

Linguagem e comunicação na perspectiva do sujeito com esquizofrenia

Language and communication from the
perspective of people with schizophrenia

Lenguaje y comunicación desde la
perspectiva del sujeto con esquizofrenia

Victória Costa Fonseca* 

Noemi Vieira de Freitas Rios* 

Resumo

Introdução: a esquizofrenia apresenta um conjunto de sintomas cognitivos, psicóticos, afetivos e emocionais que influenciam a linguagem e o processo comunicativo. **Objetivo:** refletir sobre o impacto das manifestações linguístico-discursivas da esquizofrenia na comunicação, a partir da perspectiva de sujeitos com esse transtorno mental, além de descrever as principais manifestações linguísticas presentes no discurso desses indivíduos. **Método:** estudo transversal, descritivo e qualitativo, com modelo de amostragem não probabilística por conveniência, realizado em um Centro de Atendimento Psicossocial. Realizou-se análise de prontuários e entrevista semiestruturada com usuários do serviço de saúde diagnosticados com esquizofrenia. Os resultados foram submetidos à análise estatística descritiva, sendo que as entrevistas foram exploradas de forma qualitativa por meio da “Análise Temática do Conteúdo”, após transcrição das falas na íntegra. **Resultados:** metade dos participantes relatou satisfação e conforto comunicativo, enquanto a outra metade informou dificuldade de comunicação associada a sentimentos de frustração, má disposição, nervosismo e receio de falar em público. Tais sentimentos parecem estar relacionados à postura de desvalorização e estigma do interlocutor perante o discurso de pessoas com esquizofrenia. Observaram-se as seguintes manifestações linguístico-discursivas: descarrilamento e alogia. Não é possível afirmar que uma das manifestações linguístico-discursivas observadas nos participantes, a alogia, esteja associada, exclusivamente, à sintomatologia do transtorno mental, visto que a condição de segregação e estigma social pode ser um fator determinante na redução da produção

* Universidade do Estado da Bahia – UNEB, Salvador, BA, Brasil.

Contribuição dos autores:

VCF: Concepção do estudo, elaboração da metodologia, coleta de dados, análise de dados e redação do texto.

NVFR: Elaboração da metodologia, análise de dados, redação do texto, revisão crítica e orientação.

E-mail para correspondência: Victória Costa Fonseca - fonsecavictoriac@gmail.com

Recebido: 29/12/2020

Aprovado: 08/06/2021

do discurso. **Conclusão:** os sintomas de linguagem característicos da esquizofrenia impactam as relações de comunicação dos sujeitos diagnosticados com esse transtorno mental.

Palavras-chave: Esquizofrenia; Linguagem do Esquizofrênico; Transtornos Mentais; Fonoaudiologia

Abstract

Introduction: schizophrenia has a set of cognitive, psychotic, affective and emotional symptoms that influence language and the communicative process. **Objective:** to reflect on the impact of linguistic-discursive manifestations of schizophrenia on communication, from the perspective of individuals with this mental disorder, in addition to describing the main manifestations present in the speech of these individuals. **Method:** cross-sectional, descriptive and qualitative study, with a non-probabilistic sampling model for convenience, carried out in a Psychosocial Service Center. Analyses of medical records and semi-structured interviews with users of the health service, diagnosed with schizophrenia, were performed. The results were subjected to descriptive statistical analysis, and the interviews were explored in a qualitative way through the “Thematic Content Analysis”, after transcribing the speeches. **Results:** half of the participants reported satisfaction and communicative comfort, while the other half reported communication difficulties, associated with feelings of frustration, nervousness and fear of speaking in public. Such feelings seem to be related to the attitude of devaluation and stigma of the interlocutor regarding the speech of people with schizophrenia. The following discursive linguistic manifestations were observed: derailment and allogy. It is not possible to state that one of the linguistic-discursive manifestations observed in the participants, the allogy, is associated exclusively with the symptoms of mental disorder, since the condition of segregation and social stigma can be a determining factor in reducing the production of speech. **Conclusion:** the language symptoms characteristic of schizophrenia impact the communication relationships of subjects diagnosed with this mental disorder.

Keywords: Schizophrenia; Schizophrenic Language; Mental Disorders; Speech, Language and Hearing Sciences

Resumen

Introducción: la esquizofrenia tiene un conjunto de síntomas cognitivos, psicóticos, afectivos y emocionales que influyen en el lenguaje y el proceso comunicativo. **Objetivo:** Reflexionar sobre el impacto de las manifestaciones lingüístico-discursivas de la esquizofrenia en la comunicación, desde la perspectiva de sujetos con este trastorno mental, además de describir las principales manifestaciones presentes en el discurso de estos individuos. **Método:** estudio transversal, descriptivo y cualitativo, con un modelo de muestreo no probabilístico por conveniencia, realizado en un Centro de Servicios Psicosociales. Se realizaron análisis de historias clínicas y entrevistas semiestructuradas a usuarios del servicio de salud, diagnosticados de esquizofrenia. Los resultados fueron sometidos a análisis estadístico descriptivo, y las entrevistas fueron exploradas de manera cualitativa a través del “Análisis de contenido temático”, luego de transcribir los discursos en forma íntegra. **Resultados:** la mitad de los participantes reportó satisfacción y comodidad comunicativa, mientras que la otra mitad reportó dificultades de comunicación, asociadas con sentimientos de frustración, nerviosismo y miedo a hablar en público. Tales sentimientos parecen estar relacionados con la actitud de desvalorización y estigma del interlocutor con respecto al discurso de las personas con esquizofrenia. Se observaron las siguientes manifestaciones lingüísticas discursivas: descarrilamiento y alogía. No es posible afirmar que una de las manifestaciones lingüístico-discursivas observadas en los participantes, la alogía, esté asociada exclusivamente a los síntomas del trastorno mental, ya que la condición de segregación y estigma social puede ser un factor determinante en la reducción de la producción del habla. **Conclusión:** los síntomas del lenguaje característicos de la esquizofrenia impactan las relaciones de comunicación de los sujetos diagnosticados con este trastorno mental.

