresentados em cada tipo. O autor demonstrou preocupação em se colocar no lugar do leitor leigo ao apresentar cada um deles em termos leigos, conforme é percebido, por exemplo, na apresentação da esquizofrenia catatônica: “O paciente diagnosticado com esquizofrenia catatônica mostra um quadro de apatia. Pode ficar na mesma posição por horas, causando também a redução da atividade motora”.

(05) A doença pode entrar e sair em ciclos de recaída e remissão.

Neste trecho, percebe-se a retomada de “doença”, o que mantém a continuidade do texto, assim como a progressão, através de acréscimo de novas informações relacionadas à variação dos ciclos da esquizofrenia, que “pode entrar e sair em ciclos de recaída e remissão”.

Neste trecho, percebe-se a retomada de “doença”, relacionada à variações dos “ciclos” de “recaída e remissão” da esquizofrenia

(06) Cuidar e apoiar um ente querido com esquizofrenia pode ser difícil. Pode ser difícil saber como responder a alguém que faz afirmações estranhas ou claramente falsas. É importante entender que a esquizofrenia é uma doença biológica.

Como o presente trecho é exatamente o mesmo apresentado no trecho (08) do texto 1, as mesmas observações são válidas, ainda que o contexto seja outro (a evolução peculiar do referente para este texto, contudo, pode ser novamente observada – e de maneira mais linear, mas listas de evolução do referente para cada texto que apresentamos ao final da análise). Assim, através da expressão “doença biológica” destaca-se a relação entre o que é dito sobre a possível dificuldade de cuidar do familiar esquizofrênico com a importância de compreender que a esquizofrenia é uma doença biológica.

Texto 10: Entenda a Esquizofrenia Você sabia que a esquizofrenia pode ser genética?

(01) A esquizofrenia é resultado de uma associação de pontos-contras, que se acumulam conforme a pessoa envelhece. O primeiro deles é genético. Ter pais ou parentes próximos com o transtorno não significa que você vá desenvolver a doença, mas representa algum risco.

Ao tratar a “esquizofrenia” como “uma associação de pontos-contras que se acumulam”, o texto indica que ela se trata da combinação de uma série de fatores que, acumulados ao longo dos anos, dão origem à doença. Um desses fatores, o genético, é apontado no trecho. Mais adiante, a expressão referencial “doença” é utilizada para afirmar que ter parentes próximos não significa que a pessoa desenvolverá a esquizofrenia. Isso mostra que a genética é somente um dos fatores que pode ter relação com o desenvolvimento da doença.

(02) Ao longo dos anos, conforme envelhecemos, nossos cérebros mudam. Algumas estruturas crescem, outras diminuem. Esse processo de amadurecimento saudável pode ser afetado pelo ambiente. Estresse, abuso sexual, uso de drogas na adolescência, desnutrição e uma sequência de outros fatores podem fazer o cérebro desviar do que os médicos chamam de “trajetória ideal de desenvolvimento”. A susceptibilidade de uma pessoa a esses estímulos é definida pela interação de centenas de genes. O acúmulo de alterações cerebrais, com o tempo, provoca o transtorno. “Hoje, entendemos a esquizofrenia como uma doença do neurodesenvolvimento”, diz Bressan.

Nessa parte, observa-se a referenciação da “esquizofrenia” como “transtorno”. Essa definição está associada a outra, que é “doença do neurodesenvolvimento”. De forma progressiva, tudo o que vem antes da apresentação dessas expressões referenciais servem para embasar o que faz da esquizofrenia uma “doença do neurodesenvolvimento”. É importante destacar que essa definição aparece somente ao final de um parágrafo. Toda a parte inicial é dedicada a contextualizar essa maneira de definir a doença. Isso contribui com a continuidade do texto, através da retomada de “transtorno” e também estabelece a progressão textual através da caracterização da esquizofrenia como “doença do neurodesenvolvimento”. Ainda, promove a recategorização da doença, obtida, também, com a caracterização apresentada no trecho.

(03) No Brasil, a doença afeta mais de 2,5 milhões de pessoas, que apresentam algum transtorno mental grave ligado à esquizofrenia.

Aqui, ocorre a retomada do elemento “doença” para informar sobre a incidência da esquizofrenia. É possível que essa seja uma maneira de mostrar a esquizofrenia como algo mais abrangente, visto que não somente é uma doença do neurodesenvolvimento, mas há outros fatores a serem considerados, como o fato de que atinge muitas pessoas.

(04) A esquizofrenia é um transtorno mental grave no qual as pessoas interpretam a realidade de forma distorcida. A esquizofrenia pode resultar em alguma combinação de alucinações, delírios e pensamentos e comportamentos extremamente desordenados que prejudicam o funcionamento diário e podem ser incapacitantes.

Percebe-se, através desse trecho, uma nova expressão referencial utilizada para construir a referência de “esquizofrenia”, que é “transtorno mental grave. Com ela, novas informações são acrescentadas em relação ao que seriam os sintomas. Ao compararmos os

trechos iniciais do texto 10 com o último, podemos perceber que, para tratar dos sintomas, o autor optou por se referir à “esquizofrenia” de uma maneira que parece ser mais descritiva, mostrando como eles afetam o paciente.

(05) A esquizofrenia é uma condição crônica, que exige tratamento ao longo da vida.

A forma como a “esquizofrenia” é referenciada nesse trecho, como uma “condição crônica” e o acréscimo de informação sobre ela exigir tratamento por toda a vida, o que é antecedido pelo pronome relativo, demonstra ser uma maneira de facilitar a compreensão sobre o que torna a esquizofrenia uma condição crônica.

Até este ponto, foram apresentadas as análises texto a texto. A partir de agora, nos resultados obtidos através da análise, serão apontadas observações do apanhado geral dos textos.

4.1 Resultados

Conforme foi possível notar com a leitura dos trechos de todos os textos, os tipos de esquizofrenia foram apresentados em alguns deles, mas não em todos. A explicitação dos diferentes tipos nos textos sobre esquizofrenia demonstra maneiras diferentes de recategorizar um mesmo objeto.

A seguir, uma lista das expressões que retomam o referente “esquizofrenia”, transformando-o, em cada um dos textos. Em algumas situações, são anáforas diretas, recuperando o referente, transformando-o. Em outras, comportando-se como anáforas indiretas (ou associativas), operando a instituição de um novo referente, mas que está fortemente associado a algum aspecto de “esquizofrenia” e que, dessa maneira, também opera uma transformação do referente-fonte. Nessa sequência, pode-se observar quais as designações foram escolhidas e como elas fazem evoluir o referente em questão, em cada texto.

Texto 1:

- “Transtorno psiquiátrico complexo”
- “Não é um distúrbio de múltiplas personalidades”
- “Doença crônica”
- “Doença mental”
- “Transtorno”
- “Doença química cerebral”
- “Alteração cerebral”

- “Doença”
- “Vários genes em combinação”
- “transtornos psiquiátricos”
- “Transtorno psicótico”
- “Doença biológica”

Neste texto, o autor demonstra fazer uso de várias expressões referenciais para definir o que é a esquizofrenia. O que predomina na publicação são as expressões que fazem referência direta ao referente abordado neste estudo, apontando o que é a doença.

Texto 2:

- “Doença psiquiátrica”
- “Pode surgir de forma súbita”
- “A pessoa está mais desconfiada, confusa, desorganizada ou afastada”
- “Doença”

Nesta publicação, foram percebidas poucas expressões diretas para definir a esquizofrenia. O que prevalece são as retomadas anafóricas indiretas, apontando informações relativas ao surgimento da doença, bem como as diferentes formas como é manifestada.

Texto 3:

- “Distúrbio psicótico”

Neste texto, foi percebida apenas uma expressão que retoma diretamente o referente, o que pode ser resultado do tamanho do texto, que é curto. Dessa forma, por conta do tamanho reduzido em relação a outros que mostram mais expressões, é possível que o autor não tenha julgado necessário retomar a esquizofrenia diretamente de diferentes maneiras, além de fazer isso através da apresentação sobre o que ela é (“distúrbio psicótico”).

Texto 4:

- “Transtorno mental”
- “Provoca crises de psicose”

Nesta publicação, foram observadas poucas expressões que retomam o referente. É possível que isso seja resultado do tamanho reduzido do texto em relação a outros analisados neste trabalho. O que percebemos ao longo da leitura, foram expressões que abordam o que é a esquizofrenia e como ela se manifesta.

Texto 5:

- “Transtorno psiquiátrico”
- “Doença”
- “Distúrbio da mente dividida”
- “Transtorno”
- “... dividir...a “mente”... um nome perfeito para a doença”

Nesta publicação, percebemos a ocorrência de expressões que retomam diretamente o referente, como “transtorno psiquiátrico” e “doença”, por exemplo, que apontam o que é a doença. Além disso, é percebida uma expressão anafórica indireta, que remonta à origem da palavra “esquizofrenia”.

Texto 6:

- “Doença psiquiátrica endógena”
- “A pessoa pode ficar fechada em si mesma, com o olhar perdido”
- “Indiferente a tudo o que se passa ao seu redor”
- “Doença”
- “Doença própria da natureza humana”
- “80% das esquizofrenias começam com sintomas negativos”
- “Doença frequente e universal”
- “Ocorre em todos os povos, etnias e culturas”
- “Doença própria da condição humana”

Nesta publicação, foram percebidas uma grande variedade de expressões que retomam a esquizofrenia tanto de maneira direta quanto indiretamente. Através das expressões anafóricas, o autor aponta informações relacionadas à definição da esquizofrenia, à maneira como se manifesta no paciente e ao fato de ser uma “doença da natureza humana”, uma informação que contribui com a diminuição do estigma existente em torno do transtorno.

Texto 7:

- “Desestruturação psíquica”
- “Transtorno mental”
- “Terceira causa de perda de qualidade de vida entre os 15 e os 44 anos de idade”
- “Transtorno esquizofrênico”
- “Dificuldades em ordenar os pensamentos”

Nesta publicação, o que predomina são expressões anafóricas que retomam diretamente o referente abordado no estudo. Além disso, foi percebida somente uma expressão anafórica indireta, relacionada às dificuldades experienciadas pelos pacientes.

Texto 8:

- “Transtorno mental”
- “Grande problema de saúde pública”
- “Transtorno”
- “Incapacidade”
- “Estigma”
- “encontra-se entre os piores distúrbios que afetam a humanidade”
- “Causa significativa de invalidez em todo o mundo”
- “Doença”

Neste texto, são observadas expressões que retomam tanto diretamente quando indiretamente o referente. É válido destacar que a expressão “estigma” confirma

explicitamente que, de fato, existe um estigma em torno da esquizofrenia que faz com que as pessoas não encarem a doença como uma doença normal da humanidade.

Texto 9:

- “Doença cerebral crônica”
- “Nem sempre é diagnosticada no seu início”
- “Doença”
- “Transtorno mental crônico e grave”
- “Pode entrar em ciclos de recaída e remissão”
- “Doença biológica”

Nesta publicação, percebem-se tanto expressões que retomam diretamente o referente, apontando o que é a doença, como indiretamente, para mostrar que a esquizofrenia não apresenta um padrão de manifestação, assim como o seu diagnóstico nem sempre é realizado no início da doença.

Texto 10:

- “Resultado de uma associação de pontos-contras que se acumulam”
- “Doença”
- “Transtorno”
- “Doença do neurodesenvolvimento”
- “Transtorno mental grave”
- “Condição crônica”

Nesta publicação, percebemos a prevalência de expressões que retomam diretamente o referente, apontando a sua causa e sua definição. Foi percebida somente uma expressão anafórica indireta, que é a que retoma a causa da doença.

No próximo e último capítulo, serão apresentadas as considerações finais resultantes da análise deste estudo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes de apresentar as considerações finais do estudo, destaco que a intenção ao realizar a análise dos textos foi apresentar uma interpretação acerca da construção do referente “esquizofrenia” a partir das retomadas anafóricas observadas ao longo das publicações. Para isso, algumas partes de cada texto foram selecionadas para análise, pois eram trechos em que se podia perceber transformações do referente, operadas por retomadas anafóricas.

A partir de nossos pressupostos teóricos e através da leitura dos textos selecionados nesta análise, foi possível perceber como o referente é construído e transformado anaforicamente. Com isso, foi observado o uso de expressões referenciais que contribuíram com a continuidade dos textos e com a percepção deles como um todo único através da repetição das expressões. Além disso, as diferentes maneiras de construir a referência foram importantes para o estabelecimento da progressão textual, através do acréscimo de informações, como sintomas, incidência e causas, por exemplo. Ademais, as novas informações apresentadas junto às expressões também mostraram a recategorização do objeto, visto que cada maneira diferente de referenciar a esquizofrenia possibilita a transformação do referente na interpretação do leitor, pois ele é exposto a uma forma diferente de perceber o que é a esquizofrenia e, a partir disso, pode construir o seu significado e tentar identificar melhor a doença.

Com a análise das listas que revelam a evolução do referente, foi observado o uso de diferentes expressões que remontam, anaforicamente, a “esquizofrenia” tanto de maneira explícita, através de retomadas que recuperam o referente em questão, quanto implícita, por meio de expressões que não recuperam o referente diretamente, mas instituem um novo referente associado à esquizofrenia. É difícil afirmar que exista a predominância de uma única expressão, visto que, conforme foi possível perceber ao longo da leitura, um mesmo trecho apresenta várias maneiras de se referir ao transtorno. Nota-se que a expressão referencial “transtorno” é bastante comum, assim como “doença” e “distúrbio”. Contudo, essas três maneiras de referenciar sempre vêm acrescentadas de informações relevantes que colaboram com uma construção do referente que trazendo uma diferente conceituação sobre o que seja esquizofrenia em cada texto. Como já foi mencionado acima, é difícil afirmar que esse modo de construir a referência haja expressões predominantes, pois ocorrem, nos textos, diversas maneiras de construir a referenciação, como, por exemplo, ao afirmar que a esquizofrenia seja “um grande problema de saúde pública em todo o mundo” ou então que ela apresente “ciclos

de recaída e remissão”. Todas as retomadas anafóricas são importantes para que o leitor consiga formar um conceito e para, a partir disso, tentar identificar a ocorrência do transtorno em algum ente querido.

Outro ponto a ser destacado é o de que, conforme foi possível perceber em alguns trechos, é preciso que o leitor acione o seu *conhecimento enciclopédico* para compreender certas expressões, como *doença crônica*, por exemplo, cujo significado nem sempre fica explícito ao longo da leitura. Além disso, conhecer a própria língua e a sua organização gramatical, lexical e sintática, associadas ao *conhecimento linguístico*, também é importante tanto para o autor, que deve organizar o texto pensando no seu público-alvo, quanto para o leitor, que tentará compreender o texto.

Nas publicações observadas, percebeu-se a tentativa de adaptar o texto aos leitores leigos ao ter sido evitado o uso de termos técnicos e ao buscar explicitá-los quando apresentados. Neste quesito, todos os textos parecem estar de acordo com o manual fornecido pelo CREMESP. Ainda, sob o ponto de vista da referenciação, as glosas e retomadas, muitas vezes operadas por anáforas, puderam ser observadas funcionando como esclarecimento para um leitor leigo.

Destaca-se, também, a importância do *conhecimento interacional*, importante para promover uma interação entre autor e leitor através da linguagem. Levando-se em conta os textos abordados, considera-se o uso adequado da linguagem de acordo com os objetivos pretendidos, pensando-se no leitor-alvo. Conforme mencionado anteriormente, percebeu-se a busca pelas explicitações e a evitação de termos técnicos, além do uso de destaques e divisão dos textos em tópicos, o que auxilia no momento da leitura.

A análise do nosso *corpus* confirma que, nesses textos, há uma predominância das sequências textuais descritiva e explicativa. Com a análise dos excertos, percebemos que a sequência explicativa, revelada pelas cadeias referenciais anafóricas, é importante para introduzir o que é a esquizofrenia que, muitas vezes, foi definida como “transtorno” ou “doença”, expressões sempre atreladas a novas informações relevantes para a compreensão do que seja a esquizofrenia. Além disso, as explicações também surgiram nos momentos de apresentar a incidência do transtorno, bem como as suas causas e consequências na vida da pessoa esquizofrênica e do familiar. No que diz respeito à sequência descritiva, percebeu-se a sua incidência na descrição dos sintomas experienciados pelas pessoas esquizofrênicas e dos tipos de esquizofrenia, também revelados por elos referenciais. A maneira como essas informações foram descritas demonstraram ser um mecanismo utilizado pelo autor de se

colocar no papel de leitor leigo para adequar o texto a ele. A partir disso, destacamos que essa conclusão apenas traz um indicativo de uma possível tendência explicativa e descritiva nos textos de divulgação efetivamente publicados, já que nosso *corpus* é limitado a um número muito pequeno. Não era o intuito do trabalho nem comprovar essa hipótese nem apresentar normas para a redação de manuais, ainda que possa ser útil a quem a eles se dedicar, no futuro.

Através da leitura dos textos analisados neste estudo, percebemos o quão natural a esquizofrenia é na humanidade, visto que sempre existiu e é natural da condição humana. Esses tipos de informações podem instigar o leitor a refletir sobre o estigma no qual a esquizofrenia está inserida, podendo enxergar a doença como algo normal e, dessa forma, deixar para trás os possíveis preconceitos associados a ela.

Finalmente, para avaliar o quão adequados e eficientes os textos são, seria necessário um estudo sobre todos os aspectos de legibilidade e do que torna um texto de divulgação adequado ao leitor leigo, o que foge ao escopo deste trabalho, mas fica como sugestão para trabalhos futuros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAM, J. M. **A Linguística textual**: introdução à análise textual dos discursos. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **Les Textes**: types e prototypes (récit, description, argumentacion, explication e dialogue). Paris: Editions Nathan, 1992. (Série Linguistique).

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas em Educação – INEP. **Definição de letramento científico**. Disponível em:

<http://download.inep.gov.br/download/internacional/pisa/2010/letramento_cientifico.pdf>.

Acesso em: 20 ago. 2018.

CARIBÉ, R. **Comunicação científica para o público leigo no Brasil**. Tese (Doutorado em Ciências da informação). Universidade de Brasília. Brasília, 2011. 320 f. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/9003/1/2011_RitadeC%C3%A1ssiadoValeCarib%C3%A9.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2018.

CARPIO, P. M. S. **Abaixando o cocho**: adaptação de textos sobre doenças causadas pela inalação de amianto destinados para o público leigo. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2017. 106 f. Disponível em <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/171730/001056497.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

CAVALCANTE, M. **Os sentidos do texto**. São Paulo: Contexto, 2012.

_____.; FILHO, V. C. Revisitando o estatuto do texto. **Revista do Gelne**, Teresina, v. 12, n. 2 p.56-71,2010. Disponível em:

<http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/26452/1/2010_art_mmcavalcante.pdf>. Acesso

em: 02 set. 2018.

CHAROLLES, M. Introdução aos problemas da coerência dos textos. In: Galvez, C.; Orlandi, E. P.; Otoni, P. (orgs.). **O texto**: escrita e leitura. Campinas: Pontes, 1989. p. 39-85.

CONCEITO. de. **Conceito de texto**. Disponível em: <<https://conceito.de/texto>>. Acesso em: 06 set. 2018.

CIULLA, A. **Os processos de referência e suas funções discursivas** – o universo literário dos contos. Tese (Doutorado em Linguística). Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2008. 207 f.

_____. Categorização e referenciação: uma abordagem discursiva. **Caderno de Estudos Linguísticos**. Campinas, v. 56, n. 2, 2014.

CONSUMIDOR BRASIL. **Casamento**. Disponível em:

<<http://www.consumidorbrasil.com.br/consumidorbrasil/textos/familia/casamento.htm#Casamento>>. Acesso em: 13 nov. 2018.

CREMESP. **Manual de Ética para Sites de Medicina e Saúde na Internet**. Resolução No. 097/2001. DOESP 9 de março de 2001. Disponível em:

<http://www.cremesp.org.br/legislacao/leg_internet/etica_internet.htm>. Acesso em: 18 ago. 2018.

CUNHA, C. L. Sequência descritiva e argumentação. **Revista Virtual de Estudos da Linguagem**. V. 4, n. 6, mar. 2006. Disponível em: <http://www.revel.inf.br/files/artigos/revel_6_sequencia_descritiva.pdf>. Acesso em 05 set. 2018.

