



DIMENSÃO HISTÓRICA E A APLICAÇÃO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DA ESQUIZOFRENIA

THE HISTORICAL DIMENSION AND APPLICATION OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN THE TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA

Yasmin Folli de Araújo¹, Mery Helen Buzatto Nogueira²

¹Acadêmica de Psicologia do Centro Universitário do Espírito Santo – UNESC. ²Graduação em Psicologia e Ciências Sociais. Neuropsicóloga pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM-ES). Realizou curso de especialização lato sensu em Terapia Cognitivo-Comportamental (ISECENSA-RJ), Gestão de Políticas Públicas em Gênero e Raça (UFES-ES), Dependência Química (EMESCAM-ES).

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo demonstrar a progressão histórica da loucura e a aplicabilidade da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) em pacientes esquizofrênicos. Trata-se de uma revisão narrativa que compreende artigos publicados nas bases eletrônicas: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC), PubMed, Research Portal e Redalyc, datados entre os anos de 2000 a 2019. Ao lançar os descritores: (terapia cognitivo-comportamental E esquizofrenia), (terapia cognitivo-comportamental E psicossocial), (psicose), (história da loucura E reforma psiquiátrica) nas bases citadas, foram encontrados 153 trabalhos, que, partindo dos critérios de exclusão e inclusão, obteve-se um total de 27 materiais para compor o referencial teórico do presente trabalho. O artigo apresenta, a partir da história, os diferentes significados atribuídos a loucura, trazendo consigo o processo de desinstitucionalização e seus respectivos desdobramentos na implementação de políticas públicas em saúde no Brasil. Ademais, buscou-se, na literatura examinada, estudos empíricos que relatassem tanto a empregabilidade do método interventivo da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), quanto os resultados obtidos na sintomatologia e qualidade de vida desses indivíduos. Dessa forma, conclui-se pelos benefícios da psicoterapia ao possibilitar a amenização de sintomas e um melhor funcionamento global. Concomitante a isso, salienta-se também a eficácia da psicoeducação para os familiares, hoje, peça chave na condução do tratamento.

Palavras-Chave: Esquizofrênico, Psicologia, Qualidade de vida, Psicoeducação.

ABSTRACT

This article aims to demonstrate the historical progression of madness and the applicability of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) in schizophrenic patients. It is a narrative review comprising articles published in electronic databases, including Scientific Electronic Library Online (SciELO), Psychology Electronic Journal (PePSIC),



PubMed, Research Portal, and Redalyc, dated between 2000 to 2019. Using descriptors such as "cognitive-behavioral therapy AND schizophrenia," "cognitive-behavioral therapy AND psychosocial," "psychosis," and "history of madness AND psychiatric reform," we found 153 works in the mentioned databases. Based on exclusion and inclusion criteria, we selected 27 materials to compose the theoretical framework of this work. The article presents the different meanings attributed to madness from a historical perspective, including the deinstitutionalization process and its respective outcomes in the implementation of public health policies in Brazil. Furthermore, we examined empirical studies that reported the employability of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) as an interventional method, as well as the results obtained in symptomatology and quality of life of these individuals. The article concludes that psychotherapy has benefits in alleviating symptoms and improving global functioning and highlights the effectiveness of psychoeducation for family members as a key component in treatment.

Keywords: Schizophrenic, Psychotherapy, Quality of life, Psychosocial.

1 INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é definida pela American Psychiatric Association – APA (2014), como um transtorno psicótico marcado por alterações no pensamento, emoções e comportamento. Sua sintomatologia é percebida por meio de delírios, alucinações, alterações na memória, nos movimentos motores, discurso desorganizado e embotamento afetivo, podendo estes sintomas se manifestarem sob diferentes conteúdos, a depender das experiências que compõem os campos cognitivo e subjetivo deste indivíduo.

Este artigo tem como propósito inferir acerca da eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) aliada ao uso de medicamentos convencionais no tratamento da esquizofrenia.

Durante séculos, a principal forma de tratamento da esquizofrenia se dava pela medicação antipsicótica e o enclausuramento manicomial, que corroborava para a estigmatização da loucura e exclusão social. Contudo, na década de 1970, instauraram-se as diretrizes advindas da Reforma Psiquiátrica¹, de cunho político, econômico e social, que mobilizara toda sociedade civil nos processos de reivindicação.