Palabras clave: Esquizofrenia; Lenguaje del Esquizofrénico; Trastornos Mentales; Fonoaudiología

Introdução

A esquizofrenia é um transtorno mental grave de origem não esclarecida, sendo referida, por vezes, como uma “síndrome” ou “espectro da esquizofrenia” devido a sua natureza heterogênea^{1,2}. Esse transtorno psicótico se caracteriza pela presença de um ou mais dos cinco sintomas a seguir: delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, alterações do comportamento motor e embotamento afetivo, por exemplo, expressão emocional diminuída e falta de sociabilidade. Destes, a presença dos três primeiros, durante o período de um mês, é critério obrigatório para o diagnóstico².

Estudo realizado em 2016 refere que a esquizofrenia afeta aproximadamente um por cento da população mundial³. No Brasil, dados epidemiológicos mostram que a cada 100.000 habitantes, 77,44 foram submetidos a internações psiquiátricas por ano, entre 2008 e 2019. Nesse período, houve uma média anual de 154.009,67 admissões hospitalares por transtornos mentais, sendo a esquizofrenia responsável por 56,25% dessas internações. A incidência é maior para o gênero masculino, sendo observada uma tendência de aumento em indivíduos jovens⁴. Nas mulheres, além da incidência inferior, a idade de aparecimento é mais tardia e a resposta aos tratamentos disponíveis mais rápida⁵.

A etiologia desse transtorno ainda é desconhecida³, contudo há relatos de associação entre fatores de risco ambientais e o aparecimento posterior de transtornos psicóticos, como a esquizofrenia⁶, a citar, o local de nascimento, doenças infecciosas, complicações na gestação e no parto, como hipóxia e diabetes materno, abuso de substâncias tóxicas, estresse, entre outros⁵. Entretanto, ainda não é possível estabelecer uma relação causal⁶. No que se refere aos fatores genéticos, estima-se que a hereditariedade desempenha um papel importante. Estudo indica que se um dos genitores sofre dessa condição, a probabilidade de que seja transmitida para os filhos é de 13%, podendo ser superior a 20% quando ambos são diagnosticados com o transtorno³.

A semiologia da esquizofrenia inclui um conjunto de sintomas cognitivos, positivos ou psicóticos (àqueles que se “acrescentam” e representam grave distorção da realidade) e afetivos e emocionais (ou negativos), que se correlacionam e influenciam diretamente o processo comunicativo,

sendo comum a presença de distorções da forma e do conteúdo da linguagem^{2,7}, restrições de expressões emocionais, produção reduzida de fala e ausência de interesse em relações sociais, interferindo na fluência e no discurso propriamente dito. Quando associados a esse transtorno, os sintomas cognitivos podem incluir alterações nas funções executivas de memória, atenção e resolução de problemas^{8,9}, assim como disfunções de cognição social, incluindo a habilidade de teoria da mente¹⁰.

Em síntese, grande parte dos sintomas esquizofrênicos surge a partir de falhas nas formas de significados mediados pela linguagem, visto que esta organiza a percepção, a produção e o conteúdo do discurso, formando um triângulo codependente. Por consequência da disfunção dessa tríade, os principais sintomas da esquizofrenia surgem, sendo as “alucinações” um distúrbio da percepção de linguagem, o “discurso desorganizado” um transtorno da produção e os “delírios” se configuram como um distúrbio de conteúdo, que leva a significados distorcidos e não verdadeiros¹¹.

Dessa forma, faz-se necessário considerar que os sintomas supracitados podem prejudicar a comunicação efetiva da pessoa diagnosticada com esquizofrenia, pois resultam em formas de pensamento e expressão que perdem a objetividade e implicam em perturbações das relações inter-subjetivas e sociais¹², estando também associados a dificuldades no funcionamento ocupacional e de satisfação com a vida^{13,14}. Esse prejuízo é um dos fatores que interferem na reinserção social de sujeitos com transtornos psicóticos, dificultando, assim, o seu convívio em sociedade¹⁵.

A reabilitação desses aspectos, ou seja, a recuperação funcional na esquizofrenia, não envolve apenas a remissão dos sintomas, mas também o alcance de autonomia e a inserção ativa e produtiva dos sujeitos em suas comunidades, possíveis por meio do tratamento psicossocial adequado¹⁶.

Nesse contexto, a atuação fonoaudiológica surge como um poderoso instrumento de socialização, em concordância com os preceitos da reforma psiquiátrica, colaborando com a escuta e o cuidado, buscando promover a funcionalidade do discurso de sujeitos com esquizofrenia por meio da valorização de suas potencialidades e da redução do impacto do transtorno psicótico nas suas interações, contribuindo para qualidade de vida das pessoas em sofrimento mental^{17,18}.

Desse modo, o estudo do discurso com esses sujeitos pode ser essencial para o desenvolvimento de abordagens terapêuticas baseadas na linguagem¹⁹. Destaca-se, também, a necessidade de avaliar o impacto das manifestações linguístico-discursivas da esquizofrenia nas experiências de vida desses indivíduos, visto que, apesar de ser considerada uma característica central desse transtorno, pouco sabemos sobre este aspecto¹³.

Diante do exposto, o presente estudo buscou refletir sobre o impacto das manifestações linguístico-discursivas da esquizofrenia na comunicação, a partir da perspectiva de sujeitos com esse transtorno mental, além de descrever as principais manifestações linguísticas presentes no discurso desses indivíduos.