CUNHA, M. B.; GIORDAN, M. A divulgação científica como um gênero de discurso: implicações na sala de aula. In: **VII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS**. *Anais...* Florianópolis, 2009. Disponível em: <<http://posgrad.fae.ufmg.br/posgrad/viiencpec/pdfs/89.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2018.

EVERS, A. **Processamento de Língua Natural e níveis de proficiência do português: um estudo de produções textuais do exame CELPE-BRAS**. Dissertação (Mestrado em Teorias linguísticas do léxico: relações textuais). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013. 174 f. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/acervocelpebras/arquivos/textos-publicados/EVERS-ALINE>>. Acesso em 29 out. 2018.

FERREIRA, A. As sequências textuais argumentativas no gênero “comentário do leitor” da Folha de São Paulo. **Diacrítica**, v.30, n.1, p.49-55. Braga, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S080789672016000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 set. 2018.

FETTER, G. **Divulgação tecnológica para agricultores familiares: análise de terminologias sob a ótica da linguística sistêmico-funcional**. Dissertação (Mestrado em Letras). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2017. 535 f. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/177686/001062825.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

FINATTO, M. J.; EVERS, A.; STEFANI, M. Letramento Científico e Simplificação Textual: o papel do tradutor no acesso ao conhecimento científico. **Letras**. Santa Maria, v. 26, n. 52, p. 135-158, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/letras/article/view/25328/14665>> Acesso em: 20 ago. 2018.

FIORIN, J. L. Entrevista à Artaxerxes Modesto. **Revista Letra Magna**, n. 7, 2005. Disponível em: <<http://www.letramagna.com/fiorin.htm>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

_____. A noção de texto em semiótica. **Organon**. Porto Alegre, v. 9, n. 23, 1995. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/organon/article/view/29370/18060>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

GOMES, L. B. S. **Delineamento do Perfil das Instituições de Assistência ao Dependente Químico e sua Família no Brasil a partir das Informações Disponibilizadas nos Sites**. Dissertação (Mestrado em Família na sociedade contemporânea). Universidade Católica de Salvador. Salvador, 2017. 87 f. Disponível em: <<http://ri.ucsal.br:8080/jspui/bitstream/prefix/385/1/DISSERTACAOLIDIANNEGOMES.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2018.

KOCH, I. G. V. **O texto e a construção dos sentidos**. São Paulo: Contexto, 199. p.124.

MARCUSCHI, L. A. Gêneros Textuais: definição e funcionalidade. In: DIONÍSIO, A. P.; MACHADO, A. R.; BEZERRA, M. A. (Orgs). **Gêneros textuais e ensino**. Rio de Janeiro:

Lucerna, 2002. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/133018/mod_resource/content/3/Art_Marcuschi_G%C3%AAneros_textuais_defini%C3%A7%C3%B5es_funcionalidade.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2018.

MAX, A. Writing for language-impaired readers. In: **Computational linguistics and intelligent text processing (ciling)**, v.3878, México, 2006. Disponível em: <https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F11671299_59>. Acesso em: 30 set. 2018.

MAZIERO, E.; PARDO, T.; ALUÍSIO, S. **Ferramenta Automática de Simplificação Textual**. Instituto de Ciências Matemáticas e de Computação. Universidade de São Paulo. São Carlos, 2009. Disponível em: <<http://conteudo.icmc.usp.br/pessoas/taspardo/SIICUSP2009-MazieroEtAl.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2018.

MICHAELIS. **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/>>. Acesso em: 28 out. 2018.

OLIVEIRA, F.; GOLONI-BERTOLLO, E. M.; PAVARINO, É. C. A Internet como Fonte de Informação em Saúde. **Journal of Health Informatics**, v. 5, n. 3, p. 98 - 102, 2013. Disponível em: <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/267/175>>. Acesso em: 02 set. 2018.

PASQUALINI, B. F. **Leitura tradução e medidas de complexidade textual em contos da literatura para leitores com letramento básico**. Dissertação (Mestrado em Teorias linguísticas do léxico). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012. 155 f. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/61188/000862924.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 29 out. 2018.

PENSADOR. **Frases curtas casamento infeliz**. Disponível em: <http://www.pensador.info/frases_curtas_casamento_infeliz/>. Acesso em 13 nov. 2018.

ROJO, R. O Letramento escolar e os textos de divulgação científica - a apropriação dos gêneros de discurso na escola. **Linguagem em (Dis)curso**. Universidade do Sul de Santa Catarina, v.8, n. 3, 2008.

SIGNIFICADOS. **Significado de Texto**. Disponível em: <<https://www.significados.com.br/texto/>>. Acesso em: 06 set. 2018.

TRAVAGLIA, L. C. **Um estudo textual-discursivo do verbo no Português do Brasil**. Tese (Doutorado em Linguística). UNICAMP/ILEL. Campinas, 1991. 264 f. Disponível em: <<http://www.ileel.ufu.br/travaglia/sistema/uploads/arquivos/tese-travaglia.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2018.

VALÉRIO, P. M. Comunicação científica em *web sites* de divulgação. In: **ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO**. João Pessoa: UFBP, 2009. Disponível em: <<http://enancib.ibict.br/index.php/enancib/xenancib/paper/viewFile/3295/2421>>. Acesso em: 07 out. 2018.

VARGAS, G. Comunicação e Semiótica da Cultura: cinema como texto cultural. **Ícone**, Pernambuco, v. 15, n. 2, p. 146 - 158, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/icone/article/view/230809/24844>>. Acesso em: 17 set. 2018.

WILKENS, R. **Distinção de Grupos Linguísticos através de desempenho da linguagem**. Tese (Doutorado em Ciências da computação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2016. 130 f. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/150040/001008086.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

ANEXOS

ANEXO A – Texto 1

Esquizofrenia: sintomas, tratamentos e causas

Revisado por **Diego Tavares**

Psiquiatria - CRM 145258/SP

Por Redação

O que é Esquizofrenia?

A [esquizofrenia](#) é um transtorno psiquiátrico complexo caracterizado por uma alteração cerebral que dificulta o correto julgamento sobre a realidade, a produção de pensamentos simbólicos e abstratos e a elaboração de respostas emocionais complexas.

Ao contrário do que a maioria das pessoas pensa, a esquizofrenia não é um distúrbio de múltiplas personalidades. É uma doença crônica, complexa e que exige tratamento por toda a vida.

A esquizofrenia é uma doença mental que acomete aproximadamente 1% da população mundial. Normalmente, o transtorno aparece entre o final da adolescência e começo da vida adulta.

O transtorno foi um termo cunhado pelo psiquiatra suíço E. Bleuler, no início do século XX e tem origem nas raízes gregas schizo (cindir, dividir) e phren (mente), no sentido de que as funções mentais se encontrariam divididas nesses pacientes.

Tipos

Existem alguns [tipos de esquizofrenia](#):

- **Esquizofrenia paranoide:** com predomínio de alucinações e delírios
- **Esquizofrenia hebefrênica ou desorganizada:** com predominante pensamento e discurso desconexo
- **Esquizofrenia catatônica:** em que o paciente apresente mais alterações posturais, com posições bizarras mantidas por longos períodos e resistência passiva e ativa a tentativas de mudar a posição do indivíduo

- **Esquizofrenia simples:** em que a pessoa, sem ter delírios, alucinações ou outras alterações mais floridas, progressivamente ia perdendo sua afetividade, capacidade de interagir com pessoas, ocorrendo um progressivo prejuízo de seu desempenho social e ocupacional, por vezes levando os indivíduos afetados a uma vida de sem-teto e vagando pelas ruas.

Causas

Ainda não se conhecem todos os mecanismos cerebrais que promovem os sintomas relacionados à esquizofrenia, mas hoje sabe-se que se trata de uma doença química cerebral decorrente de alterações em vários sistemas bioquímicos (neurotransmissores) e vias neuronais cerebrais.

Vários genes em combinação são responsáveis por estas alterações cerebrais. O ambiente, ou seja, as relações vitais que a pessoa estabelece funcionam como fatores estressores que contribuem para que estes genes ligados se ativem e a doença apareça. Não existem fatores psicológicos ou ambientais que causam a esquizofrenia, mas sim fatores de vida que são gatilhos para o início das alterações cerebrais da doença.

Várias substâncias químicas, denominadas de neurotransmissores, estão alteradas no cérebro do esquizofrênico, principalmente dopamina e glutamato. Estudos recentes mostram diferenças na estrutura do cérebro e do sistema nervoso central das pessoas com esquizofrenia em comparação aos de pessoas saudáveis.

Fatores de risco

Sabe-se que alguns fatores são gatilhos importantes para o início das alterações neuroquímicas cerebrais e para o posterior aparecimento dos sintomas da doença no comportamento do indivíduo:

- História familiar de esquizofrenia: as chances são de 10% se tiver um irmão com esquizofrenia, 18% se tiver um irmão gêmeo não-idêntico com esquizofrenia, 50% se tiver um irmão gêmeo idêntico com esquizofrenia e 80% se os dois pais forem afetados por esquizofrenia
- Ser exposto a toxinas, vírus e à má nutrição dentro do útero da mãe, especialmente nos dois primeiros trimestres da gestação
- Problemas no parto como falta de oxigênio (hipóxia neonatal)
- Ter um pai com idade mais avançada
- Uso de maconha
- Tabagismo.

Sintomas de Esquizofrenia

Os sintomas de esquizofrenia no sexo masculino costumam aparecer entre os 15 e 20 anos. Já em mulheres, os sinais da doença são mais comuns beirando os 30 anos de idade. Embora seja raro, também é possível o aparecimento da esquizofrenia em crianças e adultos com mais de 50 anos.

A esquizofrenia é a principal doença de um grupo de transtornos psiquiátricos denominados de transtornos psicóticos. Psicose é quando uma pessoa tem alterações na apreensão e no juízo sobre a realidade (delírios) e na sensopercepção (alucinações). Além da psicose, que geralmente ocorre no momento de crise da doença, é comum o paciente apresentar alterações comportamentais decorrentes das lesões cerebrais que este quadro agudo provocou como por exemplo distúrbios cognitivos (pensamento, atenção, tomada de decisão, raciocínio abstrato, linguagem, etc) e emocionais (apatia, falta de motivação, falta de prazer, depressão, etc).

Delírios

São alterações decorrentes da forma como o cérebro está captando a realidade e produzindo a crítica sobre a mesma. As alterações nestas áreas do cérebro produzem crenças convictas em fatos e percepções que não são compartilhadas pelas outras pessoas. Uma pessoa delirante tem certeza que está sendo prejudicada de alguma forma ou capta sinais em coisas que estão acontecendo à sua volta e chega a conclusões que não são racionais (por exemplo, achar que os sinais de trânsito estão vermelhos porque são um sinal de uma emboscada que está sendo armada para ele ou mesmo acreditar que mensagens subliminares estão sendo enviadas a ela através de apresentadores de TV a partir da forma como eles estão se comportando no programa).

A pessoa com esquizofrenia pode acreditar também que seu pensamento está sendo controlado por algo ou alguém que está distante ou que ela própria consiga controlar o pensamento das outras pessoas. Os delírios mais comuns são os de estarem sendo vigiados ou perseguidos por alguém, mas existem delírios de vários outros tipos como por exemplo: de estarem controlando os outros, de estarem sendo controlados, de terem criado fúteis inventado algo, de estarem sendo traídos, de serem culpados por alguma catástrofe ou de estarem sendo infestados por parasitas dentro do corpo.

Alucinações

São alterações na forma como o cérebro percebe os estímulos do meio e se caracterizam pela percepção de estímulos que não existem ou que não estão sendo percebidos pelas outras

pessoas como por exemplo ver coisas que só ela vê ou ouvir coisas que apenas ela escuta. No entanto, para a pessoa com esquizofrenia, essas coisas têm toda a força e o impacto de uma experiência normal. As [alucinações](#) podem estar em qualquer um dos sentidos, mas ouvir vozes é a alucinação mais comum de todas. A pessoa pode também falar sozinha interagindo com vozes que esteja ouvindo ou com imagens ou pessoas que esteja vendo.

Pensamento desorganizado

Esse sintoma pode ser refletido na fala, que também sai desorganizada e com pouco ou nenhum nexos. A ideia de que pensamento desorganizado é um sintoma da esquizofrenia surgiu a partir do discurso desorganizado de alguns pacientes. Para os médicos, os problemas na fala só podem estar relacionadas à incapacidade de a pessoa formar uma linha de pensamento coerente. Neste sentido, a comunicação eficaz de uma pessoa portadora de esquizofrenia pode ser prejudicada por causa deste problema, e as respostas às perguntas feitas podem ser parcial ou completamente alheias e desconexas.

Habilidade motora desorganizada ou anormal

O comportamento de uma pessoa com esse tipo de disfunção não é focado em um objetivo, o que torna difícil para ela executar tarefas. Comportamento motor anormal pode incluir resistência a instruções, postura inadequada e bizarra ou uma série de movimentos inúteis e excessivos.

Sintomas em adolescentes

Os sintomas de esquizofrenia nos adolescentes são semelhantes aos dos adultos, mas a condição pode ser mais difícil de reconhecer. Isso pode ser em parte porque alguns dos primeiros sintomas da esquizofrenia nos adolescentes são comuns para o desenvolvimento típico durante a adolescência, como:

- Pouca socialização com amigos e familiares
- Queda no desempenho na escola
- Problemas para dormir
- Irritabilidade ou humor deprimido
- Falta de motivação.

Em comparação com sintomas de esquizofrenia em adultos, os adolescentes podem ser:

- Menos propensos a ter delírios

- Mais propensos a ter alucinações visuais.

Outros sintomas

Além dos sinais citados, outros parecem estar relacionados com a esquizofrenia. Uma pessoa com a doença pode:

- Não aparentar emoções ou apresentar apatia emocional (indiferença afetiva)
- Não alterar as expressões faciais
- Ter fala monótona e sem adição de quaisquer movimentos que normalmente dão ênfase emocional ao discurso
- Diminuição da fala e prejuízo da linguagem
- Negligência na higiene pessoal
- Perda de interesse em atividades cotidianas
- Isolamento social
- Incapacidade de conseguir sentir prazer.

Buscando ajuda médica

A pessoa com esquizofrenia em virtude dos sintomas da própria doença não apresentará crítica acerca do seu quadro, já que a principal característica da psicose é a apreensão incorreta da realidade. Neste caso, um familiar que identifique o problema deve saber que muitas vezes será difícil convencer a pessoa sobre os sintomas já que a própria natureza do quadro leva a pessoa a estar convicta de que o que está dizendo é a verdade sobre a realidade. Por isso, muitas vezes algum parente ou amigo próximo deve ser responsável por levar a pessoa doente a um especialista ou para a internação se for o caso.

Na consulta médica

Especialistas que podem diagnosticar a esquizofrenia são:

- Clínico geral
- Psiquiatra
- Psicólogo.

Estar preparado para a consulta pode facilitar o diagnóstico e otimizar o tempo. Dessa forma, você já pode chegar à consulta com algumas informações:

- Uma lista com todos os sintomas e há quanto tempo eles apareceram

- Histórico médico, incluindo outras condições que o paciente tenha e medicamentos ou suplementos que ele tome com regularidade
- Se possível, peça para uma pessoa te acompanhar.

O médico provavelmente fará uma série de perguntas, tais como:

- Quais são seus sintomas e quando você os notou pela primeira vez?
- Alguém mais na sua família foi diagnosticado com esquizofrenia?
- Os sintomas foram contínuos ou ocasionais?
- Você já pensou em suicídio?
- Você está comendo regularmente, indo ao trabalho ou à escola, tomando banho regularmente?
- Você já foi diagnosticado com alguma outra condição médica?
- Quais medicamentos você está tomando atualmente?

Também é importante levar suas dúvidas para a consulta por escrito, começando pela mais importante. Isso garante que você conseguirá respostas para todas as perguntas relevantes antes da consulta acabar. Para gordura no fígado, algumas perguntas básicas incluem:

- O que provavelmente está causando os sintomas?
- Quais são outras possíveis causas para os sintomas?
- Que tipos de testes são necessários?
- Esta condição é provavelmente temporária ou vitalícia?
- Qual o melhor tratamento?

Não hesite em fazer outras perguntas, caso elas ocorram no momento da consulta.

Diagnóstico de Esquizofrenia

Não há exames médicos disponíveis capazes de diagnosticar a esquizofrenia. Para que o paciente seja diagnosticado com esquizofrenia, um psiquiatra deve examinar o paciente para confirmar se é um caso da doença ou não. O diagnóstico é feito com base em uma entrevista minuciosa com a pessoa e seus familiares e após descartar outras doenças que também podem cursar com os mesmos sintomas psicóticos da esquizofrenia, mas que decorrem de outras doenças que atingem o cérebro.

A esquizofrenia é diagnosticada quando a psicose ocorre por uma alteração no próprio cérebro e não por psicose decorrente de outras causas. Exames que avaliam a imagem do cérebro

como tomografia ou ressonância magnética e exames de sangue podem ajudar a descartar outras doenças que podem também se apresentar com psicose como por exemplo:

1) [Doença de Wilson](#): doença genética relacionada ao metabolismo do cobre (presença de sintomas psicóticos em 10-20% dos casos); 2) Consumo de álcool, maconha, cocaína, alucinógenos e outras; 3) Tumores cerebrais que atingem o lobo temporal (todo primeiro surto psicótico necessita de um exame como uma tomografia para afastar este tipo de causa de psicose); 4) Doença de [Alzheimer](#) (até 60% dos casos apresentam psicose); 5) Demência fronto-temporal; 6) Doença de [Parkinson](#); 7) [Doença de Huntington](#); 8) [Esclerose múltipla](#); 9) [Encefalite](#) límbica (inflamação imunológica do cérebro); 10) [Lúpus](#) Eritematoso Sistêmico; 11) Síndrome do X-frágil; 12) Encefalite do [HIV](#) (inflamação do cérebro pelo vírus HIV); 13) Medicamentos como esteróides anabolizantes, corticóides e anfetaminas; 14) [Epilepsia](#); 15) Acidente vascular cerebral ([AVC](#)) principalmente no lado direito do cérebro; 16) Traumatismo cranioencefálico (TCE).

Tratamento de Esquizofrenia

Esquizofrenia requer tratamento durante toda a vida, mesmo após o desaparecimento de sintomas. O tratamento com medicamentos e terapia psicossocial podem ajudar a controlar a doença. Durante os períodos de crise ou tempos de agravamento dos sintomas, a hospitalização pode ser necessária para garantir a segurança, alimentação adequada, sono adequado e higiene básica do paciente.

O psiquiatra é o médico responsável pelo diagnóstico e pelo tratamento que é principalmente medicamentoso. A equipe multidisciplinar composta por psicólogo, assistente social e enfermeiro auxilia no manejo e nas abordagens psicossociais e psicoterápicas da doença.

O tratamento deve ser sempre medicamentoso (remédios antipsicóticos e outros medicamentos adjuvantes) e não medicamentoso (terapia comportamental e abordagens psicossociais de reintegração do indivíduo).

Medicamentos antipsicóticos

Medicamentos antipsicóticos são os medicamentos mais comumente prescritos para o tratamento da esquizofrenia. Eles são usados para controlar os sintomas, agindo diretamente sobre a desregulação dos neurotransmissores.

A escolha do medicamento ministrado ao paciente dependerá, também, da vontade do paciente em cooperar com o tratamento. Alguém que seja resistente a tomar a medicação, por exemplo, pode precisar de injeções, em vez de tomar um comprimido.

Psicoterapia

A terapia com um psicólogo pode ajudar o paciente a entender os fatores do dia a dia que desencadeiam a esquizofrenia, reduzir seus sintomas e trabalhar os eventos que o levaram a desenvolver este problema.

Hospitalização

Durante períodos de crise ou períodos de sintomas graves, a hospitalização pode ser necessária para garantir a segurança, alimentação adequada, sono adequado e higiene básica.

Terapia eletroconvulsiva

Para adultos com esquizofrenia que não respondem à terapia medicamentosa, a terapia eletroconvulsiva (ECT) pode ser considerada. A ECT pode ser útil para alguém que também tenha depressão. [Saiba mais sobre a técnica](#) e por que ela não é do mal.

