

**O PAPEL DO PSICÓLOGO NO TRATAMENTO DE PACIENTES  
DIAGNOSTICADOS COM ESQUIZOFRENIA**

**THE PSYCHOLOGIST'S ROLE IN THE TREATMENT OF PATIENTS  
DIAGNOSED WITH SCHIZOPHRENIA**

Luiza de Freitas Coutinho Neto\*

Daniela Soares Rodrigues \*\*

**RESUMO**

A esquizofrenia é um transtorno mental caracterizado por uma desorganização de vários processos mentais, causando ao portador a apresentação de vários sintomas e, geralmente, se manifesta entre o fim da adolescência e o início da vida adulta, entre os 15 e 25 anos de idade. O tratamento da esquizofrenia depende de uma equipe multiprofissional, trabalhando com uma combinação de medidas terapêuticas, como o objetivo de garantir ao paciente uma maior qualidade de vida e estabilizando seus sintomas. O presente artigo tem como objetivo compreender o que é a esquizofrenia, seus sintomas e como ela é diagnosticada, descrever qual o papel do psicólogo e sua importância no tratamento de pacientes diagnosticados com esquizofrenia, e identificar quais as principais terapias utilizadas pelo psicólogo no tratamento de paciente diagnosticados com esquizofrenia e quais os seus benefícios. Esse projeto é baseado em uma pesquisa qualitativa, que tem como método principal o bibliográfico, tendo seu conteúdo baseado em materiais já elaborados, referenciando autores como Bressan (2007), Shirakawa (2000), Louzã (2001), Shirakawa, Chaves e Mari (2001).

**Palavras-chave:** Abordagens Psicossociais; Esquizofrenia; Psicoterapia; Terapia Ocupacional.

---

\* Graduando em Psicologia pela Faculdade de Iporá, GO.

\*\* Orientador, Graduado em Psicologia pela Universidade Salgado de Oliveira- UNIVER, e Pós-graduado em Docência Universitária pela Faculdade de Iporá.

## ABSTRACT

Schizophrenia is a mental disorder characterized by a disorganization of various mental processes, causing the patient to present various symptoms and usually manifests between the end of adolescence and the beginning of adulthood, between 15 and 25 years of age. The treatment of schizophrenia depends on a multidisciplinary team, working with a combination of therapeutic measures, such as the objective of ensuring the patient a higher quality of life and stabilizing his symptoms. This article aims to understand what schizophrenia is, its symptoms and how it is diagnosed, describe the role of the psychologist and its importance in the treatment of patients diagnosed with schizophrenia, and identify the main therapies used by the psychologist in the treatment of patients diagnosed with schizophrenia and what its benefits are. This project is based on qualitative research, whose main method is the bibliographic, having its content based on materials already elaborated, referencing authors such as Bressan (2007), Shirakawa (2000), Louzã (2001), Shirakawa, Chaves and Mari (2001).

**Keywords:** Occupational Therapy; Psychosocial Approaches; Psychotherapy; Schizophrenia.

## 1 INTRODUÇÃO

Em pleno século XXI, a palavra esquizofrenia assusta muita gente, por ainda ser uma doença que causa preconceitos e mal-entendidos. A esquizofrenia é uma doença mental, heterogênea, que é caracterizada por uma desorganização de diversos processos mentais, causando vários sintomas em seus portadores. Sua manifestação se inicia, em geral, fim da adolescência ou no início da idade adulta, entre os 15 e 25 anos. (LOUZÃ,1999)

Por ser uma doença heterogênea, a esquizofrenia é diagnosticada com base na sintomatologia de acordo com o critério utilizado, podendo ser a Classificação Internacional de Doenças (CID-10, OMS 1992) ou o Manual Diagnostico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, APA, 2014). O diagnóstico é baseado no tipo, duração e classificação dos sintomas, positivos ou negativos. Entre os principais sintomas considerados estão: delírios, alucinações, alterações de pensamento, alterações de afetividade, diminuição da motivação, sintomas motores, autismo, ambivalência, autorreferência, alterações da cognição. Esses sintomas

podem ser classificados entre sintomas positivos, negativos, cognitivos e afetivos. (LOUZÃ,1999)

O diagnóstico é feito por um psiquiatra, que irá tentar classificar a esquizofrenia segundo alguns subtipos, que são classificados de acordo com os principais sintomas apresentados, tendo em diferenças entre eles como à evolução da doença. Pode-se apresentar quatro subtipos distintos, que são, paranoide, hebefrênico, catatônico e simples. (BRESSAN, 2007)