Metodologia

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética sob o nº 3.608.612 e segue as normas da resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes que assentiram com a participação, após a explicação dos objetivos e métodos em linguagem acessível, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e qualitativo, com modelo de amostragem não probabilística por conveniência, realizado em um Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS II), entre os meses de setembro de 2019 e março de 2020.

Com o propósito de caracterizar a população de usuários diagnosticados com esquizofrenia, realizou-se a coleta de dados dos prontuários disponíveis no serviço de saúde com o auxílio de uma ficha sociodemográfica que contemplou as seguintes informações: diagnóstico (CID-10), sexo, idade, cor, escolaridade, comorbidade, regime de tratamento, sendo este classificado como intensivo (acompanhamento diário), semi-intensivo (atendimento de até 12 dias no mês) e não intensivo (atendimento de até três dias no mês), frequência de atendimento (classificada como regular ou irregular)²⁰ e ocupação.

Para contemplar os objetivos deste estudo, realizou-se entrevista semiestruturada com alguns usuários do CAPS II. Incluíram-se na pesquisa indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia, segundo prontuário médico, com idade superior a 18 anos, assiduidade ao tratamento e autonomia para

consentir a participação na pesquisa por meio do TCLE. Consideraram-se como critérios de exclusão indivíduos que apresentassem comprometimento de linguagem não associado ao transtorno mental.

Os participantes que preencheram os critérios de inclusão foram convidados para participar da entrevista semiestruturada. Esses encontros aconteceram em uma sala do CAPS II, durante os intervalos das oficinas terapêuticas, com tempo previsto de dez minutos, e foram gravados em áudio e armazenados para posterior análise. As entrevistas foram conduzidas a partir de um roteiro norteador elaborado pelas autoras, baseado a partir da leitura do instrumento publicado por Lucio, Perilo, Vicente e Friche²¹, como segue:

- Descreva seu modo de comunicação: dificuldades e facilidades;
- Fale como você lida com a dificuldade de comunicar o que pensa (no caso da presença de dificuldade);
- Fale como a sua linguagem e comunicação afeta a sua relação com seus amigos e familiares.

Os dados demográficos e clínicos de caracterização da população compuseram um banco de dados, a partir da digitação de informações no *software* Microsoft Excel, e foram submetidos à análise estatística descritiva por meio de medidas de frequência absoluta, média e valores percentuais. Já as entrevistas foram exploradas de forma qualitativa por meio da “Análise Temática do Conteúdo”, após transcrição das falas na íntegra e em ortografia regular.

A metodologia de “Análise Temática do Conteúdo” divide-se em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos (interpretação)²¹. Após a realização de transcrição e a organização das entrevistas em forma de texto, leituras sucessivas foram feitas para relacionar as hipóteses iniciais e as hipóteses emergentes; em seguida, delimitou-se o universo estudado, respeitando os critérios de validade qualitativa (exaustividade, homogeneidade, exclusividade, objetividade e adequação)²².

Posteriormente, realizou-se análise dos dados de maneira exploratória, agrupando-os em duas categorias temáticas de análise, predefinidas a partir do roteiro de entrevista, sendo elas: (i) “Autopercepção da linguagem do sujeito com esquizofrenia” e (ii) “Linguagem e relação social”. Por fim, realizou-se o tratamento dos resultados com a interpretação das falas, inter-relacionando-as com a

teoria apresentada inicialmente e levantando novas dimensões teóricas²².

Resultados

Seguem resultados relativos a: (A) Perfil dos usuários do serviço de saúde CAPS II e dos quatro sujeitos entrevistados, (B) Impacto da linguagem e comunicação na perspectiva de sujeitos com esquizofrenia, (C) Principais manifestações linguístico-discursivas da esquizofrenia nos sujeitos entrevistados.

A) Perfil dos usuários do serviço de saúde CAPS II e dos quatro sujeitos entrevistados

Analisaram-se 254 prontuários dos usuários do CAPS II, dos quais em 106 (41,7%) constou diagnóstico médico de esquizofrenia, sendo este o diagnóstico mais frequente entre os usuários do serviço, seguido por Transtorno Afetivo Bipolar 38 (14,9%) e episódios depressivos 36 (14,1%).

De acordo com os achados apresentados na Tabela 1, observou-se predominância do sexo masculino, faixa etária 20 a 76 anos (42,9) e a maioria de cor preta.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra de usuários do CAPS II com diagnóstico de esquizofrenia

Variáveis	N	%
Faixa etária		
20 a 35 anos	26	24.5
36 a 50 anos	37	34.9
51 a 65	35	33.0
Mais de 65	7	6.6
NE	1	0.9
Sexo		
Feminino	43	40.5
Masculino	63	59.4
Cor		
Branca	11	29.2
Preta	39	36.7
Parda	31	29.2
NE	25	23.5
Anos de escolaridade		
Menos de 9	26	24,5
9 a 11	17	16.0
12	23	21.6
Mais de 12	9	8.49
NE	31	29.2
Ocupação		
Desempregado	42	39.6
Empregado / Autônomo	9	8.4
Aposentado	10	9.4
Estudante	2	1.8
NE	43	40.5

Legenda: N = número de sujeitos, NE = Não encontrado.

Os dados clínicos presentes nos prontuários indicam que 52 (49%) indivíduos foram diagnosticados com o subtipo “esquizofrenia paranoide”, de acordo com o CID - 10, em regime de tratamento

semi-intensivo (até 12 dias de acompanhamento no CAPS durante o mês), como demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2. Caracterização clínica da amostra de usuários do CAPS II com diagnóstico de esquizofrenia

Variáveis	N	%
Diagnóstico		
F20	28	26.4
F20.0	52	49.0
F20.1	6	5.6
F20.3	3	2.8
F20.5	14	13.2
F20.9	2	1.8
Frequência		
Regular	23	21.6
Irregular	54	50.9
NE	29	27.3
Comorbidades		
Ausente	5	4.6
Outro transtorno mental	19	17.7
Sífilis	1	0.9
Diabetes	3	2.8
HA	1	0.9
NE	78	72.8
Regime de tratamento		
Intensivo	9	8.4
Semi-intensivo	36	33.9
Não intensivo	24	22.6
NE	36	33.9

Legenda: N = número de sujeitos, HA = Hipertensão Arterial, NE = Não encontrado.

