

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional
Curso de Psicologia



Trabalho de Conclusão de Curso

**EFEITOS DA PSICOEDUCAÇÃO NA QUALIDADE DE VIDA DE
PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA**

André Luiz Joussef Carvalho

Pelotas, 2018

André Luiz Joussef Carvalho

**EFEITOS DA PSICOEDUCAÇÃO NA QUALIDADE DE VIDA DE
PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para a Faculdade de Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção de título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Jandilson Avelino da Silva

Pelotas, 2018

André Luiz Joussef Carvalho

**EFEITOS DA PSICOEDUCAÇÃO NA QUALIDADE DE VIDA DE
PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado, como requisito parcial, para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia, pela Faculdade de Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional, da Universidade Federal de Pelotas.

Defesa em 24 de julho de 2018.

Banca examinadora:

Prof. Jandilson Avelino da Silva (orientador), Doutor em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa-PB.

Prof. Tiago Neuenfeld Munhoz (membro interno), Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Pelotas-RS.

Psicólogo Igor Soares Vieira (membro externo), Mestre em Saúde e Ambiente (Saúde Coletiva) pela Universidade Tiradentes, Aracaju-SE.

**Dedico este trabalho a minha família, meus
amigos, e a todos que me ajudaram durante
esta caminhada.**

Resumo

CARVALHO, André Luiz Joussef. **EFEITOS DA PSICOEDUCAÇÃO NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA**, 2018. 25f. Trabalho de Conclusão de Curso, Curso de Psicologia. Faculdade de Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Pelotas.

A literatura considera a esquizofrenia como um transtorno mental grave, que cria na maioria dos indivíduos acometidos um grande estigma social, principalmente pela ampla perda de autonomia ao longo do progresso inicial da doença. Profissionais da área da saúde tem observado grande déficit na qualidade de vida destes indivíduos. A psicoeducação é uma estratégia que envolve explicações didáticas sobre o transtorno e seu prognóstico, além de descrições sobre o seu tratamento, incluindo os elementos psicossociais envolvidos nesse processo. Ao que parece, segundo a literatura, essa estratégia consegue ser aplicada aos indivíduos acometidos pela esquizofrenia promovendo mais qualidade de vida, ao agir como catalisador para outras formas de intervenção sobre o transtorno, o que possibilita aos sujeitos um maior controle sobre suas potenciais ações. O psicólogo engajado com a saúde mental do paciente com esquizofrenia, portanto, visa não só manter o indivíduo no tratamento, mas criar no pacientes mecanismos que o possibilitem reinserir-se na sociedade de maneira integrativa.

Palavras-chave: psicoeducação, qualidade de vida, esquizofrenia (EQZ).

Abstract

CARVALHO, André Luiz Joussef. **THE OUTCOMES OF PSYCHOEDUCATION IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS' QUALITY OF LIFE**, 2018. 25f. Term Paper (Bachelor of Psychology), Curso de Psicologia. Faculdade de Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Pelotas.

Literature considers schizophrenia as a serious mental illness, which creates a great stigma and loss of autonomy, mainly over the course of the initial progression of the illness. Health workers have observed the illness to create great deficit in the quality of lives of the patients. Psychoeducation is a technique that involves didactic explanation of the illness and its prognostic, and a description about the treatment, including the psychosocial processes involved in this process. It seems, according to the literature, this strategy can be applied in individuals afflicted by the disorder to promote more quality of life, acting as a catalyst for interventions that succeed it and allows subjects more control over their potential actions. The psychologist engaged with the patients' mental health, aims not only to maintain the individuals in treatment but to create in them mechanisms that allows for their reinsertion in society in a more integrated manner.

Keywords: psychoeducation, quality of life (QOL), schizophrenia (SCZ).

Sumário

1. Introdução.....	10
2. Transtorno do Espectro Esquizofrênico	12
3. Qualidade de vida (QV)	16
4. Psicoeducação	18
5. Efeitos da psicoeducação na QV de pacientes com esquizofrenia	20
6. Considerações finais	23
7. Referências	25

1. Introdução

A esquizofrenia (EQZ) tem uma ocorrência muito parecida dentre diferentes áreas geográficas no mundo, com incidência de 0,1 a 0,4 para cada 1.000 pessoas (MENEZES et al., 2007). Ela se caracteriza como uma doença de evolução crônica e em muitos casos compromete a vida do paciente. Ela pode fragilizar o indivíduo diante de situações estressantes e aumentar o risco de suicídio. Desse modo, a pessoa com EQZ necessita de acolhimento e tratamento no início da manifestação dos sintomas e acompanhamento de cunho biopsicossocial a longo termo (SHIRAKAWA, 2000).

