

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**A psicoeducação influencia na vida de cuidadores de pessoas com  
diagnóstico de esquizofrenia?**

**Morgana Cardoso Rodrigues**

Pelotas, 2018

**MORGANA CARDOSO RODRIGUES**

**A psicoeducação influencia na vida de cuidadores de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia?**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Psicologia da Universidade Federal de Pelotas como requisito parcial à obtenção do título de graduada em Psicologia.

Orientador: Jandilson Avelino da Silva

Pelotas, 2018

Morgana Cardoso Rodrigues

**A psicoeducação influencia na vida de cuidadores de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia?**

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

Defesa em 24 de julho de 2018.

Banca examinadora:

---

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

---

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

---

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

Dedico este trabalho à minha mãe Maria Gorete  
Souza Cardoso.

## **Agradecimentos**

À minha amada mãe, que não mediu esforços para me criar e educar, fazendo sacrifícios em sua vida por mim.

Às minhas amigas e amigos de infância que, no decorrer de mais de duas décadas, sempre estiveram ao meu lado me incentivando e apoiando, e que sempre acreditaram no meu sonho de ser psicóloga.

Aos meus amigos e amores que o destino colocou em minha caminhada, que se fizeram presentes no meu processo de formação e amadurecimento, contribuindo para a minha formação como pessoa e como profissional.

Aos meus professores e mestres que ao longo da minha vida escolar e acadêmica muito contribuíram para a minha formação.

Ao meu orientador, que em meio a indecisões, me auxiliou na escolha do tema para o trabalho de conclusão de curso e me orientou na escrita do mesmo, a fim de que fosse possível eu alcançar o sucesso com êxito.

Aos meus colegas, que se tornaram amigos e que nesses cinco anos de academia estiveram ao meu lado nos momentos bons e ruins, que lutaram para que tivéssemos uma formação digna e que me apoiaram em momentos de dificuldade. Vocês foram essenciais para o meu sucesso. Sem o apoio e o incentivo de vocês eu não teria conseguido!

Aos meus pacientes que me oportunizaram colocar em prática os aprendizados adquiridos em sala de aula e entregaram em minhas mãos suas vidas para que eu pudesse ajudá-los a compreender suas questões e promover sua qualidade de vida.

A todos os profissionais que conheci nos campos de estágios e bolsas acadêmicas e que oportunizaram belas trocas de experiências e construção de conhecimento durante a minha trajetória na faculdade.

A meus/minhas psicólogos que, no decorrer dos anos, foram essenciais para eu permanecer nesta caminhada e para chegar até a conclusão do curso.

Muito obrigada!

***"No fim tudo dá certo, e se não deu certo é  
porque ainda não chegou ao fim."***

(Fernando Sabino, 1998)

## Resumo

RODRIGUES, Morgana Cardoso. **A psicoeducação influencia na vida de cuidadores de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia?** 2018. 28f. Trabalho de Conclusão de Curso, Curso de Psicologia, Faculdade de Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2018.

Por meio de busca bibliográfica, esse estudo pretendeu revisar sobre como os cuidadores e/ou familiares de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia são afetados no processo de descoberta e de tratamento do transtorno. Buscou-se inicialmente conceituar a esquizofrenia, o processo diagnóstico e prognóstico, além de abordar as possibilidades de intervenção. Nesse sentido, uma série de estratégias de auxílio a esses indivíduos que convivem com pessoas que possuem esquizofrenia são possíveis para que lidem de forma adequada com as características principais desse transtorno. As intervenções familiares e em grupo são diversas, mas uma das estratégias mais utilizadas é a psicoeducação, uma ferramenta originada na Terapia Cognitivo-Comportamental, mas de grande utilidade em qualquer processo clínico em Psicologia. Pretendeu-se verificar por meio de revisão narrativa da literatura se a psicoeducação influencia na vida de cuidadores de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Encontraram-se que intervenções breves de psicoeducação sobre a esquizofrenia, realizadas com familiares e/ou cuidadores de pessoas que possuam esse transtorno, podem resultar em alterações gerais de variados elementos que podem estar envolvidos na qualidade de vida dessas pessoas.

**Palavras-chave:** psicoeducação; família; cuidadores; esquizofrenia.

## Abstract

RODRIGUES, Morgana Cardoso. **Does psychoeducation influence the caregivers' lives of people diagnosed with schizophrenia?** 2018. 28f. Undergraduate Thesis, Psychology, Faculty of Medicine, Psychology and Occupational Therapy, Federal University of Pelotas, Pelotas, 2018.

Through a bibliographic search, this study aimed to review how caregivers and / or relatives of people diagnosed with schizophrenia are affected in the process of finding and treating the disorder. We first sought to conceptualize schizophrenia, the diagnostic and prognostic process, and to address the possibilities of intervention. In this sense, a series of strategies to help these individuals that are living with people who have schizophrenia are possible to deal adequately with the main characteristics of this disorder. Family and group interventions are diverse, but one of the most used strategies is psychoeducation, a tool originated in Cognitive-Behavioral Therapy, but of great use in any clinical process in Psychology. The purpose of this study was to verify by means of a narrative review of the literature whether psychoeducation influences the life of caregivers of people diagnosed with schizophrenia. It has been found that brief psychoeducational interventions on schizophrenia performed with family members and / or caregivers of people with schizophrenia may result in general changes in the various elements that may be involved in the quality of life of these individuals.

