

**O artigo foi elaborado considerando as normas da revista da SBPH (Anexo)**

**PARA ALÉM DA ESQUIZOFRENIA: UMA ANÁLISE DO FILME PALAVRAS NAS  
PAREDES DO BANHEIRO**

**BEYOND SCHIZOPHRENIA: AN ANALYSIS OF THE MOVIE WORDS ON BATHROOM  
WALLS**

**ANA GABRIELA TENÓRIO GUEDES DA SILVA <sup>1</sup>**

**PAULA GERMANA NUNES ANANIAS <sup>2</sup>**

**STEPHANY SUZANKLY AMORIM DO NASCIMENTO <sup>3</sup>**

**LEOPOLDO N. F. BARBOSA <sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Graduanda em Psicologia - Faculdade Pernambucana de Saúde – Departamento de Psicologia. Av. Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861, Imbiribeira, Faculdade Pernambucana de Saúde, CEP 51150-000, Recife - PE, Brasil.

E-mail: [gabiguedes@gmail.com](mailto:gabiguedes@gmail.com)

<sup>2</sup> Graduanda em Psicologia - Faculdade Pernambucana de Saúde – Departamento de Psicologia. Av. Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861, Imbiribeira, Faculdade Pernambucana de Saúde, CEP 51150-000, Recife - PE, Brasil. E-mail: [paulager28@hotmail.com](mailto:paulager28@hotmail.com)

<sup>3</sup> Graduanda em Psicologia - Faculdade Pernambucana de Saúde – Departamento de Psicologia. Av. Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861, Imbiribeira, Faculdade Pernambucana de Saúde, CEP 51150-000, Recife - PE, Brasil. E-mail: [steamorim77@gmail.com](mailto:steamorim77@gmail.com) \*Autor para correspondência

<sup>4</sup> Tutor de Psicologia - Faculdade Pernambucana de Saúde – Departamento de Psicologia  
Av. Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861, Imbiribeira, Faculdade Pernambucana de Saúde, CEP 51150-000, Recife - PE, Brasil. E-mail: [leopoldo@fps.edu.br](mailto:leopoldo@fps.edu.br)

**Categoria de Submissão:** Estudo Teórico.

### **Resumo**

A esquizofrenia é uma doença mental caracterizada por distorções do pensamento e da percepção que acarretam intenso sofrimento a quem é acometido pela condição, incluindo familiares, amigos, além de comprometer a autonomia do sujeito. Este estudo traz à tona os atravessamentos do diagnóstico de Esquizofrenia através da análise do filme “Palavras nas paredes do banheiro”. As cenas e narrativas identificam impactos importantes no contexto socioafetivo, que exacerbam padrões de conflitos familiares e impactam negativamente as perspectivas de futuro. A análise reforça a necessidade de suporte especializado à saúde mental

que não se limite apenas à contenção de sintomas e considere intervenções direcionadas para reabilitação e inserção social do sujeito.

**Palavras Chaves:** Esquizofrenia, Análise de filme, Primeiro episódio psicótico, Diagnóstico, Transtorno mental.

### **Abstract**

Schizophrenia is a mental illness characterized by distortions of thought and perception that causes intense suffering to those affected by the condition, including family and friends, in addition to compromising the subject's autonomy. This study brings to light the crossings of the diagnosis of Schizophrenia through the analysis of the film “Words on the bathroom walls”. The scenes and narratives identify important impacts on the socio-affective context, exacerbate patterns of family conflicts and impact dimensions such as future perspectives. The analysis reinforces the need for specialized mental health support that is not limited to merely containing symptoms and considers interventions aimed at the subject's rehabilitation and social integration.

**Keywords:** Schizophrenia, Film analysis, First psychotic episode, Diagnosis, Mental disorder

## Introdução

A esquizofrenia é um transtorno mental crônico e grave que tem grande impacto na vida do sujeito. Acomete pessoas em todo o mundo sendo mais frequente no sexo masculino. Os primeiros sintomas se manifestam no final da adolescência e início da vida adulta (Queiroz, Coelho, Linhares & Correia, 2019). Segundo o Ministério da Saúde do Brasil (2021) é caracterizada pela dissociação do que é real e o que é do imaginário do indivíduo com a presença de alucinações e delírios envolvendo temas como perseguição, religiosidade/misticismo, ruína, grandeza etc. (Maeda & Silva, 2022).

É a principal forma de psicose ou síndrome psicótica e se apresenta como um dos mais graves diagnósticos psiquiátricos, acometendo uma grande parcela da população mundial. Geralmente tem seu início entre o final da adolescência e meados dos 30 anos e gera muitas dificuldades sociais relacionadas a estudo, trabalho e relacionamento uma vez que, o sujeito acometido tem dificuldades, dentre outras, de assimilar seus pensamentos, emoções e sentimentos (Onofre, Glória, Labiak, Governo & Fernandes, 2023).

Estudos mostram que a prevalência é aproximadamente entre 2,1 - 7,0 em cada 1000 habitantes (Queirós et al., 2019). Afeta homens e mulheres, com a prevalência de aproximadamente 0,6% da população mundial, sendo os sintomas mais graves na população feminina, com a presença de mais episódios psicóticos e prognóstico mais difícil (DSM-5-TR, 2023).