Como posso ajudar alguém que conheço com esquizofrenia?

Cuidar e apoiar um familiar com esquizofrenia pode ser difícil, especialmente por ter que responder a alguém que faz declarações estranhas ou claramente falsas. É importante entender que a esquizofrenia é uma doença biológica.

Aqui estão algumas coisas que você pode fazer para ajudar seu ente querido:

- Incentive-os a permanecer em tratamento
- Lembre-se de que suas crenças ou alucinações parecem muito reais para eles
- Diga-lhes que você reconhece que todos têm o direito de ver as coisas de sua maneira
- Seja respeitoso, solidário e gentil sem tolerar comportamento perigoso ou inadequado
- Verifique se há algum grupo de suporte na sua área.

Medicamentos para Esquizofrenia

Os medicamentos mais usados para o tratamento de alguns sintomas da esquizofrenia são:

- [Anafranil](#)

- [Aripiprazol](#)
- [Bromazepam](#)
- [Clomipramina](#)
- [Clozapina](#)
- [Equilid 50mg](#)
- [Haldol](#)
- [Haloperidol](#)
- [Lexotan](#)
- [Olanzapina](#)
- [Risperidona](#)
- [ZAP](#)

Somente um médico pode dizer qual o medicamento mais indicado para o seu caso, bem como a dosagem correta e a duração do tratamento. Siga sempre à risca as orientações do seu médico e NUNCA se automedique. Não interrompa o uso do medicamento sem consultar um médico antes e, se tomá-lo mais de uma vez ou em quantidades muito maiores do que a prescrita, siga as instruções na bula.

Esquizofrenia tem cura?

Os resultados para uma pessoa com esquizofrenia são muito difíceis de prever. Na maior parte do tempo, os sintomas melhoram com medicamento. Entretanto, outras pessoas podem apresentar dificuldade funcional e correm o risco de apresentar episódios repetidos, principalmente durante os estágios iniciais da doença.

As pessoas com esquizofrenia podem precisar de moradia assistida, treinamento profissional e outros programas de apoio social. Pessoas com as formas mais graves da doença podem ser incapazes de viver sozinhas. Podem ser necessárias casas coletivas ou outras moradias de longo prazo com a estrutura adequada.

Os sintomas retornarão se a pessoa com esquizofrenia não tomar sua medicação.

Complicações possíveis

Se não for tratada, a esquizofrenia pode resultar em problemas emocionais, comportamentais e de saúde graves, assim como problemas jurídicos e financeiros que afetam quase que totalmente a vida da pessoa. Complicações que a esquizofrenia pode causar incluem:

- [Suicídio](#)

- Qualquer tipo de autolesão
- [Ansiedade](#) e [fobias](#)
- [Depressão](#)
- Consumo excessivo de álcool e abuso de drogas ou medicamentos de prescrição
- Perda de dinheiro
- Conflitos familiares
- Improdutividade no trabalho e nos estudos
- Isolamento social
- Outros problemas de saúde, incluindo aqueles associados com medicamentos antipsicóticos e tabagismo
- Ser vítima de comportamento agressivo
- Agressividade.

Convivendo/ Prognóstico

A terapia de apoio pode ser útil para muitas pessoas com esquizofrenia. Técnicas comportamentais, como o treinamento de habilidades sociais, podem ser usadas para melhorar as atividades sociais e profissionais. Aulas de treinamento profissional e construção de relacionamentos são importantes.

Os familiares de uma pessoa com esquizofrenia devem ser informados sobre a doença e receber apoio. Os programas que destacam os serviços de apoio social para pessoas necessitadas podem ajudar aqueles que não recebem apoio da família ou de conhecidos.

Os familiares e cuidadores são frequentemente incentivados a ajudar as pessoas com esquizofrenia a continuar seguindo o tratamento.

É importante que a pessoa com esquizofrenia aprenda a:

- Tomar os medicamentos corretamente e lidar com os efeitos colaterais
- Reconhecer os sinais iniciais de uma recaída e saber como reagir se os sintomas retornarem.

Lidar com os sintomas que se manifestam mesmo com o uso de medicamentos. Um terapeuta pode ajudar a:

- Administrar dinheiro
- Usar o transporte público.

Prevenção

Não existe uma forma conhecida de prevenir a esquizofrenia.

Após o diagnóstico, os sintomas podem ser prevenidos por meio do uso correto da medicação.

O paciente deve tomar os medicamentos prescritos exatamente como o médico recomendou.

Os sintomas retornarão caso a medicação seja interrompido.

É importante que o paciente sempre converse com o médico, principalmente se estiver pensando em mudar ou interromper o uso dos medicamentos. Fazer visitas regulares ao médico e ao terapeuta são medidas essenciais para se prevenir a recorrência dos sintomas.

Referências

Ministério da Saúde

National Institutes of Health

UNIICA

Sociedade Brasileira de Psiquiatria

ABRE

Mental Health America

Mayo Clinic

ANEXO B – Texto 2

O que é Esquizofrenia, principais tipos e como tratar

Dr^a. Elaine Aires Clínico Geral

Esquizofrenia é uma doença psiquiátrica caracterizada por alterações no funcionamento da mente que provoca distúrbios do pensamento e das emoções, mudanças no comportamento, além de perda noção da realidade e do juízo crítico.

Apesar de ser mais comum entre os 15 e 35 anos, a esquizofrenia pode surgir em qualquer idade, e costuma se manifestar através tipos diferentes, como paranóide, catatônica, hebefrênica ou indiferenciada, por exemplo, que apresentam sintomas que variam desde alucinações, ilusões, comportamento anti-social, perda da motivação ou alterações da memória.

A esquizofrenia afeta cerca de 1% da população, e apesar de não ter cura, pode ser bem controlada com medicamentos antipsicóticos, como Risperidona, Quetiapina ou Clozapina, por exemplo, orientados pelo psiquiatra, além de outras terapias, como psicoterapia e terapia ocupacional, como forma de ajudar o paciente a se reabilitar e reintegrar à família e à sociedade.



Principais sintomas

Existem diversos sintomas que estão presentes em uma pessoa com esquizofrenia, que podem variar de acordo com cada pessoa e com o tipo de esquizofrenia desenvolvida, e incluem sintomas chamados positivos (que começam a acontecer), negativos (que eram normais, mas deixam de acontecer) ou cognitivos (dificuldades no processamento de informações).

Os principais são:

- **Delírios**, que surgem quando a pessoa acredita vivamente em algo que não é real, como que está sendo perseguida, traída ou que tem super-poderes, por exemplo. Entenda melhor o que é delírio, os tipos e quais as causas;

- **Alucinações**, são percepções vívidas e claras de coisas que não existem, como ouvir vozes ou ter visões;
- **Pensamento desorganizado**, em que a pessoa fala coisas desconexas e sem sentido;
- **Anormalidades na forma de se movimentar**, com movimentos descoordenados e involuntários, além do catatonismo, caracterizado pela falta de movimentação, presença de movimentos repetidos, olhar fixo, caretas, eco da fala ou ficar mudo, por exemplo;
- **Alterações do comportamento**, podendo haver surtos psicóticos, agressividade, agitação e risco de suicídio;
- **Sintomas negativos**, como perda da vontade ou iniciativa, falta de expressão emocional, isolamento social, falta de autocuidado;
- **Falta de atenção e concentração**;
- **Alterações na memória** e dificuldades no aprendizado.

A esquizofrenia pode surgir de forma súbita, em dias, ou de forma gradual, com alterações que surgem aos poucos durante meses a anos. Geralmente, os sintomas iniciais são percebidos por familiares ou amigos mais próximos, que notam que a pessoa está mais desconfiada, confusa, desorganizada ou afastada. Saiba mais sobre como identificar esta doença em [sintomas de esquizofrenia](#).

Para confirmar a esquizofrenia, o psiquiatra irá avaliar o conjunto de sinais e sintomas apresentados pela pessoa e, se necessário, solicitar exames como tomografia computadorizada ou ressonância magnética do crânio para afastar outras doenças que podem provocar sintomas psiquiátricos, como tumor cerebral ou demência, por exemplo.

Quais são os tipos

A esquizofrenia pode ser classificada em diferentes tipos, de acordo com os principais sintomas que a pessoa apresenta. Os principais tipos são:

1. Esquizofrenia paranóide

É o tipo mais comum, em que predominam os delírios e alucinações, principalmente o ouvir vozes, sendo também comum alterações do comportamento, como agitação, inquietação.

2. Esquizofrenia Catatônica

É caracterizada pela presença do catatonismo, em que a pessoa não reage de forma correta ao ambiente, havendo movimentos lentos ou paralisia do corpo, em que se pode permanecer na mesma posição por horas a dias, fala lentificada ou não falar, repetição de palavras ou frases

que alguém acabou de dizer, como também a repetição de movimentos bizarros, realização de caretas ou olhar fixo.

É um tipo menos comum de esquizofrenia, e de tratamento mais difícil, havendo risco de complicações como desnutrição ou auto-agressão, por exemplo.

3. Esquizofrenia Hebefrênica ou Desorganizada

Predomina o pensamento desorganizado, com falas sem sentido e fora do contexto, além de ser comum a presença de sintomas negativos, como desinteresse, isolamento social e perda da capacidade de realizar atividades do dia-a-dia.

4. Esquizofrenia Indiferenciada

Surge quando há sintomas de esquizofrenia, entretanto, a pessoa não se encaixa nos tipos citados.

5. Esquizofrenia Residual

É uma forma crônica da doença. Acontece quando os critérios para esquizofrenia ocorreram no passado, mas não estão ativos atualmente, entretanto, ainda persistem sintomas negativos como lentificação, isolamento social, falta de iniciativa ou afeição, expressão facial diminuída ou falta de autocuidado, por exemplo.



O que causa a esquizofrenia

A causa exata do que provoca a esquizofrenia ainda é desconhecida, no entanto, sabe-se que o seu desenvolvimento é influenciado tanto pela genética, já que há maior risco dentro de uma mesma família, como por fatores ambientais, que podem incluir uso de drogas como a maconha, infecções virais, pais com idade avançada no momento da gravidez, desnutrição durante a gravidez, complicações no parto, experiências psicológicas negativas ou sofrer abuso físico ou sexual.

Como é feito o tratamento

O tratamento da esquizofrenia é orientado pelo psiquiatra, com medicamentos antipsicóticos, como Risperidona, Quetiapina, Olanzapina ou Clozapina, por exemplo, que ajudam a controlar principalmente os sintomas positivos, como alucinações, delírios ou alterações do comportamento.

Outros medicamentos do tipo ansiolíticos, como Diazepam, ou estabilizadores do humor, como Carbamazepina, podem ser usados para aliviar os sintomas em caso de agitação ou ansiedade, além de antidepressivos, como Sertralina, pode ser indicada no caso de depressão.

Além disso, é necessária a realização de psicoterapia e terapia ocupacional, como forma de contribuir para uma melhor reabilitação e reintegração do paciente ao convívio social. A orientação à família e o acompanhamento por equipes de apoio social e comunitárias também são medidas importantes para melhorar a eficácia do tratamento.

Esquizofrenia infantil

A esquizofrenia infantil é chamada de esquizofrenia precoce, já que não é comum surgir em crianças. Ela se apresenta com os mesmos sintomas e mesmos tipos que a esquizofrenia no adulto, entretanto, costuma ter um início mais gradual, muitas vezes difícil de delimitar quando surgiu.

É mais comum haver alterações do pensamento, com ideias desorganizadas, delírios, alucinações e difícil contato social. O tratamento é feito com o psiquiatra infantil, com uso de medicamentos, como Haloperidol, Risperidona ou Olanzapina, por exemplo, sendo também importante a realização de psicoterapia, terapia ocupacional e orientação familiar.

ANEXO C – Texto 3

Quais são os sintomas da esquizofrenia?

Os sintomas da esquizofrenia, embora variem de pessoa para pessoa, podem incluir delírios, alucinações, falta de vontade e de sentimentos, desorganização do pensamento, do discurso e do comportamento. Os sintomas da esquizofrenia geralmente aparecem no decorrer da adolescência para a idade adulta, até os 30 anos, aproximadamente, levando à uma mudança no comportamento e no relacionamento social da pessoa.

A esquizofrenia é um distúrbio psicótico causado possivelmente por uma predisposição genética estimulada por fatores psicológicos, ambientais ou biológicos. Os seus sintomas são:

- • alucinações, principalmente auditivas, ocorrem quando a pessoa tem sensações ou ouve uma ou mais vozes que não são reais,
- • delírios, ocorrem quando a pessoa acredita que alguma situação irreal está acontecendo, pode sentir-se perseguida e acuada,
- • desorganização do discurso e inadequação do comportamento, ocorre quando o que a pessoa diz e faz não tem sentido ou lógica,
- • perda de interesse e vontade (avolia),
- • ambivalência (sentimentos opostos em determinadas situações),
- • dificuldade para memorizar, organizar e entender assuntos, ideias e detalhes,
- • dificuldade em se relacionar no trabalho, nos estudos ou em casa,
- • alterações incompreensíveis de humor, como alegria ou tristeza sem explicação.

É importante que o psiquiatra faça o diagnóstico da esquizofrenia, uma vez que os seus sintomas podem ser confundidos com os presentes em outros distúrbios, tais como o uso ou abstinência de drogas, presença de doenças cerebrais, transtornos do desenvolvimento (autismo), sintomas de mania ou depressão e doenças endócrinas.

ANEXO D – Texto 4

Diferenças entre Esquizofrenia e Depressão

As diferenças entre esquizofrenia e depressão são bastante significativas. Apesar de muitas vezes o paciente **esquizofrênico** apresentar também **depressão**, esta última quase sempre surge depois de instalada a esquizofrenia.

Embora a **apatia** e a **falta de motivação** que se manifestam na esquizofrenia também ocorrerem na depressão, ambas as doenças provocam outros sinais e sintomas que podem facilmente diferenciar uma da outra.

A esquizofrenia é um transtorno mental que provoca **crises de psicose** caracterizadas por:

- • Delírios;
- • Alucinações;
- • Discurso desorganizado;
- • Comportamento amplamente desorganizado ou catatônico;
- • Sintomas negativos;
- • Alterações da afetividade (indiferença, sem expressão afetiva).
- • Perda de motivação.

O esquizofrênico também pode apresentar:

- • Dificuldade de concentração;
- • Alterações na coordenação motora;
- • Desconfiança excessiva;
- • Indiferença.

Saiba mais em: O que é uma psicose e quais são os seus sinais e sintomas?

A esquizofrenia geralmente evolui em episódios agudos onde surgem vários destes sintomas, sobretudo **delírios e alucinações**. As crises são intercaladas por períodos de remissão, com poucos sintomas manifestos.

Já a **depressão**, apesar de também ser uma doença mental, caracteriza-se por uma **tristeza profunda, duradoura e muito forte** que o paciente não consegue vencer. Os seus principais sintomas são:

- • Tristeza profunda e duradoura;
- • Falta de interesse ou prazer em atividades que gosta de fazer;
- • Sensação de vazio;
- • Falta de energia;
- • Apatia;
- • Desânimo;
- • Falta de vontade de desempenhar tarefas;
- • Falta de esperança;
- • Pensamentos negativos;
- • Pessimismo;
- • Autodesvalorização.

A depressão ainda pode causar:

- • Dificuldade de concentração;
- • Sono irregular;
- • Perda de apetite;
- • Ansiedade;
- • Dor de cabeça;
- • Desconfortos estomacais.

Casos mais graves de depressão podem levar também a **ideias de morte** e tentativas de **suicídio**. A depressão geralmente é recorrente, ou seja, o paciente tem episódios de depressão de tempos em tempos.

Porém, pacientes com depressão **não apresentam alucinações e delírios**, como frequentemente ocorre com os esquizofrênicos, a menos que tenham um outro transtorno mental.

Uma pessoa com esquizofrenia pode desenvolver uma depressão, mas as doenças são diferentes e devem ser tratadas e diagnosticadas separadamente pelo/a **médico/a de família ou psiquiatra**.

ANEXO E – Texto 5

O que é esquizofrenia: sintomas, diagnóstico e tratamento

Saiba tudo sobre esse transtorno psiquiátrico mais comum do que se imagina. Quais os sinais que ele apresenta? Há remédio e como tratar?

Por André Biernath

Publicado em 14 set 2018, 09h56



Os cientistas do final do século 19 foram buscar inspiração na língua grega arcaica para caracterizar um **transtorno psiquiátrico** que, até então, ficava jogado no limbo da loucura. Por meio da junção dos termos esquizo, “dividir” no idioma dos filósofos clássicos, e frenia, algo próximo de “mente”, eles deram um nome perfeito para a doença. A **esquizofrenia**, ou distúrbio da mente dividida, é marcada por surtos em que o mundo real acaba substituído por **delírios** e **alucinações**. O transtorno afeta 2 milhões de brasileiros, mas a falta de conhecimento sobre ele só reforça estigmas. Hora de saber tudo sobre a condição que afeta 1% da população no planeta, dos sintomas ao tratamento.

Os sintomas

Geralmente a esquizofrenia se inicia com uma simples apatia no final da adolescência e no começo da vida adulta, na faixa dos 18 aos 30 anos. Aos poucos, o indivíduo abandona as atividades rotineiras e se isola. Suas reações ficam estranhas e desajustadas – ele não esboça os sentimentos esperados diante de fatos tristes ou felizes.

Do nada, surge uma sensação de que algo está errado e alguém prejudica a sua vida. O passo seguinte é a transformação dessa inquietação nas fantasias sensoriais e nas teorias da conspiração. São as alucinações e os delírios que mencionamos antes.

Fique atento a estes sinais:

- Dificuldades no aprendizado desde a infância
- Apatia
- Pouca vontade de trabalhar, estudar ou interagir com os outros
- Não reagir diante de situações felizes ou tristes
- Vozes que surgem na cabeça e outras alterações nos órgãos dos sentidos
- Mania de perseguição inexplicável

O que causa esquizofrenia e como diagnosticar?

Ela é investigada há décadas, mas segue cheia de mistérios. Ainda não se sabe, por exemplo, o que acontece no cérebro desses sujeitos. “Estudos apontam que ocorre algum defeito na produção ou na ação de um neurotransmissor chamado dopamina”, conta o psiquiatra Ary Gadelha de Alencar, da Universidade Federal de São Paulo. O especialista participou de uma conferência sobre o tema no último Congresso Cérebro, Comportamento e Emoções (Brain 2018), realizado em junho na cidade gaúcha de Gramado.

Na busca por explicações mais certeiras para a doença, algumas pesquisas foram vasculhar o DNA dos pacientes à procura de mutações genéticas. Não acharam nada que fosse significativo. Levantamentos até mostraram uma relação entre infecções ao longo da gestação ou traumas no parto a um maior risco de desenvolver a esquizofrenia. Mas nenhum desses achados é considerado decisivo na gênese do problema.

Tamanha falta de informação é um dos fatores que contribuem para um **terrível atraso no diagnóstico**. “Há uma demora de sete anos entre os primeiros sinais e a detecção do transtorno”, calcula o psiquiatra Wagner Gattaz, do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo (IPq-HC).

Um flagra precoce leva a um tratamento mais efetivo e com um prognóstico favorável no longo prazo. Mas, infelizmente, essa não é a realidade na grande maioria dos casos. Ficar atento a algumas características, como uma repentina perda de vontade ou uma exagerada mania de perseguição, especialmente em jovens, é a melhor atitude para ir atrás da ajuda profissional, se necessário.

O tratamento

Os remédios que silenciam a paranoia existem desde os anos 1970 e evoluíram enormemente de lá para cá. Os antipsicóticos do passado causavam muitos efeitos colaterais. “Como mexem com a dopamina, esses fármacos estão relacionados a manifestações típicas do Parkinson, como tremor involuntário e rigidez muscular”, esclarece a geriatra Maira Tonidandel Barbosa, da Universidade Federal de Minas Gerais.

As medicações mais recentes, conhecidas genericamente como **segunda geração**, provocam menos eventos adversos graves – isso porque interferem em outras substâncias da química cerebral, como a serotonina, o que traria uma proteção neuronal extra. Por essa razão, o ideal é dar preferência a essas opções mais novas durante as primeiras incursões terapêuticas.