A esquizofrenia é uma doença crônica que requer um tratamento que deve ser seguido por muito tempo. O tratamento é dividido entre tratamentos farmacológicos e terapias psicossociais. Durante a fase aguda o psiquiatra inicia o tratamento com a escolha de um antipsicótico, utilizando baixas doses, que vão aumentando de acordo com a melhora do paciente. Além dos antipsicóticos, o médico utilizar alguns medicamentos tranquilizantes para ajudar o paciente com sua angústia, agitação e sono. (LOUZÃ,1999)

Após algumas semanas inicia-se a fase de remissão, onde seus sintomas reduzem de forma significativa. No entanto o uso da medicação precisa continuar para evitar uma recaída. O tratamento de manutenção da esquizofrenia deve ser contínuo durante um tempo prolongado, e na maioria dos casos o paciente deve utilizar a medicação por pelo menos dois anos após sua primeira crise, e por pelo menos cinco anos após a segunda crise. Somente a partir desse processo, não havendo agravamento dos sintomas, será feita uma nova avaliação para decidir a possibilidade da redução ou suspensão do remédio (feito de forma gradativa). (LOUZÃ,1999)

Além do tratamento farmacológico, há também o tratamento psicossocial. As abordagens psicossociais buscam abordar os fatores estressantes psicossociais que podem contribuir para as recaídas da doença, e possibilitar o ajuste social de seus portadores. Entre as abordagens psicossociais existentes, as mais utilizadas no tratamento da esquizofrenia são: psicoterapia, terapia ocupacional, acompanhamento terapêutico, grupos de autoajuda, abordagens psicossociais em instituições, orientação familiar, oficinas de trabalho protegidas, e pensões protegidas; que serão abordadas no decorrer desse artigo. (LOUZÃ,1999)

A intervenção psicoterapêutica deve ser uma combinação das necessidades do paciente, levando em conta os termos de sua doença e de sua personalidade. Esse tratamento é incluído, junto com o tratamento psiquiátrico, para assegurar um

suporte emocional, ajudando o paciente a lidar com algumas deficiências específicas relacionadas à esquizofrenia. (SHIRAKAWA, CHAVES E MARI, 2001)

O tratamento psicológico tem como objetivos principais promover uma qualidade de vida melhor para seu paciente, e ajudá-lo a ser independente e a lidar com o outro, o preparando para agir e lidar com pessoas na sociedade e situações da vida. Ocorre aqui também a orientação familiar, que auxilia os familiares a entender a doença e a conviver com o paciente, controlando o estresse causado pela esquizofrenia. (LOUZÃ, 1999)

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1. Histórico da esquizofrenia**

O histórico do conceito do termo esquizofrenia se inicia em 1896 com o médico psiquiatra Emil Kraepelin. Com o objetivo de premeditar a existência de doenças com causas, sintomas, resultados e curso, Kraepelin estabeleceu uma classificação de transtornos mentais baseados no modelo médico. Ele identificou um desses transtornos de demência precoce, pois iniciava cedo, no fim da adolescência, e causava danos generalizados, levados à problemas psíquicos. Seus principais sintomas incluíam alucinações, perturbações em atenção, compreensão e fluxo de pensamento, esvaziamento afetivo e sintomas catatônicos. Em 1971, Eugen Bleuler, criou o termo esquizofrenia, e realçou alguns sintomas fundamentais para o diagnóstico, como, distúrbios de associação, ambivalência, autismo, embotamento afetivo, deficiência da atenção e deficiência volitiva. (BRESSAN, 2007)

Em relação a prevalência da doença, foram realizados vários estudos e pesquisas. Segundo Shirakawa, Chaves e Mari (2001), com base na tendência central dos resultados de vários estudos epidemiológicos conduzidos na Europa e nos Estados Unidos, a prevalência da esquizofrenia chega a uma média de 0,59%, não havendo evidência de diferença entre os sexos. No entanto um estudo das primeiras admissões hospitalares em Mannheim e Dinamarca foram encontradas diferenças entre os sexos na idade de início da doença. De acordo com Shirakawa, Chaves e Mari (2001), os homens apresentam uma idade de início mais precoce, sendo que a diferença máxima encontrada foi de 11,2 anos e a mais frequentemente relatada foi de 4-5 anos.

Os três primeiros subtipos da esquizofrenia (demência paranoide, hebefrenia e catatônica) eram caracterizados como doenças distintas, e foram reunidas com o

nome de demência precoce. O grupo de esquizofrenias de Bleuler é formado pela junção dos subtítulos de Kraepelin, paranoide, hebefrênico e catatônico, junto com a esquizofrenia simples inserida por Kraepelin. Com os avanços dos estudos, Timothy Crow, em 1980, apresentou uma nova tipologia, baseada nas características de curso, resposta ao tratamento, prognóstico e substrato patogênico, divididas em subtítulos I e II ou positivo e negativo. (BRESSAN, 2007)

Em relação ao curso e evolução da doença, segundo Moller e von Zerssen (1995) é variável, podendo ser dividida em quatro padrões básicos: remissão completa sem recorrência, remissão frequente com prejuízo mínimo ou sem prejuízo, recorrência frequente com nível constante de prejuízo duradouro e recorrência frequente com sintomas residuais progressivos e crescentemente graves.