Em relação ao gênero, nas mulheres o início dos sintomas é tardio havendo um pico na meia idade, além de apresentarem mais sintomas psicóticos e carregados de afeto, tendendo a piorar com o decorrer dos anos. No entanto, há uma tendência de que o funcionamento social seja mais preservado neste gênero. Cabe destacar, que nos períodos pré-menstruais os sintomas

psicóticos tendem a ser mais acentuados enquanto no período da gravidez ficam mais atenuados, podendo aumentar após o parto. A menopausa é um período que pode estar associado ao segundo pico de início da esquizofrenia em mulheres (DSM-5-TR, 2023).

O primeiro episódio psicótico se apresenta de forma lenta e gradativa com a presença de sintomas como isolamento, irritação, diminuição de seu autocuidado dentre outros, evoluindo para um período prodromico que pode durar dias ou até meses. A progressão do primeiro episódio psicótico atinge a chamada “Fase Aguda” em que, aos sintomas supracitados, são somados os fenômenos das alucinações e delírios que se tornam gradativamente mais intensos. Após esta fase o sujeito entra na “Fase de estabilização” onde os sintomas diminuem. Geralmente esta fase pode perdurar por 6 meses. A última fase é a “Fase estável” onde há uma estabilização dos sintomas psicóticos com a manutenção de sintomas como depressão e ansiedade (Amador, Saavedra, Garfia & Chávez, 2019).

Os sintomas da esquizofrenia podem ser positivos ou negativos. Os sintomas positivos são aqueles que são apresentados apenas pelo sujeito acometido pela doença. São eles: Alucinações, podendo ser visuais, táteis, auditivas, olfativas e gustativas; Delírios de cunho persecutórios, de grandeza, religiosos entre outros; Comportamento extravagante; Pensamento desorganizado e Isolamento. Os sintomas negativos são mais difíceis de reconhecer como sendo específicos da esquizofrenia, pois são menos chamativos. Alguns sintomas negativos: apatia, comportamento antissocial, anedonia, não consegue manter contato com outras pessoas (Amador et al., 2019).

Não se sabe exatamente a causa da esquizofrenia, acredita-se ser de origem multifatorial com uma conjunção de fatores genéticos, neuroquímicos e ambientais (Brasil, 2013). Alguns fatores de risco como o uso de maconha na infância e adolescência, complicações obstétricas, infecções na gestação e baixo peso ao nascer (Dalgarrondo, 2019).

Segundo o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5-TR, 2023), os critérios diagnósticos para confirmação do transtorno da esquizofrenia dividem-se em algumas categorias, são elas: Critério A: Delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado e sintomas negativos. (precisam ser identificados dois ou mais dos sintomas, sendo ao menos um deles alucinações, delírio ou discurso desorganizado e que eles estejam presentes por um tempo significativo durante o período de um mês). Critério B: O nível de funcionamento do sujeito em áreas funcionais (trabalho, relações pessoais, autocuidado) se encontra acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início do aparecimento da perturbação, sendo identificado por um período significativo. Critério C: Devem existir sinais contínuos de perturbação por pelo menos seis meses, apresentando sintomas que atendam ao critério A. Critério D: Tenham sido descartados outros transtornos como o esquizoafetivo, transtorno depressivo ou transtorno bipolar. Critério E: Os sintomas não podem estar atribuídos ao uso de substâncias. Critério F: Verificar se há história de transtorno do espectro autista ou transtorno de comunicação na infância.

É importante discorrer que os sujeitos podem apresentar, além dos sintomas supracitados, afeto inadequado, humor disfórico, alterações no padrão do sono, falta de interesse ou recusa em alimentar-se, despersonalização, desrealização, ansiedade, fobias, déficits cognitivos, anormalidade no processamento sensorial e na capacidade inibitória e redução de atenção (DSM-5-TR, 2023).

Foi verificado o aumento do tabagismo e uso de substância em pacientes com esquizofrenia, se comparado com a população em geral. Outro dado relevante é que os sujeitos portadores do transtorno vivem em média de 15 a 25 anos a menos do que a população em geral por conta das intercorrências do adoecimento (Dalgarrondo, 2019).

O tratamento para a esquizofrenia não é fácil e deve ser muito abrangente. Envolve a utilização de fármacos, e a necessidade de acompanhamento psicológico, suporte social e ajuda na realização das tarefas diárias. As medicações de primeira escolha são os antipsicóticos que vão atuar nos sintomas positivos agindo como reguladores de neurotransmissores e na diminuição dos sintomas psicóticos como alucinações e delírios. Atualmente alguns antipsicóticos atípicos vêm sendo utilizados e atuam sobre os sintomas positivos e negativos mas podem acarretar em efeitos adversos (Katsushima et al., 2023).

Quando uma pessoa adoece a dinâmica da família é impactada de alguma maneira. No contexto da esquizofrenia este impacto é ainda maior e os atravessamentos vão desde a percepção dos primeiros sintomas, fechamento do diagnóstico até o tratamento. Geralmente os principais cuidadores de um paciente com esquizofrenia são sua mãe ou esposa, que enfrentam uma tarefa desafiadora com cuidados que envolvem o auxílio aos pacientes em atividades relacionadas a administração da medicação, acompanhamento à consulta médica, ajuda nas atividades diárias, apoio emocional e formas de lidar com possíveis crises que possam ocorrer. Tais demandas podem levar o sujeito a ter problemas em sua saúde física, social e psicológica (Onofre et al., 2023).

Os principais problemas enfrentados pelos cuidadores de pessoas com este transtorno são: estresse e sobrecarga emocional, isolamento social, problemas em sua saúde física, por falta de tempo para cuidar-se, problemas financeiros e sentimento de perda e luto (Onofre et al., 2023).