Caso a tentativa inicial não dê conta do recado, aí, sim, o médico parte para as drogas antigas (**primeira geração**). Se nem mesmo essas funcionarem, o plano C é a **clozapina**, a medicação pioneira no campo da esquizofrenia. Como ela pode afetar os glóbulos brancos, o protocolo de uso exige fazer um exame de sangue todas as semanas para ver se está tudo ok.

Uma boa-nova na luta contra a esquizofrenia foi a chegada das injeções de longa ação. Elas utilizam os mesmos princípios ativos dos comprimidos, que foram por muito tempo a única alternativa disponível na farmácia. Uma simples picada fornece uma dose que dura duas semanas ou até um mês, dependendo do tipo e do fabricante.

No exterior, já existe uma versão aprovada desses produtos que atua por 90 dias. Além delas, uma opção, que está na última fase de testes antes da liberação, fica no organismo ao longo de um semestre inteiro. Por mais que a ideia de tomar agulhadas periódicas não seja lá muito agradável para alguns, a certeza de que o paciente recebeu o remédio e está devidamente medicado por um período mais prolongado é uma garantia contra a desistência do tratamento e futuras recaídas.

Inclusive, uma pesquisa assinada por especialistas do Instituto Karolinska, na Suécia, com apoio do laboratório Janssen, reuniu dados de 29 mil esquizofrênicos e concluiu que os fármacos injetáveis **reduzem a mortalidade em 33% na comparação aos comprimidos tomados diariamente**. “Seguir a terapia à risca ajuda a estabilizar o quadro e permite cuidar

melhor de outros parâmetros de saúde, prevenindo a obesidade e as doenças cardiovasculares“, afirma Gattaz.

Quando pílulas ou injeções não foram capazes de equilibrar o cérebro, resta ainda a **eletroconvulsoterapia**, que envolve a aplicação de correntes elétricas em determinadas regiões da cabeça. O método mudou demais e não é mais aquele festival de choques do passado, que novelas e filmes teimam em repetir. Hoje em dia ela é segura, fica restrita a algumas áreas do crânio e produz muito menos traumas.

Outra ideia estudada em algumas universidades é o emprego da **estimulação transcraniana**, um aparelho emissor de ondas magnéticas que traria um efeito parecido. Mas ainda faltam evidências para comprovar que a proposta é realmente boa. Deve demorar mais alguns anos para que ela vire uma realidade.

A psicologia e os ajustes no estilo de vida

O contato com o psicólogo é outro pilar fundamental no controle e na recuperação da esquizofrenia. As sessões de terapia cognitivo-comportamental são indicadas para entender as emoções, ponderar os pensamentos e, principalmente, identificar os gatilhos que podem desencadear os surtos.

“O estresse e o uso de drogas como o álcool e a maconha são os dois dos principais disparadores dos novos episódios de paranoia”, aponta o psiquiatra Helio Elkis, coordenador do Programa de Esquizofrenia do IPq-HC.

Nesse contexto, não dá pra se esquecer do raciocínio desses indivíduos. Eles apresentam perda de memória e baixa concentração, o que dificulta a realização de tarefas ou o aprendizado de novas informações.

A psicóloga inglesa Til Wykes, do King’s College de Londres, criou um programa de computador que mira justamente essas funções prejudicadas. Ela veio ao Brain 2018 para compartilhar os resultados inéditos de seu experimento. “Vimos melhoras não só nas habilidades cognitivas mas nos próprios sintomas”, relata. Além dos treinamentos mentais regulares, a atividade física também é indicada por estimular a liberação de neurotransmissores benéficos.

Porém, de nada vai adiantar esse monte de estratégias se a sociedade, da qual eu e você fazemos parte, não se despir de preconceitos e passar a acolher e respeitar quem tem esquizofrenia. Imagine que eles descobrem a doença numa fase de formação universitária e entrada no mercado de trabalho. Sem essa base, fica difícil para qualquer um arranjar emprego e viver com as próprias pernas.

Por outro lado, se o distúrbio está bem controlado, é possível ter uma vida praticamente normal. O suporte da comunidade é a cereja no bolo do tratamento. É assim que a mente, antes dividida, volta a ser uma coisa só.

ANEXO F – Texto 6

Esquizofrenia



DR. WAGNER GATTAZ É MÉDICO PSIQUIATRA E PROFESSOR DE PSIQUIATRIA NO INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. 11 de janeiro de 2012

Revisado em 27 de setembro de 2018

A esquizofrenia é uma doença psiquiátrica endógena, que se caracteriza pela perda do contato com a realidade. A pessoa pode ficar fechada em si mesma, com o olhar perdido, indiferente a tudo o que se passa ao redor ou, os exemplos mais clássicos, ter alucinações e delírios. Ela ouve vozes que ninguém mais escuta e imagina estar sendo vítima de um complô diabólico tramado com o firme propósito de destruí-la. Não há argumento nem bom senso que a convença do contrário.

Antigamente, esses indivíduos eram colocados em sanatórios para loucos, porque pouco se sabia a respeito da doença. No entanto, nas últimas décadas, houve grande avanço no estudo e tratamento da esquizofrenia que, quanto mais precocemente for tratada, menos danos trará aos doentes.

PRINCIPAIS SINTOMAS

Drauzio – A esquizofrenia é uma doença conhecida há quanto tempo?

Wagner Gattaz – Há alguns milênios eram descritos casos de psicose que, segundo os critérios atuais, poderiam ser classificados como esquizofrenia. Por isso, dizemos que a

esquizofrenia é uma doença própria da natureza humana e que sempre existiu, pelo menos é o que provam descrições históricas muito antigas.

Drauzio – Quais são seus principais sintomas?

Wagner Gattaz – Grosso modo, há dois tipos de sintomas: os produtivos e os negativos. Os sintomas produtivos são, basicamente, os delírios e as alucinações. O delírio se caracteriza por uma visão distorcida da realidade. O mais comum, na esquizofrenia, é o delírio persecutório. O indivíduo acredita que está sendo perseguido e observado por pessoas que tramam alguma coisa contra ele. Imagina, por exemplo, que instalaram câmeras de vídeo em sua casa para descobrirem o que faz a fim de prejudicá-lo.

As alucinações caracterizam-se por uma percepção que ocorre independentemente de um estímulo externo. Por exemplo: o doente escuta vozes, em geral, as vozes dos perseguidores, que dão ordens e comentam o que ele faz. São vozes imperativas que podem levá-lo ao suicídio, mandando que pule de um prédio ou de uma ponte.

Delírio e alucinações são sintomas produtivos que respondem mais rapidamente ao tratamento. No outro extremo, estão os sintomas negativos da doença, mais resistentes ao tratamento, e que se caracterizam por diminuição dos impulsos e da vontade e por achatamento afetivo. Há a perda da capacidade de entrar em ressonância com o ambiente, de sentir alegria ou tristeza condizentes com a situação externa.

Drauzio – Cite exemplo de um caso que você encontrou na clínica.

Wagner Gattaz – Vou citar o exemplo de um caso de esquizofrenia do tipo paranoide que ocorreu ainda no tempo da Guerra Fria. O paciente tinha convicção absoluta de que a energia de seus pensamentos estava sendo roubada por um satélite russo e era transformada em energia bélica para destruir os satélites americanos.

Drauzio – O paciente considera o que sente absolutamente lógico e real?

Wagner Gattaz – Existe uma lógica perfeita dentro do delírio, só que ela não corresponde à realidade. Uma das características do delírio, aliás a que o diferencia do erro, é que não se consegue removê-lo com contra-argumentação lógica. A convicção é absoluta e tentar dissuadi-lo, é inútil. Ouvir – *“Imagine, você não está sendo perseguido. Você está imaginando coisas”* -, basta para acreditar que está diante de mais um de seus perseguidores, de alguém que faz parte do complô armado para destruí-lo.

SINTOMAS NEGATIVOS

Drauzio – Como transcorre o dia a dia de um paciente com sintomas negativos?

Wagner Gattaz – Na verdade, 80% das esquizofrenias começam com os sintomas negativos. Delírio e alucinação chamam mais a atenção. Já os sintomas negativos ocorrem mais no íntimo das pessoas e causam menos impacto nos outros. É o caso do indivíduo que, certo dia, não vai trabalhar, não avisa ninguém e passa o dia todo deitado, tomando café e fumando. A família percebe o olhar distante, como se estivesse em outro mundo. Ele não se importa com o que acontece ao redor, não cuida da higiene pessoal nem se alimenta direito. Geralmente, esses sintomas marcam o começo da doença, a fase chamada tremapsicótico, marcada por tensão e ansiedade muito grande. A pessoa sente que algo está acontecendo, mas não sabe dizer o que é.

Drauzio – **A família percebe que ele está diferente e não se relaciona com os outros como fazia antes. O paciente nota essas mudanças?**

Wagner Gattaz – Ele percebe que algo está acontecendo a seu redor, mas acha que são coisas que os outros estão armando contra ele. Isso é característico da esquizofrenia. O paciente se considera uma vítima das circunstâncias externas. Na verdade, nesse momento, não tem a consciência crítica de que está adoecendo.

EVOLUÇÃO DO PROCESSO ESQUIZOFRÊNICO

Drauzio – **Você diz que, em geral, a doença começa por um certo alheamento em relação às circunstâncias que rodeiam o paciente e que o quadro de alucinações e delírios surge mais tarde. Como se processa a evolução da doença?**

Wagner Gattaz – Varia de indivíduo para indivíduo. O processo esquizofrênico pode levar anos. Como já mencionei, na fase inicial, a sensação de que algo está acontecendo, mas o paciente não sabe o quê, é caracterizada por muita tensão e ansiedade. Em determinado momento, porém, ele fala – *“Estou sem forças, porque estão tramando algo contra mim e colocaram veneno na minha comida”*. Essa explicação delirante é suficiente para diminuir o nível de tensão e ansiedade. É como se a pessoa tivesse uma dor de causa desconhecida e, de repente, chegasse a um diagnóstico que, de algum modo, a tranquilizasse.

Drauzio – **Esses sintomas, tanto os produtivos quanto os negativos, comprometem outras áreas da cognição. Eles permitem que a pessoa continue estudando, aprendendo coisas novas, exercendo suas funções no trabalho?**

Wagner Gattaz – Durante um certo tempo sim, enquanto a vontade e os impulsos estiverem preservados. A partir do momento em que são diminuídos e achatados, a atividade do dia a dia fica seriamente prejudicada. Num estágio mais avançado da doença, ocorre prejuízo cognitivo e de funções como concentração e memória.

REAÇÃO DOS FAMILIARES E CONSUMO DE DROGAS

Drauzio – Como costumam reagir os familiares quando percebem que a pessoa não vai trabalhar, está esquisita e menos afetuosa?

Wagner Gattaz – No início, a reação é de perplexidade. A família não encontra explicações para a mudança de comportamento e uma das primeiras perguntas que faz é se a pessoa não estaria consumindo drogas. Quando começam as alucinações, então, aumenta a suspeita de que isso possa realmente estar acontecendo.

Na verdade, o uso de drogas não é raro na esquizofrenia, não como causa, mas como consequência. Sabemos que, no início, algumas drogas exercem certo efeito sedativo, tranquilizante, o que nas fases de ansiedade e tensão pode melhorar o humor do paciente.

Drauzio – Qual a droga procurada com mais frequência? Existe alguma que acelera o processo de instalação da esquizofrenia?

Wagner Gattaz – A mais procurada é o álcool. A maconha também é usada, porém com menos frequência. Consumo de drogas mais pesadas costuma ser raro.

Bom lembrar que as anfetaminas, popularmente conhecidas de bolinhas, quando tomadas em excesso, podem provocar psicoses clinicamente idênticas à esquizofrenia. Clinicamente, é impossível diferenciá-las. Aliás, o melhor modelo artificial de uma psicose esquizofrênica é o causado pelas anfetaminas. A cocaína também pode provocar quadros psicóticos semelhantes, mas não tão característicos quanto aos das anfetaminas.

Drauzio – Sabe-se que a cocaína provoca delírios persecutórios. O álcool pode disparar processos semelhantes? Tive um paciente que bebia muito e acordou no meio da noite ouvindo uma voz que o mandava matar a mulher. Ficou tão apavorado, que saiu a andar pelas ruas. Quando voltou para casa pediu à mulher que o levasse para o hospital, porque algo de errado estava acontecendo com ele.

Wagner Gattaz – O álcool pode desencadear paranoias. A grande diferença entre a paranoia da esquizofrenia e a alcoólica reside no fato de que, neste último caso, os pacientes reconhecem a anormalidade da situação e pedem ajuda. Isso não ocorre pelo menos no primeiro surto esquizofrênico. Com o tempo, entretanto, alguns pacientes aprendem a detectar os chamados pródomos da doença, ou seja, as manifestações que antecedem o desencadear da psicose. Esses ligam para o médico, pedem ajuda, querem rever a medicação. Infelizmente, não mais do que 20% dos pacientes com esquizofrenia têm esse *insight*, isto é, a capacidade de perceber a crise psicótica está voltando.

MANIFESTAÇÃO NOS DOIS GÊNEROS

Drauzio – Em geral, a esquizofrenia se instala em que faixa de idade?

Wagner Gattaz – A esquizofrenia se instala em pessoas jovens. O pico da instalação se dá, no homem, por volta dos 25 anos de idade. A mulher parece estar um pouco mais protegida. Nela a doença ocorre mais tarde, por volta dos 29/30 anos. A incidência, porém, é igual nos dois sexos. A proporção é de um homem para cada mulher com a doença.

Drauzio – Nas mulheres, a evolução é mais lenta e menos grave do que nos homens?

Wagner Gattaz – É mais benigna na mulher. Mais benigna provavelmente por dois fatores: a instalação da doença ocorre mais tarde e elas se casam mais cedo. Assim, antes da manifestação da psicose, a mulher tem a possibilidade de construir uma rede social e familiar que vai ajudá-la no decorrer da doença. Coisas simples como tomar medicação de forma adequada e procurar o médico precocemente fazem muita diferença.

Por casar-se mais tarde e a doença instalar-se mais cedo, frequentemente o homem não construiu ainda uma estrutura familiar que lhe dê respaldo. Outro motivo, ainda objeto de pesquisa, que torna a doença mais amena na mulher, é que os hormônios sexuais femininos, os estrógenos principalmente, têm na célula nervosa um efeito semelhante ao dos medicamentos antipsicóticos. É como se a mulher possuísse um antipsicótico endógeno protegendo-a contra as manifestações da doença.

Drauzio – Isso justificaria a instalação mais tardia e a evolução mais benigna da doença na mulher?

Wagner Gattaz – Sem dúvida. É raro o homem adoecer pela primeira vez depois dos 40 anos de idade. No entanto, cerca de 10% das mulheres têm o primeiro surto psicótico esquizofrênico depois dos 45 anos, época em que ocorre a menopausa e cai a produção de estrógenos.

ÍNDICE DE PREVALÊNCIA

Drauzio – Qual o índice de prevalência da esquizofrenia na população de modo geral?

Wagner Gattaz – A esquizofrenia é uma doença frequente e universal que incide em 1% da população. Ocorre em todos os povos, etnias e culturas. Existem estudos comparativos indicando que ela se manifesta igualmente em todas as classes socioeconômicas e nos países ricos e pobres. Isso reforça a ideia de que a esquizofrenia é uma doença própria da condição humana e independe de fatores externos. Em cada 100 mil habitantes, surgem de 30 a 50 casos novos por ano. Neste momento, 5% da população mundial têm esquizofrenia. Portanto, em termos de Brasil, isso significa que 800 mil habitantes são portadores dessa doença.

FATORES GENÉTICOS E AMBIENTAIS

Drauzio – O fato de a incidência da esquizofrenia ser mais ou menos igual em todas as sociedades faz supor que exista uma base neurobioquímica que justifique seu aparecimento.

Wagner Gattaz – Existe um componente genético importante. O risco sobe para 13%, se um parente de primeiro grau for portador da doença. Quanto mais próximo o grau de parentesco, maior o risco, chegando ao máximo em gêmeos monozigóticos. Se um deles tem esquizofrenia, a possibilidade de o outro desenvolver o quadro é de 50%.

Drauzio – Como não são todos da mesma família que desenvolvem o quadro, é possível pensar que fatores ambientais colaborem para o aparecimento da doença?

Wagner Gattaz – Estudos genéticos são o melhor argumento de que nem tudo é genético. Existe uma contribuição ambiental. Pena que até hoje não tenhamos conseguido isolar um único fator que aumente com certeza o risco.

Nesse sentido, a esquizofrenia pode ser comparada a muitas outras doenças em que não existem 100% de penetrância genética. É necessário haver uma interação de fatores gerais que vão desde o nascimento (há um número maior de esquizofrênicos nascidos nos meses mais frios) até fatores dietéticos, mas sem uma resposta conclusiva. Sabe-se que existe uma gama de fatores que causam ou impedem o desencadeamento da doença.

EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO

Drauzio – No passado, o tratamento da esquizofrenia era precário. Hoje, houve um grande avanço farmacológico nessa área. Qual a melhor estratégia para tratar uma pessoa com essa doença?

Wagner Gattaz – Realmente, o progresso foi muito grande. Na verdade, começou no início dos anos 1950 com a introdução do primeiro medicamento antipsicótico. Ele provocou um esvaziamento dos hospitais psiquiátricos que eram usados como asilos para esses pacientes no passado. De lá para cá, esses medicamentos evoluíram muito. Hoje existem medicamentos com poucos efeitos colaterais que atuam nos sintomas negativos da doença.

Essa é a questão-chave. Como foi dito, o paciente com psicose esquizofrênica nem sempre tem consciência crítica de seu estado mórbido. Por que iria, então, tomar remédios para o resto da vida, ainda mais se têm efeitos adversos? Por isso, a principal causa de recaída da doença era o abandono do tratamento. Com o advento de novos medicamentos que são mais bem tolerados, aumentou a aderência do paciente ao tratamento e sua continuidade mesmo depois que desaparecem os sintomas.

Além disso, como qualquer doença na medicina, quanto mais precocemente começar o tratamento, melhor. Não só porque o início precoce impede que a doença provoque danos mais sensíveis na personalidade do paciente, mas também evita que ele abandone sua rotina de vida, os estudos, sua atividade profissional, preservando a estrutura socioeconômica que melhora muito o prognóstico.

Existem estudos denominados “Intervenção Precoce” que defendem o início do tratamento antes da manifestação completa da doença. Um deles está em andamento no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas. Quando se detecta alto risco para a psicose, e existem critérios para determinar isso, prescreve-se o tratamento precoce a fim de evitar o desenvolvimento completo da doença.

Drauzio – Qual é a eficácia do tratamento?

Wagner Gattaz – O tratamento tem boa eficácia para fazer regredir os sintomas negativos. Em muitos casos de adultos jovens e adolescentes, é possível conseguir que eles não interrompam suas atividades e mantenham boa reintegração social, o que evita muitos danos causados pela esquizofrenia.

Drauzio – Esses medicamentos ainda produzem alguns efeitos colaterais. Quais são os mais frequentes?

Wagner Gattaz – A primeira geração de medicamentos, que continuam sendo usados inclusive porque são mais baratos, atua bloqueando o sistema cerebral da dopamina. Esse bloqueio simula os sintomas da doença de Parkinson, uma patologia causada exatamente pela falta de dopamina no cérebro, e ocorrem problemas motores, tremores, torcicolos violentos e rigidez muscular.

Esses efeitos colaterais mais graves da primeira geração foram amplamente abolidos com os medicamentos introduzidos na última década. São mais caros, embora não custem muito se comparados com outros métodos terapêuticos na medicina. Alguns deles provocam ganho de peso, que pode ser controlado com a troca do remédio.

Drauzio – A administração desses medicamentos é cômoda para os pacientes?

Wagner Gattaz – A administração é cômoda, uma dose tomada por dia. Atualmente, estão sendo introduzidos antipsicóticos injetáveis, isto é, uma injeção que o paciente toma a cada duas ou quatro semanas. Isso facilita muito o tratamento e sua manutenção.

ORIENTAÇÃO AOS FAMILIARES E PACIENTES

Drauzio – Como devem ser orientados os familiares para lidar com os doentes?