**Key-words:** psychoeducation; family; caregivers; schizophrenia

## Sumário

<b>1 Introdução.....</b>	<b>09</b>
<b>2 Esquizofrenia: aspectos gerais.....</b>	<b>11</b>
<b>3 O tratamento da esquizofrenia.....</b>	<b>14</b>
<b>3.1 Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e Psicoeducação.....</b>	<b>16</b>
<b>4 O estigma da esquizofrenia e o impacto na família.....</b>	<b>17</b>
<b>4.1 Esquizofrenia e sobrecarga família.....</b>	<b>18</b>
<b>4.2 Intervenções com a família de pessoas com esquizofrenia.....</b>	<b>18</b>
<b>5 A psicoeducação em familiares e/ou cuidadores de pessoas com esquizofrenia.....</b>	<b>20</b>
<b>6 Considerações finais.....</b>	<b>23</b>
<b>7 Referências.....</b>	<b>24</b>

## 1 Introdução

Antigamente as pessoas com algum transtorno mental eram internadas em hospitais psiquiátricos onde ficavam confinadas, distantes do convívio familiar, e geralmente vivendo em condições precárias. Na Itália essa realidade mudou com a reforma psiquiátrica, que aconteceu por meio da iniciativa de um médico psiquiatra chamado Franco Basaglia.

Após a entrada de Basaglia, em 1961, no Hospital Psiquiátrico de Gorizia, cidade localizada no norte da Itália, o hospital começou a passar por profundas mudanças institucionais. Tal espaço se transformou em um verdadeiro laboratório de experiências sobre como se poderia pensar e realizar novas formas de tratamento para a “loucura”, além de possibilitar um ambiente propício à realização de críticas teóricas e práticas à psiquiatria e ao seu local de ação, sendo esse último o manicômio (OLIVEIRA, 2011).

No Brasil, a reforma psiquiátrica iniciou-se em 1970, quando começou a se pensar outras formas de tratar as pessoas com transtornos mentais para além das paredes dos chamados manicômios ou hospícios. A aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica foi instituída e com ela veio a proibição da criação de novos hospitais psiquiátricos, garantindo o direito a leitos psiquiátricos em hospitais gerais para casos considerados graves e a criação dos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial). A esses centros eram direcionadas as demandas de sujeitos com transtornos mentais e níveis de gravidade diferentes e, dentre eles, pessoas com esquizofrenia (CORDIOLI; BORESTEIN; RIBEIRO, 2006).

Este estudo tem como assunto principal a esquizofrenia e como questão central a seguinte pergunta: “A psicoeducação pode influenciar na vida de cuidadores de pessoas com esquizofrenia?”. A resposta a essa pergunta perpassa vários tópicos que demonstram a complexidade da interligação de elementos relacionados ao tema. Para tanto, se faz necessário explicar características gerais da esquizofrenia como o processo de diagnóstico, a classificação do transtorno e quais as atuais opções de tratamento existentes para o paciente e sua família.

Não obstante, ao entrar no quesito de opções terapêuticas para esse transtorno mental, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e suas estratégias surge como a principal forma de auxiliar no cuidado dos sintomas e na promoção da qualidade de vida não só do paciente, mas também de seus cuidadores, sejam eles

familiares ou cônjuges. Os cuidadores, geralmente familiares, também vivem o desenvolvimento dos problemas inerentes ao transtorno e todo o sofrimento que o diagnóstico de uma doença mental grave traz. Esses cuidadores, assim como o paciente, precisam de cuidados. Para tanto, é possível também oferecer métodos terapêuticos que os auxiliem.

Desse modo, surgem as chamadas intervenções familiares que, dentre outras estratégias, abordam a psicoeducação. Essa intervenção, geralmente integrante de protocolos da terapêutica cognitiva e/ou comportamental, será discutida neste trabalho como uma possibilidade de melhoramento da qualidade de vida dos familiares de pessoas que possuem o diagnóstico de esquizofrenia.

## 2 Esquizofrenia: aspectos gerais

A esquizofrenia é definida como uma perturbação que persiste no mínimo por seis meses e inclui pelo menos um mês de sintomas na fase ativa. Existe a prevalência de 1% na população mundial, mas apenas cerca da metade dos afetados recebe tratamento. A idade média geral de início é de 18 a 25 anos para os homens e de 25 a 35 anos para as mulheres. Em termos de etiologia, esse transtorno possui influências tanto genéticas quanto ambientais.

Geneticamente, há variações que possibilitam identificar se a pessoa tem a predisposição a desenvolver a doença. Os genes não são especificamente os determinantes da doença, pois podem estar presentes, por exemplo, no espectro de autismo ou no transtorno bipolar. Já o fator ambiental é notado quando, por exemplo, a pessoa tem os genes que a deixam vulnerável ao estresse e, em uma fase da vida, a rotina cheia de pressão e cobranças faz com que tais genes sejam ativados, desencadeando os primeiros sintomas da doença. Quando acontece essa ativação é provável que o indivíduo venha a ter o seu primeiro surto sintomático (TOY; KLAMEN, 2014).