¹ Reforma Psiquiátrica foi o termo utilizado para designar o processo de transformação prática e teórica no campo da assistência psiquiátrica. Iniciada no Brasil no final dos anos 1970, o movimento foi influenciado por experiências desenvolvidas na Europa e nos Estados Unidos (EUA) depois da Segunda Guerra Mundial, a partir da crítica do modelo clássico do paradigma psiquiátrico focado no asilamento hospitalar (KINKER, 2020, p. 11).

Migrando de um modelo exclusivamente hospitalocêntrico para o acolhimento e intervenção psicossocial, o presente estudo destaca as principais técnicas da TCC atreladas ao tratamento convencional, sendo desenvolvidas em sessões individuais e/ou coletivas nos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), apresentando resultados positivos no funcionamento global dos pacientes, além de, aproximar e psicoeducar as famílias, hoje, responsáveis e ativas no tratamento do esquizofrênico visando à promoção de saúde e qualidade de vida.

1.1 CONCEITUAÇÃO AO LONGO DA HISTÓRIA

A loucura é um dos fenômenos psicológicos mais antigos e descritos durante a história. Até o fim da idade média, a figura do leproso representava o ápice do castigo divino; assim, para obter a cura, era necessário arrepender-se de um dito pecado, pois Deus, detentor tanto da doença quanto da cura era único capaz de expulsar demônios e outros espíritos malignos que atormentavam os enfermos (SANTOS, 2015).

Contextualizado por Reis (2000), foi a partir do século XVIII, com a instituição da corrente filosófica e científica do iluminismo, que a loucura passa a ser vista como objeto de estudo da medicina, o que acaba por romper a visão sacral de causa e efeito entre o pecado e enfermidade. Por meio do método da pesquisa científica, que inicia o delineamento e as classificações das patologias mentais, a definição hoje conhecida por esquizofrenia, antes era conhecida por “demência precoce”.

Segundo Reis (2000), tal termo, demência precoce, fora formulado pelo francês Benedict Morel (1851-1853), ganhando força e estrutura com o médico alemão Émil Kraepelin (1856-1926), ao final do século XIX, que, na 6ª edição de seu Tratado de Psiquiatria, a descreve como uma entidade nosológica severa, de origem endógena, ocorrendo no começo da idade adulta (REIS, 2000).

Ela foi caracterizada não por um conjunto de sintomas típicos, mas sim, por seu curso crônico e deteriorante. Além disso, ainda segundo Reis (2000), Kraepelin, foi responsável por diferenciá-la do Alzheimer e da psicose maníaco-depressiva. Por conseguinte, determinou que essa doença poderia manifestar-se sob três tipos diferentes: hebefrênica, catatônica e paranoide (VALENÇA; NARDI, 2015; REIS, 2000).

A partir de 1908, houve uma reformulação no constructo estabelecido *a priori*, no encontro anual da Associação Psiquiátrica em Berlim, onde surgiu pela primeira vez, a palavra esquizofrenia (esquizo = cindida, phrenia = mente), elaborada pelo psiquiatra suíço Eugene Bleuler (1857-1939, apud ELKIS, 2000), o qual trouxe foco para os sintomas típicos, como as alucinações e delírios, transtornos de pensamento e fala, perturbação das emoções e do afeto, déficits cognitivos e avolição (ELKIS, 2000).

Ao mesmo passo em que a ciência avançava na produção de conhecimento e classificação dos sujeitos, começaram a surgir os refugos sociais, ou manicômios, que, pautados sob uma lógica de abandono, tinham por função gerir, controlar e apreender todos os sujeitos que desviassem do conceito de normalidade esperado. As condições institucionais eram precárias e muitos não possuíam de fato um diagnóstico. As práticas desumanas comumente aplicadas eram defendidas sob o pensamento eugenista, que se caracterizava pela “higiene social”, retirando da sociedade os sujeitos que nela não se enquadravam, considerados desprezíveis e com comportamentos indesejáveis. Dentro dessa segregação, eram também enviados aos manicômios homossexuais, epiléticos, alcoólatras e prostitutas (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

Décadas se sucederam e o tratamento excludente destinado aos doentes mentais não apresentava perspectiva de atualização, até que, no século XIX, Philippe Pinel (1745-1826), médico e zoologista, influenciado pelos pilares da Revolução Francesa: liberdade, igualdade e fraternidade, preconizou o tratamento moral para os alienados e desacorrentou os loucos em Paris, trazendo o diagnóstico implicado na observação prolongada, rigorosa e sistemática das transformações biológicas, mentais e sociais do paciente (ALVES *et al*, 2009).