Ao menos 9 (8,4%) do total de indivíduos diagnosticados com esquizofrenia encontravam-se em regime de tratamento intensivo, ou seja, em acompanhamento diário no serviço de saúde. Dessa forma, a presença dos usuários no serviço de saúde, nos dias elegidos para a coleta dos dados, definiu a amostra final.

Assim sendo, para a realização das entrevistas, abordaram-se cinco usuários indicados pela equipe do serviço. Destes, um se recusou a participar do estudo. Os quatro participantes da pesquisa são do sexo masculino, diagnosticados com esquizofrenia (F20.0, CID - 10), na faixa etária de 24 a 57 anos (= 37,0), sendo o perfil clínico e demográfico desses usuários caracterizado na Tabela 3.

Tabela 3. Caracterização dos usuários entrevistados

Variáveis	Sujeito 1	Sujeito 2	Sujeito 3	Sujeito 4
Diagnóstico	F20.0	F20.0	F20.0	F20.0
Escolaridade	NE	ESI	EFI	NE
Ocupação	NE	Desempregado	Desempregado	NE
Regime de tratamento	Intensivo	Intensivo	NE	NE
Tempo de atendimento	32 anos	2 anos	7 anos	2 anos
Manifestações linguístico- discursivas	SP	SN	SN	SN

Legenda: N = número de sujeitos, NE = Não encontrado; ESI = Ensino superior incompleto; EFI = Ensino fundamental incompleto; SP = Características dos sintomas positivos; SN = Características dos sintomas negativos.

B) Linguagem e comunicação na perspectiva de sujeitos com esquizofrenia

i) Autopercepção da linguagem do sujeito com esquizofrenia

Esta categoria aborda a percepção da pessoa com esquizofrenia sobre seu próprio discurso, considerando suas facilidades e dificuldades.

Relataram-se dificuldades de linguagem pelos indivíduos entrevistados, associadas a sentimentos de frustração, aborrecimento (Sujeito 3) e nervosismo (Sujeito 4). Porém, também houve relato de satisfação e conforto comunicativo (Sujeitos 1 e 2).

Destaca-se, ainda, a preocupação com o fator “preconceito social” relacionado ao discurso, e a caracterização do CAPS como um ambiente seguro, onde se estabelece o bem-estar comunicativo (Sujeito 4).

“Eu tenho uma boa comunicação, um bom português, então as pessoas me entendem.” (S1)

“Sim.” (quando perguntado se satisfeito com sua comunicação e linguagem) (S2)

“Eu tenho dificuldade (de comunicação). Eu já tentei várias vezes... Eles ficam sem entender a minha fala. Até que aborrece a pessoa. (...) Eu fico aborrecido. É com frequência.” (S3)

“Tenho (dificuldade de comunicação). (...) Eu sinto nervoso de falar em público. (...) Depende do público que eu vou falar. Aqui no CAPS é um lugar propício para falar qualquer coisa porque é um lugar de tratamento, né? Ai não existe preconceito aqui dentro. Mas lá fora quando você vai falar em público, você tem que saber muito bem as suas palavras para não ser mal entendido ou não ofender os outros.” (S4)

ii) Linguagem e relação social

Esta categoria abordou o impacto das manifestações linguístico-discursivas na experiência de vida social do sujeito e como a postura do interlocutor afeta o processo de comunicação. Analisou-se o fator “compreensão do discurso”, no contexto familiar e na relação com amigos e demais interlocutores, em situações cotidianas.

Nas falas analisadas, abordou-se a dificuldade de compreensão do discurso por parte da família (Sujeito 4), como também se referiu a compreensão deste por parte dos amigos e familiares (Sujeitos 1, 2 e 3).

Mencionou-se, também, o incômodo em relação à conduta de alguns interlocutores, o que leva à incompreensão da mensagem, seja por tentar inferir a fala do indivíduo (Sujeito 3) ou pela postura de “superioridade” (Sujeito 4).

“Eu me sinto confortável com as pessoas que são minhas amigas. O que é importante também é que todos nós temos que ter comunicação. Sem comunicação não há expressão e sem expressão não há comunicação. (...) Todo mundo é ser humano. Tem que entender.” (S1)

“Conseguem” (sobre compreensão do discurso por familiares e amigos) (S2)

“Conseguem. Conseguem compreender.” (sobre compreensão do discurso por familiares e amigos) (S3)

“Me incomoda tentar falar com a pessoa e a pessoa é ignorante, não te ouve direito. Ainda mais proposital. Isso dá um pouco de raiva.” (S3)

“Hoje mesmo eu expliquei sobre o remédio (...) Ela falou “porque eu tava dormindo?” aí eu falei que era por causa do remédio, muito efeito do remédio, tô sentindo sono” aí ela falou outra coisa lá, querendo desfazer o que eu estava dizendo (...) que eu estava passando a noite sem dormir. Isso quer dizer o que? Eu quis dizer que eu estava dormindo muito por causa do efeito do remédio. Foi isso que eu quis dizer. Não o contrário.” (S3)

“Minha família não (têm dificuldade de compreender). Os meus amigos sim (...) A gente pensa que a pessoa vai te ajudar de alguma maneira, sendo seu camarada, mas ela pode ter outros interesses. Você não sabe o que está passando na cabeça dele.” (S4)