É válido dizer que embora a esquizofrenia seja uma condição permanente, muitas pessoas acometidas por ela conseguem ter uma vida funcional, produtiva e satisfatória com o tratamento correto. Esse estudo teve como objetivo analisar os impactos emocionais e

funcionais na dinâmica de vida de um sujeito com esquizofrenia através da análise do filme *Palavras nas paredes do banheiro*.

### **Método**

O presente trabalho se utiliza de uma análise qualitativa/descritiva do filme “Palavras nas paredes do banheiro”. Se dará a partir da análise de cenas que retratam os atravessamentos da esquizofrenia em um jovem adolescente. A partir disso, as cenas escolhidas do filme serão articuladas com a teoria baseada nos estudos existentes sobre a temática.

### **Justificativa**

A escolha das estudantes se deu mediante à percepção da necessidade de se voltar o olhar ao adoecimento mental, especificamente a esquizofrenia, desmistificando o estigma relacionado a este diagnóstico e às pessoas por ele acometidas. A esquizofrenia é um tema que já foi abordado pela indústria cinematográfica, a exemplos dos filmes “Uma mente brilhante” (2001), “Nise - o coração da loucura” (2015), “Os três cristos” (2017), entre outros, mas o filme “Palavras nas paredes do banheiro” nos chamou a atenção por abordar o primeiro episódio psicótico em um jovem e seus desdobramentos frente à tentativa de conduzir sua vida de forma funcional e autônoma.

### **Discussão**

#### ***Sinopse do Filme***

O filme, de título original “**Words on Bathroom Walls**”, é uma adaptação do livro de mesmo nome da autora Júlia Walton. É estrelado por Charlie Plummer (Adam Petrazelli), Taylor Russell (Maya Amez) e Molly Parker (Beth Petrazelli). Sob a direção de Thor Freudenthal, a trama é categorizada como drama/romance e foi lançada nos EUA em 2020.



O filme aborda a história de Adam (Charlie Plummer), um jovem que está atravessando os desafios da adolescência, conflitos familiares somados ao primeiro surto psicótico e posterior diagnóstico de esquizofrenia paranóide. Retrata as angústias e desafios frente aos sintomas e tratamento da esquizofrenia em um sujeito jovem com planos de vida que parecem comprometidos diante da patologia que o acomete. Acontecimentos como a saída do pai de casa, a expulsão e conseqüentemente mudança de escola, concomitantemente com a entrada de um padrasto em sua vida e o surgimento do primeiro relacionamento amoroso, trazem elementos que geram implicações no processo.

Relata também, dentre outros aspectos, o engajamento da mãe, Beth (Molly Parker), em procurar melhores alternativas de tratamento para seu filho, a ponto de inseri-lo num grupo de teste de uma nova medicação, visando a redução dos sintomas (alucinações visuais e auditivas) e melhor qualidade de vida.

Ademais, é mostrado ao decorrer do filme o enfrentamento deste jovem junto com sua família e amigos, retratando a importância que uma rede de apoio estruturada tem na vida de um sujeito acometido pela Esquizofrenia e seu sofrimento.

### *Análise das Cenas*

#### *Apresentação dos primeiros sintomas*

No início da cena, Adam, personagem principal do filme, está fazendo exames de vista e diante das alterações visuais que ele apresenta, foi levantada uma possível hipótese de glaucoma, a qual foi descartada posteriormente. Após isso, ele começou a também ouvir vozes, sendo mais um sentido despertado nele, o auditivo.

A cena pode ser evidenciada de acordo com o que a literatura aborda sobre os sintomas relacionados à esquizofrenia, como o DSM-5 TR (2023) traz que as alucinações podem

acontecer em qualquer modalidade sensorial, porém as mais comuns e frequentes são as auditivas. Alucinações essas caracterizadas como vozes que podem ser de pessoas conhecidas ou desconhecidas, além de serem identificadas como vozes diferentes dos pensamentos da própria pessoa.

De acordo com Escandell et al. (2022), diversos estudos na atualidade estão explorando a relação existente entre os sintomas clínicos e funcionamento social de pessoas com esquizofrenia, apontando resultados direcionados à uma correlação entre um funcionamento social prejudicado decorrente de sintomas mais graves do transtorno. Os primeiros sinais e sintomas da esquizofrenia surgem normalmente durante a adolescência e início da vida adulta, sendo as alucinações um dos aspectos mais característicos do transtorno. Ademais, as alucinações visuais ocorrem em 15%, as auditivas em 50% e as táteis em 5% de quem apresenta o transtorno. (Silva, 2006).

No que se refere ao filme analisado, Adam, personagem principal, apresenta esperança de que essas alterações visuais sejam consequentes de um possível diagnóstico de glaucoma, porém quando a hipótese é descartada, ele vê-se frustrado de ter que lidar com mais esse desafio. Posterior a isso, Adam sente-se assustado ao começar a ouvir vozes chamando pelo seu nome e ver pessoas que apenas ele enxerga.