Ao longo do desdobramento da história da loucura, descrita por Alves *et al*. (2009), infere-se que, mesmo com tais avanços no campo da saúde mental, Pinel não retirou daquele sujeito o estigma de louco. O diagnóstico acompanhado da ideia de cura era unificado como uma marca que sentenciava aquele indivíduo ao cárcere institucional durante toda sua vida, pois, muitas daquelas patologias apresentadas não possuíam uma cura efetiva e não cabia apenas ao saber psiquiátrico a condução do tratamento.

1.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

No Brasil, constituído no discurso e na práxis hegemônica, o modelo psiquiátrico continuamente foi alvo de críticas. Desde seu princípio, Machado de Assis (1839-1908), um dos maiores escritores da literatura brasileira, ao escrever “O Alienista”, trazia a ironia como crítica social, ao questionar o cientificismo do século XIX. Nessa obra, o médico protagonista, de forma autoritária, recolhia do seio social todos por ele intitulados “loucos”. Respalhado pelo discurso científico e protegido pelo inquestionável saber médico, mascarava sua obsessão particular em rotular e excluir socialmente qualquer um que julgasse fora da normalidade (LIMA, 2019).

No século XIX, a loucura transformava-se em um “problema” de ordem social para as autoridades brasileiras. Com o número de alienados crescendo diariamente, o manicômio passou a fazer o papel de “acolher” as famílias angustiadas ao trazerem seus parentes em crise. De forma paternal e autoritária, o hospital lhes arrancava o integrante doente e o trancafiava, utilizando tudo o que a ciência psiquiátrica produziu dentre mais de dois séculos de existência, inclusive a utilização do eletrochoque (KINKER, 2020). Esse mesmo autor, ao atuar na intervenção de um hospital psiquiátrico no interior do Nordeste, instituição reprovada mais de uma vez pelo ministério da Justiça Federal, discorre sobre as condições insalubres da infraestrutura em que eram confinados os pacientes:

O cheiro de urina e fezes dominava os espaços de reclusão. No pátio havia um cubículo, talvez muito próximo de um estábulo de concreto, onde os internos deviam urinar e defecar. Não havia vasos sanitários nem locais certos para isso, o cubículo todo era um vaso plano, feito de chão. Era constante a presença de corpos nus, rodeados de moscas (KINKER, 2020, p. 26).

Para Yasui (2010), com o golpe militar de 1964, a psiquiatria adquiriu o status de prática assistencial de massa. Houve aqui o início da mercantilização da loucura e capitalização da saúde. Destaca-se que a transformação da saúde em produto de consumo, não foi exclusividade da psiquiatria, mas parte de um projeto mais amplo de implantação de um modelo médico-previdenciário.

Por conseguinte, o psiquiatra italiano Franco Basaglia (1924-1980) implementa a ideia de Psiquiatria Democrática, em que propõe uma nova forma de olhar para o fenômeno, ressaltando a importância da transgressão da instituição para a reinserção social. Mudou os parâmetros de um ideal de cura e trouxe a loucura como inerente à

condição humana, postulando que tentativa de retirar a condição patológica do sujeito seria o mesmo que apagar sua subjetividade, pois a patologia faz parte do ser, presente em sua alteridade e constituição psíquica (COUTO; ALBERTI, 2008; YASUI, 2010).

Outra figura a corroborar o movimento foi Nise da Silveira (1905-1999), médica, psiquiatra e psicanalista, que dirigiu a Seção de Terapêutica Ocupacional no Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro, sendo de extrema importância para se repensar a política hegemônica da época. Seu trabalho foi inovador ao possibilitar que o mundo interno do esquizofrênico, repleto de dissociações, desconfigurações e conflitos psíquicos se transpusesse pela arte, pela expressão nas mais diferentes formas, cores e tamanhos nos quadros e esculturas criados por eles (SILVEIRA, 2015).

Foi a partir das reflexões e provocações desenvolvidas por essas figuras, especialmente por Basaglia, conjuntamente ao clima de perseguição e repressão a manifestações de oposição às políticas institucionais, que a Reforma Psiquiátrica eclodiu, sobretudo, da mobilização dos trabalhadores, que tornaram visíveis os dispositivos de segregação e violência das instituições psiquiátricas (HIRDES, 2009; COUTO; ALBERTI, 2008).