Contudo, não existe nenhum marcador biológico estabelecido para o transtorno. Isso implica em um diagnóstico clínico que consiste em observações do comportamento do paciente, somado a entrevistas e exame do estado mental, com ênfase nos sintomas positivos (POPE et al., 1978). A partir de seu diagnóstico, um tratamento integrado, ou seja, que abarque questões psiquiátricas, sociais e psicológicas, é essencial para que o paciente consiga sair das fases agudas e progredir para um prognóstico estável (CECHNICKI, BIELÁNSKA, 2017; FALKAI, 2006).

Saber informações sobre as características, tratamento e prognóstico de um transtorno pode ser bastante útil para pacientes. Nesse sentido, uma estratégia bastante utilizada em terapias de orientação cognitiva e comportamental tem sido a psicoeducação (IVEZIC et al., 2017; BAUM et al., 2006). Yaganida et al. (2016) concluíram que um dos maiores benefícios dessa estratégia, quando se trata da EQZ, é a aderência ao tratamento, seja ele medicamentoso, ou não. Além disso, esses autores também citam que ela pode melhorar e manter significativamente a QV dos indivíduos quando saem de episódios graves nos quais precisaram ser internados, auxiliando assim na reinserção desses pacientes de volta a sociedade.

Segundo Authier (1977), a psicoeducação se coloca sob a visão de que o funcionamento psicológico do indivíduo não é visto como abnormalidade ou doença. Desse modo, ela se propõe a ajudar na elaboração de outras estratégias que possam treinar o sujeito no aprendizado de habilidades pessoais e interpessoais. Essas habilidades podem ajudar no enfrentamento de situações fragilizantes, promovendo resiliência, empoderamento e por consequência aumento da QV dos indivíduos. A partir dessa ideia, portanto,

visa-se nesse estudo revisar na literatura os efeitos da psicoeducação na QV de pacientes com EQZ.

2. Transtorno do Espectro Esquizofrênico

Os Transtornos do Espectro Esquizofrênico são compostos por um conjunto de transtornos psicopatológicos mais severos, entre os quais está a chamada esquizofrenia (EQZ). Ela acarreta significativa mudança de padrão de comportamento após o início das manifestações sintomáticas. A palavra esquizofrenia é formada pelo verbo grego *schizo* (separar, clivar), e pelo substantivo *phrén* (espírito, inteligência), elaborado inicialmente por Eugen Bleuler, em 1911, a partir de influências de Kraepelin. Este, em 1896, se apoderou de um conceito já utilizado por Morel (demência precoce), englobando uma série de diversos estados caracterizados por distúrbios de volição e afetivos, que eram entendidos como crônicos e desintegradores da personalidade, até sua desagregação completa (SILVEIRA, 2009; SILVA, 2006).

Bleuler entretanto, ao criar o termo esquizofrenia, o faz para diferenciar de algumas afirmações sobre o conceito de senilidade precoce, colocando que a doença não necessariamente produziria um sujeito completamente desorganizado e desintegrado, nem precisaria se iniciar durante fases mais jovens do desenvolvimento. Para Bleuler, o termo consistia em um conjunto de psicoses intermitentes ou crônicas, e embora o estado anterior ao início dessas crises não pudesse mais ser alcançado, os sintomas e estados psicóticos podiam cessar (SILVEIRA, 2009).

É especulado que cerca de 60% de todas as pessoas com EQZ apresentem abuso de substâncias como comorbidade, seja o álcool ou outras drogas, lícitas ou não (HAMBRECH; HÄFNER, 1996). O abuso de substâncias, portanto, é uma preocupação comum da família e dos amigos de pessoas que tem EQZ. Pessoas afetadas pelo transtorno tendem a apresentar abuso de substâncias tanto pela necessidade de fuga quanto pela amenização dos principais sintomas da doença. Esse abuso leva a uma dificuldade maior no tratamento da doença, visto que as famílias normalmente mal conseguem lidar com a ocorrência de um transtorno (HATFIELD, 1993).

O início da EQZ, portanto, consiste de uma etapa marcante e de bastante sofrimento para o indivíduo que passa por este processo. A vida do indivíduo toma uma divisão entre antes e depois da doença a medida em que o processo inicial agudo das manifestações causam limitações em seu viver e

suas relações. A partir da deterioração de diversos processos mentais surgem os sintomas deste transtorno que se dividem entre positivos e negativos, com o momento inicial da doença sendo caracterizado principalmente pelos sintomas positivos (OLIVEIRA et al., 2012).

Para o diagnóstico segundo o DSM-5, o paciente necessita ter relatado pelo menos dois sintomas dos seguintes: delírios, alucinações, fala desorganizada, comportamento desorganizado ou catatônico e sintomas negativos (esses, relacionados aos estados depressivos e todos os sintomas que podem ser gerado deles). Existe a necessidade de pelo menos um dos sintomas serem positivos, como os delírios e alucinações (DSM-5, 2014).