“Às vezes (os interlocutores não compreendem o discurso). Eu acho que as pessoas são muito pressunçosas (...) Relacionamento humano é muito complexo. Toda pessoa é única. É difícil entender uns aos outros. Demanda tempo de convivência.” (S4)

C) Principais manifestações linguístico-discursivas da esquizofrenia nos sujeitos entrevistados

O objetivo deste tópico é ilustrar as principais manifestações linguístico-discursivas da esquizofrenia associadas aos (i) sintomas positivos e (ii) sintomas negativos desse transtorno mental.

i) Manifestações linguístico-discursivas relacionadas aos sintomas positivos

É possível observar nos trechos de fala do *Sujeito 1* o “descarrilamento”, manifestação característica da “alteração formal do pensamento”, um dos sintomas positivos da esquizofrenia. Nota-se que o discurso / pensamento se inicia com o propósito de responder à pergunta, mas afasta-se do tema inicial e desenvolve-se a partir de associações secundárias.

Quando questionado se tinha facilidade para comunicar-se com a família, o entrevistado respondeu:

Sujeito 1: “É, tudo bem. Com a minha esposa, com meus filhos. São seis filhos e sete netos que eu tenho. A minha felicidade no momento maior que tudo isso é a minha esposa. (...) Então o que posso dizer a senhora é que no momento eu tenho muita comunicação com as pessoas e sempre uma audição, ou seja, uma visão espiritual, eu sou um médium, kardecista. Nós fundamos em (nome da cidade), minha mãe fundou o centro espírita (...). Então é minha mãe que me criou desde os dois meses de nascido. Naquele tempo, a minha mãe verdadeira que hoje de 91 anos de idade (...) não pôde me amamentar, então deu a (nome da mãe que o criou). Naquele tempo a gente ia para o rio fazer as nossas orações. Eu ia com o cesto. Metia o cesto, vinha piaba, vinha traíra.”

Quando perguntado há quanto tempo o evento descrito anteriormente ocorreu, ele respondeu:

“Muitos anos! Ai minha mãe fritava os peixes, com angu, carne de sertão que era bom... Então minha mãe sempre dizia “ô, você tem uma missão na Terra. Só depende de você” mas naquele tempo eu não acreditava na minha própria mediunidade. (...) Eu tenho a mediunidade de psicografia. O que é a Terra? A Terra é um lugar em que todos nós precisamos ser pessoas simples e humildes para ter um resultado positivo para o ... espiritual. Então, tudo isso aqui é passageiro. Nós estamos de passagem.”

Quando questionado se familiares ou amigos tinham facilidade ou dificuldade para compreender seu discurso, ele respondeu:

“Sim. Todo mundo é ser humano. Tem que entender. O ser humano encarnado no material transcorre com uma doença muito importante que vai dirigir todas as pessoas da Terra, que é o materialismo. As pessoas são muito materialista e se esquecem de orar a Jesus.”

ii) Manifestações linguístico-discursivas relacionadas aos sintomas negativos

Nos trechos de fala das entrevistas dos *Sujeitos 2, 3 e 4*, observaram-se manifestações características dos sintomas negativos da esquizofrenia, ou seja, aqueles relacionados ao embotamento afetivo.

Na fala do *sujeito 2*, percebeu-se produção reduzida do discurso (alogia) durante toda a entrevista, com respostas curtas, restritas a “sim” ou “não”. Esse mesmo comportamento foi observado no início da entrevista com o *sujeito 4*, sendo superado, posteriormente, no decorrer do diálogo.

Quando questionados sobre a presença de dificuldade para comunicar o que pensa, responderam: “Não.” (S2)

“Tenho.” (S4)

Em seguida, quando perguntado ao *Sujeito 4* como lida com esses desafios, não houve resposta.

Esse mesmo participante também relatou dificuldade em interações sociais por meio do discurso, sendo esta, possivelmente, associada a “falta de sociabilidade”, um dos principais sintomas negativos da esquizofrenia.

“Eu sinto nervoso de falar em público” (S4)

Discussão

Este estudo buscou refletir sobre o impacto das manifestações linguístico-discursivas da esquizofrenia na comunicação, a partir da perspectiva de sujeitos com esse transtorno mental, além de descrever as principais manifestações linguísticas presentes no discurso desses indivíduos. Os resultados mostraram relatos de satisfação e conforto comunicativo, assim como indicaram também a dificuldade de comunicação e linguagem em metade dos indivíduos entrevistados. Tais dificuldades levam a sentimento de frustração, aborrecimento (má disposição), nervosismo e receio de falar em público, os quais parecem estar, possivelmente, relacionados com o comportamento do interlocutor perante o discurso do sujeito com esquizofrenia, sendo este um reflexo do estigma social que acompanha o transtorno mental.

No presente estudo, os achados referentes à caracterização demográfica e clínica dessa população mostraram a prevalência no diagnóstico de esquizofrenia, com predominância da classificação F20.0 (CID-10), e maior ocorrência no sexo mas-

culino, assim como relatado em recentes estudos epidemiológicos^{4,23,24}.

A faixa etária apresentada entre indivíduos com esquizofrenia neste estudo é compatível com a literatura²⁵. Nesse contexto, importa destacar que os primeiros sintomas do transtorno surgem, em geral, no início da idade adulta e atingem o pico de prevalência na faixa dos 40 anos, apresentando posterior declínio na população idosa¹. De forma análoga, cerca de 69% dos usuários do CAPS II com esquizofrenia apresentaram idade entre 25 e 54 anos e apenas 6% possuíam mais de 65 anos.