Em termos diagnósticos, na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), a esquizofrenia, os transtornos esquizotípicos e os transtornos delirantes estão na sessão de classificação que vai de F20 a F29. Na CID-10, os transtornos esquizofrênicos estão caracterizados por afeto embotado ou inapropriado e por distorções fundamentais do pensamento e da percepção. Desse modo, os principais fenômenos observados em nível de psicopatologia seriam o eco e o roubo do pensamento, ideias delirantes de controle e de percepção, vozes alucinatórias e sintomas negativos. A evolução dos transtornos esquizofrênicos pode ser contínua, episódica, com ocorrência de um déficit progressivo ou estável, ou pode comportar um ou vários episódios seguidos de uma remissão completa ou incompleta de sintomas.

Conforme a CID-10, os transtornos esquizofrênicos compreendem: *Esquizofrenia Paranoide* (F20.0), *Esquizofrenia Hebefrênica* (F20.1), *Esquizofrenia Catatônica* (F20.2), *Esquizofrenia Indiferenciada* (F20.3), *Depressão Pós-esquizofrênica* (F20.4), *Esquizofrenia Residual* (F20.5), *Esquizofrenia Simples* (F20.6), *Outras Esquizofrenias* (F20.8), *Esquizofrenia Não Especificada* (F20.9). Além disso, compreendem também esse espectro outros transtornos relacionados

como o *Transtorno Esquizotípico* (F21), *Transtornos Delirantes Persistentes* (F22), *Transtorno Delirante* (F22.0), *Outros Transtornos Delirantes Persistentes* (F22.8), *Transtorno Delirante Não Especificado* (F22.9), *Transtornos Psicóticos Agudos e Transitórios* (F23), *Transtorno Psicótico Agudo Polimorfo, Sem Sintomas Esquizofrênicos* (F23.0), *Transtorno Psicótico Agudo Polimorfo, Com Sintomas Esquizofrênicos* (F23.1), *Transtorno Psicótico Agudo Tipo Esquizofrênico (achizophrenia-like)* (F23.2), *Outros Transtornos Psicóticos Agudos, Essencialmente Delirantes* (F23.3), *Outros Transtornos Psicóticos Agudos e Transitórios* (F23.8), *Transtorno Psicótico Agudo e Transitório Não Especificado* (F23.9), *Transtorno Delirante Induzido* (F24), *Transtornos Esquizoafetivos* (F25), *Transtorno Esquizoafetivo do Tipo Maníaco* (F25.0), *Transtorno Esquizoafetivo do Tipo Depressivo* (F25.1), *Transtorno Esquizoafetivo do Tipo Misto* (F25.2), *Outros Transtornos Esquizoafetivos* (F25.8), *Transtorno Esquizoafetivo Não Especificado* (F25.9), *Outros Transtornos Psicóticos Não-Orgânicos* (F28) e *Psicose Não-Orgânica Não Especificada* (F29).

Atualmente, a esquizofrenia está dentro do que se chama de *Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos*, conforme consta no Manual de Diagnóstico Médico DSM-5, da Associação Americana de Psiquiatria (2014). Nesse espectro estão o *Transtorno Delirante 297.1* (F22), o *Transtorno Psicótico Breve 298.8* (F23), o *Transtorno Esquizofreniforme 295.40* (F2Q.81), a *Esquizofrenia 295.90* (F20.9), o *Transtorno Esquizoafetivo tipo Bipolar 295.70* (F25.0), o *Transtorno Esquizoafetivo tipo Depressivo 295.70* (F25.1), o *Transtorno Psicótico Induzido por Substância/Medicamento*, o *Transtorno Psicótico Devido a Outra Condição Médica tipo Com Delírio 293.81* (F06.2), o *Transtorno Psicótico Devido a Outra Condição Médica tipo Sem Delírio 293.82* (F06.0), a *Catatonía Associada a Outro Transtorno Mental (Especificações de Catatonía) 293.83* (F06.1), o *Transtorno Catatônico Devido a Outra Condição Médica 293.89* (F06.1), o *Outro Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Outro Transtorno Psicótico Especificado 296.8* (F28), o *Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Outro Transtorno Psicótico Não Especificado 298.9* (F29).

De acordo com o DSM-5, a avaliação para diagnosticar um indivíduo com esquizofrenia segue uma ordem de sintomas que deve ser apresentado em determinado período de tempo. Esses sintomas são: (1) delírios; (2) alucinações; (3) discurso desorganizado; (4) comportamento grosseiramente desorganizado ou

catatônico; e (5) sintomas negativos. É necessário que ao menos dois ou mais dos sintomas citados estejam ativos por um mês ou mais, descartar que os sintomas sejam decorrentes do uso de substâncias psicoativas e/ou de algum quadro clínico (fisiológico ou biológico) e também verificar se os sintomas psicóticos não são de um quadro de transtorno esquizoafetivo e transtorno depressivo ou transtorno bipolar. Essa ação é essencial para que não haja equívocos no diagnóstico (APA, 2014).

Os sintomas positivos da esquizofrenia constituem excesso de distorções das funções normais – acréscimos específicos a pensamento, emoção ou comportamento considerados normais (LIEBERMAN, 2015 *apud* WEIDEN *et al.*, 1999). Os delírios são caracterizados por crenças fixas, não passíveis de mudanças à luz de evidências conflitantes, e seu conteúdo pode incluir uma variedade de temas. Já as alucinações são experiências semelhantes à percepção, que ocorrem sem um estímulo externo e são vívidas e claras, com toda a força e impacto das percepções consideradas normais, não estando sobre controle voluntário (APA, 2014). Esses sintomas são considerados positivos e são mais visíveis por quem está ao redor, podendo ser mais bem notados pelas mudanças no temperamento e no comportamento do indivíduo.