Do mesmo modo, a Organização Mundial de Saúde (WHO), por meio do CID-10, coloca que o transtorno é também caracterizado por sintomas negativos em termos de perda de função, ou seja, embotamento afetivo, anedonia e uma diminuição nas funções motoras e psíquicas. Os sintomas positivos além dos já citados, referentes ao DSM-5, também podem ser caracterizados por outras manifestações como transtornos de movimento, catatonia, alterações de fala e de comportamento. Os delírios e alucinações em específico apresentam uma relação muito próxima com a experiência de vida e sua relação com o que considera ser factual (CID-10, 2000).

Segundo Pull (2005), dos indivíduos com o transtorno, 15% apresentam alucinações visuais, 50% auditivas, e 5% táteis; os delírios costumam ocorrer em mais de 90% dos casos. Mishara et al. (2014), aponta que o déficit nessas funções afetivo-psíquicas, mais especificamente as capacidades metacognitivas, se traduzem diretamente em como o sujeito se vê e vê o outro. Tais capacidades se manifestam em níveis deficitários distintos, sendo que indivíduos com níveis deficitários maiores apresentam maior dificuldade em refletir sobre as particularidades que influenciam seus estados mentais, mesmo conseguindo diferenciar um estado do outro.

Indivíduos com nível deficitário médio, conseguem avaliar e refletir mais sobre seus estados mentais, percebendo as falhas em suas conclusões, mas sem criar maior integração com seu comportamento como um todo, sem criar uma narrativa congruente. Aqueles que não demonstram ou demonstraram níveis deficitários mais brandos de suas capacidades cognitivas, não só integram pensamentos e emoções no momento em que ocorreram, mas criam

uma linha narrativa episódica única, cujos componentes são conectados a partir da reflexão e análise de vivências e sentimentos formando uma história de vida coerente (MISHARA et al., 2014).

Segundo as recomendações das diretrizes da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica (WFSBP) para o tratamento biológico da EQZ, quando em sua forma inicial aguda:

[...] Deve-se realizar regularmente uma avaliação da saúde física e mental para estabelecer as condições comórbidas relevantes (médicas e psiquiátricas), as circunstâncias psicossociais e os aspectos da qualidade de vida. Quando uma pessoa apresenta sintomas psicóticos pela primeira vez, uma avaliação diagnóstica cuidadosa deve ser realizada, incluindo investigação laboratorial e técnicas de imagem (tomografia computadorizada ou ressonância magnética de crânio) a fim de se excluir doença cerebral orgânica. Após a formulação diagnóstica inicial e o estabelecimento de uma aliança terapêutica, um plano de tratamento deve ser formulado e implementado (FALKAI et al.,2006, p.8).

O tratamento convencional para a EQZ se beneficia muito de intervenções medicamentosas, essas podem ser divididas entre de primeira e de segunda geração, nos quais os da segunda são mais seguros e possuem menores efeitos colaterais (SILVA, 2006). Intervenções feitas com medicamentos antipsicóticos, tem o intuito de bloquear os receptores dopaminérgicos D₂ no sistema nervoso central, cuja capacidade tem relação direta com sua potência terapêutica (SNYDER, 1986 apud SILVA, 2006).

Segundo Silva, o tratamento para este transtorno não leva em conta só a eliminação dos sintomas, mas também o controle e prevenção de fatores ambientais estressores (SILVA, 2006). Em conjunto com a necessidade inicial de manter aderência ao tratamento medicamentoso até os sintomas da crise aguda passarem, e de criar um sujeito mais adaptado em relação as competências ambientais, agrega-se também o tratamento psicoterápico, com o apoio psicológico. Isso como meio de avaliar e transformar as maneiras de enfrentamento dos indivíduos com situações estressoras, mantendo assim um quadro estável após a crise inicial (SILVA, 2006; OLIVEIRA, et al., 2014).

O tratamento psicológico se coloca, então, como fator integrativo do tratamento e também da organização mental do paciente, ao oferecer suporte, informações sobre a doença e os modos de lidar, restabelecer o contato com a realidade, fazer o papel de integração das experiências psicóticas com sua vida deste modo criando maior autonomia e independência (ZANINI, 2000; LYSAKER, ROE, 2016)

Nesse sentido, surge também a necessidade de promover bons encontros ao paciente, na medida em que os sintomas paranoides muitas vezes atravessam suas relações interpessoais. É preciso criar um estado de confiança para novos encontros, possibilitando, deste modo, maior inclusão no mundo e menor fuga em decorrência desta pré-disposição de transformar encontros que poderiam ser bons em encontros ruins, aumentando o comportamento de esquiva e isolamento (ZANINI, 2000). Existem várias maneiras de atuação do psicólogo que podem promover reflexão metacognitiva para o paciente, pouco a pouco criando sentido sobre diversos aspectos clivados de sua realidade. Não obstante, deve-se atuar de maneira não hierárquica, promovendo um encontro que auxilie nesta construção de sentidos (LYSAKER; ROE, 2016).