### ***Encontrando formas de aliviar o sofrimento***

Em diálogo com sua psiquiatra, Adam traz que provavelmente sua mãe já deve ter lhe contado sobre o fato dele cozinhar, ele denomina esse ato como sua possibilidade de “distração”, “automedicação”, única forma de calar as vozes que ele ouvia. Costa et al. (2017), apontam que as atividades com fins terapêuticos foram introduzidas nas clínicas psiquiátricas com a finalidade de disciplinar, reabilitar e adequar os sujeitos às normas da instituição. Com o marco da reforma psiquiátrica, alguns questionamentos começaram a surgir por parte dos

profissionais, como por exemplo se a forma como essas atividades eram colocadas em prática possuíam a finalidade de trabalhar as necessidades do sujeito ou se só funcionavam com fins de adequar às premissas das instituições.

O processo de adoecimento e sofrimento se apresenta de forma única e singular para cada sujeito, porém é a partir da relação com fatores externos que os indivíduos conseguem expressar suas emoções e sentimentos (Lacerda, Valla, Pinheiro & Mattos, 2004). Com base nisso, vê-se a importância das práticas (sejam elas de qualquer viés) que visam expressar sentimentos e emoções e aliviar sintomas, além de possibilitar a atribuição de novos sentidos e significados às experiências do sujeito.

No caso de Adam, ele encontrou essa possibilidade na gastronomia, o fazer terapêutico dele e as perspectivas futuras com relação a esse fazer são o que o mantém esperançoso e obstinado a lidar com os desafios atrelados à sua condição psicológica. Como ele mesmo menciona, no início da cena, o ato de cozinhar funciona como sua válvula de escape da realidade, já que ao colocá-lo em prática, Adam sente-se focado nessa atividade e não apresenta suas alucinações (visuais e auditivas), possibilitando o alívio decorrente de poder realizar algo que gosta e que sente prazer, sem a influência de fatores externos.

### ***Contexto familiar***

Prata & Santos (2007), pontua que a concepção de família, desde os primórdios, parte de uma definição relacionada a um grupo social que exerce influência na vida e dinâmica das pessoas, tendo esse grupo familiar importante papel na construção dos indivíduos, em seus pensamentos, comportamentos, sentimentos e emoções. Cabe a essa instituição, o processo de socialização primária de crianças e adolescentes, sendo o primeiro grupo social ao qual o indivíduo pertencerá.

No que se refere ao contexto familiar de Adam, o protagonista inicia a cena retirando da mãe a responsabilidade de não ter descoberto antes seu diagnóstico, justificando que ela passou por diversas situações nos últimos anos, como o fato do abandono do pai decorrente de uma justificativa de que a paternidade não era algo que agregava em seu processo de criatividade. Além disso, o personagem aborda novamente a questão da gastronomia enquanto fator de enfrentamento diante dos desafios apresentados, ele pontua que teve que se reinventar para lidar com a ausência paterna.

Posterior a isso, com a chegada de uma nova figura masculina à sua rotina, o namorado de sua mãe, Adam apresenta certo incômodo frente ao acontecimento. Além de pontuar mudanças no ambiente físico e representativo de sua casa, dizendo que o lar que antes conhecia, já não era mais o mesmo, justamente por conta de nova estruturação e hábitos, e por isso ele passava a maior parte do tempo na rua.

Diante dos aspectos apresentados, pode-se entender a complexidade desses acontecimentos na vida de Adam, pois ele sofre com a descoberta e sintomas de um diagnóstico que muda toda sua perspectiva de vida e desejos, sofre com o abandono paterno e com a chegada de uma nova pessoa no ambiente que era tido como de segurança e acolhimento. Porém, com a construção das cenas e desenvolvimento do filme, é vista uma efetiva rede de apoio e engajamento por parte de sua mãe em ajudá-lo a descobrir maneiras de enfrentar os desafios e possibilidades atrelados à esquizofrenia e suas implicações, demonstrando a importância do papel da família junto ao sujeito em sofrimento psíquico.

### ***Primeiro episódio psicótico***

Havia sinais antes do primeiro colapso de Adam, mas ele não percebia, até que começou a ouvir vozes, a ver pessoas “imaginárias” e a ver situações que não existiam. Ao longo do filme, Adam ganha três amigos imaginários inseparáveis que só ele pode ver. São eles:

a muito zen Rebecca, Joaquim que Adam descreveu como “o melhor amigo do filme dos anos 90” e o mal-humorado “guarda-costas” Jason. A evolução e frequência desses sintomas o acompanharam até que realmente ocorreu seu primeiro episódio psicótico, como mostra a cena do filme, durante uma aula de química no laboratório da escola que frequentava, onde Adam teve alucinações auditivas e visuais, levando-o como consequência a ferir um colega de turma. Logo ele foi contido e em seguida levado ao hospital. Segundo Silva (2006), as alucinações visuais ocorrem em 15%, as auditivas em 50% e as táteis em 5% de quem apresenta o transtorno.

Também foram levantadas questões sobre o aparecimento do novo namorado de sua mãe, o que pode ter sido o grande gatilho para o rompimento de Adam com a realidade, pois ele começou a se sentir violado pela presença do padrasto em casa e passou a passar cada vez mais tempo fora de casa. Após seu primeiro episódio de delírio paranóico durante uma aula de química, Adam foi expulso da escola. De acordo com o DSM-5 TR (2023), o diagnóstico de esquizofrenia requer a presença simultânea de dois dos seguintes sintomas característicos (delírios, alucinações, fala desorganizada, comportamento desorganizado, sintomas negativos) durante 6 meses e esses sintomas devem incluir pelo menos um dos 3 primeiros. Na adolescência e início da vida adulta, é que geralmente acontecem os primeiros sinais e sintomas da esquizofrenia (Silva, 2006).