Esses achados justificam-se, uma vez que a média global de expectativa de vida para a pessoa com esquizofrenia é 65 anos, sendo até duas décadas menor do que o esperado para sujeitos que não possuem esse transtorno¹. A alta mortalidade nessa população ocorre principalmente por suicídio, comorbidades, doenças relacionadas ao tabagismo, dificuldade de adesão ao tratamento, entre outros fatores¹.

Percebe-se, nesse sentido, que a esquizofrenia afeta o indivíduo na sua fase mais produtiva, impactando de forma negativa várias esferas da vida²³. Relacionado a esse aspecto, observaram-se prejuízos educacionais e ocupacionais na população deste estudo, visto que a escolaridade concentrou-se nos anos iniciais do ensino fundamental e ao menos 40% dos sujeitos encontravam-se em situação de desemprego ou não possuíam fonte de renda fixa, assim como demonstrado por outros autores^{17,26,27}.

Os achados referentes à autopercepção da linguagem na população estudada evidenciou que metade dos entrevistados se reconhece como bons comunicadores. Os relatos de satisfação e conforto comunicativo estavam presentes de forma mais incisiva no discurso do Sujeito 1, como observado no seguinte trecho: *“Eu tenho uma boa comunicação, um bom português, então as pessoas me entendem.” (S1)*.

Importa destacar que o Sujeito 1, ao contrário dos demais usuários entrevistados, encontrava-se em intervenção psicossocial em regime intensivo desde a fundação desse serviço, o que se configura em sólidos vínculos terapêuticos e considerável evolução clínica. Sendo assim, esse fator pode estar associado com a ausência de sofrimento comunicativo e a diminuição da gravidade dos sintomas de linguagem, assim como discutido por outros autores²⁸.

Ainda sobre a percepção dos sujeitos sobre a sua própria comunicação, os outros usuários entrevistados relataram sofrimento diante desse processo. Destacaram-se sentimentos como frustração, aborrecimento (má disposição), nervosismo e receio ao falar em público, observados nos seguintes trechos de fala: *“Eu tenho dificuldade (de comunicação). Eu já tentei várias vezes... Eles ficam sem entender a minha fala. (...) Eu fico aborrecido.” (S3)*, *“(...) Lá fora quando você vai falar em público você tem que saber muito bem as suas palavras para não ser mal entendido ou não ofender os outros.” (S4)*.

Os sentimentos referidos pelos participantes deste estudo parecem ter relação com a postura do interlocutor, seja pela falta de compreensão ou mesmo pela interpretação incorreta do discurso do sujeito com esquizofrenia. Semelhante a esse achado, outra pesquisa aborda ainda que a existência de dificuldade em fazer amizades nessa população, pode estar associada ao discurso desses indivíduos, descrita por uma pessoa com esquizofrenia como *“assuntos e ideias que não agradam”*²⁹.

Quanto à dimensão social no contexto familiar e de amizade, os entrevistados deste estudo relataram tanto a compreensão do discurso por parte desses grupos, como também o contrário. De maneira correlata, a literatura aborda o desinteresse e a falta de atenção ao que é dito pela pessoa com esquizofrenia, seja por pessoas próximas ou não²⁹. Nesse contexto, a não compreensão do discurso associada aos outros sintomas do transtorno psicótico pode levar à desvalorização e segregação do sujeito, como foi observado em relatos de indivíduos diagnosticados com o mesmo transtorno na literatura²⁹.

Sobre o comportamento do interlocutor, os entrevistados desta pesquisa destacaram alguns pontos negativos, como a tentativa de inferir ou deduzir o conteúdo do discurso, sem, contudo prestar atenção no que de fato está sendo dito, como exemplificado no trecho de fala transcrito do Sujeito 3. Na referida ocasião, o indivíduo é mal interpretado ao informar que o efeito do medicamento que faz uso provoca sonolência, todavia o interlocutor conclui que o Sujeito 3 estava a noites sem dormir. Sobre esse episódio, ele relata: *“Ela falou outra coisa lá, querendo desfazer o que eu estava dizendo (...) que eu estava passando a noite sem dormir. Isso quer dizer o que? Eu quis dizer que eu estava dormindo muito por causa do*

feito do remédio. Foi isso que eu quis dizer. Não o contrário.”

Ainda sobre a conduta do interlocutor no que se refere à recepção da mensagem, os entrevistados citaram incômodo com a dita “ignorância” ou agressividade deste ou ainda com a postura de “presunção” ou suposição de superioridade, que podem contribuir para a ineficiência da comunicação. Esse aspecto é observado nas falas dos sujeitos 3 e 4, quando dizem: *“Me incomoda tentar falar com a pessoa e a pessoa é ignorante, não te ouve direito.” (S3), “Às vezes (os interlocutores não compreendem o discurso). Eu acho que as pessoas são muito presunçosas” (S4).*

Nesse cenário, o fator “preconceito social” foi abordado por um dos entrevistados, sendo relacionado ao receio de falar em público. A experiência do preconceito e estigma que acompanha o diagnóstico de esquizofrenia também é abordada na literatura, com destaque para discriminação produzida nos próprios núcleos familiares²⁹. Diante dessa problemática, o CAPS foi caracterizado pelos participantes deste estudo como um ambiente seguro e acolhedor, onde se estabelece o bem-estar comunicativo, como observado na seguinte fala do Sujeito 4 *“Aqui é um lugar propício para falar qualquer coisa porque é um lugar de tratamento, né? Ai não existe preconceito aqui dentro.”* De forma semelhante, estudos anteriores também ressaltaram a satisfação dos usuários com os CAPS, sobretudo quanto à competência dos profissionais, acolhimento e ajuda recebida no serviço²⁶.