A Reforma Psiquiátrica, no Brasil, começou a ser debatida a partir dos anos 1970, consolidando-se como política de governo no final dos anos 80, possibilitando um salto histórico no tratamento de doenças mentais efetivando-se como marco central da política de assistência à saúde mental no país. A perspectiva teórica da desinstitucionalização² trazida por Basaglia pôde “questionar o papel do hospital psiquiátrico na manutenção das relações de dominação, o papel dos funcionários (entre o cuidar e o controlar através da segregação) e a ideologia da psiquiatria como produtora de conhecimento” (KINKER, 2020, p. 14).

Novas diretrizes foram criadas e instituídas na forma de conceber a saúde mental. Após a Reforma Psiquiátrica elas passaram a visar à substituição da internação manicomial, alterando para serviços que acolham e trabalhem de modo

² Vista como desconstrução dos saberes, práticas, culturas e valores pautados na doença/periculosidade, requer a superação de modos de conhecimento, de formas de relações e práticas violentas e de instituições e aparatos de asilamento e objetificação dos sujeitos nos termos de um diagnóstico psiquiátrico (KINKER, 2020, p. 14).

flexível e dinâmico, trazendo enfoque em um investimento maior nas pessoas (não somente nos fármacos como contenção), mobilização de todos os atores envolvidos (sociedade, técnicos e família), promoção da capacidade de autoajuda e autonomia, enfatizando os serviços temporários, como também, a valorização do profissional, capacitando-o e prezando por uma formação contínua de saberes e técnicas (HIRDES, 2009).

Saindo do asilamento e deslocando-se em direção à comunidade, os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, hoje são pontos de atenção que viabilizam serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituídos por equipe multiprofissional, que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, seja em situações de crise ou em processos de reabilitação psicossocial (SANTOS, 2016).

Destaca-se alguns incisos presentes na Portaria N.º 3.588, de 21 de dezembro de 2017, atribuindo ao CAPS, o papel de estar capacitado para o atendimento de urgências e emergências psiquiátricas; trabalhar de portas abertas, com plantões diários de acolhimento e tratamento, garantindo acesso para clientela referenciada e responsabilização efetiva pelos casos; atendimento individual para consultas de rotina e de emergência; atendimento psicoterápico e de orientação, oferta de medicação assistida e dispensada; atendimento em grupos para psicoterapia, grupo operativo e atividades de suporte social, estimular o protagonismo dos usuários e familiares, promovendo atividades participativas e de controle social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

2 A ESQUIZOFRENIA DE ACORDO COM O DSM-5

Hodiernamente, de acordo com a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), a esquizofrenia é definida por anormalidades em um ou mais dos cinco domínios a seguir, sendo eles: delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos. Os sintomas apresentados pelo indivíduo envolvem uma gama de disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais. Indivíduos com esquizofrenia podem exibir afeto inadequado, humor disfórico assumindo diferentes formas, apresentando-se como

depressão, raiva ou ansiedade; padrão de sono perturbado e a falta de interesse em se alimentar (APA, 2014).

Os sintomas positivos da esquizofrenia são aqueles em que ocorrem comportamentos adicionais nos momentos de crise psiquiátrica (crise aguda) como delírios, alucinações, alterações na fala e no comportamento (catatonia, transtornos dos movimentos, entre outros). Apesar da nomenclatura “positivo”, não se caracterizam como algo benéfico ao paciente. Acredita-se ainda que a apresentação dos sintomas positivos, especialmente os delírios e as alucinações, têm relação íntima com as especificidades de cada indivíduo, e os conteúdos das alucinações e delírios passam a comunicar seus medos e impulsos (GABBARD, 2016).

Os sintomas negativos, por sua vez, são aqueles em que ocorre perda da função, caracterizando-se por diminuição da atividade motora e psíquica, bem como das manifestações emocionais, exemplificados como, afeto embotado, anedonia, pobreza da fala e isolamento social. Esses sintomas podem ocorrer também devido a causas secundárias da doença como privação ambiental, quadros depressivos, ansiedade, além dos efeitos colaterais dos antipsicóticos. Apresentam-se também os déficits neurocognitivos, por exemplo, os déficits na memória operacional, atenção e nas funções executivas (GABBARD, 2016).

Conforme descrito no DSM-5, cerca de 5 a 6% dos indivíduos com esquizofrenia morrem por suicídio; em torno de 20% o tentam em uma ou mais ocasiões, e muitos possuem ideação suicida. Tal comportamento advém dos comandos das alucinações, ocasionando um comportamento autodestrutivo, podendo ser prejudicial aos que estão ao entorno também. O risco se mostra especialmente alto em indivíduos do sexo masculino, entretanto, é observado ao longo do ciclo da vida em ambos os sexos (APA, 2014).