3. Qualidade de vida (QV)

A QV vem se padronizando nas últimas décadas não só como um conceito de mensuração essencial para avaliar o impacto de doenças crônicas, mas como validador de intervenções terapêuticas associadas a diminuição destes impactos (CARDOSO et al., 2006; WILSON et al., 1995). Wilson (1995) apresenta dificuldades sobre o progresso desse conceito devido a uma dificuldade de conciliação nos modelos que possam explicar como a mensuração do prognóstico de cada paciente se relaciona com intervenções terapêuticas ou fatores ambientais. Coloca-se primariamente dois polos cujas raízes naturalmente pré-dispõem suas funções e objetivos, o modelo biomédico e o modelo psicossocial.

O modelo biomédico, enraizado na biologia, bioquímica e fisiologia, coloca como ponto focal a etiologia dos agentes patológicos assim como resultados biológicos, fisiológicos e clínicos. A partir de experimentos controlados, procura-se entender as causas para assim entender o diagnóstico e tratamento. Já o modelo psicossocial, com suas raízes na sociologia, psicologia e economia, é colocado como o modelo de QV, focando nas dimensões de funcionamento social e laboral, bem como nos sentimentos de bem-estar. A mensuração tem ênfase no relato particular de comportamentos e sentimentos. Dentro desta visão, pode-se considerar a percepção do sujeito acerca da sua posição de vida, levando em conta todos os atravessadores culturais, éticos, e morais, que são as raízes de suas expectativas, padrões de vida e potenciais preocupações (WHOQOL, 1994).

Tal ênfase acaba por criticar a visão da psicometria, visto que o olhar sobre a questão também se faz a partir de todos os atravessadores sociais, institucionais e econômicos que perpassam os sujeitos. Não se descarta, entretanto, os estudos psicométricos. CARDOSO et al. (2003), por exemplo, ao analisar a Escala de Qualidade de Vida (QLS), a coloca como consistente e confiável dentro do contexto brasileiro, quando utilizada concomitantemente com outros instrumentos.

Entende-se, portanto, a necessidade da reflexão sobre esse fenômeno de uma forma mais holística. O olhar puramente psicométrico, quando aplicado de maneira massiva e padronizada acaba por desconsiderar alguns aspectos

da subjetividade envolvida em processos psicossociais como o bem-estar. Já a falta de rigor científico, em contrapartida, falha em clarificar o que é de fato a QV de modo mais objetivo (PEREIRA et al., 2012).

De acordo com Dantas et al. (2003), no Brasil, a avaliação da QV tem se construído de maneira recente, pautada pela não restrição de grupos sociais, sendo realizada principalmente em adultos acometidos por alguma patologia. Dantas et al. demonstra, portanto, a ênfase que tem sido dada no entendimento da QV relacionada a como enfermidades podem comprometer a vida dos indivíduos, ou seja, QV diretamente e quase que unicamente ligada a situações de saúde. Contudo, sabe-se que apesar da situação de saúde de um indivíduo ser um fator importante para a QV como conceito, ela não pauta todos os aspectos da vida humana.

De acordo com Pinikahana et al. (2002), os sintomas negativos associados a EQZ possuem grandes influências em menores níveis de QV, mesmo quando associados a casos estáveis da doença. Os medicamentos neurolépticos, comumente utilizados para o tratamento da doença também estão associados a menor QV. Isso se mostra verdadeiro somente quando os pacientes estavam tomando três ou mais medicações diferentes para manter a doença estável, o que indica efeitos colaterais, incluindo possíveis síndromes extrapiramidais advindas do tratamento. O tipo de neuroléptico também influencia sendo que os medicados pelos fármacos classificados como atípicos, obtiveram maior QV.

As intervenções psicossociais, promoveram melhora na QV após um ano, ao mesmo tempo em que intervenções de tempos menos duradouros obtiveram poucas ou quase nenhuma resposta em relação a QV. Outro fator de grande influência para a QV são as habilidades neurocognitivas, nas quais uma menor flexibilidade cognitiva se correlacionou diretamente a piores escores na QV.

Para tanto sugere-se que a QV se promove como importante marcador do sucesso destas intervenções, visto que dentro de um estudo relacionado a EQZ, lida-se diretamente com inferências tanto biomédicas acerca das causas, tratamento e prognóstico, quanto psicossociais, que possibilitam uma intervenção de olhar multifatorial ao relacionar a QV e fatores biopsicossociais. Constrói-se assim uma visão menos clivada abarcando os diferentes fatores

que interferem na visão que o paciente tem de si e do mundo e por consequência, sua QV (PEREIRA et al., 2012).

4. Psicoeducação

Utilizou-se o termo psicoeducação pela primeira vez para abarcar uma intervenção terapêutica integrativa família-paciente dividida em quatro elementos: passar informações sobre doença, treinamento para solução de problemas, comunicação e assertividade (ANDERSON et al., 1980). Colocou-se em sua concepção como uma intervenção composta por múltiplos elementos terapêuticos, interconectados. Com o intuito de desenvolver o conhecimento das terapias e criar maiores chances de aderência ao tratamento, o paciente e a família recebiam uma explicação preliminar sobre a doença. Inicialmente, a psicoeducação teve como intenção não ser somente mais uma técnica terapêutica, mas um conjunto delas, com o intuito de criar uma base de conhecimentos sobre todo aspecto biopsicossocial do sujeito, seu transtorno e seu entorno, à medida que possibilita intervenções mais complexas que possam ser aplicadas a partir desta base.