### ***O diagnóstico***

Após Adam inicialmente apresentar “problemas oculares” passando por um oftalmologista e sofrer algumas alterações afetivas, comportamentais, que impactaram suas relações interpessoais, tendo seu primeiro surto psicótico no período de sua adolescência, ele veio a descobrir, que é esquizofrênico.

A adolescência é o período em que há maior probabilidade de acontecer os primeiros sinais e sintomas da esquizofrenia (Silva, 2006). Ao receber o diagnóstico de esquizofrenia

através do médico, Adam passa a enfrentar algumas dificuldades em sua rotina em casa, na escola e em outros ambientes sociais. Na cena em que ele recebe esse diagnóstico ele se vê em um risco iminente de não poder realizar o seu grande sonho, que é cursar gastronomia e ter o seu próprio restaurante e sua família que também é pega de “surpresa” demonstra insegurança em relação ao futuro de Adam.

O diagnóstico se deu, após Adam sofrer um episódio psicótico em uma aula de química na escola onde, até então, ele estudava. Nesse episódio psicótico, Adam teve grandes alucinações visuais, auditivas e táteis, levando-o a ser expulso, no meio do último ano letivo. De acordo com o DSM-5 TR (2023), o diagnóstico de esquizofrenia requer a presença simultânea de dois dos seguintes sintomas característicos (delírios, alucinações, fala desorganizada, comportamento desorganizado, sintomas negativos) durante 6 meses e esses sintomas devem incluir pelo menos um dos 3 primeiros.

Após sua expulsão da escola, a mãe e o padrasto de Adam o matricularam em uma escola Católica, que o aceitou mediante a condição de se manter no tratamento. Nesta instituição ele passou por diversos momentos e situações de adaptação, tentando esconder de diversas maneiras a sua real condição.

### ***Mudanças na vida do sujeito após o diagnóstico***

Após diagnóstico, as mudanças não só ocorreram com o Adam, mas também com toda a sua dinâmica familiar e social. A família também adoeceu e conseqüentemente muitas mudanças secundárias aconteceram.

A família de Adam, teve um papel muito importante no seu processo de tratamento: cuidando, incentivando e acompanhando ele no desenvolvimento do seu tratamento principalmente o farmacológico, psicológico e outros que se fizeram necessários. Adam ainda

se apresenta no filme como um paciente com resistência medicamentosa, passando até a participar, por insistência de sua mãe, de um ensaio experimental na tentativa de deixá-lo melhor e funcional. Segundo Gonçalves et al. (2005), muitas vezes os familiares têm a responsabilidade de cuidar do membro com esquizofrenia, principalmente no que diz respeito ao tratamento medicamentoso. Dessa forma, as etapas finais da terapia medicamentosa ficam sob responsabilidade do paciente e da família.

À medida que o filme acontece, Adam, conhece Maya, e se aprofunda em um romance com ela, havendo uma conexão reconfortante. Maya o inspira cada vez mais a abrir o seu coração e não ser definido pelas circunstâncias de sua saúde. Agora, com o amor e o apoio de sua namorada e família, Adam espera poder ver uma luz e superar os desafios que virão daqui para a frente. De acordo com Borba, Schwartz & Kantorski (2008), os familiares constituem um espaço importante e privilegiado para a prática do cuidado com o paciente, por isso, precisa ser inserida de forma efetiva nas discussões nesse novo paradigma de assistência, como facilitadora, aliada e foco nas intervenções.

No final do filme Adam recebe todo o apoio de sua mãe, padrasto e namorada. Dependendo de como são feitos o tratamento e o apoio familiar, os problemas de socialização e convivência sociais são atenuados e a pessoa com esquizofrenia pode ter uma vida normal e, inclusive, trabalhar, casar e ter filhos.

### **Considerações Finais**

O caminho do sujeito com um adoecimento mental é complexo e atravessado de muita dificuldade. O paciente com esquizofrenia carrega consigo, dentre outros, o sofrimento do diagnóstico, dos estigmas da sociedade e do tratamento.

A obra analisada faz uma viagem cobrindo o sofrimento de Adam e sua família desde o momento do diagnóstico até os caminhos encontrados para a elaboração da doença e formas de tratamento. Apresenta os atravessamentos na vida social do adolescente mostrando o impacto social da doença e o olhar da sociedade sobre o paciente com adoecimento mental. Os impactos causados pelos sintomas da esquizofrenia foram interpretados com maestria pelo jovem ator, conseguindo transmitir para o espectador a angústia do primeiro episódio psicótico. Para além disso, o filme demonstra a importância de uma rede de suporte sólida no acompanhamento do tratamento e como a família tem um papel importante tanto nos cuidados como no apoio e acolhimento necessário.

Obras como esta, já exploradas em outros títulos, nunca são demais. É importante a disseminação do conhecimento sobre o adoecimento mental em geral, em especial a esquizofrenia em que o sujeito acometido é alvo de tanto estigma e preconceito.



## Referências

Amador, A. G. L., Saavedra, D. R., Garfia, C. X. D., & Chávez, J. J. (2019). Trastorno psiquiátrico-esquizofrenia. *TEPEXI Boletín Científico de la Escuela Superior Tepeji del Río*, 6(11), 34-39.

American Psychiatric Association. (2020). *The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia*. American Psychiatric Pub.

Borba, L. D. O., Schwartz, E., & Kantorski, L. P. (2008). A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21, 588-594.