Wagner Gattaz – A primeira medida é esclarecer a família sobre as características da doença. Ela precisa entender que, se por acaso o paciente teve um surto de nervosismo ou agressividade (o que é raro em esquizofrenia), não se trata de mau caráter ou maldade. Ele tem uma doença orgânica como qualquer outra, uma doença neuroquímica da qual é muito mais vítima do que agente malfeitor.

Essa informação ajuda a família a compreender melhor o problema e as necessidades do doente. Em um terço dos casos, mesmo a psicose desaparecendo, fica uma pequena sintomatologia residual. A pessoa não volta mais a ser a mesma. Permanece a diminuição dos impulsos e ela não consegue mais dar conta do que fazia antes. Por isso, muitas vezes, é preciso baixar as expectativas em relação ao portador de esquizofrenia. Esse é um fator que pode até ser medido em questionários conhecidos como “*Emoções Expressas da Família*”. Trabalhos mostram que, quando se reduz a pressão familiar, melhora o prognóstico e diminui o número de recaídas.

Drauzio – **Além da medicação, o que você recomenda aos doentes quanto ao estilo de vida?**

Wagner Gattaz – Passado o surto agudo, os pacientes podem beneficiar-se participando de diferentes programas que vão ajudá-lo a reintegrar-se na sociedade. São programas que incluem desde terapia cognitiva específica para transtornos esquizofrênicos a fim de ensiná-los a lidar com os sintomas e a doença, até um treinamento de profissionalização para aqueles que não conseguem retomar as atividades que exerciam antes ou treinamento em oficina abrigada para ajudá-lo a reintegrar-se na sociedade. O tratamento ideal é sempre o que proporciona melhor reintegração social do paciente.

ANEXO G – Texto 7

O que é Esquizofrenia (Paranóide e mais tipos), sintomas, tem cura?

Por Redação Minuto Saudável 29/06/2017

O que é Esquizofrenia?

A esquizofrenia é uma desestruturação psíquica que faz com que a pessoa perca a noção da realidade e não consiga mais diferenciar o real do imaginário. É um dos principais transtornos mentais de que se tem conhecimento.

Inicialmente, foi descrita pelo psiquiatra Emil Kraepelin, ao final do século XIX. Na época, ele deu à doença o nome de Demência Precoce. Já no início do século XX, outro psiquiatra, Eugen Bleuler, por achar o termo anterior inadequado ao que a doença realmente representa para o paciente e também para a sociedade, nomeou-a de esquizofrenia.

Ao contrário do que muitas pessoas pensam, o paciente esquizofrênico não é extremamente perigoso, assim como também não possui dupla personalidade. Esses equívocos são comuns pela falta de informação da população perante a doença.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a esquizofrenia é a terceira causa de perda de qualidade de vida entre os 15 e os 44 anos de idade, dentre todas as doenças. A doença atinge cerca de 1% da população mundial e acomete pessoas de qualquer idade, porém tem maior incidência no começo da adolescência até o começo dos 20 anos em homens e, em mulheres, no final dos 20 anos até o começo dos 30.

Pelo fato de se desenvolver justamente em um período em que os conflitos naturais da adolescência ou do início da vida adulta -, a esquizofrenia, muitas vezes, passa despercebida pelos pais do paciente e até mesmo do próprio. Isso acontece porque os sintomas são confundidos com crises existenciais, revoltas contra o sistema e/ou o mundo, alienação egoísta, etc.

Índice neste artigo você irá encontrar as seguintes informações:

1. O que é Esquizofrenia?

2. Tipos de Esquizofrenia
3. Causas e Fatores de risco
4. Os sintomas da Esquizofrenia
5. Diagnóstico
6. Tratamento
7. A Esquizofrenia tem cura? Como conviver com ela?
8. Complicações
9. Prevenção

Tipos de Esquizofrenia

Atualmente, são existentes 7 tipos de esquizofrenia. Confira abaixo quais são e quais as suas características:

Esquizofrenia paranoica

A esquizofrenia paranoica se desenvolve, na maioria dos casos, em uma idade mais avançada do que os outros tipos. É o tipo de esquizofrenia mais comum e se caracteriza por insistentes alucinações e/ou delírio, bem como alterações na fala e nas emoções.

Esquizofrenia hebefrênica ou desorganizada

Esse tipo de esquizofrenia geralmente tem desenvolvimento entre os 15 e os 25 anos de idade. Características como comportamentos e pensamentos desorganizados são muito comuns. Em contrapartida, delírios e alucinações, quando acontecem, passam de uma maneira muito rápida.

Esquizofrenia catatônica

A esquizofrenia catatônica possui características típicas sobre os movimentos e a fala, que podem alternar da extrema agitação para a extrema quietude. É a mais rara de todos os tipos.

Esquizofrenia indiferenciada

Esse tipo de esquizofrenia apresenta, normalmente, características de outros tipos, como a paranóica, a hebefrênica ou a catatônica, mas não se encaixa por completo em um deles.

Esquizofrenia residual

Pessoas afetadas por esse tipo de esquizofrenia já possuem um histórico de doenças mentais, porém só apresentam sintomas negativos conforme você verá a seguir.

Esquizofrenia simples

Os sintomas negativos são recorrentes nesse tipo de esquizofrenia e tendem a piorar de forma muito rápida. Já os sintomas positivos da doença são muito raros.

Esquizofrenia cenestopática

Na esquizofrenia cenestopática, o paciente possui características que não são abrangidas em nenhum outro tipo aqui relatados.

Causas e Fatores de risco

Ainda não se sabe ao certo quais as causas reais para a esquizofrenia. Porém, cientistas e pesquisadores acreditam que alguns fatores podem ter relação ou, ao menos, influenciar o desenvolvimento da doença em alguém.

Genética

Após diversas pesquisas realizadas, constatou-se que a genética é responsável por, pelos menos, 50% dos casos de esquizofrenia os outros 50% são decorrentes de fatores ambientais. A maior evidência desse dado é relacionado a estudos feitos com gêmeos idênticos, ou seja, pessoas que possuem os seus DNAs iguais.

Além disso, uma pesquisa norte-americana recente, publicada no dia 19 de outubro de 2016 no Jornal Nature, constatou que a doença é desenvolvida mais ativamente enquanto o cérebro do feto ainda está sendo formado. Outro ponto importante relatado na pesquisa é que o causador

da doença não é composto apenas de um gene, mas sim de uma série deles o que é chamado de heterogeneidade.

Circuitos químicos do cérebro

As pessoas esquizofrênicas possuem regulações anormais em alguns de seus neurotransmissores e que, conseqüentemente, afetam células referentes ao pensamento e também ao comportamento.

Fatores ambientais

Por conta da alta complexidade metodológica, poucos estudos foram realizados referentes à relação de fatores ambientais com o desenvolvimento de esquizofrenia em uma pessoa. Todavia, alguns pontos foram descobertos e analisados:

Períodos do desenvolvimento cerebral	Fatores ambientais de risco
Período Pré-Natal	Viroses (influenza, rubéola, <u>herpes</u>) na mãe, principalmente quando ocorrem no segundo trimestre de gravidez.
	Desnutrição materna.
	Morte do marido.
	Acontecimento de alto impacto na vida emocional da mãe.
	Gravidez indesejada.
	Depressão durante a gravidez.
Período Neonatal	Complicações na gravidez (sangramentos, <u>diabetes</u> ,

	incompatibilidade rH, pré-eclâmpsia).
	Crescimento ou desenvolvimento anormal do feto (baixo peso ao nascer, prematuridade, malformações congênitas, redução do perímetro encefálico).
	Complicações na hora do parto (asfixia, parto cesáreo emergencial).
	Interação atípica ou inexistente de mãe-filho.
	Perda precoce de um dos pais.
Primeira Infância	Infecções do Sistema Nervoso Central, como <u>meningite</u> , encefalite ou <u>sarampo</u> .
	Experiências psicológicas negativas.
	Traumas, como abuso físico e/ou sexual.
Adolescência	Uso de determinadas drogas, como maconha e LSD.

Os sintomas da Esquizofrenia



Antes de conhecer quais são os sintomas característicos da esquizofrenia, é preciso atentar-se aos primeiros sinais que a doença causa. Confira abaixo:

Primeiros sinais da Esquizofrenia

Os sinais podem se apresentar de maneiras diferentes em cada pessoa. Às vezes, eles podem aparecer de forma branda, conforme os meses vão passando. Porém, em outras situações, esses sinais podem aparecer de forma bastante abrupta.

Dentre os comportamentos que podem estar diretamente relacionados com a esquizofrenia, estão:

- Escutar ou ver algo que não existe;
- Sentimento constante de estar sendo vigiado;
- Maneira peculiar ou sem sentido de escrever ou falar;
- Posição estranha do corpo;
- Sentir-se indiferente diante de situações importantes;
- Regressão na performance nos estudos ou no trabalho;
- Mudanças na higiene pessoal e na aparência;
- Mudanças na personalidade;
- Afastamento muito visível de atividades sociais;
- Respostas irracionais, com medo ou raiva aos parentes e/ou amigos;
- Inabilidade em dormir ou concentração;
- Comportamento inapropriado ou estranho;
- Preocupação extrema com religião ou ocultismo.

Sintomas positivos

Considera-se como sintomas positivos tudo aquilo que não é normal de possuir, mas que o paciente possui. São caracterizados por comportamentos psicóticos que fazem com que a pessoa perca a noção de alguns aspectos sobre a vida.

Incluem-se em sintomas positivos:

Alucinações

Entende-se por alucinações aquilo que o paciente vê, ouve, tem cheiros e gostos ou, ainda, sente a presença de coisas que não existem, porém, para quem experiencia tudo isso, as alucinações são bem reais.

A alucinação mais comum entre os esquizofrênicos é a de ouvir vozes. Grande parte dos pacientes dizem que elas são rudes, críticas, abusivas ou perturbadoras, mas há aqueles que dizem que essas vozes são amigáveis e agradáveis.

Normalmente, pessoas com esquizofrenia fazem atividades, discutem pensamentos ou conversam diretamente com essas vozes. Além disso, elas podem vir de diferentes lugares ou apenas de um em particular.

Delírios

O delírio acontece quando alguém tem plena convicção de que algo está acontecendo e de que ele é o alvo de alguma perseguição ou espionagem. Por conta disso, seus comportamentos são afetados, o que pode tornar a pessoa em alguém mais agressivo.

Episódios de delírio podem ter início de forma repentina ou podem se desenvolver ao longo do tempo semanas ou meses.

Pensamentos desordenados

Por conta dessas alucinações e delírios, muitas pessoas que sofrem do transtorno esquizofrênico podem ter dificuldade em ordenar os seus pensamentos e ações, o que acaba afetando, inclusive, a maneira de se comunicar e/ou falar com outras pessoas. Alguns pacientes dizem que sentem a mente “nebulosa”, impossibilitando de trabalharem melhor os pensamentos.

Movimentos desordenados (movimentos agitados)

Pessoas com esquizofrenia, às vezes, podem apresentar movimentos desordenados e/ou agitados de uma hora para outra e sem um motivo aparente. Ainda por conta das alucinações, pacientes afirmam que isso acontece por conta de outra pessoa que a está controlando.

Sintomas negativos

Ao contrário dos positivos, os sintomas negativos faz parte da fase crônica da doença e são caracterizados pela falta das emoções e comportamentos normais de uma pessoa. Dentre os sintomas, estão:

Redução da expressão de emoções através da fala ou tom de voz

Pacientes que possuem esse sintoma característico normalmente não são capazes de praticar a empatia, sentimento que faz alguém compreender o que o outros está passando/sentindo. Porém, isso não significa que a pessoa não tenha sentimentos ou algo do tipo, mas apenas que, no momento, ela é incapaz de demonstrar o que se passa.

Dificuldade em iniciar e sustentar uma atividade

Para quem não entende sobre os sintomas da esquizofrenia, essa falta de vontade em iniciar ou sustentar algo pode ser interpretada apenas como preguiça por parte do paciente. Entretanto, a complexidade da questão é muito maior, pois o ato de começar algo torna-se desafiador. Por conta disso, muitas pessoas acabam optando por realizar atividades passivas, que não exigem tanto esforço nem raciocínio, como assistir televisão.

Sentimento de prazer diminuído ao longo dos dias

Não importa o quanto algo dê prazer àquele paciente, ele não irá responder de maneira positiva à prática da atividade em questão. O prazer é reduzido e, por isso, muitas vezes a pessoa com esquizofrenia acaba abandonando algo pela metade.

Redução da fala

Falas e pensamentos podem perder uma lógica de encadeamento quando proferidos por alguém esquizofrênico. Para quem convive com o paciente, é muito importante a compreensão das frases, para que ele se sinta acolhido e apoiado.

Sintomas cognitivos

Em alguns pacientes, esses sintomas são bem brandos, mas, em outros, são mais graves e perceptíveis. Alguns dos sintomas cognitivos presentes na esquizofrenia são:

Dificuldade em tomar decisões

Com pensamentos muito peculiares, os esquizofrênicos acabam não compreendendo muita coisa do que lhe é dito e, por esse fato, fazem decisões imaturas num primeiro momento.

Dificuldade em prestar atenção em algo

Pacientes esquizofrênicos são mais distraídos e dispersos daqueles que não são, ações que acabam prejudicando a leitura e/ou a escrita. Por não conseguirem se focar 100% em algo, acabam tendo prejuízo, também, na hora de compreender algo.

Capacidade de compreensão baixa

Pelo fato de muitos pacientes não conseguirem se manter atentos a algo que está sendo explicado, alguns deles não conseguem compreender, de fato, o que está acontecendo.

Problemas com memória

Com a falta de compreensão das coisas, muitas pessoas acabam esquecendo coisas que foram lhe ditas ainda há pouco. O aprendizado também pode ser afetado por conta dessas falhas na memória, tendo que pedir explicação sobre algo mais de uma vez.

Sintomas neurológicos

Pacientes que possuem a doença em sua forma mais precoce ou grave, podem apresentar sinais neurológicos, tais como:

- Tiques faciais;
- Prejuízo em determinados movimentos (o que deixa o paciente mais desajeitado ou estabado);
- Movimentos mais bruscos e descoordenados;
- Aumento na frequência do piscar de olhos;
- Desorientação sobre direita-esquerda.

Muitos desses sintomas estão presentes em outros transtornos também, como Transtorno de Tiques e Síndrome de Gilles de La Tourette, o que dificulta ainda mais na hora de realizar um diagnóstico.

Não se sabe ao certo o motivo desses sintomas acontecerem, até porque grande parte dos pacientes não os possui. Porém, para quem apresenta os sintomas, eles acabam passando despercebidos por pessoas que não possuem grande intimidade.

Sintomas comportamentais

Por conta dos sintomas acima citados, alguns comportamentos dos pacientes podem ser afetados também. Mais uma vez: eles podem se apresentar de maneiras diferentes, vai depender muito de cada caso.

Os comportamentos que podem ser recorrentes quando há um quadro de esquizofrenia são:

Suicídio

Uma tentativa de suicídio pode acontecer tanto na fase aguda da esquizofrenia quanto na crônica e, para que isso não venha a acontecer, amigos e familiares precisam ficar atentos se o paciente está reclamando de forma recorrente sobre vozes ou se ele está se auto mutilando.

As tentativas de suicídio não são raras quando relacionadas à esquizofrenia e já somam em 50% entre os pacientes da doença. Dessas, cerca de 15% resultam em um final trágico a morte.

Agressividade

Pacientes agressivos são raros, pois a agressividade não é um sintoma comum na esquizofrenia. Porém, casos isolados de reações impulsivas ou ataques de raiva e/ou fúria podem acontecer.

Manias repetitivas

Resistentes a mudanças, alguns pacientes tem certa dificuldade em sair do padrão pré-estabelecidos por eles. Manias de higiene, vestuário ou alimentação são apenas alguns exemplos das que podem acontecer. Algumas pessoas com esquizofrenia, ainda, podem desenvolver rituais e repetições muito parecidas com as do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC).

Conversar sozinho / Rir sem motivo

Como vários esquizofrênicos escutam vozes, eles podem passar a ideia de que estão conversando sozinhos, quando, na verdade, estão apenas dialogando com quem está tão presente em seu dia a dia. O mesmo pode acontecer com risos imotivados. Esses sintomas são involuntários e automáticos e, por isso, muitas vezes não podem ser controlados.

Sintomas em adolescentes

Os sintomas em adolescentes são bem semelhantes aos apresentados nos adultos. Entretanto, nesses casos, eles são bem mais difíceis de serem reconhecidos. Isso acontece, muitas vezes, pelo fato de serem confundidos com comportamentos típicos da adolescência, como por exemplo:

- Afastamento de amigos e familiares;
- Queda de desempenho na escola;
- Problemas para dormir;
- Irritabilidade ou humor deprimido;
- Falta de motivação.

Comparando com os dos adultos, alguns sintomas podem aparecer exclusivamente em adolescentes, para mais ou para menos:

- São menos propensos a terem delírios;
- São mais propensos a terem alucinações visuais.

Diagnóstico

Um paciente, para ser diagnosticado com esquizofrenia, precisa ficar em observação por um psicólogo ou médico psiquiatra, que irá avaliar suas ações e comportamentos. Caso a suspeita da doença seja confirmada, o especialista pedirá informações referentes ao histórico clínico do paciente.

Ainda não há nenhum exame capaz de detectar a presença da esquizofrenia em alguém, porém alguns testes podem ser feitos a fim de eliminar suspeitas de outras doenças que possuem sintomas semelhantes em seu processo de desenvolvimento.

Esses testes são:

- Exames de sangue;
- Estudos de imagem para descartar tumores e/ou problemas na estrutura do cérebro;
- Avaliação psicológica para avaliar o estado mental da pessoa, bem como analisar comportamentos e a aparência.

Critérios para o diagnóstico

Como não há um exame específico para a detecção da esquizofrenia, alguns especialistas utilizam-se de critérios estabelecidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Portanto, para que uma pessoa seja diagnosticada como esquizofrênica, ela precisa apresentar:

- Pelo menos dois sintomas típicos, como: Delírios; Comportamentos desorganizados; Fala desorganizada; Alucinações; Sintomas negativos que durem, pelo menos, 4 semanas.
- Deficiência considerável na capacidade escolar ou, ainda, nas funções profissionais ou domésticas.
- Sintomas que persistem por 6 meses ou mais.

Tratamento

O tratamento para a esquizofrenia pode ser dividido em 4 tipos, sendo os mais importantes o medicamentoso e o acompanhamento psicológico. Entenda melhor cada um deles a seguir.

Medicamentos para Esquizofrenia

Os medicamentos normalmente são utilizados para controlar os sinais e os sintomas que a doença causa no paciente. O psiquiatra poderá tentar vários tipos de medicamentos em diferentes doses e composições -, até encontrar o que obtém o melhor resultado.

Os medicamentos mais indicados para esquizofrenia são divididos em 3 grupos, que são:

Antipsicóticos típicos (ou “convencionais”)

Esses medicamentos controlam os sintomas positivos, como as alucinações e delírios. Dentre eles, estão:

- Anafranil;
- Clomipramina;
- Clorpromazina;
- Haloperidol;
- Haldol;
- Mesoridazina;
- Perfenazina;
- Flufenazina;
- Tioridazina;
- Tiotixeno;
- Trifluoperazina.

Efeitos colaterais ocasionados pelo uso desses medicamentos são bastante recorrentes. Dentre esses efeitos, estão:

- Boca seca;
- Visão borrada;
- Constipação;
- Sonolência;
- Vertigens.

Antipsicóticos atípicos (ou da “nova geração”)

Os medicamentos pertencentes a esse grupo tratam tanto os sintomas positivos quanto os negativos. Eles são:

- Aripiprazol;
- Bromazepam;
- Lexotan;
- Equilid;
- Asenapina;
- Clozapina;
- Olanzapina;
- Paliperidona;
- Quetiapina;
- Risperidona;
- Zap;
- Ziprasidona.

Agentes antipsicóticos variados

Esses medicamentos possuem uma função diferentes dos medicamentos pertencentes aos outros dois grupos. Eles são usados para tratar a agitação presente em pessoas com esquizofrenia.

O Loxapina é o medicamento mais indicado dentro desse grupo.