Apesar da estruturação do conceito de psicoeducação estar diretamente atrelada à terapia cognitivo-comportamental (TCC), a mesma é recomendada como intervenção inicial mesmo quando sucedida com terapias de outras bases teóricas. Dentro da TCC após o embasamento inicial do sujeito sobre as diferentes esferas biopsicossociais, considera-se a psicoeducação como intervenção de apoio a terapia comportamental individual, treinamento de assertividade, solução de problemas, comunicação, além de intervenções com a família (BAUML et al., 2006).

A Associação Americana de Psiquiatria, 2006, coloca a psicoeducação como parte padrão e fundamental do tratamento da EQZ tanto na fase aguda quanto na estável. Pekkala et al. (2001), sugere que a psicoeducação está diretamente ligada com maiores níveis de aderência e interação, melhores prognósticos, menores taxas de relapso e maior estabilidade nos sintomas.

O melhor modo, portanto, do indivíduo tomar controle de seu transtorno de maneira mais otimizada é criar um nível básico de compreensão sobre os atravessadores biopsicossociais da EQZ e dos tratamentos e prognósticos que lhe serão apresentados (BAUML et al., 2006). Tais atravessadores, embora sempre interconectados, ao serem separados e explicados, criam no indivíduo

uma posição informada que contribui para criar maior potencial de auto ajuda (TARRIER, 2005).

Quando se olha para os sintomas iniciais da EQZ, como as alucinações, delírios perceptivos, pensamentos intrusivos, etc., percebe-se o quão disruptivas tais manifestações podem ser para os indivíduos as experienciando pela primeira vez. Como dentro das fases agudas da EQZ lida-se com sintomas tão bizarros e estranhos para um indivíduo comum, as respostas acabam sempre sendo descoordenadas e desorganizadas independente de como o indivíduo respondia em situações estressoras antes do desenvolvimento da doença (BAUML et al., 2006; GLYNN et al., 2006).

Para um indivíduo que sofre de EQZ, portanto, a psicoeducação se torna uma forma de criar no sujeito a compreensão dos conceitos da doença e do tratamento de modo integrado, criando a elaboração das conexões que vão integrar a sua visão da doença, deste modo permitindo uma análise mais holística do transtorno. Tais elaborações vem por parte desta tradução dos atravessadores biopsicossociais para termos mais leigos e mais compreensíveis.

Cria-se então a necessidade de um olhar terapêutico empático e cauteloso, criando uma ação contrária aos processos disfuncionais sobre causa e efeito e a atribuição de controle dos pensamentos e comportamentos. Tal olhar se faz mais importante pela necessidade de concomitantemente interceptar sentimentos de incerteza, desmoralização e estigma que podem surgir a partir da comunicação de certas informações, principalmente sobre as psicoses e do diagnóstico de EQZ. A psicoeducação fundamenta-se portanto como uma intervenção que não disputa espaço com outras intervenções nesse transtorno, pois ela deve preconizar e aumentar as potencialidades de quaisquer outras intervenções posteriores (BAUML et al., 2006).

5. Efeitos da psicoeducação na QV de pacientes com esquizofrenia

A psicoeducação, ao apresentar-se não só como intervenção independente, mas como base impulsora para outras intervenções, possibilita a criação de um controle sobre a situação biopsicossocial do paciente que potencializa todas as esferas da vida do paciente que influenciam na QV (CECHNICKI, BIELÁNSKA, 2017). As intervenções educativas sobre os aspectos biológicos da doença, como explicações e reflexões sobre o que se sabe de sua etiologia para transformar a EQZ, de uma entidade anormal subjetiva e visceral do paciente em algo mais concreto, retira pouco a pouco as noções de patologia daqueles comportamentos, instaurando maior controle. Esse processo se torna bastante importante na manutenção de quadros de delírio e psicose estáveis (IVEZIC et al., 2017; YAGANIDA et al, 2017; BAUM et al., 2006, 2007).

Os aspectos psicossociais têm um olhar mais profundo da psicoeducação, pois os atravessadores que permeiam estas esferas se fazem muitas vezes difíceis de lidar. A QV do paciente muitas vezes está atrelada diretamente a QV de sua família mais próxima. Portanto, coloca-se como ponto fundamental no tratamento dos pacientes, um olhar holístico destes atravessadores, integrando intervenções multifocais, observando não só o paciente, mas seus espaços de convivência familiares e sociais.