Quanto à presença das manifestações linguísticas no discurso dos indivíduos entrevistados, a análise dos trechos de fala do Sujeito 1 permite exemplificar uma das manifestações relacionada aos sintomas positivos, visto que a característica mais observada foi o “descarrilamento”, ou seja, a tendência da linha de pensamento se afastar da ideia inicial e se desenvolver por meio de associações secundárias^{11,28}. Nesse sentido, os pensamentos estão subordinados a uma ideia geral, mas não estão dirigidos por um objetivo unificador, com isso o indivíduo se afasta do tópico inicial de conversa ou adere vagamente a ele, sem, contudo, mostrar consciência de que sua resposta não tem mais conexão direta com a pergunta que foi feita²⁸.

Notou-se, como exemplificado no primeiro trecho da transcrição do Sujeito 1, que o discurso / pensamento começa com o propósito de responder à pergunta, mas afasta-se do tema inicial. Com

isso, o entrevistado inicia sua fala abordando sua relação com a família, mas finaliza remetendo-se a memórias de pescaria na infância. Todavia, apesar de apresentar uma organização que foge do que se espera de uma estruturação tópica ideal, é possível observar uma forte conexão entre os temas abordados, em oposição ao afirmado por alguns estudos^{2,11,28}. Como visto no primeiro trecho da transcrição, os temas “comunicação - audição - visão espiritual - mediunidade - mãe - rio - piabas e traíras (peixes)” estão conectados pelo tema central “família”, seja relacionado à família que o sujeito formou quando adulto, abordada no início do seu discurso, ou às experiências com sua família na infância.

Observa-se que no processo de produção do discurso ocorre a seleção das ideias de acordo com o tema sugerido pelo questionamento da pesquisadora, no entanto carece de certa elaboração linguística, o que gera mudanças frequentes de tópico, que contribuem para uma fala peculiar, assim como descrito em estudo anterior³⁰. Isso pode ser observado no terceiro trecho, quando questionado há quanto tempo o evento descrito (pescaria no rio) ocorreu. O tópico da pergunta é abordado e rapidamente direcionado para outro, o da mediunidade. Ainda assim, o discurso é funcional, compreensível e potente, dentro de seus moldes e possibilidades³⁰.

As demais manifestações linguístico-discursivas associadas à alteração formal do pensamento, sendo estas a tangencialidade e a “incoerência”, não foram observadas nos trechos de fala analisados neste estudo. Importa ressaltar que tais conceitos classificatórios, descritos nos manuais médicos, precisam ser analisados de forma crítica, visto que, por vezes, colocam como excludentes a patologia e a normalidade³⁰.

Ainda que as manifestações supracitadas estejam comumente presentes, elas não se apresentam de forma universal, invariável ou homogênea nos indivíduos com esquizofrenia^{28,30}. É preciso ter em vista a multiplicidade de cada discurso e o seu padrão de funcionamento singular, que não requer o rótulo estigmatizante de “incoerente”, pois carrega em si uma coerência diferente da que entendemos por “normal”³⁰.

No discurso dos Sujeitos 2, 3 e 4, observaram-se características que talvez possam ser associadas aos sintomas negativos da esquizofrenia, em especial a “alogia” e a “falta de sociabilidade”. O primeiro refere-se à produção diminuída do

discurso, ou ainda o discurso pouco informativo, excessivamente concreto e abstrato. O segundo diz respeito ao desinteresse em interações sociais, embora possa ser reflexo de oportunidades limitadas de socialização².

Nesse sentido, identificou-se, em especial no Sujeito 2, a produção reduzida de fala durante toda a entrevista, com respostas curtas, restritas a “sim” ou “não”. Esse mesmo padrão foi observado no início da entrevista com o Sujeito 3, sendo superado posteriormente no decorrer do diálogo. Além disso, dificuldades relacionadas à interação social foram referidas pelos entrevistados, por exemplo, o desconforto de falar em público e o receio de ser mal interpretado.

No entanto, importa destacar que a redução na produção de fala observada nesta pesquisa pode ser consequência da ausência de vínculo entre os entrevistados e a pesquisadora, o que pode ter impossibilitado o estabelecimento do conforto comunicativo necessário para desenvolver a interlocução. De forma análoga, os relatos de desconforto social não podem ser associados exclusivamente à sintomatologia do transtorno mental, mas também e principalmente ao estigma social sofrido por essa população.

Infere-se, portanto, que não é possível realizar o estudo do discurso desses sujeitos sem considerar o contexto social em que se estabelece o processo dialógico e o fato de que esses indivíduos estão inseridos em uma sociedade que rotula como “louco” o que se difere do padrão estabelecido e que marginaliza as manifestações de linguagem que fogem do seu conceito de “normalidade”, assim como foi discutido em estudo de 2019³⁰.

Sobre esse aspecto, a fala de um dos participantes do estudo resume a necessidade de reconhecimento da singularidade dos sujeitos, inseridos nos processos de interação social, mediados pela linguagem. Para ele, o “(...) *relacionamento humano é muito complexo. Toda pessoa é única. É difícil entender uns aos outros. Demanda tempo de convivência.*” (S4)

Como limitações desta pesquisa, apontam-se a ausência de variáveis importantes, como comorbidades, ocupação e escolaridade, e informações acerca da assistência prestada aos usuários dos serviços, em muitos dos prontuários analisados. Além disso, destaca-se também, por questões logísticas, a impossibilidade da criação de vínculo com os sujeitos entrevistados, o que pode representar

um empecilho na tentativa de elucidar as diversas particularidades da relação desses indivíduos com a linguagem. Assim sendo, sugere-se o desenvolvimento de outros estudos qualitativos com essa população a fim de preencher as lacunas aqui apresentadas.