Acompanhamento psicológico

Além do uso de medicamentos, é importante, em paralelo, fazer acompanhamento psicológico também, além de intervenções sociais. As formas de terapias podem ser:

- **Terapia individual:** Essa terapia pode auxiliar o indivíduo a normalizar os seus pensamentos, além de fazer com que ele aprenda a lidar com o estresse e identificar sinais precoces de recaída.
- **Treinamento de habilidades sociais:** Visa a melhoria da comunicação e das interações sociais, incluindo as necessárias em atividades diárias.

- **Terapia familiar:** Super importante para fornecer suporte e educação sobre a esquizofrenia para familiares de pessoas que sofrem da doença.
- **Readaptação profissional:** Auxilia a pessoa para encontrar e manter um emprego.

Hospitalização

Pessoas que estejam durante uma crise, ou que apresentem sintomas muito severos da doença, talvez precisem ser internadas para preservar a sua segurança, nutrição, sono e higiene básica.

Terapia eletroconvulsiva

Aqueles que não respondem ao tratamento medicamentoso, a terapia eletroconvulsiva é uma opção a ser considerada. Ela consiste na provocação de alterações na atividade elétrica do cérebro induzidas por passagem de correntes elétricas.

NUNCA se automedique ou interrompa o uso de um medicamento sem antes consultar um médico. Somente ele poderá dizer qual medicamento, dosagem e duração do tratamento é o mais indicado para o seu caso em específico. As informações contidas nesse site têm apenas a intenção de informar, não pretendendo, de forma alguma, substituir as orientações de um especialista ou servir como recomendação para qualquer tipo de tratamento. Siga sempre as instruções da bula e, se os sintomas persistirem, procure orientação médica ou farmacêutica.

A Esquizofrenia tem cura? Como conviver com ela?

Ainda não há como comprovar a cura para a esquizofrenia, porém a doença pode ser muito bem controlada através das formas de tratamento indicadas ao paciente. Para conviver sem maiores complicações com a doença, algumas medidas precisam ser consideradas:

Ajudando a si mesmo

Se você possui esquizofrenia, algumas maneiras de controlar a sua doença são as seguintes:

- **Controle o estresse:** O estresse pode ser um gatilho para a psicose, portanto, mantê-lo sob controle é essencial para a sua melhora.

- **Tente praticar o sono em abundância:** Quando o uso de medicamentos é feito, muito provavelmente você precisará de mais de 8 horas diárias de sono. Muitos esquizofrênicos possuem problemas com sono, mas algumas práticas podem fazer com que isso melhore. A prática de exercícios regulares e evitar cafeína são algumas delas.
- **Evite o uso de álcool e drogas:** O abuso de qualquer substância química afeta os efeitos dos medicamentos, além de fazer com que os sintomas piorem.
- **Mantenha relações:** Procure manter os seus amigos e familiares inseridos em sua vida e em seu plano de tratamento. Se você considerar a participação em grupos de apoio, participe!

Ajudando um membro da família ou amigo

Aprender sobre os distúrbios psicóticos e a esquizofrenia irá te ajudar a compreender o que o paciente experiencia. Além disso, há algumas formas de suporte a ele, que são:

- **Responda calmamente:** Para o paciente, as alucinações parecem reais. Então, procure conversar de forma calma com ele, explicando que você vê as coisas de uma forma diferente, além de respeitá-lo.
- **Preste atenção nos gatilhos dos sintomas:** Com isso, você pode ajudar com que o paciente evite a prática ou ingestão de substâncias que prejudiquem a sua saúde mental.
- **Ajude-o com os medicamentos prescritos:** Muitos pacientes se questionam se precisam realmente fazer uso da medicação. Nesses momentos, você precisará incentivar seu conhecido a fazer uso dela da maneira correta.
- **Entenda a falta de consciência do paciente:** Algumas pessoas que sofrem de esquizofrenia não tem a noção de que realmente possui a doença. Portanto, não tente convencê-las disso, apenas as apoie e se mostre prestativo.
- **Ajude a pessoa a evitar drogas e álcool:** Se você tem conhecimento de algum tipo de vício químico pelo paciente, ajude-o a evitar o consumo das substâncias, pois elas podem desencadear uma piora considerável nos sintomas.

Complicações



Quando não tratada, a esquizofrenia pode causar diversos problemas e limitações na vida do paciente. Algumas complicações da doença podem ser causadas ou associadas a:

- Suicídio, tentativas de suicídio ou pensamentos suicidas;
- Ferir a si mesmo;
- Desordens de ansiedade e de transtorno obsessivo-compulsivo;
- Depressão;
- Abuso de álcool ou drogas, incluindo o tabaco;
- Inabilidade de trabalhar ou acompanhar a escola;
- Problemas financeiros;
- Isolamento social;
- Problemas de saúde;
- Vitimizar-se demais;
- Comportamento agressivo.

Prevenção

Não há uma maneira de prevenir a esquizofrenia ou qualquer outro distúrbio mental. Porém, vale ressaltar que, quanto mais cedo a doença for diagnosticada, melhor será o tratamento e maior será o controle dos sintomas.

Compartilhe esse artigo com os seus amigos e familiares e ajude-nos a espalhar cada vez mais essas informações às pessoas!

Referências

<http://entendendoaesquizofrenia.com.br/website/>

<http://www.nami.org/Learn-More/Mental-Health-Conditions/Schizophrenia>

<http://www.psicosite.com.br/tra/psi/esquizofrenia.htm>

<https://www.rethink.org/diagnosis-treatment/conditions/schizophrenia>

<http://www.webmd.com/schizophrenia/guide/mental-health-schizophrenia>

<http://www.mentalhealthamerica.net/conditions/schizophrenia>

<http://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml>

<http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/schizophrenia/home/ovc-20253194>

<http://www.medicalnewstoday.com/articles/36942.php>

<http://www.nhs.uk/Conditions/Schizophrenia/Pages/Introduction.aspx>

<http://edition.cnn.com/2016/10/19/health/schizophrenia-genome-study/index.html>

ANEXO H – Texto 8

Por S. Charles Schulz, MD, Professor Emeritus, University of Minnesota Medical School; Psychiatrist, Prairie Care Medical Group

OBS.: Esta é a versão para o consumidor. **MÉDICOS:** Clique aqui para a versão para profissionais

A esquizofrenia é um transtorno mental caracterizado pela perda de contato com a realidade (psicose), alucinações (é comum ouvir vozes), falsas convicções (delírios), pensamento e comportamento anômalo, redução das demonstrações de emoções, diminuição da motivação, uma piora da função mental (cognição) e problemas no desempenho diário, incluindo no âmbito profissional, social, relacionamentos e autocuidado.

- A esquizofrenia é provavelmente causada por fatores hereditários e ambientais.
- A pessoa pode ter uma variedade de sintomas, desde comportamento bizarro e incerto e fala desorganizada a perda de emoções, bem como pouca ou nenhuma fala até a incapacidade de se concentrar e se lembrar de eventos.
- Os médicos diagnosticam a esquizofrenia com base nos sintomas e após terem realizado exames para descartar outras possíveis causas.
- O desempenho da pessoa depende muito do uso correto dos medicamentos receitados.
- O tratamento envolve medicamentos antipsicóticos, programas de formação e atividades de apoio comunitário, psicoterapia e educação familiar.

A esquizofrenia é um grande problema de saúde pública em todo o mundo. O transtorno pode afetar os jovens no momento exato em que estão estabelecendo a sua independência e pode ter como resultado incapacidade e estigma durante toda a vida. Em termos de custos pessoais e econômicos, a esquizofrenia encontra-se entre os piores distúrbios que afetam a humanidade.

A esquizofrenia é uma causa significativa de invalidez em todo o mundo. Ela afeta cerca de 1% da população. A esquizofrenia afeta do mesmo modo homens e mulheres. Nos Estados Unidos, a esquizofrenia é responsável pelo afastamento de uma em cada cinco pessoas que

solicitam dias de despesa no seguro social, bem como por 2,5% dos gastos com todo o serviço de saúde. A esquizofrenia é mais frequente do que a doença de Alzheimer e a esclerose múltipla.

Determinar quando ocorre o seu início é difícil se levarmos em conta que o escasso conhecimento dos sintomas pode retardar a assistência médica durante vários anos. A idade média de início é de 20 a 25 anos em homens e um pouco depois em mulheres. É raro o início ocorrer durante a infância (Esquizofrenia em crianças e adolescentes). Porém, a esquizofrenia pode ocorrer durante a adolescência ou com uma idade mais avançada.

A deterioração do funcionamento social pode conduzir ao abuso de substâncias, à pobreza e à ausência de residência. As pessoas com esquizofrenia não tratada podem perder o contato com seus familiares e amigos e passar a viver nas ruas das grandes cidades.

ocê sabia que...

A esquizofrenia é mais frequente do que a doença de Alzheimer e a esclerose múltipla.

Vários transtornos, incluindo doenças da tireoide, tumores cerebrais, transtornos convulsivos e outros transtornos de saúde mental, podem causar sintomas similares aos da esquizofrenia.

Causas da esquizofrenia

Desconhece-se qual seja exatamente a causa da esquizofrenia, mas pesquisas atuais sugerem uma combinação de fatores hereditários e ambientais. No entanto, ela é fundamentalmente um problema biológico (envolvendo alterações no cérebro) e não é causada por uma educação inadequada pelos pais ou ambiente com doenças mentais.

Os fatores que podem fazer com que as pessoas sejam vulneráveis à esquizofrenia incluem os seguintes:

- Predisposição genética
- Problemas ocorridos antes, durante ou depois do nascimento, como infecção pelo vírus influenza na mãe durante o segundo trimestre da gravidez, falta de oxigênio no momento do parto, baixo peso ao nascer e incompatibilidade do tipo de sangue entre mãe e filho
- Infecções no cérebro

As pessoas que têm um progenitor ou um irmão com esquizofrenia têm um risco de cerca de 10% de desenvolver o transtorno em comparação com um risco de 1% entre o resto da população. Um gêmeo cujo irmão gêmeo tenha esquizofrenia tem um risco de 50% de desenvolver a doença. Essas estatísticas sugerem que a hereditariedade está envolvida.

Sintomas da esquizofrenia

A esquizofrenia pode ter início súbito, em um intervalo de dias ou semanas, ou lento e gradativo, ao longo de anos. Ainda que a gravidade e a sintomatologia variem entre diferentes pessoas com esquizofrenia, os sintomas são suficientemente graves para afetar a capacidade de trabalhar, as relações interpessoais e o cuidado consigo próprio.

Contudo, às vezes, os sintomas são leves no início (o chamado pródromo). A pessoa pode simplesmente parecer afastada, desorganizada ou desconfiada. É possível que alguns médicos reconheçam estes sintomas como sendo o início da esquizofrenia, porém outros apenas os reconhecem em retrospectiva.

A esquizofrenia é caracterizada por sintomas psicóticos, que incluem delírios, alucinações, pensamento desorganizado e fala desorganizada, e comportamento bizarro e inadequado. Os sintomas psicóticos envolvem uma perda do contato com a realidade.

Algumas pessoas com esquizofrenia podem apresentar uma diminuição da função mental (cognitiva), às vezes já desde o começo do transtorno. Este comprometimento cognitivo dá origem a problemas de atenção, raciocínio abstrato e resolução de problemas. A gravidade do comprometimento cognitivo é um determinante primordial da incapacidade global nas pessoas com esquizofrenia. Muitas pessoas com esquizofrenia estão desempregadas e têm pouco ou nenhum contato com familiares ou outras pessoas.

Os sintomas podem ser desencadeados ou agravados por eventos estressantes da vida, como perda de um emprego ou término de uma relação amorosa. O consumo de drogas, incluindo a maconha, também pode desencadear ou piorar os sintomas.

Em geral, os sintomas da esquizofrenia pertencem a quatro categorias principais:

- Sintomas positivos
- Sintomas negativos

- Desorganização
- Comprometimento cognitivo

A pessoa pode ter sintomas de uma ou de todas as categorias.

Sintomas positivos

Sintomas positivos envolvem um excesso ou distorção das funções normais. Elas incluem o seguinte:

- **Delírios** são falsas convicções que, geralmente, implicam em má interpretação das percepções ou das experiências. Além disso, as pessoas mantêm essas convicções, mesmo com clara evidência que as contradizem. Existem vários tipos possíveis de delírio. Por exemplo, as pessoas com esquizofrenia podem apresentar delírios de perseguição, crer que estão sendo atormentadas, perseguidas, enganadas ou espionadas. Elas podem ter delírios de referência e, por isso, acreditar que certas passagens de livros, jornais ou canções se dirigem especificamente a elas. Essas pessoas podem ter delírios de roubo ou de imposição do pensamento, porque julgam que outros podem ler suas mentes, que seus pensamentos são transmitidos a outros ou que seus pensamentos e impulsos lhes são impostos por forças externas. Os delírios na esquizofrenia podem ser bizarros ou não. Os delírios bizarros são claramente inverossímeis e não são derivados de experiências ordinárias da vida. Por exemplo, as pessoas podem acreditar que alguém removeu seus órgãos internos sem deixar cicatriz. Os delírios que não são bizarros envolvem situações que poderiam acontecer na vida real, como ser seguido ou ter um cônjuge ou parceiro infiel.
- **Alucinações** envolvem ouvir, ver, sentir o gosto ou ter a sensação física de coisas que ninguém mais sente. As alucinações que são ouvidas (alucinações auditivas) são, de longe, as mais comuns. Uma pessoa pode ouvir vozes que comentam seu comportamento, que conversam entre elas ou que fazem comentários críticos e abusivos.

Sintomas negativos

Sintomas negativos envolvem uma diminuição ou perda das funções normais. Elas incluem o seguinte:

- A **redução das demonstrações de emoções** (embotamento afetivo) é quando a pessoa exibe pouca ou nenhuma emoção. A face pode parecer imóvel. As pessoas fazem pouco ou nenhum contato visual. As pessoas não usam suas mãos ou a cabeça para adicionar ênfase emocional ao conversarem. Coisas que normalmente as fariam rir ou chorar podem não provocar nenhuma reação.
- **Pobreza discursiva** é a diminuição da quantidade de fala. As respostas às perguntas podem ser concisas (uma ou duas palavras), dando a impressão de um vazio interior.
- **Anedonia** é a diminuição da capacidade de sentir prazer. A pessoa pode ter pouco interesse nas atividades anteriormente realizadas e gastar mais tempo com atividades sem objetivo.
- **Insociabilidade** é a falta de interesse em relacionar-se com outras pessoas.

Esses sintomas negativos estão associados, frequentemente, a uma perda geral da motivação, do sentido de propósito e dos objetivos.

Desorganização

Desorganização é um transtorno de pensamento e comportamento bizarro:

- **Transtorno de pensamento** consiste no pensamento desorganizado, que se torna evidente quando a fala é incoerente ou muda de um tema para outro. A fala pode ser discretamente desorganizada, ou ser completamente incoerente e incompreensível.
- O **comportamento bizarro** pode tomar a forma de simplismos de caráter infantil, agitação ou aparência, higiene ou comportamento inadequados. O comportamento catatônico é uma forma extrema de comportamento bizarro, em que uma pessoa mantém uma postura rígida e resiste aos esforços de ser movida ou, ao contrário, realiza movimentos aleatórios.

Comprometimento cognitivo

O comprometimento cognitivo é a dificuldade de se concentrar, recordar, organizar, planejar e resolver problemas. Algumas pessoas são incapazes de se concentrar o suficiente para ler ou acompanhar uma história, um filme ou um programa de televisão ou até mesmo seguir instruções. Outras são incapazes de ignorar as distrações ou de permanecer concentradas em uma tarefa. Por isso, pode ser impossível um trabalho que exija atenção para os detalhes, processos complicados ou tomada de decisões.

Suicídio

Cerca de 5 a 6% das pessoas com esquizofrenia cometem suicídio, cerca de 20% tentam, e uma quantidade muito maior têm pensamentos suicidas significativos. O suicídio é a principal causa de morte prematura entre pessoas com esquizofrenia e é um dos principais motivos por que a esquizofrenia reduz o tempo de vida médio em dez anos.

O risco de suicídio é elevado em jovens do sexo masculino com esquizofrenia, especialmente se eles também praticarem abuso de substâncias. O risco também é elevado em pessoas que apresentam sintomas depressivos ou sensações de desesperança, que estão desempregados, que apresentaram recentemente um episódio psicótico ou que receberam alta hospitalar.

O risco de suicídio é maior nas pessoas que desenvolveram esquizofrenia em uma idade mais avançada e que vinham tendo um bom desempenho antes de ela se desenvolver. Essas pessoas conseguem continuar a sentir mágoa e angústia. Assim, elas têm mais probabilidade de agir motivadas pelo desespero, porque elas reconhecem os efeitos do transtorno. Essas pessoas também são aquelas com o melhor prognóstico de recuperação.

Você sabia que...

Cerca de 5 a 6% das pessoas com esquizofrenia cometem suicídio.

Violência

Ao contrário da opinião popular, as pessoas com esquizofrenia têm apenas um risco discretamente elevado de comportamento violento. Ameaças de violência e surtos agressivos de menor gravidade são muito mais comuns que comportamento gravemente agressivo. Apenas muito poucas pessoas paranoicas, isoladas e gravemente deprimidas atacam ou matam alguém que eles consideram a única fonte de suas dificuldades (por exemplo, uma autoridade, uma celebridade, seu cônjuge).

As pessoas que têm mais probabilidade de praticar atos de violência significativa incluem:

- Aquelas que praticam abuso de drogas ou álcool
- Aquelas que têm delírios de que estão sendo perseguidas
- Aquelas cujas alucinações lhes ordenam a praticar atos de violência
- Aquelas que não tomam os medicamentos receitados

No entanto, mesmo levando em conta os fatores de risco, os médicos consideram difícil prever com precisão se uma determinada pessoa com esquizofrenia cometerá um ato violento.

TRANSTORNOS QUE SE PARECEM COM A ESQUIZOFRENIA

Ocasionalmente, alguns quadros clínicos e neurológicos, como doença da tireoide, tumores cerebrais, epilepsia, insuficiência renal, reações tóxicas a medicamentos e falta de vitaminas, podem produzir sintomas semelhantes aos observados na esquizofrenia.

Além disso, um certo número de transtornos mentais partilha características com a esquizofrenia.

- **Transtorno psicótico breve:** Os sintomas desse transtorno são semelhantes aos da esquizofrenia; no entanto, duram apenas de um dia a um mês. Esse transtorno limitado pelo tempo manifesta-se essencialmente em pessoas com um transtorno de personalidade preexistente ou que tenham passado por uma situação muito estressante, como a perda de um ente querido. É comum ocorrer a recidiva do transtorno psicótico breve. Contudo, as pessoas tradicionalmente apresentam um funcionamento normal entre os episódios, com nenhum ou poucos sintomas.
- **Transtorno esquizofreniforme:** Os sintomas semelhantes aos da esquizofrenia característicos desse transtorno duram um a seis meses. Este transtorno pode se resolver ou pode progredir em direção a um transtorno bipolar, transtorno esquizoafetivo ou esquizofrenia.
- **Transtorno esquizoafetivo:** Esse transtorno é caracterizado pela presença de sintomas de transtorno do humor, como depressão ou mania, em conjunto com sintomas mais típicos da esquizofrenia.
- **Transtorno de personalidade esquizotípica:** Esse transtorno de personalidade pode ter sintomas comuns com a esquizofrenia, mas não costuma ser grave o suficiente para atender aos critérios de psicose. Pessoas com este transtorno preferem não interagir com outros, porque elas acreditam que são diferentes e não fazem parte. Elas tendem a agir com suspeita e desconfiança. Elas têm maneiras estranhas de pensar, perceber e se comunicar, que se parecem, mas não são tão estranhas quanto as das pessoas com esquizofrenia.

Diagnóstico da esquizofrenia

- A avaliação do médico, tomando por base critérios específicos
- Exames de laboratório e de imagem para descartar a possibilidade de outros problemas de saúde

Não existe um exame diagnóstico definitivo para esquizofrenia. O médico estabelece o diagnóstico com base numa avaliação abrangente do histórico da pessoa e da sua sintomatologia.