Treinos de assertividade, habilidades sociais e reconhecimento dos sintomas, são mecanismos psicoeducativos que tem o objetivo não apenas de criar no indivíduo processos de reflexão, mas também de ação dentro de todos os seus modos de ser e viver, possibilitando maior resiliência e facilidade ao transitar pela sociedade (ZANINI, 2000; TARRIER, 2005; LYSAKER, ROE, 2016). A psicoeducação não se coloca somente como um propulsor para a QV, mas entende que esta influencia diretamente a maiores níveis de inteligência, facilidade para lidar com problemas e emergências e resiliência a situações estressoras. Logo, a melhora da QV do paciente afeta diretamente a eficácia de novas intervenções tanto psicoeducativas como outras (PEREIRA, 2012).

Yaganida et al. (2017) publicou um estudo em que avaliava uma melhora na aderência do tratamento medicamentoso, ao prover intervenções com psicoeducação, incluindo nessas intervenções a elucidação de seus efeitos. As intervenções eram compostas de treinos de habilidades funcionais, conhecimento sobre a doença e o tratamento medicamentoso. Aplicaram-se as intervenções em pacientes que já estavam hospitalizados a mais de um ano e tinham sido diagnosticados com EQZ ou transtornos esquizoafetivos. Excluíram-se os pacientes com suspeita de demência e todos os pacientes eram capazes de comunicação verbal.

Realizou-se a avaliação das funções sociais uma semana antes e uma depois da intervenção. Utilizaram-se o GAF (Global Assessment Functioning), o conhecimento dos medicamentos e doença com o KIDI (Knowledge of Illness and Drugs Inventory) e as atitudes sobre as medicações com o DAI-10 (Drug Attitude Inventory-10). Concluiu-se que as intervenções com psicoeducação melhoraram significativamente as funções sociais, os conhecimentos sobre a doença e as medicações e as atitudes em relação ao tratamento medicamentoso. Os resultados se assemelharam aos conseguidos pelos pacientes após viver em comunidades terapêuticas por longos períodos de tempo.

Quanto aos efeitos diretos sobre o prognóstico do paciente, no projeto de estudo de informação sobre psicoses de Munique, alocaram-se aleatoriamente 101 pacientes com EQZ em um grupo de intervenção e um de controle. Destes, avaliaram-se 48 pacientes após sete anos, sendo que 24 haviam recebido intervenções de psicoeducação junto ao tratamento e os outros 24 apenas o tratamento convencional.

Avaliou-se que após estes sete anos, a taxa de re-hospitalizações foi de 88% nos pacientes do grupo controle e apenas 54% nos que foram tratados por intervenção psicoeducativa. O grupo que sofreu a intervenção consumiu menos medicação (clorpromazina) e também ficou menos tempo internado, quando as hospitalizações ocorreram (BAUML et al., 2007). Também pelo projeto de estudo de informação sobre psicoses de Munique, com os mesmos critérios de inclusão e exclusão, com a exceção da necessidade de ter contato regular com pelo menos uma pessoa chave e/ou parente, analisaram-se 236

pacientes, sendo que se alocaram metade deles para a intervenção e a outra metade recebeu tratamento de rotina.

Além dos pacientes, instruíram-se também os familiares a participar de oficinas de psicoeducação durante oito sessões por quatro a cinco meses. As oficinas ofereciam para os pacientes treino de habilidades sociais e de assertividade e para ambos os pacientes e parentes aulas sobre a doença, prognóstico e medicação. As sessões com pacientes e parentes eram separadas. Após 12 e 24 meses, observou-se melhora significativa nas re-hospitalizações dos pacientes que participaram da intervenção quando comparados com os que receberam tratamento de rotina (BAUML et al., 2006).

IVEZIC et al. (2016) estudaram os efeitos da psicoeducação no auto estigma ao aplicar uma intervenção grupal em pacientes com EQZ para medir o estigma de si. Participaram de um programa de psicoeducação em grupo sobre a EQZ, 40 pacientes em um contexto redutor de estigma próprio. Tinha-se como objetivo determinar como a psicoeducação com base em empoderamento dos indivíduos e princípios de recuperação poderiam ajudar os pacientes. A intervenção ocorreu por meio de um breve grupo psicoterapêutico com o foco na psicoeducação, com discussões e palestras que integravam elementos de educação sobre a doença, além de técnicas cognitivas para lidar com atitudes e crenças, e intervenções psicodinâmicas para lidar com a doença e o estigma. O grupo teve um foco nas pautas relacionadas ao modelo biopsicossocial, a teoria estresse-vulnerabilidade, os sintomas, tratamentos, plano de prevenção de relapso, consciência sobre o estigma e um modelo cognitivo-comportamental para lidar com pensamentos, sentimentos, comportamentos e técnicas de manejo do estigma e discriminação.

Compararam-se os pacientes que receberam a intervenção com outros que não receberam a intervenção. Utilizou-se um delineamento de quatro grupos de Solomon para controlar a influência do pré-teste. Utilizaram-se escalas para mensurar o estigma internalizado, empoderamento e percepção da discriminação. Os participantes da intervenção apresentaram menores escores de estigma internalizado. Todos os participantes demonstraram bons níveis de empoderamento. Não se observou influência da psicoeducação na percepção de discriminação.