Além desses sintomas, caracterizam também esse transtorno os sintomas negativos, que podem ser o afeto embotado, a alogia (redução da fluência e espontaneidade de fala) e a avoliação, marcada pela ausência de iniciativa ou de objetivos (TOY; KLAMEN, 2014).

### 3 O tratamento da esquizofrenia

O tratamento moderno da esquizofrenia tem como base a combinação da farmacoterapia antipsicótica com intervenções psicossociais e psicoeducacionais, tais como orientação familiar, treino de habilidades sociais, reabilitação vocacional e TCC (RANGÉ *et al.*, 2011). A TCC pode diminuir as chances de recaídas e a intensidade das alucinações e delírios, colaborando, assim, para o melhoramento do funcionamento do paciente. Em geral, a TCC é indicada para os pacientes com psicoses que apresentam sintomas positivos, mesmo os que estão fazendo uso de psicofármacos.

Segundo Rangé *et al.* (2011), a TCC está baseada na forma com que o indivíduo percebe a realidade, interpreta os fatos e como se sente e se comporta em relação a eles em sua vida. Desse modo, trata-se de uma abordagem em que o tratamento se baseia em uma compreensão sobre o sujeito, suas crenças e padrões de comportamento e, a partir disso, o terapeuta trabalha para modificar pensamentos e, por consequência, os comportamentos do indivíduo. Portanto, a TCC atua na mudança das cognições, com foco na mudança emocional e comportamental.

A TCC tem alguns princípios fundamentais que são muito importantes para que ela seja aplicada com obtenção de êxito no processo terapêutico. Ela está baseada em uma formulação de desenvolvimento contínuo dos problemas dos pacientes e em uma conceituação individual de cada paciente em termos cognitivos; requer uma aliança terapêutica sólida; enfatiza a colaboração e a participação ativa; é orientada para os objetivos e focada nos problemas; enfatiza inicialmente o presente; é educativa, tendo como objetivo ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta e, desse modo, reforça a prevenção de recaída; visa ser limitada no tempo, com sessões estruturadas; ensina os pacientes a identificar, avaliar e responder aos seus pensamentos e crenças disfuncionais; usa uma variedade de técnicas para mudar o pensamento, o humor e o comportamento.

Conforme Clark e Beck (2012), uma estrutura de sessão em TCC consiste em: revisar a semana e verificar o humor do paciente; definir uma agenda para a sessão (os tópicos a serem abordados, relacionados aos objetivos do paciente com a terapia); avaliar o plano de ação da sessão anterior (nem sempre aplicável); tratar

dos tópicos da agenda definida; elaborar um plano de ação (pode-se dar tarefa para o paciente fazer em casa, por exemplo); resumir a sessão e realizar *feedback*.

Os principais protocolos da TCC utilizados para promover a qualidade de vida e prevenir recaídas em pacientes com esquizofrenia envolvem a normalização (KINGDON; TURKINGTON, 1991); o tratamento em módulos (FOWLER *et al.*, 1995); e o reforço das estratégias de enfrentamento (TARRIER, 1990). Essas três estratégias têm os seguintes objetivos em comum:

- reduzir a angústia e a interferência que a vivência psicótica causa no indivíduo;
- promover a compreensão do transtorno psicótico por parte do paciente, buscando uma autorregulação dos sintomas e, com isso, a diminuição do risco de recaídas, tornando o indivíduo um agente ativo no seu tratamento;
- reduzir os transtornos emocionais como ansiedade, depressão e desesperança, através da modificação de esquemas disfuncionais.

Na **normalização** a ideia é de que há um espaço ou equilíbrio entre delírio e pensamentos considerados normais e entre alucinações e imaginações, e a esquizofrenia estaria em uma extremidade desse *continuum*. O ponto-chave seria compreender o disparador da psicose e o mantenedor. Ao descobrir o que pode causar o surto psicótico, seria possível promover mudanças ou, ao menos, adaptações para o indivíduo.

Nesse sentido, há quatro pontos a considerar e analisar para ter essa compreensão mais aprimorada sobre a experiência da psicose: 1) o contexto cultural – crenças em fenômenos não-científicos; 2) a vulnerabilidade – quanto maior a predisposição genética para doenças mentais, menor precisa ser o nível de estresse para desencadear um surto, por exemplo; 3) eventos da vida – identificar eventos que possam ser significativos e/ou traumáticos; 4) sugestibilidade – a sugestão pode ser prejudicial e atrapalhar a avaliação sobre o risco das situações e diminuir as faculdades necessárias para distinguir, por exemplo, a realidade subjetiva da realidade objetiva.

O **tratamento em módulos** envolve um processo estruturado a ser realizado, sendo dividido em seis partes: 1) estabelecimento de vínculo terapêutico; 2) utilização de estratégias comportamentais para manejo geral dos sintomas; 3) discussão de perspectivas possíveis para a experiência da psicose; 4) utilização de

estratégias para manejo das alucinações; 5) avaliação de como o paciente se vê, de como vê as pessoas e de como vê o mundo ao seu redor (tríade cognitiva); 6) estabelecimento de novas possibilidades para as questões individuais e autorregulação dos sintomas.