A esquizofrenia será diagnosticada quando ambos os critérios a seguir estão presentes:

- Dois ou mais sintomas característicos (delírios, alucinações, fala desorganizada, comportamento desorganizado, sintomas negativos) persistem por, no mínimo, seis meses.
- Esses sintomas causam deterioração significativa no desempenho profissional, escolar ou social.

Informações fornecidas pela família, pelos amigos ou pelos professores são importantes para definir o início do transtorno.

Com frequência, realizam-se análises laboratoriais para descartar a hipótese de abuso de substâncias ou de doenças neurológicas ou hormonais subjacentes que possam ter as características de uma psicose. Exemplos desses tipos de doenças são tumores cerebrais, epilepsia do lobo temporal, doenças da tireoide, doenças autoimunes, doença de Huntington, doenças hepáticas e efeitos colaterais de medicamentos. Às vezes, é feito um exame de abuso de medicamentos ou drogas.

São feitos exames de diagnóstico por imagem do cérebro, como a tomografia computadorizada (TC) ou a imagem por ressonância magnética (IRM), para descartar um tumor cerebral. Embora as pessoas com esquizofrenia apresentem anormalidades cerebrais que podem ser visualizadas na TC ou IRM, as anormalidades não são específicas o suficiente para ajudar a diagnosticar a esquizofrenia.

Prognóstico

Quanto antes o tratamento é iniciado, melhor o resultado.

Em pessoas com esquizofrenia, o prognóstico depende muito da aderência ao tratamento com medicamentos. Sem tratamento com medicamentos, 70 a 80% das pessoas têm um novo episódio durante o primeiro ano após o diagnóstico. A administração contínua de medicamentos pode reduzir essa porcentagem para cerca de 30% e pode diminuir significativamente os sintomas na maioria das pessoas. Após a alta hospitalar, a pessoa que não tomar os medicamentos receitados tem muita probabilidade de precisar ser hospitalizada novamente dentro de um ano. Tomar os medicamentos prescritos reduz enormemente a probabilidade de uma reinternação.

Apesar do benefício demonstrado pela terapia medicamentosa, metade das pessoas com esquizofrenia não tomam os medicamentos prescritos. Algumas não reconhecem a sua doença e se recusam a tomar os medicamentos. Outras param de tomar os medicamentos devido aos efeitos colaterais desagradáveis. Problemas de memória, desorganização ou simplesmente falta de dinheiro impedem que algumas pessoas tomem os medicamentos.

A aderência pode melhorar se as barreiras específicas forem ultrapassadas. Quando as reações adversas aos medicamentos são o principal problema, pode ser útil mudar para um medicamento diferente. Uma relação consistente e de confiança com um médico ou outro terapeuta ajuda algumas pessoas com esquizofrenia a aceitarem positivamente sua doença e a reconhecerem a necessidade de cumprir o tratamento prescrito.

Em longo prazo, o prognóstico da esquizofrenia varia, via de regra, da seguinte maneira:

- Um terço das pessoas consegue alcançar uma melhora significativa e duradoura.
- Um terço consegue alcançar uma melhora moderada com recidivas intermitentes e incapacidade residual.
- Um terço apresentará invalidez grave e permanente.

Apenas aproximadamente 15% das pessoas com esquizofrenia conseguem ter o mesmo desempenho que tinham antes de a esquizofrenia se desenvolver.

Os fatores associados a um prognóstico melhor incluem os seguintes:

- Início súbito dos sintomas
- Idade mais avançada quando os sintomas têm início
- Um bom nível de habilidades e conquistas antes de ficar doente

- Apenas um comprometimento cognitivo leve
- A presença de apenas alguns sintomas negativos (por exemplo, a redução das demonstrações de emoções)
- Um período de tempo mais curto entre o primeiro episódio psicótico e o tratamento

Os fatores associados a um prognóstico pior incluem os seguintes:

- Idade mais jovem quando os sintomas têm início
- Problemas de desempenho em situações sociais e no trabalho antes de adoecer
- Histórico familiar de esquizofrenia
- A presença de muitos sintomas negativos
- Um período de tempo mais longo entre o primeiro episódio psicótico e o tratamento

O prognóstico para homens é pior que para mulheres. As mulheres respondem melhor ao tratamento com medicamentos antipsicóticos.

Tratamento da esquizofrenia

- Medicamentos antipsicóticos
- Serviços de apoio
- Psicoterapia

De modo geral, o objetivo do tratamento da esquizofrenia é

- Reduzir a gravidade dos sintomas psicóticos
- Evitar a recorrência dos episódios sintomáticos e a deterioração das funções a eles associada
- Fornecer suporte e, assim, possibilitar a pessoa a atuar da melhor forma possível

Quanto mais cedo for iniciado o tratamento, melhor será o desfecho.

Os medicamentos antipsicóticos, a reabilitação e as atividades de apoio comunitário e a psicoterapia são os três componentes principais do tratamento. Prestar informações aos familiares sobre os sintomas e tratamento da esquizofrenia (psicoeducação familiar) ajuda a prestar apoio a essas pessoas e ajuda os profissionais de saúde a manter contato com a pessoa com esquizofrenia.

Medicamentos antipsicóticos

Os medicamentos antipsicóticos podem ser eficazes para reduzir ou eliminar sintomas, como delírios, alucinações e pensamento desorganizado. Logo que os sintomas imediatos tenham desaparecido, a utilização contínua dos medicamentos antipsicóticos reduz substancialmente a probabilidade de episódios futuros. Entretanto, os medicamentos antipsicóticos têm efeitos colaterais significativos, que podem incluir sonolência, rigidez muscular, tremores, ganho de peso e inquietação. Os medicamentos antipsicóticos mais recentes (de segunda geração), que são receitados com mais frequência, têm menos probabilidade de causar rigidez muscular e tremor.

Esses medicamentos também podem causar discinesia tardia, um transtorno caracterizado por movimentos involuntários, sobretudo o franzir dos lábios e da língua ou contorções dos braços ou das pernas. A discinesia tardia pode manter-se mesmo depois de se interromper a administração do medicamento. Não há tratamento eficaz para os casos em que há persistência da discinesia tardia, embora os medicamentos clozapina ou quetiapina ocasionalmente ofereçam algum alívio aos sintomas. As pessoas que precisam tomar medicamentos antipsicóticos por longos períodos devem receber acompanhamento a cada seis meses para detectar a presença de sintomas de discinesia tardia.

Um efeito colateral raro, porém fatal, dos medicamentos antipsicóticos é a síndrome neuroléptica maligna. Ela é caracterizada por rigidez muscular, febre, hipertensão arterial e alterações na função mental (como confusão e letargia).

Os medicamentos antipsicóticos são divididos em duas classes:

- Antipsicóticos tradicionais (mais antigos)
- Antipsicóticos de segunda geração (mais recentes)

Alguns medicamentos antipsicóticos mais recentes, de segunda geração, têm menos efeitos colaterais. O risco de discinesia tardia, rigidez muscular e tremor é significativamente menor do que com antipsicóticos tradicionais. No entanto, alguns desses medicamentos causam um aumento de peso significativo. Alguns também aumentam o risco de desenvolver síndrome metabólica. Nessa síndrome, a gordura se acumula no abdômen, o nível de triglicérides (uma gordura) no sangue aumenta, os níveis de colesterol de alta densidade (HDL, o colesterol

“bom”) são baixos e a pressão arterial é alta. Além disso, a insulina é menos eficaz (a chamada resistência à insulina), aumentando o risco de diabetes tipo 2.

Os medicamentos antipsicóticos de segunda geração podem aliviar sintomas positivos (como alucinações), sintomas negativos (como falta de emoções) e comprometimento cognitivo (como redução do desempenho mental e da atenção). No entanto, os médicos não sabem se eles de fato causam um maior alívio dos sintomas que os medicamentos antipsicóticos mais antigos ou se as pessoas têm mais propensão a tomá-los porque eles têm menos efeitos colaterais.

A **clozapina**, o primeiro medicamento antipsicótico de segunda geração, é eficaz em até cinquenta por cento das pessoas que não respondem a outros medicamentos antipsicóticos. Contudo, a clozapina pode ter efeitos colaterais sérios, como convulsões ou a supressão potencialmente fatal da atividade da medula óssea (que inclui a produção das células do sangue). Por isso, ela é normalmente usada apenas por pessoas que não respondem a outros medicamentos antipsicóticos. Nos pacientes que tomam clozapina, deve-se realizar uma contagem semanal dos leucócitos, pelo menos durante os primeiros seis meses, para que se possa interromper a administração da clozapina na primeira indicação de que o número de leucócitos está diminuindo.

Medicamentos antipsicóticos

Medicamento	Alguns efeitos colaterais	Comentários
--------------------	----------------------------------	--------------------

Medicamentos antipsicóticos antigos		
Clorpromazina	Boca seca	Os efeitos colaterais são muito mais prováveis nas pessoas idosas e em pessoas com falta de equilíbrio ou problemas de saúde sérios.
Flufenazina	Visão embaçada	
Haloperidol	Convulsões	As formas injetáveis de ação prolongada de haloperidol e flufenazina estão disponíveis.
Loxapina	Frequência cardíaca acelerada e pressão arterial baixa	Exame do olho e eletrocardiografia (ECG) são recomendados enquanto a pessoa está tomando a tioridazina.
Molindona		

Medicamento	Alguns efeitos colaterais	Comentários
Perfenazina	Constipação intestinal	
Pimozida		
Tioridazina	Tremor e rigidez muscular	
Tiotixeno	repentinos, normalmente	
Trifluorperazina	reversíveis, que podem progredir para rigidez	
	Movimentos involuntários da face e braços (discinesia tardia)	
	Rigidez muscular, febre, hipertensão arterial e alterações na função mental (síndrome neuroléptica maligna)	
Medicamentos antipsicóticos mais recentes		
Aripiprazol	Sonolência e ganho de peso (mais comum), que pode ser substancial	Os medicamentos antipsicóticos mais recentes têm menos probabilidade de causarem tremor, rigidez muscular, movimentos involuntários (incluindo discinesia tardia) e síndrome neuroléptica maligna, mas esses efeitos podem ocorrer.
Asenapina		
Brexpiprazol		
Cariprazina	Possível aumento do risco de acúmulo	
		Uma forma injetável de longa duração está disponível

Medicamento	Alguns efeitos colaterais	Comentários
Clozapina	de gordura no	para aripiprazol, olanzapina e risperidona.
Iloperidona	abdômen, níveis	A clozapina é usada com muito menos frequência,
Lurasidona	anormais de	porque ela pode causar a supressão da medula óssea,
Olanzapina	colesterol no	uma diminuição no número de glóbulos brancos e
Paliperidona	sangue, hipertensão	convulsões. Entretanto, ela é bastante eficaz em pessoas
Quetiapina	arterial e resistência	que não respondem a outros medicamentos.
Risperidona	aos efeitos da	A clozapina e a olanzapina têm maior probabilidade de
Ziprasidona	insulina (<u>síndrome metabólica</u>)	causar ganho de peso e o aripiprazol tem menor
		probabilidade.
		A ziprasidona não causa ganho de peso, mas pode
		produzir anormalidades em um eletrocardiograma.
		O aripiprazol , o brexpiprazol , a cariprazina e
		a ziprasidona têm menos propensão de causar síndrome
		metabólica.

MEDICAMENTOS ANTIPSICÓTICOS: COMO FUNCIONAM?

Os medicamentos antipsicóticos parecem ser os mais eficazes para tratar alucinações, delírios, pensamento desorganizado e agressividade. Embora esses medicamentos sejam os mais frequentemente prescritos para esquizofrenia, eles parecem ser eficazes no tratamento desses sintomas, tenham como origem mania, esquizofrenia ou demência, bem como o uso de substâncias como anfetaminas.

Os medicamentos antipsicóticos modificam a forma como são transmitidas as informações entre as células individuais do cérebro. O cérebro adulto é composto de mais de 10 bilhões de células individuais denominadas neurônios. Cada neurônio tem apenas uma fibra longa única, denominada axônio, que transmite informações para outros neurônios (Estrutura típica de um neurônio). Cada neurônio estabelece contato com outros milhares de neurônios, como fios ligados entre si num grande painel de operações telefônicas.

A informação viaja para baixo pelo axônio da célula, como um impulso elétrico. Quando o impulso atinge a extremidade do axônio, libera-se uma quantidade mínima de uma substância química específica, denominada neurotransmissor, a fim de passar informações para a célula seguinte. Um receptor da célula detecta o neurotransmissor, o que faz com que a célula receptora gere um novo sinal.

Os sintomas de psicose parecem ser consequência de uma atividade excessiva das células sensíveis aos neurotransmissores dopamina e serotonina. Assim, os medicamentos antipsicóticos bloqueiam os receptores de dopamina e de serotonina com a finalidade de reduzir comunicação entre grupos de células.

Diferentes medicamentos antipsicóticos bloqueiam diferentes tipos de neurotransmissores. Todos os medicamentos antipsicóticos eficazes conhecidos bloqueiam os receptores de dopamina. Os novos medicamentos antipsicóticos (asenapina, clozapina, iloperidona, lurasidona, olanzapina, quetiapina, risperidona e ziprasidona) também bloqueiam os receptores de serotonina. Os especialistas acreditam que essa propriedade pode tornar esses medicamentos mais eficazes. Contudo, estudos recentes de imagens do cérebro não confirmam essa opinião.

A clozapina, que bloqueia muitos outros receptores, é claramente o medicamento mais eficaz para os sintomas psicóticos. Porém, ela é pouco usada devido aos seus efeitos colaterais sérios e à necessidade de monitoramento com exames de sangue.

Programas de reabilitação e atividades de apoio comunitário

Programas de reabilitação e suporte, como treinamento no trabalho, têm como objetivo ensinar às pessoas as habilidades de que precisam para viver em comunidade, em vez de uma instituição. Essas habilidades permitem que as pessoas com esquizofrenia trabalhem, façam compras, cuidem de si mesmas, mantenham uma casa e relacionem-se com outras pessoas.

Serviços de apoio comunitário oferecem serviços que permitem que as pessoas com esquizofrenia vivam da forma mais independente possível. Esses serviços incluem um apartamento supervisionado ou uma casa compartilhada onde um membro da equipe está presente para garantir que uma pessoa com esquizofrenia receba os medicamentos receitados ou para ajudar as pessoas com as finanças. Ou um membro da equipe pode visitar a casa da pessoa periodicamente.

A hospitalização pode ser necessária durante recaídas graves e a hospitalização involuntária pode ser necessária se a pessoa indicar perigo para si própria ou para outros. No entanto, o propósito geral é que a pessoa viva em comunidade.

Um pequeno número de pessoas com esquizofrenia é incapaz de viver de modo independente, ou porque elas têm sintomas graves e persistentes ou porque a terapia medicamentosa não foi eficaz. Essas pessoas necessitam de atenção contínua em um ambiente que seja seguro e de apoio.

Grupos de apoio e de defesa como a Aliança Nacional em Doenças Mentais (National Alliance on Mental Illness) com frequência oferecem ajuda às famílias.

Psicoterapia

Geralmente, a psicoterapia não reduz os sintomas da esquizofrenia. No entanto, a psicoterapia *pode* vir a ser útil para estabelecer uma relação de colaboração entre as pessoas com esquizofrenia, seus familiares e o médico. Desse modo, o paciente pode compreender e aprender a lidar com a sua doença, a tomar os medicamentos antipsicóticos como foram prescritos e a encarar as situações estressantes que possam agravar a doença. Uma boa relação entre o terapeuta e o paciente é um fator determinante para que o tratamento seja eficaz.

Se a pessoa com esquizofrenia vive com sua família, é possível que seja oferecida psicoeducação a ela e a seus familiares. Este tipo de formação presta às pessoas e seus

familiares informações sobre o transtorno e como ele deve ser administrado, ensinando, por exemplo, maneiras de se lidar com a situação. Este tipo de formação pode ajudar a evitar a ocorrência de recidiva.

ANEXO I – Texto 9



Esquizofrenia: conheça os tipos, sintomas e tratamentos

25 de setembro de 2018

85 avaliações

| Tempo de leitura: **10 minutos**

A esquizofrenia é uma doença cerebral crônica que afeta 1% da população mundial e se manifesta entre os 15 e 35 anos.

Os sintomas de esquizofrenia podem incluir delírios, alucinações, problemas de raciocínio e concentração e falta de motivação. No entanto, quando esses sintomas são tratados, a maioria das pessoas com esquizofrenia melhora muito com o tempo

Segundo informações da Associação Brasileira de Psiquiatria, a doença tem predominância no sexo masculino e nem sempre é diagnosticada no seu início. Existem os chamados ‘sintomas precoces’ que podem aparecer meses ou anos antes da doença se exteriorizar – e em alguns dos casos esses sintomas são confundidos com depressão ou outros tipos de transtornos dessemelhantes ao da esquizofrenia.

Esquizofrenia – Definição

Trata-se de um transtorno mental crônico e grave que afeta o modo como uma pessoa pensa, sente e se comporta. Provoca alterações no comportamento, indiferença afetiva, pensamentos confusos e dificuldades para se relacionar com pessoas. Pessoas com esquizofrenia podem parecer que perderam o contato com a realidade. Embora a esquizofrenia não seja tão comum como outros transtornos mentais, os sintomas podem ser muito incapacitantes.

Tipos de Esquizofrenia

- **Esquizofrenia simples:** A esquizofrenia simples apresenta mudanças na personalidade. O paciente prefere ficar isolado – o que inibi seu convívio social –, é disperso aos acontecimentos do dia a dia e insensível no que diz respeito a afetos.
- **Esquizofrenia paranoide:** O isolamento social também está presente na esquizofrenia paranoide – ou paranoica, como é conhecida. O portador da doença enfrenta problemas como falas confusas, falta de emoção e tende a achar que está sendo perseguido por pessoas ou espíritos.
- **Esquizofrenia desorganizada:** Conhecida também como ‘esquizofrenia hebefrênica’, esse tipo é caracterizado por um comportamento mais infantil, respostas emocionais descabidas e pensamentos sem nexos.
- **Esquizofrenia catatônica:** O paciente diagnosticado com esquizofrenia catatônica mostra um quadro de apatia. Pode ficar na mesma posição por horas, causando também a redução da atividade motora.
- **Esquizofrenia residual:** Existe a alteração no comportamento, nas emoções e no convívio social, mas não na frequência dos demais tipos.
- **Esquizofrenia indiferenciada:** Pacientes que não se enquadram perfeitamente em um dos tipos de esquizofrenia, contudo, podem desenvolver algumas das características citadas acima.

Sinais e Sintomas da Esquizofrenia

Os sintomas da esquizofrenia geralmente começam entre 15 e 35 anos. Em alguns casos raros, é possível que crianças também tenham. Os sintomas se dividem em três categorias: positiva, negativa e cognitiva.

Sintomas positivos da esquizofrenia

Trata-se de comportamentos psicóticos geralmente não observados em pessoas saudáveis. Pessoas com sintomas positivos podem “perder contato” com alguns aspectos da realidade.

Os sintomas incluem:

- Alucinações
- Delírios
- Pensamentos desordenados (modos de pensar incomuns ou disfuncionais)
- Distúrbios do movimento (movimentos do corpo agitado)

Sintomas negativos da esquizofrenia

Estão associados a interrupções nas emoções e comportamentos normais. Os sintomas incluem:

- Redução do afeto (expressão reduzida de emoções através da expressão facial ou tom de voz)
- Reduzir os sentimentos de prazer na vida cotidiana
- Dificuldade em iniciar e manter atividades
- Redução de fala

Sintomas cognitivos

Para alguns pacientes, os sintomas cognitivos são sutis, mas para outros são mais graves e os pacientes podem perceber mudanças na memória ou outros aspectos do pensamento. Os sintomas incluem:

- Baixo funcionamento intelectual (capacidade de entender informações e usá-la para tomar decisões)
- Dificuldades para manter-se focado ou prestar atenção em atividades cotidianas
- Problemas com a memória de curto prazo (a capacidade de usar a informação imediatamente depois de aprendê-la)

Quais são os sinais de alerta precoce de esquizofrenia?

Os sinais da esquizofrenia são diferentes para todos. Os sintomas podem se desenvolver lentamente ao longo de meses ou anos, ou podem aparecer de forma abrupta. A doença pode entrar e sair em ciclos de recaída e remissão.