6. Considerações finais

A EQZ se faz como doença tradicionalmente vista como debilitante a ponto dos estereótipos perpetrados pela mídia colocarem o transtorno como ponto de partida para comportamentos bizarros de violência ou comportamentos catatônicos e incompreensíveis. A junção do senso comum a esta cultura traz um forte estigma para o aflito com a doença, tendo este que suportar não só seus sintomas, mas também toda uma fantasia irreal acerca da mesma. Este estereótipo, repetido por familiares e pessoas do convívio social do paciente tornam o enfrentamento dos sintomas negativos relacionados a ansiedade e depressão e os positivos como delírios paranoides mais difíceis, visto que o paciente é colocado como indivíduo extirpado de sua razão. Perde-se, portanto, a confiança na sociedade e conseqüentemente em sua autonomia.

Como uma maior QV é prevista por meios familiares e sociais menos julgadores e maior níveis de resiliência interna em relação ao estigma, a falta de uma adaptação para estes novos olhares sob o indivíduo cria uma desconexão ainda maior com a realidade. A psicoeducação ao ser aplicada, como discutido anteriormente, como uma intervenção de base, se traduz nessa adaptação e na criação de maiores níveis de resiliência. O indivíduo, ao refletir e compreender os fatores biopsicossociais da doença, cria em si potenciais de ação muito mais congruentes e adaptativos. A diminuição do estigma interno, ao ser eliciado pela aceitação da realidade e suas limitações e planos para abarcar as insatisfações e desejos do indivíduo, promove estabilidade para que outras intervenções mais específicas possam ser utilizadas.

Nesta revisão literária, notou-se a ênfase nas intervenções específicas dos meios sociais e familiares dos pacientes com EQZ. Embora as intervenções nestes meios sejam de extrema importância, observa-se a escassez de estudos que tenham como foco as intervenções específicas dos pacientes. O indivíduo que sofre de EQZ que não recebe tratamento integrativo,

acaba por necessitar de cuidados terceirizados e tais cuidados normalmente se traduzem em maior diminuição de sua autonomia. A psicoeducação se faz então não apenas como uma alternativa a essa necessidade dos cuidadores, na medida em que tenta trazer no indivíduo todas as habilidades que o mesmo precisa desenvolver novamente ou pela primeira vez para integrar-se ao mundo. Sendo detentor de seus próprios movimentos, o indivíduo torna-se agente principal e catalisador de todas as intervenções que vierem em sua sequência. Tratamentos isolantes criam um feedback positivo que transforma ainda mais os indivíduos em seres não capazes de tomarem conta de si mesmos, a medida em que muitas internações têm como pretexto tirar aquele indivíduo de um meio no qual ele esteja sendo disruptivo, aliviando momentaneamente os sintomas indesejados.

Cabe ao psicólogo bem treinado, o desmantelamento dos sistemas manicomiais que pretendem a sanitarização de indivíduos julgados como disruptivos, ao entender que o objetivo da psicologia não é a manutenção do sistema médico tradicional nem de conformar os sujeitos aos paradigmas dos sistemas que regem as sociedades. Desse modo, cria-se nestes indivíduos a possibilidade de enxergar através destes paradigmas, para que possam então fazer uma verdadeira terapia, que é criar maior QV ao produzir autoconhecimento, mecanismos de resiliência e enfrentamento de problemas e assim maiores potenciais de ação e autonomia para todos. A psicoeducação pode, assim, auxiliar de modo significativo nesse processo.

Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Guidelines for Treatment of Schizophrenia, 2004.
- ANDERSON et al. Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. **Schizophrenia Bulletin**, n. 6, p. 490–505, 1980.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, DSM-5. (5ª ed). Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AUTHIER, Jerry. The Psychoeducation Model: Definition, Contemporary Roots and Content. **Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy**, [S. l.], v. 12, n. 1, 1977.
- BARBATO A. Schizophrenia and Public Health. **Division of Mental Health & Substance Abuse**, World Health Organization, Geneva. 1998.
- BAUML et al. Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients with Schizophrenia and Their Families. **Schizophrenia Bulletin**, v. 32 n. S1 p. S1–S9, 2006
- BAUML, J. et al. Psychoeducation in Schizophrenia: 7-Year Follow-Up Concerning Rehospitalization and Days in Hospital in the Munich Psychosis Information Project Study **Journal Clinical Psychiatry**, v.68, n.6, p. 854-861, 2007.
- BAUML, J.; FROBOSE, T.; KRAEMER, S.; RENTROP, M.; PITSCHEL-WALZ, G. Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients with Schizophrenia and Their Families. **Schizophrenia Bulletin**, v. 32, p. 1–9, 2006.
- BENGSTON, M. All About Schizophrenia. **Psych Central**, 2006.
- CARDOSO, C. S. et al. Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: uma comparação por sexo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1303-1314, 2006.