O **reforço das estratégias de enfrentamento** foca em oferecer treinamento individual para pacientes a fim de que possam aprender o autocontrole e, assim, controlar seus delírios e alucinações. Essa estratégia baseia-se na premissa de que alucinações e delírios ocorrem em um contexto social e subjetivo e esses sintomas assumem significado somente se forem acompanhados por uma reação emocional. Tarrier propõe que se faça o resgate da maneira como o paciente lida com isso e seja dado o auxílio para aperfeiçoar esses mecanismos (RANGÉ *et al.*, 2011).

### **3.1 Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e Psicoeducação**

Na TCC existe uma gama de estratégias para abordar diferentes temas e auxiliar o paciente no enfrentamento de suas questões e na redução ou remissão dos sintomas que ele apresenta. Dentre essas estratégias está a psicoeducação. A psicoeducação foi estruturada como estratégia de intervenção por volta de 1970, sendo uma prática de tratamento aplicada na área da saúde para diversos transtornos mentais e doenças de naturezas distintas. Wood *et al.* (1999) sugerem que o termo psicoeducação seja desmembrado para a explicação de seu uso, sendo *psico* destinada a parte teórica e prática de técnicas da psicologia e *educação* à teoria e prática de estratégias de aprendizagem da pedagogia. Na verdade, ela é considerada um processo educacional em que o paciente aprende sobre seu transtorno mental e sobre o seu funcionamento (BECK, 2013). Esse processo educacional visa não somente que o paciente aprenda sobre o transtorno ou que tenha maior adesão aos tratamentos convencionais tais como com fármacos e psicoterapia, mas também objetiva influenciar na correção das crenças cognitivamente distorcidas do paciente (RACHMAN, 2006).

#### 4. O estigma da esquizofrenia e o impacto na família

A pessoa com esquizofrenia sofre com o estigma, já que a sociedade só tem acesso ao problema do indivíduo no momento em que acontece o surto psicótico. No geral, esse indivíduo não é violento. Contudo, em certas situações, como em psicose, ele pode visualizar coisas que o façam se sentir ameaçado. Como ele está enxergando uma realidade distorcida, se alguém se aproxima, ele pode agir de maneira impulsiva ou reflexa para se proteger, como qualquer outro ser humano reagiria ao se sentir em perigo.

Nos ambientes de convívio comuns em sociedade (ruas, praças públicas ou comércios), se um sujeito apresenta sinais de delírio ou alucinação, pode ser que as pessoas ao redor o entranhem e o rotulem como "louco". Rotular e chamar de louco são práticas comuns quando nos vemos em situações de enfrentamento com aquilo que desconhecemos. Isso ocorre pelo pré-conceito que temos culturalmente infiltrado em nós de que o que não segue um padrão adotado pela maioria é anormal e, por consequência, deve ser excluído (GIACON; GALERA, 2006).

Com toda essa questão do estigma, o paciente com esquizofrenia sofre com a dificuldade em estabelecer suas relações interpessoais: tem problemas para se comunicar e se relacionar, não consegue fazer com que os familiares compreendam o que se passa e também encontra obstáculos na hora de fazer amizades ou manter as que existem, além de que os relacionamentos amorosos ficam ainda mais difíceis de ocorrerem. Quando esse indivíduo retorna para o convívio familiar e para a vida em sociedade, há um grande choque nas relações, pois a família precisa entender o que acontece com o ente querido. Os familiares precisam compreender o que é a doença, como ajudar a pessoa, sobreviver ao luto da perda da pessoa "normal" com a qual conviviam sem problemas e, ainda, precisam aceitar esse familiar como uma "nova pessoa", que se transformou devido ao transtorno mental (NOLASCO *et al.*, 2014).

Segundo Zanetti e Galera (2007), quando a família descobre que um de seus membros porta algum transtorno mental, o impacto que ela sente é semelhante ao impacto referente à ocorrência de catástrofes, sendo esse intenso e avassalador. Quando vem o diagnóstico de esquizofrenia, logo após o primeiro surto psicótico, é vivido um estresse em conjunto e a estabilidade da família se desfaz. Nesse

momento se instala o medo, a aflição, a angústia, a impotência, a frustração, a culpa, a incerteza e diversos outros sentimentos e pensamentos pessimistas.

#### **4.1 Esquizofrenia e sobrecarga familiar**

A sobrecarga pode ser um efeito colateral da existência de uma pessoa com transtorno mental em uma família, pois quando se convive com um paciente psiquiátrico, toda a rotina muda em função dos cuidados específicos demandados pelo indivíduo (NOLASCO *et al.*, 2014). A sobrecarga pode ser objetiva e subjetiva, sendo a primeira relacionada à parte mais prática (rotina de cuidados e questões financeiras, sociais e profissionais dos familiares) e a segunda aos pensamentos que a família tem de obrigação em cuidar e zelar pelo indivíduo (HATFIELD, 1983).

Para Almeida *et al.* (2009), a sobrecarga objetiva está diretamente ligada às mudanças que se tonam necessárias no cotidiano dos familiares da pessoa com transtorno mental, como prioridades e remanejamento de planos para o futuro. A necessidade de dar total atenção e cuidado ao paciente acaba por fazer com que seus familiares adaptem sua rotina, mudem seus planos ou desistam deles.