Comportamentos que são sinais precoces de esquizofrenia incluem:

- Ouvir ou ver algo que não está lá;
- Uma sensação constante de estar sendo observado;
- Modo peculiar ou sem sentido de falar ou escrever;
- Posicionamento corporal estranho;
- Sentir-se indiferente a situações muito importantes;
- Deterioração do desempenho acadêmico ou profissional;
- Uma mudança na higiene pessoal e aparência;
- Uma mudança na personalidade;
- Aumento da retirada de situações sociais e isolamento;
- Resposta irracional, zangada ou com medo aos entes queridos;
- Incapacidade de dormir ou se concentrar;
- Comportamento inadequado ou bizarro;
- Preocupação extrema com a religião ou o ocultismo

Qualquer pessoa que tenha vários desses sintomas por mais de duas semanas deve procurar ajuda imediatamente. Se você estiver perto de alguém em crise, peça ajuda a um serviço de emergência.

Fatores de Risco

Existem vários fatores que podem contribuir para o risco de um indivíduo desenvolver esquizofrenia.

Genética e ambiente: há algum tempo descobriu-se que a esquizofrenia pode ser hereditária e ocorrer em determinadas famílias. No entanto, há muitas pessoas que têm esquizofrenia e que não têm um membro da família com a desordem e, inversamente, muitas pessoas com um ou mais membros da família com o transtorno que não o desenvolvem.

Os cientistas acreditam que muitos genes diferentes podem aumentar o risco de esquizofrenia, mas que nenhum gene único causa a desordem por si só. Ainda não é possível usar informações genéticas para prever quem desenvolverá a doença.

Estudos indicam também que as interações entre genes e aspectos do ambiente do indivíduo são necessárias para que a esquizofrenia se desenvolva. Os fatores ambientais podem envolver:

- Exposição a vírus
- Desnutrição antes do nascimento
- Problemas durante o nascimento
- Fatores psicossociais

Química e estrutura do cérebro diferente

Um desequilíbrio nas reações químicas complexas e inter-relacionadas do cérebro envolvendo os neurotransmissores (substâncias que as células cerebrais usam para se comunicar entre si) como a dopamina e glutamato, e possivelmente outros, pode desempenhar um papel no desenvolvimento da esquizofrenia.

Alguns especialistas também acreditam que problemas durante o desenvolvimento do cérebro antes do nascimento podem levar a conexões defeituosas. O cérebro também sofre grandes mudanças durante a puberdade, e essas mudanças podem desencadear sintomas psicóticos em pessoas vulneráveis devido a genética ou diferenças cerebrais.

Tratamentos e Terapia

Embora não exista cura para a esquizofrenia, muitas pessoas com essa doença podem levar uma vida produtiva e satisfatória com o tratamento adequado. A recuperação é possível através de uma variedade de serviços, incluindo programas de medicação e reabilitação. A reabilitação pode ajudar uma pessoa a recuperar a confiança e as habilidades necessárias para viver uma vida produtiva e independente na sociedade.

O portador de esquizofrenia é incapaz de avaliar seu próprio comportamento. Neste caso, pessoas próximas ao paciente são quem identificam os sintomas e procuram ajuda médica.

Com acompanhamento de um psicólogo, psiquiatra e medicamentos é possível que a frequência das crises diminuam e o paciente consiga viver de maneira mãos tranquila. O acompanhamento de um especialista é indispensável.

Como as causas ainda são desconhecidas, os tratamentos se concentram na eliminação dos sintomas da doença. Os tratamentos incluem:

Antipsicóticos

Medicamentos são freqüentemente usados para ajudar a controlar os sintomas da esquizofrenia. Eles ajudam a reduzir os desequilíbrios bioquímicos que causam a esquizofrenia e diminuem a probabilidade de recaída. Como todos os medicamentos, no entanto, os antipsicóticos devem ser tomados apenas sob a supervisão de um psiquiatra. Antipsicóticos atípicos (ou “Nova Geração”) têm menor probabilidade de causar alguns dos efeitos colaterais graves associados a antipsicóticos típicos (ou seja, discinesia tardia, distonia, tremores).

Os medicamentos antipsicóticos geralmente são tomados diariamente. Alguns antipsicóticos são injeções que são administradas uma ou duas vezes por mês. Algumas pessoas têm efeitos colaterais quando começam a tomar medicamentos, mas a maioria dos efeitos colaterais desaparecem após alguns dias. Médicos e pacientes podem trabalhar juntos para encontrar a melhor combinação de medicação ou medicação e a dose certa.

Existem dois tipos principais de medicação antipsicótica:

Os antipsicóticos típicos (“convencionais”) controlam efetivamente os sintomas “positivos”, como alucinações, delírios e confusão da esquizofrenia. Alguns antipsicóticos típicos são:

- Clorpromazina (Thorazine)
- Haloperidol (Haldol)
- Mesoridazina (Serentil)
- Perfenazina (Trilafon)
- Flufenazina (Proxlixina)
- Tioridazina (Mellaril)
- Thiothixene (Navane)
- Trifluoperazina (Stelazine)

Os antipsicóticos atípicos (“de nova geração”) tratam os sintomas positivos e negativos da esquizofrenia, frequentemente com menos efeitos colaterais. Alguns antipsicóticos atípicos são:

- Aripiprazol (Abilify, Aristada)
- Asenapina (Saphris)
- Brexpiprazol (Rexulti)
- Cariprazina (Vraylar)
- Clozapina (Clozaril, FazaClo, Versacloz)
- Iloperidona (Fanapt)
- Lurasidona (Latuda)
- Olanzapina (Zyprexa)
- Paliperidona (Invega)
- Quetiapina (Seroquel)
- Risperidona (Risperdal)
- Ziprasidona (Geodon)

Uma terceira categoria menor de drogas usadas para tratar a esquizofrenia é conhecida como “agentes antipsicóticos diversos”. Os agentes antipsicóticos diversos funcionam de maneira diferente dos medicamentos antipsicóticos típicos ou atípicos. A loxapina (Adasuve, Loxitane) é um desses antipsicóticos diversos e é usada para tratar a agitação em pessoas com esquizofrenia.

Os efeitos colaterais são comuns com drogas antipsicóticas. Eles variam de efeitos colaterais leves, como boca seca, visão turva, constipação, sonolência e tontura que geralmente desaparecem depois de algumas semanas para efeitos colaterais mais graves, como problemas com o controle muscular, estimulação, tremores e carrapatos faciais. A nova geração de drogas tem menos efeitos colaterais. No entanto, é importante conversar com seu psiquiatra antes de fazer qualquer alteração na medicação, pois muitos efeitos colaterais podem ser controlados.

Psicoterapia

A psicoterapia é extremamente útil depois que os pacientes e o médico psiquiatra encontraram um medicamento que funcione. Aprender e usar habilidades de enfrentamento para superar os

desafios cotidianos da esquizofrenia ajuda as pessoas a perseguirem seus objetivos de vida, como ir para a faculdade ou trabalho. Os indivíduos que participam de um tratamento psicológico adequado e regular são menos propensos a sofrer recidivas ou serem hospitalizados.

Como ajudar alguém que conheço com esquizofrenia?

Cuidar e apoiar um ente querido com esquizofrenia pode ser difícil. Pode ser difícil saber como responder a alguém que faz afirmações estranhas ou claramente falsas. É importante entender que a esquizofrenia é uma doença biológica.

Aqui estão algumas coisas que você pode fazer para ajudar seu ente querido:

- Procure um psiquiatra e um psicólogo. Incentive-os a permanecerem em tratamento
- Lembre-se de que suas crenças ou alucinações parecem muito reais para eles
- Diga-lhes que você reconhece que todos têm o direito de ver as coisas de sua maneira
- Seja respeitoso, solidário e gentil sem tolerar comportamentos perigosos ou inapropriados.

Verifique se existem grupos de apoio em sua cidade.

Ajuda Familiar

A participação da família nos tratamentos é essencial. Entender, pesquisar e conversar com os especialistas sobre a doença te fará ser mais paciente, principalmente em situações de crise.

Cuidar de você e da sua saúde também é um fator relevante. Reserve em tempo, divirta-se e relaxe, isso te ajudará a manter o controle nos momentos de alteração do comportamento da pessoa que você ama.

E se sentir necessidade de receber mais orientações, agende uma consulta com um psicólogo. Visite o site da Vittude e agende sua consulta!

Fonte:

National Institute of Mental Health

ANEXO J – Texto 10

Ao longo dos anos, conforme envelhecemos, nossos cérebros mudam. Algumas estruturas crescem, outras diminuem. Esse processo de amadurecimento saudável pode ser afetado pelo ambiente. Estresse, abuso sexual, uso de drogas na adolescência, desnutrição e uma sequência de outros fatores podem fazer o cérebro desviar do que os médicos chamam de “trajetória ideal de desenvolvimento”. A susceptibilidade de uma pessoa a esses estímulos é definida pela interação de centenas de genes. O acúmulo de alterações cerebrais, com o tempo, provoca o transtorno. “Hoje, entendemos a esquizofrenia como uma doença do neurodesenvolvimento”, diz Bressan.

Pesquisadores estimam que 1% da população mundial, cerca de 100 milhões de pessoas, sofram atualmente com a doença. No Brasil, a doença afeta mais de 2,5 milhões de pessoas, que apresentam algum transtorno mental grave ligado à esquizofrenia.

IMAGEM

Assista o [vídeo](#) com o dr. Rodrigo Bressan, psiquiatra da UNIFESP, sobre Esquizofrenia e Maconha

esquizofrenia

Assista o vídeo sobre Esquizofrenia, com dr. Rodrigo Machado, psiquiatra do Hospital Santa Mônica

Esquizofrenia

A esquizofrenia é um transtorno mental grave no qual as pessoas interpretam a realidade de forma distorcida. A esquizofrenia pode resultar em alguma combinação de alucinações, delírios e pensamento e comportamentos extremamente desordenados que prejudicam o funcionamento diário e podem ser incapacitantes.

A esquizofrenia é uma condição crônica, que exige tratamento ao longo da vida.

Sintomas

A esquizofrenia envolve uma série de problemas com o pensamento (cognição), comportamentos ou emoções. Sinais e sintomas podem variar, mas geralmente envolvem delírios, alucinações ou discurso desorganizado, e refletem uma capacidade prejudicada para funcionar.

Os sintomas podem incluir:

Delírios. São falsas crenças que não são baseadas na realidade. Por exemplo, você acha que está sendo prejudicado ou assediado; Certos gestos ou comentários são dirigidos a você; Você tem habilidade ou fama excepcional; Outra pessoa está apaixonada por você; Ou uma grande catástrofe está prestes a ocorrer. Delírios ocorrem na maioria das pessoas com esquizofrenia.

Alucinações. Estes geralmente envolvem ver ou ouvir coisas que não existem. No entanto, para a pessoa com esquizofrenia, eles têm toda a força e o impacto de uma experiência normal. Alucinações podem estar em qualquer dos sentidos, mas ouvir vozes é a alucinação mais comum.

Pensamento desorganizado (fala). O pensamento desorganizado é inferido da fala desorganizada. A comunicação eficaz pode ser prejudicada, e as respostas às perguntas podem ser parcialmente ou completamente não relacionadas. Raramente, a fala pode incluir juntar palavras sem sentido que não podem ser entendidas, às vezes conhecidas como saladas de palavras.

Comportamento motor extremamente desorganizado ou anormal. Isso pode mostrar de várias maneiras, desde tolices infantis até agitação imprevisível. Comportamento não é focado em uma meta, por isso é difícil fazer tarefas. O comportamento pode incluir resistência a instruções, postura inadequada ou bizarra, uma completa falta de resposta, ou movimento inútil e excessivo.

Sintomas negativos. Isto refere-se à redução ou falta de capacidade para funcionar normalmente. Por exemplo, a pessoa pode negligenciar a higiene pessoal ou parece não ter

emoção (não faz contato visual, não muda as expressões faciais ou fala de forma monótona). Além disso, a pessoa pode perder o interesse em atividades cotidianas, sociais ou falta a capacidade de experimentar prazer.

Os sintomas podem variar em tipo e gravidade ao longo do tempo, com períodos de piora e remissão dos sintomas. Alguns sintomas podem estar sempre presentes.

Nos homens, os sintomas da esquizofrenia normalmente começam no início até meados dos anos 20. Nas mulheres, os sintomas geralmente começam no final dos anos 20. É incomum que as crianças sejam diagnosticadas com esquizofrenia e raras para aqueles com mais de 45 anos de idade.

Sintomas em adolescentes

Os sintomas da esquizofrenia em adolescentes são semelhantes aos dos adultos, mas a condição pode ser mais difícil de reconhecer. Isso pode ser em parte porque alguns dos primeiros sintomas da esquizofrenia em adolescentes são comuns para o desenvolvimento típico durante a adolescência, tais como:

- Isolamento de amigos e familiares;
- Queda no desempenho na escola;
- Problemas para dormir;
- Irritabilidade ou humor deprimido;
- Falta de motivação.

Em comparação com os sintomas da esquizofrenia em adultos, os adolescentes podem ser:

- Menor probabilidade de ter delírios;

- Maior propensão a ter alucinações visuais.

Quando consultar um médico

Pessoas com esquizofrenia muitas vezes não têm consciência de que suas dificuldades provêm de um transtorno mental que requer atenção médica. Por isso, muitas vezes cabe à família ou amigos para ajudá-los.

Ajudar alguém que pode ter esquizofrenia

Se você acha que alguém que você conhece pode ter sintomas de esquizofrenia, fale com ele ou ela sobre suas preocupações. Embora você não possa forçar alguém a procurar ajuda profissional, você pode oferecer encorajamento e apoio e ajudar a pessoa que você gosta a encontrar um médico qualificado ou profissional de saúde mental.

Em alguns casos, a hospitalização de emergência pode ser necessária.

Pensamentos suicidas e comportamento

Pensamentos suicidas e comportamentos são comuns entre as pessoas com esquizofrenia. Se você tem um familiar que está em perigo de tentar suicídio ou tentou suicídio, certifique-se que alguém permanece com essa pessoa. Ou, se você acha que pode fazê-lo com segurança, levar a pessoa para a área de emergência do hospital mais próximo. O Hospital Santa Mônica conta com serviço de remoção para estes casos basta contatar o pabx.

Causas

Não se sabe o que causa a esquizofrenia, mas os pesquisadores acreditam que uma combinação de genética, química do cérebro e meio ambiente contribui para o desenvolvimento da doença.

Problemas com certos produtos químicos cerebrais naturais, incluindo neurotransmissores chamados dopamina e glutamato, podem contribuir para a esquizofrenia. Estudos de neuroimagem mostram diferenças na estrutura cerebral e no sistema nervoso central de

pessoas com esquizofrenia. Embora os pesquisadores não estão certos sobre a importância dessas mudanças, eles indicam que a esquizofrenia é uma doença cerebral.

Fatores de risco

Embora a causa precisa da esquizofrenia não seja conhecida, certos fatores parecem aumentar o risco de desenvolver ou desencadear esquizofrenia, incluindo:

- Ter histórico familiar de esquizofrenia;
- Aumento da ativação do sistema imunológico, como a inflamação ou doenças autoimunes
- Idade avançada do pai;
- Algumas complicações da gravidez e do nascimento, tais como a desnutrição ou a exposição às toxinas ou aos vírus que podem afetar o desenvolvimento do cérebro;
- Tomar drogas psicoativas ou psicotrópicas que alteram a mente durante a adolescência e a idade adulta jovem.

Complicações

Se não tratada, a esquizofrenia pode resultar em problemas graves que afetam todas as áreas da vida. As complicações que a esquizofrenia pode causar ou estar associada incluem:

- Suicídio, tentativas de suicídio e pensamentos de suicídio;
- Auto ferimento;
- Transtornos de ansiedade e transtorno obsessivo-compulsivo (TOC);
- Depressão;

- Abuso de álcool ou outras drogas, incluindo tabaco;
- Incapacidade para trabalhar ou frequentar a escola;
- Problemas legais e financeiros e falta de moradia;
- Isolamento social;
- Saúde e problemas médicos;
- Vitimização;
- Comportamento agressivo, embora seja incomum.

Diagnóstico

Diagnóstico de esquizofrenia envolve excluir outros transtornos de saúde mental e determinar que os sintomas não são devidos ao abuso de substância, medicação ou uma condição médica. A determinação de um diagnóstico de esquizofrenia pode incluir:

Exame físico. Isso pode ser feito para ajudar a excluir outros problemas que possam estar causando sintomas e para verificar se há complicações relacionadas.

Testes e exames. Estes podem incluir testes que ajudam a excluir condições com sintomas semelhantes, e triagem de álcool e drogas. O médico também pode solicitar estudos de imagem, como uma ressonância magnética ou tomografia computadorizada.

Avaliação psiquiátrica. Um médico verifica o estado mental observando aparência e comportamento e perguntando sobre pensamentos, humor, delírios, alucinações, uso de substâncias e potencial para violência ou suicídio. Isto também inclui uma discussão da família e da história pessoal.

CrITÉrios diagnÓsticos para a esquizofrenia. Um mÉdico pode usar os critÉrios do Guia Transtornos Mentais (DSM-5).

Tratamento

A esquizofrenia requer tratamento ao longo da vida, mesmo quando os sintomas diminuem. O tratamento com medicamentos e terapia psicossocial pode ajudar a controlar a doena. Em alguns casos, hospitalizaao pode ser necessÁria.

Um psiquiatra com experiªncia no tratamento da esquizofrenia geralmente orienta o tratamento. A equipe de tratamento tambªm pode incluir um psicÓlogo, assistente social, enfermeira psiquiÁtrica, dentre outros. A abordagem de equipe completa pode estar disponÍvel em clÍnicas com experiªncia em tratamento de esquizofrenia.

Medicamentos sªo a pedra angular do tratamento da esquizofrenia, e medicamentos antipsicÓticos sªo os medicamentos mais comumente prescritos. Eles sªo pensados para controlar os sintomas, afetando o cªrebro neurotransmissor dopamina.

O objetivo do tratamento com medicamentos antipsicÓticos  administrar eficazmente sinais e sintomas na dose mais baixa possÍvel. O psiquiatra pode experimentar diferentes drogas, doses diferentes ou combinaoes ao longo do tempo para alcanar o resultado desejado. Outros medicamentos tambªm podem ajudar, como antidepressivos ou drogas anti-ansiedade. Pode levar vÁrias semanas para notar uma melhora nos sintomas.

Como os medicamentos para a esquizofrenia podem causar efeitos colaterais graves, as pessoas com esquizofrenia podem estar relutantes em tomÁ-las. A vontade de cooperar com o tratamento pode afetar a escolha do fÁrmaco. Por exemplo, alguªm que  resistente a tomar medicaao de forma consistente pode precisar de ser dado injeoes em vez de tomar um comprimido.

Pergunte ao seu mÉdico sobre os benefÍcios e efeitos colaterais de qualquer medicaao prescrita.

Intervenções psicossociais

Uma vez que a psicose recua, além de continuar a medicação, as intervenções psicológicas e sociais (psicossociais) são importantes. Estes podem incluir:

Terapia individual. A psicoterapia pode ajudar a normalizar os padrões de pensamento. Além disso, aprender a lidar com o estresse e identificar os sinais de alerta precoce da recaída pode ajudar as pessoas com esquizofrenia a gerir a sua doença.

Treinamento de habilidades sociais. Isso se concentra em melhorar a comunicação e as interações sociais e melhorar a capacidade de participar das atividades diárias.

Terapia de família. Isso fornece apoio e educação para as famílias que lidam com a esquizofrenia.

A maioria dos indivíduos com esquizofrenia requer algum tipo de apoio à vida diária. Muitas comunidades têm programas para ajudar as pessoas com esquizofrenia com empregos, habitação, grupos de autoajuda e situações de crise. Um gerente de caso ou alguém na equipe de tratamento pode ajudar a encontrar recursos. Com o tratamento adequado, a maioria das pessoas com esquizofrenia pode gerenciar sua doença.

Hospitalização

Durante períodos de crise ou períodos de sintomas graves, a hospitalização pode ser necessária para garantir a segurança, nutrição adequada, sono adequado e higiene básica.

Fonte: Hospital Santa Mônica, UNIFESP e Mayo Clinic, USA