CARDOSO, C. S. et al. Qualidades psicométricas da escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia: escala QLS-BR. **J. Bras Psiquiatria**, v. 52, n. 3, 211-222, 2003.

CECHNICKI, A.; BIELAŃSKA, A. The influence of early psychosocial intervention on the long-term clinical outcomes of people suffering from schizophrenia. **Psychiatria polska**, v. 51, n. 1, p. 45-61, 2017

DANTAS, R.A.S; SAWADA, N.O.; MALERBO, M.B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do estado de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.4, p.532-8, 2003.

FALKAI, P.; WOBROCK, T.; LIEBERMAN, J.; GLENTHOJ, B.; GATAZ, W.; MÖLLER, H.J.P.; et al. Diretrizes da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica para o tratamento biológico da esquizofrenia. Parte 1: tratamento agudo. **Rev Psiquiatr Clin**, v. 33, p.7-64, 2006.

FELDMANN, R.; HORNUNG, W.; PREIN, B. et al. Timing of psychoeducational psychotherapeutic interventions in schizophrenic patients. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, 2012.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

GLYNN S.N. et al., The potential impact of the recovery movement on family interventions for schizophrenia: opportunities and obstacles. **Schizophr Bull.** 2006

IVEZIC, S. S.; SESAR, M. A.; MUZINIC, L. Effects of a Group Psychoeducation Program on Self-Stigma. Empowerment and Perceived Discrimination of Persons with Schizophrenia. **Psychiatr Danub**, v. 29, n. 1, p. 66-73, 2017.

LYSAKER, P.H.; ROE, D. Integrative Psychotherapy for Schizophrenia: Its Potential for a Central Role in Recovery Oriented Treatment. **J Clin Psychol**, v. 72, n. 2, p.117-22, 2016.

MARI, Jair J; LEITAO, Raquel J. A epidemiologia da esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 22, n. 1, p. 15-17, 2000.

MISHARA, A. L.; LYSAKER, P. H.; SCHWARTZ, M. A. Self-disturbances in schizophrenia: history, phenomenology, and relevant findings from research on metacognition. **Schizophrenia Bulletin**, vol. 40, p. 5-12, 2014.

OLIVEIRA, R. M.; FACINA, Priscila C. B. R. F.; JÚNIOR, A. C. S. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 309-16, 2012.

Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados a Saúde – CID-10. 8. ed. Sao Paulo: Edusp; 2000.

MENEZES, Paulo R. et al. Incidence of first-contact psychosis in São Paulo, Brazil. **Br J Psychiatry Suppl**, v. 51, p. 102–106, 2007.

PEKKALA, E.; MERINDER L. Psychoeducation for schizophrenia. **Cochrane Rev Cochrane Data Base Syst Rev**. 2002.

PEREIRA, É. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. educ. fís. esporte**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241-250, 2012.

PINIKAHANA, J.; HAPPELL, B.; HOPE, J.; KEKS, N.A. Quality of life in schizophrenia: a review of the literature from 1995 to 2000. **Int J Ment Health Nurs**, v. 11, n. 2, p. 103-11, 2002.

POPE, H. G.; LIPINSKI, J. F. Diagnosis in Schizophrenia and Manic-Depressive Illness. A Reassessment of the Specificity of 'Schizophrenic' Symptoms in the Light of Current Research. **Arch Gen Psychiatry**, v. 35, n. 7, p. 811–828, 1978.

PULL, C. Diagnóstico da esquizofrenia: uma revisão. In M. Maj & N. Sartorius (Orgs.), *Esquizofrenia*. Porto Alegre: Artmed, p. 13-70, 2005.

HAMBRECHT, M.; HÄFNER, H. Substance abuse and the onset of schizophrenia. **Biol Psychiatry**, v. 40, n. 11, p. 1155-1163, 1996.

HATFIELD, A.B.; LEFLEY, H.P. *Surviving Mental Illness: Stress, Coping, and Adaptation*. **Google Scholar**. New York, Guilford, 1993.

SILVEIRA, R. D. Rev. Latinoam. **Psicopat. Fund.** São Paulo, v. 12, n. 3, p. 582-596, 2009.

SHIRAKAWA, I. Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 22, n. 1, p. 56-58, 2000 .

SNYDER, S. H. *Drugs and the brain*. **New York: Scientific American Library**, p. 23-45, 1986.

TARRIER, N. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia—a review of development, evidence and implementation. **Psychother Psychosom**, v. 74, p. 136–144, 2005.

WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). Quality of life assessment: international perspectives. **Heidelberg: Springer**, p.41-60, 1994.

YAGANIDA N.; UCHINO T.; UCHIMURA N. The effects of psychoeducation on long-term inpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder. **Kurume Med J**, 2017.

ZANINI, M. H. Psicoterapia na esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 47-49, 2000.