A sobrecarga subjetiva está ligada ao sofrimento, desequilíbrio emocional e outros transtornos de ordem psicológica que podem afetar os familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental. Ao ser designado a cuidar de um paciente com esquizofrenia, o familiar vivencia sentimentos negativos e intensos como desesperança e preocupações exacerbadas. A preocupação não cessa, pois o paciente com esquizofrenia tem a possibilidade eminente de sofrer com comportamentos que adota, principalmente, na fase de sintomas positivos. Além disso, podem colocar sua vida em risco na fase de sintomas negativos, pensando em suicídio, por exemplo.

#### **4.2 Intervenções com a família de pessoas com esquizofrenia**

As intervenções familiares (IF) podem ser realizadas de diferentes maneiras, sendo elas: multifamiliar, unifamiliar, só para familiares ou modelos mistos. Elas também podem variar no que diz respeito ao local de aplicação e duração do

processo, podendo ser realizadas em casa ou em instituições e em poucos encontros ou durante um longo período de tempo. Na IF direcionada à esquizofrenia a sugestão é de que essa seja separada em modelos de terapia familiar, sendo uma condição em grupo apenas para familiares e outra com a participação da pessoa que possui o transtorno (PEREIRA *et al.*, 2006 *apud* MACFARLANE *et al.*, 2006).

Desse modo, poderiam ser utilizadas estratégias mais clássicas com objetivos diferentes. A intervenção em grupo apenas para familiares pode focar em dois alicerces: 1) informações sobre quadro clínico, diagnóstico, tratamentos, prognóstico, direitos do paciente com transtorno mental e orientações afins; 2) normalização ou reformulação de atitudes e manejo e modelagem de emoções, inclusive dos níveis reduzidos de expressão emocional. As intervenções familiares em grupo têm como objetivo trabalhar para a diminuição da sobrecarga dos familiares, não atuando nas questões relacionadas ao paciente com esquizofrenia.

A intervenção familiar com a participação do paciente tem como objetivo contemplar toda a família, incluindo o paciente. Esse tipo de intervenção segue alguns princípios, sendo eles: 1) adoção de um modelo de vulnerabilidade-estresse para a esquizofrenia; 2) complemento do tratamento medicamentoso; 3) pressuposição de forte aliança terapêutica com a família, sendo o indivíduo incluído em grande parte das sessões; 4) sessões preferencialmente em casa; 5) ênfase na educação da família sobre o transtorno; 6) orientação cognitivo-comportamental, com enfoque nas questões práticas do cotidiano; 7) treino de comunicação, permitindo maior clareza de expressão e uma tendência construtiva; 8) treino de resolução de problemas para o conjunto familiar; 9) melhoria do ambiente familiar, mediante potenciação do *coping* construtivo e redução do estresse; 10) manutenção de expectativas realistas para doentes e familiares, ao mesmo tempo em que se desenvolvem redes de suporte social informal e formal para a família no seu todo; 11) manutenção por um tempo significativo em um contexto de continuidade de cuidados, incluindo componentes específicos para a prevenção das recaídas (PEREIRA *et al.*, 2006).

## 5 Psicoeducação em familiares e/ou cuidadores de pessoas com esquizofrenia

A psicoeducação pode ser compreendida como um aporte de abordagens orientadas por dois vieses: ajudar a família e o paciente a aprender sobre o transtorno mental e a dominar novas maneiras de manejá-lo, bem como os problemas do dia-a-dia; e reduzir o estresse familiar, dando apoio social e coragem para que haja foco no futuro e nas possibilidades existentes, diminuindo, assim, as dificuldades e medos dos indivíduos (PEREIRA *et al.*, 2006). Não há um protocolo exato para a psicoeducação em pessoas com esquizofrenia e seus familiares. Contudo, existe um protocolo muito usado para a psicoeducação em transtorno bipolar que pode ser aplicado para outros transtornos mentais considerados graves, como é o caso da esquizofrenia.

Os tópicos a serem abordados em um programa psicoeducacional para um transtorno grave devem incluir pelo menos os seguintes doze pontos: 1) informação sobre os altos índices de recorrência associados ao transtorno e à sua condição crônica; 2) informação sobre os fatores de desencadeamento e um treinamento pessoal para auxiliar os pacientes a identificarem os seus próprios; 3) informação sobre os agentes psicofarmacológicos, suas vantagens e seus potenciais efeitos colaterais; 4) treinamento na detecção precoce dos sintomas prodrômicos; 5) composição de um “plano de emergência”; 6) treinamento sobre o manejo dos sintomas gerais; 7) informação sobre os riscos associados ao uso de drogas ilícitas – café e álcool; 8) ênfase sobre a importância de rotinas de manutenção – especialmente hábitos de sono; 9) promoção de hábitos saudáveis; 10) treinamento em gerenciamento de estresse; 11) informação concreta sobre alguns assuntos como gravidez e risco de suicídio; 12) lidar com o estigma e outros problemas sociais relacionados que não podem ser discutidos facilmente com os amigos “saudáveis” (COLOM; VIETA, 2004).