Carteri, R. B., Oses, J. P., Cardoso, T. D. A., Moreira, F. P., Jansen, K., & Silva, R. A. D. (2020). A closer look at the epidemiology of schizophrenia and common mental disorders in Brazil. *Dementia & Neuropsychologia*, 14, 283-289.

Costa, V. C., Souza, N. P., Pinheiro, D. M., Vaz, L., Mecca, R. C., & Alves, S. G. (2017). Afetos, sabores e trilhas: a oficina de culinária como operador clínico da desinstitucionalização/Affections, flavors and trails: a culinary workshop as a promoter resource of the deinstitutionalization. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional-REVISBRATO*, 1(3), 300-317.

da Silva, F. H. P., Sardinha, L. S., & LEMOS, V. D. A. (2021, July). DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA ESQUIZOFRENIA E OS POSSÍVEIS IMPACTOS PSICOLÓGICOS NOS FAMILIARES. In *Congresso Internacional em Saúde* (No. 8).

de Medeiros, J. A., da Silva, V. E. C., & da Silva, D. (2023). ESQUIZOFRENIA E MANIPULAÇÃO: RELATOS DE UM ESTÁGIO DE PSICOLOGIA. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 9(1), 1226-1235.

del Carmen Martínez-Cardona, M., González, C. E., Vélez-Velásquez, A. L., Muñoz-Avendaño, N., Peláez, J. L., De Rubio, M. B., & Toconas-Morea, V. R. (2020). Relaciones de familia en pacientes con esquizofrenia. *AVFT–Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(5).

Dias, P., Hirata, M., Machado, F. P., Luis, M. A. V., & Martins, J. T. (2020). Bem-estar, qualidade de vida e esperança em cuidadores familiares de pessoas com esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (23), 23-30.

dos Santos, P. V., de Souza, F. G., de Aquino Lemos, V., & Sardinha, L. S. (2019). Dificuldades de aceitação da sociedade em relação a pessoas com esquizofrenia. *Diálogos Interdisciplinares*, 8(10), 69-78.

Escandell, M. J., Prat, G., Garcia-Franco, M., Martín-Martínez, J. R., Ochoa, S., Tortades, I., ... & Casas-Anguera, E. (2022). Clinical symptoms and social functioning in schizophrenia. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental (English Edition)*, 15(4), 251-258.

Fernandes, J. B., Fernandes, S. B., & Castro, F. V. (2020). Resiliência em famílias de pessoas com esquizofrenia: um estudo qualitativo. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 1(2), 245-254.

Gonçalves, A. M., Sena, R. R. D., Dias, D. G., Queiróz, C. M., Dittz, É., Vivas, K. L., ... & Lopes, T. C. (2005). Cuidadora domiciliar: por que cuido?. *Revista Mineira de Enfermagem*, 9(4), 315-320.

Gonçalves Filho, DR (2023). ANÁLISE DOS MÉTODOS DE TRATAMENTO DA ESQUIZOFRENIA NA ATUALIDADE COM ENFOQUE NAS MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS, UMA REVISÃO.

Kahn, R. S. (2020). On the origins of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 177(4), 291-297.

Katsushima, M., Nakamura, H., Hanaoka, H., Shiko, Y., Komatsu, H., & Shimizu, E. (2023). Ensaio controlado randomizado sobre o efeito da terapia cognitivo-comportamental por videoconferência para pacientes com esquizofrenia: um protocolo de estudo. *BMJ aberto* , 13 (9), e069734.

Lacerda, A., Valla, VV, Pinheiro, R., & Mattos, RA (2004). As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. *Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco* ,93-104.

MAEDA, G. G., & SILVA, J. S. M. (2022). Ajustamento familiar após diagnóstico de esquizofrenia.

Melo, A. H. F., & Freitas, F. (2023). Esquizofrenia, modelo biomédico e a cobertura da mídia. *Saúde em Debate*, 47, 96-109.

Moreira, C. S., Mezzasalma, M. A., & Juliboni, R. V. (2008). Esquizofrenia Paranoide: Relato de Caso e Revisão da Leitura. *Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos*, 3(2), 29-32.

Nunes, P. L. P., da Silva, T. M., Voltolini, C. B., da Silva, E. F., & Boleta-Ceranto, D. D. C. F. (2020). Subtipos de esquizofrenia. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(5), 12196-12199.

Oliveira, S. E., & Trentini, C. M. (2023). *Avanços em Psicopatologia: Avaliação e Diagnóstico Baseados na CID-11*. Artmed Editora.

Onofre, A. D., da Glória Mucangue, J., Labiak, F. P., de Governo, É. I., & Fernandes, P. D. Desafios das famílias cuidadoras de pessoas com esquizofrenia.

Orsi, J. A. (2023). Apesar da esquizofrenia é possível ter uma vida com qualidade. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 15(42), 180-187.

Palomo Masabanda, Y. M. (2022). *Vivencias de un adulto con esquizofrenia* (Bachelor's thesis, Universidad Técnica de Ambato/Facultad de Ciencias de la Salud/Carrera de Enfermería).

Pratta, E. M. M., & Santos, M. A. D. (2007). Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em estudo*, 12, 247-256.

Queirós, TP, Coelho, FS, Linhares, LA, & Correia, DT (2019). Esquizofrenia: o que o médico não psiquiatra precisa de saber. *Acta Médica Portuguesa* , 32 (1), 70-77.