3 INTERVENÇÃO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

No começo da década de 1960, Aaron Temkin Beck (1921-2021), na época professor assistente de psiquiatria na University of Pennsylvania, deu início a uma revolução no campo da saúde mental (BECK, 2014). Atuando como psicanalista e sendo fundamentalmente um cientista, sempre dedicou seus estudos à validação empírica da psicanálise. Contudo, por meio dos experimentos ele identificou

cognições negativas e distorcidas (principalmente pensamentos e crenças) como característica primária da depressão, transtorno mental estudado (BECK, 2014).

Afastando-se da psicanálise, o tratamento que surgira no início da década de 1960, fora intitulado por Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). O modelo cognitivo da TCC parte de três premissas fundamentais: a atividade cognitiva influencia o comportamento; a atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada; e mudanças na cognição determinam mudanças no comportamento. Visando à reestruturação cognitiva e à resolução de problemas, ela trabalhará de forma educativa, estruturada e focal ao manejar falsas crenças, pensamentos automáticos e disfuncionais (ALMEIDA; MARQUES; QUEIRÓS, 2014).

Referente ao uso dessa abordagem terapêutica para o tratamento dos sintomas psicóticos na esquizofrenia, estudos conseguiram, empiricamente, demonstrar a eficácia da TCC no tratamento da esquizofrenia ao corroborar para redução expressiva dos sintomas positivos, negativos e de depressão, sendo eficiente para remissão dos sintomas psicóticos (MOTA; SILVA; LOPES, 2017; ZIMMER *et al.*, 2007; ALMEIDA; MARQUES; QUEIRÓS, 2014; MORRISON *et al.*, 2004). Nesse sentido, Beck (2014) traz:

A Terapia Cognitivo-Comportamental tem sido amplamente testada desde que foram publicados os primeiros estudos científicos, em 1977. Até o momento, mais de 500 estudos científicos demonstraram sua eficácia para uma ampla gama de transtornos psiquiátricos, problemas psicológicos e problemas médicos com componentes psicológicos (BECK, 2014, p. 25).

Ademais, vale destacar o estudo de Morrison *et al.* (2004), pois, enquanto 6% das pessoas tratadas com TCC desenvolveram um transtorno psicótico, o percentual no grupo tratado sem essa psicoterapia subiu para 26%; houve também: redução da prescrição de medicamentos, redução da probabilidade de preencher critério diagnóstico para doença psicótica no DSM-IV e melhoras relevantes dos sintomas positivos.

Rodrigues, Kraus-Silva e Martins (2008) também evidenciaram, a partir de uma revisão sistemática, que a intervenção familiar com base na Terapia Cognitivo-Comportamental demonstrou eficácia ao conseguir reduzir em cerca de 60% a probabilidade de recaída em pacientes com esquizofrenia, diminuindo a incidência de estes recaírem, no primeiro ano de tratamento, em 30%.

O estudo de Zimmer et al. (2007) fora realizado no sul do Brasil envolvendo 56 pacientes ambulatoriais entre 18 e 65 anos, dos quais 95% tinham diagnóstico de esquizofrenia e 5% de transtorno esquizoafetivo. Os pesquisadores concluíram que os resultados foram mais favoráveis para o grupo pertencente ao Programa Cognitivo-Comportamental (IPT) do que os submetidos ao tratamento usual (TU), evidenciando-se melhora no funcionamento global, assim como a memória verbal, a adequação social, o retraimento afetivo, o funcionamento social e ocupacional.

A Terapia Cognitivo-Comportamental para Psicose (TCCp) é uma intervenção frequentemente usada para pacientes com esquizofrenia, possibilitando maior adesão ao tratamento farmacológico, aconselhamento de suporte para a família e efetividade em relação aos sintomas positivos e negativos. Ela busca ensinar sistematicamente os pacientes a analisar, desafiar e mudar pensamentos, atribuições e crenças subjacentes a sintomas psicóticos perturbadores, baixa autoestima e percepções da interferência na realização de objetivos funcionais (ALMEIDA; MARQUES; QUEIRÓS, 2014).