As intervenções breves de psicoeducação sobre esquizofrenia com familiares podem resultar em pessoas mais informadas e educadas sobre o tema, mas, em alguns casos, não reduzem por tempo duradouro os problemas emocionais e a sobrecarga desses familiares e podem não alterar a influência do ambiente familiar no curso da esquizofrenia (SCAZUFCA, 2000 *apud* BERKOWITZ; EBERLEIN-FRIES; KUIPERS; LEFF, 1984; BIRCHWOOD; SMITH; COCHRANE, 1992).

Um programa de intervenção multifamiliar de orientação cognitivo-comportamental em ambiente hospitalar originou um estudo experimental no qual se utilizou o FQP (questionário de problemas familiares) para verificar cinco dimensões diferentes envolvidas no cuidado de pessoas com esquizofrenia (sobrecarga objetiva, sobrecarga subjetiva, apoio recebido de profissionais ou social, atitudes positivas com o paciente e criticismo).

O estudo contou com a participação de cerca de 20 familiares de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia e tinha como objetivo avaliar a eficácia da psicoeducação nos fatores envolvidos no cuidado de pacientes com esquizofrenia. Os participantes foram divididos em dois grupos, sendo um grupo controle, que não recebeu a intervenção, e o outro grupo experimental, que recebeu o programa psicoeducacional. Aplicou-se o FQP antes e depois da realização do processo de psicoeducação que incluiu atividades diversas.

Ao analisar os dados e observar os resultados obtidos depois de comparar os escores dos grupos, percebeu-se que o grupo controle não teve alterações significativas na análise das cinco dimensões medidas pelo FQP. No entanto, foi possível notar que o grupo experimental teve alteração nos escores de todas as dimensões medidas, sendo que a sobrecarga objetiva passou de 2,20 (DP=0,54) para 1,67 (DP=0,32); a sobrecarga subjetiva diminuiu de 2,63 (DP=0,65) para 2,05 (DP=0,38) e a variável criticismo foi alterada de 1,70 (DP=0,25) para 1,27 (DP=0,34). (PINHO; PEREIRA, 2015).

Pereira *et al.* (2006) em uma revisão sobre intervenções familiares, apresentaram algumas vantagens e desvantagens na utilização da psicoeducação como intervenção com grupo de famílias sem a participação do indivíduo possuidor do transtorno. A característica principal desse tipo de intervenção é o foco no componente pedagógico, de suporte emocional ou misto. As vantagens se resumem em abordar diretamente as necessidades dos familiares e cuidadores da pessoa com o diagnóstico de esquizofrenia e permitir que essas questões sejam trabalhadas mesmo quando o paciente recusa o tratamento. As desvantagens são a taxa de adesão baixa e o fato de que essas intervenções não alteram o curso clínico da esquizofrenia.

Santana (2011), em revisão sobre intervenções psicoeducativas, afirma que esse tipo de atividade tem mostrado resultados benéficos tanto para os cuidadores quanto para as pessoas que possuem a esquizofrenia. Nesse estudo, os resultados

considerados como os mais benéficos são: o aumento da adesão aos tratamentos; o conhecimento que os familiares e cuidadores adquirem sobre os sintomas prodromáticos (pré-doença) e das situações que podem ser disparadoras para um primeiro surto; a melhora na capacidade para lidar com o transtorno; e a diminuição da sobrecarga familiar. Santana (2011) ainda diz que "a psicoeducação traça um caminho que vai do conhecimento ao autoconhecimento tendo em vista a reabilitação psicossocial e o bem-estar geral nas vivências futuras" (SANTANA, 2011, p. 5).

Penn e Mueser (1996) revisaram estudos controlados e conseguiram evidenciar que a intervenção familiar por meio de psicoeducação reduz a vulnerabilidade a recaídas dentro de um a dois anos de seguimento. Nesse processo de revisão foram encontrados dois estudos mostrando uma redução dos níveis de sobrecarga familiar após intervenções familiares educacionais (YACUBIAN; LOTUFO NETO, 2001). Sabe-se que ocorre uma redução nos níveis de recaída de pessoas com esquizofrenia pertencentes a famílias que participam de programas de psicoeducação quando comparados a pacientes em que a família não participou de intervenção psicoeducacional (YACUBIAN; LOTUFO NETO, 2001 *apud* BEARDSLEE *et al.*, 1997; PENN; MUESER, 1996; MACFARLANE *et al.*, 1996).

## 6 Considerações finais

A esquizofrenia é um transtorno mental grave e crônico para o qual ainda não há uma cura irrestrita, de modo que o paciente deixe de apresentar sintomas. Nesse sentido, é necessário buscar estratégias para aprender sobre como lidar com o transtorno e seu percurso em todas as suas peculiaridades, para ao menos promover qualidade de vida ao paciente. Por ser um transtorno que altera o modo geral de funcionamento do indivíduo (desde como a pessoa pensa até o modo como ela se comporta), isso afeta diretamente seu cotidiano e suas relações interpessoais. Assim, o transtorno não atinge somente a pessoa diagnosticada, mas também seus familiares e cuidadores.