Reis, R. P., Santos, G. K. M., Matos, A. S., Souza, W. L., Cavalcante, M. R. L., Santos, F. C. D., ... & Fernandes, P. D. (2023). DESAFIOS DAS FAMÍLIAS CUIDADORAS DE PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA. *OPEN SCIENCE RESEARCH XI*, 11(1), 760-773.

Silva, R. C. B. da .. (2006). Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia USP*, 17(4), 263–285.  
<https://doi.org/10.1590/S0103-65642006000400014>

Stilo, SA e Murray, RM (2019). Fatores não genéticos na esquizofrenia. *Relatórios atuais de psiquiatria* , 21 , 1-10.

Teixeira, M. B. (2005). Qualidade de vida de familiares cuidadores do doente esquizofrênico. *Revista Brasileira de enfermagem*, 58, 171-175.

## **Anexo**

### *Normas de Publicação*

Todas as submissões de trabalhos devem seguir as Normas de Publicação da APA: *Publication Manual of the American Psychological Association* (5ª edição, 2001), no que diz respeito ao estilo de apresentação do trabalho e aos aspectos éticos inerentes à realização de um trabalho científico. Quando pertinente, a cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa deve ser encaminhada na ocasião da submissão do trabalho, para que se possa dar início ao processo editorial. Os manuscritos devem ser redigidos em português, em inglês, em espanhol ou em francês.

Para um guia rápido em português, consulte *Uma Adaptação do Estilo de Normalizar de Acordo com as Normas da APA*. Para exemplos de seções do manuscrito (em inglês), sugere-se *Psychology With Style: A Hypertext Writing Guide* (for the 5th edition of the APA Manual).

## 2) FORMATAÇÃO

### a) Arquivo e número de página

Os trabalhos devem estar em formato doc e não exceder o número máximo de páginas (iniciando no Resumo como página 1 e incluindo Resumo, Abstract, Figuras, Tabelas, Anexos e Referências, além do corpo do texto) indicado para cada tipo de trabalho aceito, a saber:

- relato de pesquisa, artigo teórico, trabalho de revisão crítica e sistemática de literatura: 15 a 25 páginas.
- Relatos de experiência profissional: 10 a 15 páginas (Verificar item 2.1).
- Carta ao editor, nota técnica e resenhas: 3 a 10 páginas.

b) papel: tamanho A4 (21 x 29,7 cm).

c) fonte: Times New Roman, tamanho 12, ao longo de todo o texto, incluindo Referências, Notas de Rodapé, Tabelas, etc.

d) margens: 2,5 cm em todos os lados (superior, inferior, esquerda e direita).

e) espaçamento: espaço duplo ao longo de todo o trabalho, incluindo Folha de Rosto, Resumo, Corpo do Texto, Referências, etc.

f) alinhamento: justificado

g) recuo da primeira linha do parágrafo: tab = 1,25cm

h) Numeração das páginas: no canto direito superior

i) Cabeçalho de página: as primeiras duas ou três palavras do título devem aparecer cinco espaços à esquerda do número da página.

j) endereços da Internet: Todos os endereços "URL" (links para a internet) no texto (ex.: <http://pkp.sfu.ca>) deverão estar ativos.

k) Ordem dos elementos do trabalho: Folha de rosto sem identificação, Resumo e Abstract, Corpo do Texto, Referências, Anexos, Notas de Rodapé, Tabelas e Figuras. Inicie cada um deles em uma nova página.

## 2.1) O Relato de experiência profissional

A apreciação do Relato de Experiência Profissional leva em conta a originalidade, a reflexão teórica e o potencial de contribuição para o campo epistêmico e prático no qual se insere o estudo.

A originalidade pode ser expressa por meio da apresentação de um novo objeto de pesquisa ou por um inédito modo de abordagem de problemas já conhecidos.

O Relato de Experiência que contenha casos/trechos clínicos (direta ou indiretamente mencionados), questões particulares de instituições e equipes de saúde e de ensino, dados de prontuário e outros derivados de pesquisas diversas deverá ser acompanhado da inclusão no sistema, como DOCUMENTO SUPLEMENTAR, da prévia aprovação pelo Comitê de Ética responsável. A aprovação deverá estar em nome de um dos autores do manuscrito.

A Revista pode também solicitar um TERMO DE CIÊNCIA da instituição de Saúde e de Ensino na qual se realizou o Relato de Experiência.

Os manuscritos podem ser recusados a partir dos critérios acima expostos.

### 3) ELEMENTOS DO TRABALHO

a) Folha de rosto sem identificação: título em português (máximo 15 palavras, maiúsculas e minúsculas, centralizado) e o título em inglês compatível com o título em português.

b) Resumos em português e inglês: Parágrafo com no máximo 200 palavras (relato de pesquisa, artigo teórico, trabalho de revisão crítica e sistemática de literatura) ou 150 palavras (relato de experiência profissional, carta ao editor, nota técnica e resenhas), com o título e o resumo escrito centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho. Ao fim do resumo, listar pelo menos três e no máximo cinco palavras-chave em português (em letras minúsculas e separadas por ponto e vírgula), preferencialmente derivadas da Terminologia em Psicologia, da Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia. O resumo em inglês (abstract) deve ser fiel ao resumo em português, porém, não uma tradução "literal" do mesmo. Ou seja, a tradução deve preservar o conteúdo do resumo, mas também adaptar-se ao estilo gramatical inglês. Rev. SBPH tem, como procedimento padrão, fazer a revisão final do abstract, reservando-se o direito de corrigi-lo, se necessário. Isto

é um item muito importante de seu trabalho, pois em caso de publicação estará disponível em todos os indexadores da revista. O abstract deve ser seguido das keywords (versão em inglês das palavras-chave).

c) Corpo do Texto: Não é necessário colocar título do manuscrito nessa página. As subseções do corpo do texto não começam cada uma em uma nova página e seus títulos devem estar centralizados, e ter a primeira letra de cada palavra em letra maiúscula (por exemplo, Resultados, Método e Discussão, em artigos empíricos). Os subtítulos das subseções devem estar em itálico e ter a primeira letra de cada palavra em letra maiúscula (por exemplo, os subtítulos da subseção Método: Participantes, ou Análise dos Dados).