Conclusão

Este estudo mostrou que as manifestações linguístico-discursivas associadas aos sintomas da esquizofrenia impactam as relações de comunicação dos sujeitos diagnosticados com esse transtorno mental. Esses achados reafirmam a relevância da atuação fonoaudiológica no contexto do cuidado psicossocial e, em especial, com pessoas com esquizofrenia, a fim de promover um bem-estar comunicativo por meio da valorização das suas potencialidades, consideração das suas singularidades e da redução do impacto do transtorno mental e do estigma social que o acompanha.

Referências bibliográficas

- Gadelha A, Nardi AE, da Silva AG. Esquizofrenia: Teoria e clínica. 2th ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2020.
- DSM-V - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5th ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2014.
- Janoutová J, Janáčková P, Serý O, Zeman T, Ambroz P, Kovalová M, Varechová K, Hosák L, Jířík V, Janout V. Epidemiology and risk factors of schizophrenia. *Neuro Endocrinol Lett.* 2016; 37(1): 1-8.
- Carteri RB, Osés JP, Cardoso TDA, Moreira FP, Jansen K, Silva RAD. Um olhar mais atento à epidemiologia da esquizofrenia e de transtornos mentais comuns no Brasil. *Dementia & Neuropsychologia.* 2020; 14(3): 283-9.
- Seeman MV. Does Gender Influence Outcome in Schizophrenia? *Psychiatr Q.* 2019; 90(1): 173-184.
- Stilo SA, Murray RM. Non-Genetic Factors in Schizophrenia. *Current psychiatry reports.* 2019; 21(10): 100.
- Carrà G, Crocamo C, Angermeyer M, Brugha T, Toumi M, Bebbington P. Positive and negative symptoms in schizophrenia: A longitudinal analysis using latent variable structural equation modelling. *Schizophr Res.* 2019; (204): 58-64.
- Mihaljević-Peleš A, Bajš Janović M, Šagud M, Živković M, Janović Š, Jevtović S. Cognitive deficit in schizophrenia: an overview. *Psychiatria Danubina.* 2019; 31(2): 139-142.
- Snyder HR, Miyake A, Hankin BL. Advancing understanding of executive function impairments and psychopathology: bridging the gap between clinical and cognitive approaches. *Frontiers in psychology.* 2015; 26(6): 328.
- Jáni M, Kašpárek T. Emotion recognition and theory of mind in schizophrenia: A meta-analysis of neuroimaging studies. *World J Biol Psychiatry.* 2018; 19(3): 86-96.

11. Hinzen W, Rosselló J. The linguistics of schizophrenia: thought disturbance as language pathology across positive symptoms. *Frontiers in psychology*. 2015; 16(6): 971.
12. Costa EMD, Peres SP. Princípios fenomenológicos da compreensão da esquizofrenia fundamentados em Vigotski. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 2018; 70(3): 128-147.
13. Tan EJ, Thomas N, Rossell SL. Speech disturbances and quality of life in schizophrenia: differential impacts on functioning and life satisfaction. *Compr. Psychiatry*. 2014; 55(3): 693-8.
14. Roche E, Segurado R, Renwick L, McClenaghan A, Sexton S, Frawley T, Chan CK, Bonar M, Clarke M. Language disturbance and functioning in first episode psychosis. *Psychiatry Res*. 2016; 235, 29-37
15. Santos P, Souza F, Lemos V, Sardinha L. Dificuldades de aceitação da sociedade em relação a pessoas com esquizofrenia. *Brazcubas*. 2019; 8(10): 69-78.
16. Silva MA, Restrepo D. Recuperación funcional en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatria*. 2019; 48(4): 252-260.
17. Santos AED. Comportamento comunicativo de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia: efetividade da intervenção fonoaudiológica [Tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2017.
18. Barbosa CL, Lykouropoulos CB, Mendes VLF, Souza LAP. Escuta Clínica, Equipe de Saúde Mental e Fonoaudiologia: experiência em Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij). *CoDAS*. 2020; 32(6):1-9
19. Tan EJ, Rossell SL. On the dimensionality of formal thought disorder. *Schizophr Res*. 2019; 210: 311-2.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. 1th ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
21. Lúcio GS, Perilo TVC, Vicente LCC, Friche AAL. Impacto dos distúrbios da fala na qualidade de vida: proposta de questionário. *CoDAS*. 2013; 25(6): 610-3.
22. Cavalcante RB, Calixto P, Pinheiro MMK. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Inf e Soc*. 2014; 24(1): 13-18.
23. Batista EC. Perfil de usuários diagnosticados com esquizofrenia de um CAPS do interior de Rondônia. *Nucleus*. 2017; 14(1): 41-54.
24. Peixoto FMS, da Silva KVLG, do Nascimento Carvalho IL, Ramos AGB, da Silva IL, de Lacerda GM, Kerntopf MR. Perfil Epidemiológico de Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial em Pernambuco, Brasil. *Journal of Health Sciences*. 2017; 19(2): 114-9.
25. García-Mieres H, Usall J, Feixas G, Ochoa S. Gender differences in the complexity of personal identity in psychosis. *Schizophrenia research*. 2020; 222: 467-9.
26. Silva SN, Lima MG, Ruas CM. Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23: 3799-3810.
27. Crepalde R, Santos AS, de Macedo Rodrigues LS, Madalena F, Volpe CMRB. Perfil epidemiológico de portadores de esquizofrenia internados no Instituto Raul Soares. *Rev Med*. 2016; 26(5): 102-9
28. McKenna PJ, Oh T. *Schizophrenic Speech*. 1th ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
29. Aparecido GA, da Silva DA. Pessoas com esquizofrenia: percepção acerca da discriminação e do estigma. *Research, Society and Development*. 2020; 9(8): e821986449
30. Cassim FTRA. (In)Coerência no discurso falado pelo indivíduo diagnosticado com esquizofrenia: uma análise funcionalista [tese]. Maringá (PR): Universidade Estadual de Maringá; 2019.