Um estudo realizado numa unidade de internamento demonstrou que as competências da TCCp aprendidas são muito úteis e os pacientes continuam a usá-las mesmo após um mês de alta. A aplicação da abordagem em grupo permite poupar recursos e responder às necessidades de mais pessoas ao mesmo tempo, promovendo uma maior socialização, numa população por norma, socialmente isolada e excluída. Além disso, os grupos permitem a partilha de experiências, o que pode ajudar na reestruturação de crenças irracionais. Ademais, a noção de grupo cria um espaço seguro para as pessoas falarem sobre os seus sintomas psicóticos sem serem julgadas, discutirem evidência contra e a favor das suas crenças com os pares e melhorarem as suas estratégias de enfrentamento (ALMEIDA; MARQUES; QUEIRÓS, 2014).

As intervenções sobre a sintomatologia negativa da esquizofrenia devem ser pautadas em um planejamento progressivo e gentil para os pacientes, por meio de um modelo mais lento e cauteloso no incentivo das alterações comportamentais sobre questões como isolamento social e falta de iniciativa. Dentre as possíveis intervenções presentes na TCC, as que têm mostrado resultados mais eficazes são: Técnica dos Módulos, Técnica do Reforço das Estratégias de Enfrentamento, Normalização e a Psicoeducação. Ademais, a indicação de tarefas sucessivas, o ensaio

comportamental e o treinamento de habilidades também podem ser empregados (SOARES, 2019; BARRETO; ELKIS, 2007).³

Técnica do Módulos: Configura-se em cinco etapas a serem seguidas:

1: Constituição da aliança terapêutica e avaliação.

2: Aplicação de estratégias para manejar o caso, controle de sintomas, respostas emocionais e impulsividade.

3: Discussão de como se dão e são as experiências vivenciadas por ele.

4: Estratégia para manejo do sintoma positivo: alucinações (aqui entra o método socrático de questionamento e a reestruturação cognitiva).

5: Avaliação de crenças e pressuposições que ele tem de si e dos outros, que o norteiam (BARRETO; ELKIS, 2007).

Normalização: O ponto-chave dessa teoria é entender o que forma e o que mantém o fenômeno psicótico. Propõe-se aqui a vinculação entre o conteúdo delirante e alucinatorio, juntos à história real de vida do paciente, possibilitando a identificação das vulnerabilidades e eventos desencadeadores. Surge aqui a diminuição do estigma, a criação da aliança terapêutica ao valorizar o discurso do paciente e a participação ativa do sujeito ao identificar e analisar os fatores que podem desencadear ou intensificar sua condição (BARRETO; ELKIS, 2007).

Técnica do reforço das estratégias de enfrentamento: Busca compreender a interação sintomatológica entre os componentes emocionais e o meio. As reações emocionais podem, então, ser manipuladas com métodos de reestruturação cognitiva, experimentos comportamentais e testes de realidade. Aqui o paciente é reforçado a manter algumas atitudes eficientes no controle dos sintomas que ele já adotava antes mesmo da terapia. Com a ajuda do psicólogo, há aqui o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento frente a eventos psicóticos (PALOSKI; CHRIST, 2014; BARRETO; ELKIS, 2007).

Psicoeducação: Uma maneira de melhorar o entendimento do paciente e da família sobre a doença, entendida como o fornecimento de informações sobre os sintomas, a etiologia, o tratamento e o modo de vida a ser readequado. Por meio dela há a estimulação constante da família na hora de desempenhar um papel ativo frente

ao processo saúde-doença. Tendo em vista os constantes surtos e conflitos enfrentados no início do tratamento, a mesma torna-se subjetivamente doente. Por isso, faz-se necessário aproximar os familiares no processo terapêutico para que se sintam respaldados e munidos de habilidades para o enfrentamento eficaz (SANTOS, 2016; SOARES, 2019).

O trabalho da TCCP para controle das alucinações tem por finalidade fazer com que o paciente aceite um paradigma explicativo mais racional e plausível para a origem desses fenômenos além de desenvolver estratégias para o controle das consequências deles sobre o sujeito. Por conseguinte, Candida *et al.* (2016), afirma que, ao tratar alucinações auditivas, é importante que o clínico se atenha a algumas características como frequência, volume, quantidade de vozes, localização e desencadeadores prováveis, que darão base às intervenções aplicadas.

Desse modo, Wright, Basco e Thase (2008) descrevem como estratégias eficazes no controle desses fenômenos o incentivo a se distanciar das vozes e analisar as alegações incorretas que elas fazem, montar uma lista contendo ações que façam com eles se silenciem ou as transformem em menos intrusivas e controladoras. Para assim, com auxílio do terapeuta, criar um repertório comportamental para elevar a emissão de ações úteis e minimizar condutas que ampliem o poder das alucinações.