As palavras Figura, Tabela, Anexo que aparecerem no texto devem ser escritas com a primeira letra em maiúscula e acompanhadas do número (Figuras e Tabelas) ou letra (Anexos) ao qual se referem. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto com "[INSERIR AQUI FIGURA 01]".

Sublinhados, Itálicos e Negritos: Utilize itálico em palavras ou expressões que devam ser enfatizadas no texto impresso, por exemplo, "estrangeirismos", como self, locus, etc e palavras que deseje destacar. Não utilize sublinhado (menos onde é requerido pelas normas de publicação), negrito, marcas d'água ou outros recursos que podem tornar o texto visualmente atrativo, pois trazem problemas sérios para editoração.

Dê sempre crédito aos autores e às datas de publicação de todos os estudos referidos. Todos os nomes de autores cujos trabalhos forem citados devem ser seguidos da data de publicação. Todos os estudos citados no texto devem ser listados na seção de Referências.

Exemplos de citações no corpo do manuscrito:



Os exemplos abaixo auxiliam na organização de seu manuscrito, mas certamente não esgotam as possibilidades de citação em seu trabalho. Utilize o *Publication Manual of the American Psychological Association* (2001, 5ª edição) para verificar as normas para outras referências.

- Citação de artigo de autoria múltipla:

Artigo com dois autores: cite os dois nomes sempre que o artigo for referido:

Magtaz e Berlinck (2012) referem-se à temática da oralidade na melancolia (...)

A questão da oralidade na melancolia (Magtaz & Berlink, 2012) (...)

Artigo com três a cinco autores: cite todos os autores só na primeira citação e nas seguintes cite o primeiro autor seguido de et al., data:

Sobre a avaliação do modelo de organização de uma unidade de emergência Santos, Scarpelini, Brasileiro, Ferraz, Dallora e Sá (2013) apontam (...)

Este assunto foi descrito em outro artigo (Santos et al., 2003) (...)

Artigo com seis ou mais autores: cite no texto apenas o sobrenome do primeiro autor, seguido de "et al." e da data.

Porém, na seção de Referências Bibliográficas todos os nomes dos autores deverão ser relacionados.

- Citações de obras antigas e reeditadas

Segundo Foucault (1980/2011) (...)

A respeito da história das práticas institucionais (Foucault, 1980/2011) (...)

Na seção de referências, citar

Foucault, M. (2011). O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Editora Forense. (Trabalho original publicado em 1980)

- Citações diretas

Citações diretas com menos de 40 palavras devem ser incorporadas no parágrafo do texto, entre aspas. Citação com mais de 40 palavras devem aparecer sem aspas em um parágrafo no formato de bloco, com cada linha recuada 1,25 cm da margem esquerda. Citações com mais de 500 palavras, reprodução de uma ou mais figuras, tabelas ou outras ilustrações devem ter permissão escrita do detentor dos direitos autorais do trabalho original para a reprodução. A permissão deve ser endereçada ao autor do trabalho submetido. Os direitos obtidos secundariamente não serão repassados em nenhuma circunstância. A citação direta deve ser exata, mesmo se houver erros no original. Se isso acontecer e correr o risco de confundir o leitor, acrescente a palavra [sic], em itálico e entre colchetes, logo após o erro. Omissão de material de uma fonte original deve ser indicada por três pontos (...). A inserção de material, tais como comentários ou observações devem ser feitos entre colchetes. A ênfase numa ou mais palavras deve ser feita com fonte em itálico, seguida de [grifo nosso].

Os trechos que contenham falas de pacientes e entrevistados devem estar em itálico e entre aspas. Trechos com mais de 40 palavras devem estar em itálico, entre aspas e ter cada linha recuada 1,25 cm da margem esquerda. Apenas será acrescentado [sic], em itálico e entre colchetes, quando houver expressão que possa causar dúvida.

Atenção: Não use os termos apud, op. cit, id. ibidem, e outros. Eles não fazem parte das normas da APA (2001, 5ª edição).

#### d) Referências Bibliográficas

Inicie uma nova página para a seção de Referências Bibliográficas, com este título centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho. Apenas as obras consultadas e mencionadas no texto devem aparecer nesta seção. Continue utilizando espaço duplo e não deixe um espaço extra entre as citações. As referências devem ser citadas em ordem alfabética pelo sobrenome dos autores, de acordo com as normas da APA (veja alguns exemplos abaixo). Utilize o *Publication Manual of the American Psychological Association* (2001, 5ª edição) para verificar as normas não mencionadas aqui.

Em casos de referência a múltiplos estudos do(a) mesmo(a) autor(a), utilize ordem cronológica, ou seja, do estudo mais antigo ao mais recente. Nomes de autores não devem ser substituídos por travessões ou traços.