Com base nos dados da literatura, percebe-se que a TCC tem se mostrado eficaz com estratégias de acolhimento, compartilhamento e enfrentamento de situações e sentimentos relacionados à esquizofrenia. Além disso, uma de suas principais estratégias, a psicoeducação, tem sido utilizada como ferramenta importante na melhoria da convivência com o transtorno. A psicoeducação mostra-se como importante auxílio para o tratamento da pessoa com o diagnóstico de esquizofrenia, assim como para pessoas com outros transtornos mentais. Ela tem possibilitado, desse modo, uma melhora tanto para os pacientes como também para os familiares.

Considerando as informações que constaram nesta revisão, a psicoeducação influencia na qualidade de vida de cuidadores de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Informações sobre o transtorno podem diminuir a sobrecarga no cuidado das pessoas com o transtorno, além de aumentar as atitudes positivas para com o paciente. A psicoeducação possibilita que essas pessoas aprendam sobre a esquizofrenia e possam, dessa forma, não somente usar os conhecimentos adquiridos com seu familiar, mas também difundir as informações para mais famílias e cuidadores que sofrem com a descoberta do diagnóstico e dos estigmas sociais decorrentes desse processo. Isso possibilita um melhor enfrentamento das dificuldades da vida cotidiana com a referente psicopatologia.

## 7 Referências

ALMEIDA, M. M. de; SCHAL, V. T.; MARTINS, A. M.; MODENA, C. M. A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia. **Revista de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, v. 32, n. 3, p. 73-79, 2010. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/rprs/v32n3/1312.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rprs/v32n3/1312.pdf)>. Acesso em: 21 mai. 2018.

APA. **Manual de Diagnóstico Médico**. Associação Brasileira de Psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BECK, J. S. **Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática**. 2º ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

CLARK, D. A.; BECK, A. T. **Vencendo a ansiedade e a preocupação com a terapia cognitivo-comportamental**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

COLOM, A.; VIETA, E. Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, suppl. 3, p. 47-50, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462004000700011&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462004000700011&script=sci_abstract&tlng=es)>. Acesso em: 23 jun. 2018.

HATFIELD, A.B. What families want of family therapists. In: MacFarlane WR (Ed.). **Family therapy in schizophrenia**. New York: Guilford Press, p. 41-65, 1983. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/record/1989-30323-001>>. Acesso em: 21 mai. 2018.

MCFARLANE W.; LINK, B.; DUSHAY, R.; MARCHAL, J.; CRILLY, J. Psychoeducational multiple family groups: four-year relapse outcome in schizophrenia. **Fam Process**, p. 127-144, 1995. Disponível em: <[onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1545-5300.1995](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1545-5300.1995)>. Acesso em: 21 mai. 2018.

NOLASCO, M; BANDEIRA, M.; OLIVEIRA, M.; VIDAL, C. Sobrecarga de familiares cuidadores em relação ao diagnóstico de pacientes psiquiátricos. **Jornada Brasileira de Psiquiatria**, v. 63, n. 2, p. 89-97, 2014. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n2/0047-2085-jbpsiq-63-2-0089.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n2/0047-2085-jbpsiq-63-2-0089.pdf)>. Acesso em: 27 mai. 2018.

OLIVEIRA, C. L. **O pensamento de Franco Basaglia na área da Saúde Mental**. ABRAPSO, 2011. Disponível em: <<http://www.encontro2011.abrapso.org.br/>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a Revista. São Paulo: Universidade de São Paulo, v.1,1997.

PEREIRA, M. G.; XAVIER, M.; NEVES, A.; CORREA, B. B.; FADDEN, G. Intervenções familiares na esquizofrenia - Dos Aspectos Teóricos à Situação em Portugal. **Acta Med. Port.**, v. 19, p. 1-8, 2006. Disponível em: <<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/.../584>>. Acesso em: 11 jul. 2018.

RANGE B., et al. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. 2. ed., Porto Alegre: Artmed, 2011.

SILVA, R. C. B. Esquizofrenia: uma revisão bibliográfica. **Psicologia**. USP, 2006. Disponível em: <[www.revistas.usp.br/psicosp/article/view/41862](http://www.revistas.usp.br/psicosp/article/view/41862)>. Acesso em: 27 mai. 2018.

TOY, E. C. **Casos clínicos em psiquiatria**. 4. ed., Porto Alegre: AMGH, 2014.

VALLADA FILHO, H. P.; SAMAIA, H. Esquizofrenia: aspectos genéticos e estudos de fatores de risco. **Revista Brasileira Psiquiatria**, São Paulo, v. 22 suppl. 1, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462000000500002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000500002)>. Acesso em: 14 jul. 2018.

WOOD, M. M.; BRENDRO, L. K.; FECSE, F. A.; NICHOLS, P. Psychoeducation: an idea whose time has come. Richmond, VA: **The Council for Children with Behavioral Disorders**, 1999. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v25n1/v25n1a02.pdf>>. Acesso em: 21 mai. 2018.

WRIGHT, J.; TURKINGTON, D.; KINGDON, D. G.; BASCO, M. R. **Terapia cognitivo-comportamental para doenças mentais graves**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

YACUBIAN, J.; LOTUFO NETO, F. Psicoeducação Familiar. **Família, Saúde, Desenvolvimento**, Curitiba, v.3, n. 2, p.98-108, 2001. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/refased/article/view/5047/3816>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

ZANETTI, A. C. G.; GALERA, S. A. F. O impacto da esquizofrenia para a família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 385-92, 2007. Disponível em: <[seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4689](http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4689)>. Acesso em: 19 jun. 2018.