As intervenções cognitivo-comportamentais possibilitam a adesão ao tratamento medicamentoso e a escolha de procedimentos eficazes para produzir mudanças cognitivas, emocionais e comportamentais. Adjuvante à terapia farmacológica, é indispensável pensar o processo saúde-doença não pela obtenção da cura, mas pela amenização dos sintomas, e, nesta psicopatologia, possibilitar um enfraquecimento das crenças ilusórias – falsas crenças sustentadas com convicção pelo indivíduo, aumentar o entendimento e o *insight* sobre as experiências psicóticas, mantendo os ganhos e prevenindo recaídas (MOTA; SILVA; LOPES, 2017).

CONCLUSÃO

O estudo evidencia que o conceito de clínica e da condição patológica dos sujeitos transformaram-se a partir do contexto histórico-social. Destarte, as trocas hoje ocorridas dentro dos centros psicossociais viabilizam um espaço de encontro,

expressão, acolhimento e escuta ativa, havendo uma transposição do modelo biomédico, centrado na cura e no enfoque orgânico, para o biopsicossocial visando a integralidade do cuidado e a promoção em saúde.

Como visto, após a Reforma Psiquiátrica e o surgimento dos CAPS, a família foi gradativamente sendo inserida no tratamento, o que se relaciona diretamente com a psicoeducação, que permite capacitá-la para lidar com os comportamentos disfuncionais presentes no núcleo familiar, promovendo novos repertórios comportamentais para melhor enfrentamento e manejo da condição patológica deste ente.

Contudo, apesar de seus efeitos na redução dos quadros sintomáticos positivos e negativos, na redução da angústia e sofrimento decorrentes da vivência psicótica, minimização de recaídas, na promoção e um ambiente familiar acolhedor, a TCC ainda é pouco estudada no Brasil como uma forma de tratamento eficaz, (SOARES, 2019).

Destarte, as ideias aqui arroladas têm a intenção apenas de se constituir em um instrumento de reflexão para prováveis leitores pesquisadores. Espera-se, portanto, despertar novos conhecimentos que aprofundem aspectos não esclarecidos nesta leitura. À vista disto, tem-se como sugestão para novos trabalhos a continuidade de estudos acerca dessa temática.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Raquel; MARQUES, Antônio; QUEIRÓS, Cristina. **weCOPE**: Programa Cognitivo-comportamental de Intervenção em Grupo na Psicose. Porto: Laboratório de Reabilitação Psicossocial FPCEUP/ESTSIPP, 2014. *Disponível em:* <https://www.researchgate.net/publication/326941057_weCOPE_Programa_Cognitivo-comportamental_de_Intervencao_em_Grupo_na_Psicose>. Acesso em: 20 abr. 2022.

ALVES, Carlos Frederico de Oliveira et al. Uma Breve História da Reforma Psiquiátrica. **Neurobiologia**, v. 72, n. 1, p. 85-96, 2009. *Disponível em:* <https://www.researchgate.net/publication/341446537_Uma_breve_historia_da_reforma_psiquiatrica>. Acesso em: 30 abr. 2022.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. *Disponível*

em: <<http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2022.

BARRETO, Eliza Martha de Paiva.; ELKIS, Hélio. Evidências de eficácia da terapia cognitiva comportamental na esquizofrenia. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 34, n. 2, p. 204-207, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/f8zvs9t8F7c3bXTb6LFhQNJ/>. Acesso em: 20 abr. 2022.

BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

CANDIDA, Maristela *et al.* Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: an overview on efficacy, recent trends and neurobiological findings. **Medical Express**, v.3, n.5, p. 1-10, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/medical/a/Zv6fHMqXwrCkGgRnLKSgMGJ/?format=pdf&lang=en>>. Acesso em: 18 abr. 2022.

COUTO, Richard; ALBERTI, Sonia. Breve história da Reforma Psiquiátrica para uma melhor compreensão da questão atual. **Saúde em Debate**, v. 32, n. 78/79/80, p. 49-59, 2008. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773005.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2022.

ELKIS, Helio. A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. 1, p. 23-6, 2000. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s1/a09v22s1.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2022.

FIGUEIRÊDO, Marianna Lima de Rollemberg; DELEVATI, Dalnei Minuzzi; TAVARES, Marcelo Góes. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cadernos de Graduação – Ciências Humanas e Sociais**, v. 2, n. 2, p. 121-136, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/1797/1067>>. Acesso em: 30 abr. 2022.

GABBARD, Glen O. **Psiquiatria Psicodinâmica na prática clínica: atualizado segundo o DSM-5**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/GMXKF9mkPwxfK9HXvfL39Nf/>>. Acesso em: 30 abr. 2022.

KINKER, Fernando Sfair. **Um Manicômio em Colapso: da aridez do abandono à fluidez da liberdade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

LIMA, Márcio José Silva. História da loucura na obra “O Alienista” de Machado de Assis: discurso, identidades e exclusão no século XIX. **Caos - Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, v. 2, n. 18, p. 141-153, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/caos/article/view/47062>. Acesso em: 05 maio 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.588**, de 21 de dezembro de 2017: Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>. Acesso em: 20 abr. 2022.

MORRISON, Anthony *et al.* Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. **The British Journal of Psychiatry**, v.185, p.291-297, 2004. Disponível em:<<https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/cognitive-therapy-for-the-prevention-of-psychosis-in-people-at-ultrahigh-risk/22181AF8CB8DBF20CA3B12E69A843D0EA>>. Acesso em: 10 dez. 2022.

MOTA, Gírlene Santos da; SILVA, Maria Jeane; LOPES, Andressa Pereira. Esquizofrenia e terapia cognitivo-comportamental: um estudo de revisão narrativa. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e de Saúde**, v. 4, n. 2, p. 371-384, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/fitbiossaude/article/view/4577/2628>>. Acesso em: 19 abr. 2022.

PALOSKI, Luis Henrique; CHRIST, Helena Diefenthaler. Terapia cognitivo-comportamental para depressão com sintomas psicóticos: uma revisão teórica. **Contextos Clínicos**, v. 7, n. 2, p. 220-228, 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v7n2/v7n2a10.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2022.

REIS, Filipe Damas dos. Da demência precoce à esquizofrenia. **Psicologia**, v. 14, n. 1, p. 11-24, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psi/v14n1/v14n1a01.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2022.

RODRIGUES, Maria Goretti Andrade; KRAUS-SILVA, Letícia, MARTINS, Ana Cristina Marques. Meta-análise de ensaios clínicos de intervenção familiar na condição esquizofrenia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 10, p. 2203-2218, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/67vZGcp6hVPfyqS9McJ3ZSg/?lang=pt#>>. Acesso em: 10 dez. 2022.

SANTOS, Fernanda Sabrina Passin. **Intervenções Terapêuticas dispensadas a pacientes com diagnóstico de esquizofrenia no centro de atenção psicossocial – saúde mental (CAPS II) de Caçador/SC**. 2015. 92f. Monografia (Graduação em Psicologia). Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP. Caçador/SC, UNIARP, 2015.

SANTOS, Laís Suéllen Nascimento dos. **Cuidando da família: o trabalho com as famílias de esquizofrênicos do CAPS II de Caçador/SC**. 2016. 71f. Monografia (Pós-Graduação em Gestão em Saúde Pública). Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP. Caçador/SC, UNIARP, 2016.

SILVEIRA, Nise da. **Imagens do Inconsciente**. Rio de Janeiro: Vozes, 2015.

SOARES, Laura Maria. **Esquizofrenia na terapia cognitivo-comportamental: uma relação possível**. 2019. 68f. Monografia (Graduação em Psicologia), Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, Ariquemes/RO: FAEMA, 2019.

VALENÇA, Alexandre Martins; NARDI, António Egídio. Histórico do conceito de esquizofrenia. In: A. E. NARDI, A. E.; QUEVEDO, J.; SILVA, A. G. (Eds.). **Esquizofrenia: Teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

WRIGHT, Jesse H.; BASCO, Monica; THASE, Michael. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado**. Porto Alegre: Artmed, 2008. Disponível em: < <https://ria.ufrn.br/jspui/handle/123456789/955> >. Acesso em: 19 abr. 2022.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/8ks9h/pdf/yasui-9788575413623.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2022.

ZIMMER, Marilene *et al.* Estudo controlado randomizado de 12 semanas do programa cognitivo-comportamental IPT (Terapia Psicológica Integrada) com efeito positivo sobre o funcionamento social em pacientes com esquizofrenia. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 29, n. 2, p. 140-147, 2007. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/rbp/a/Gr4vgNVWtC6C3HbqNCFLkJM/abstract/?lang=pt#>>. Acesso em: 10 dez. 2022.