## **2.2 O que é a esquizofrenia**

Esquizofrenia é um transtorno mental caracterizado por uma desorganização de vários processos mentais, causando ao portador a apresentação de vários sintomas. Segundo Shirakawa (2000), a esquizofrenia é um transtorno de evolução crônica que costuma comprometer a vida do paciente, torná-lo frágil diante de situações estressantes e aumentar o risco de suicídio. Geralmente, se manifesta entre o fim da adolescência e o início da idade adulta, entre os 15 e 25 anos de idade. A causalidade dessa doença ainda é desconhecida, porém alguns fatores ambientais e hereditários, aparentemente, contribuem para o aparecimento dela.

A esquizofrenia está presente em todas as sociedades e culturas, afetando, aproximadamente 1% de sua população. Estudos sugerem que a cada ano, cerca de 50 novos casos para 100 mil pessoas, são diagnosticados no mundo. (LOUZÃ,1999)

## **2.3 Sintomas**

Desde o início do estudo da esquizofrenia, que se iniciou no final do século XIX por Emil Kraepelin, vários autores auxiliaram no reconhecimento dos sintomas da esquizofrenia. Com a adesão de critérios diagnósticos internacionais como o CID e o DSM, houve uma diminuição das divergências entre psiquiatras em relação aos principais sintomas considerados no diagnóstico e classificação da esquizofrenia,

auxiliando no resultado do tratamento, e possibilitando novas pesquisas de novas terapêuticas. (BRESSAN,2007)

De acordo com o CID-10 (1996, p.12):

Critérios gerais para os tipos de Esquizofrenia Paranóide, Hebefrênica, Catatônica e Indiferenciada:

G1: Pelo menos um dos sintomas e sinais das síndromes listados abaixo no item (1) ou pelo menos dois dos sintomas e sinais listados no item (2) devem estar presentes durante a maior parte do tempo de um episódio de doença psicótica, durando pelo menos um mês (ou pelo menos algum tempo durante grande parte do dia).

(1) Pelo menos um dos seguintes:

- a) Eco de pensamento, inserção ou bloqueio de pensamento ou irradiação de pensamento.
- b) Delírios de controle, influência ou passividade, claramente relacionados a movimentos do corpo ou membros ou pensamentos, ações ou sensações específicos; percepção delirante.
- c) Vozes alucinatórias fazendo um comentário contínuo sobre o comportamento do paciente ou discutindo entre si ou outros tipos de vozes alucinatórias vindas de alguma parte do corpo.
- d) Delírios persistentes de outros tipos, culturalmente inapropriados e completamente impossíveis, tais como identidade religiosa ou política, poderes e habilidades sobre-humanos (ex., ser capaz de controlar o tempo ou entrar em comunicação com seres alienígenas).

(2) Ou pelo menos dois dos seguintes:

- e) Alucinações persistentes em qualquer modalidade, que ocorram cotidianamente durante pelo menos um mês, quando acompanhadas por delírios (que podem ser fugazes ou meio formados) sem conteúdo afetivo claro ou quando acompanhadas por idéias supervalorizadas persistentes.
- f) Neologismos, quebras ou interpolação no curso do pensamento, resultando em incoerência ou fala irrelevante.
- g) Comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada ou flexibilidade cêrea, negativismo, mutismo e estupor.
- h) Sintomas "negativos" como apatia marcante, escassez de fala e embotamento ou incongruência de respostas emocionais (deve estar claro que estas não são devidas a depressão ou medicação neuroléptica).

G2: Critérios de exclusão mais comumente usados: Se o paciente também preenche critérios para episódio maníaco (F30) ou episódio depressivo (F32), os critérios listados sob G1.1 e G1.2 acima devem ser preenchidos antes do desenvolvimento do distúrbio de humor.

G3: O distúrbio não deve ser atribuído a doença cerebral orgânica ou a álcool ou intoxicação relacionada a drogas, dependência ou abstenção.

Comentários: Ao avaliar a presença destas experiências e comportamentos subjetivos anormais deve-se tomar cuidado especial para se evitar afirmações verdadeiro-falso, especialmente quando estão envolvidas formas de expressão e comportamento cultural ou sub culturalmente influenciadas ou um nível inferior de inteligência. Em vista da considerável variação do curso dos distúrbios esquizofrênicos, pode ser desejável (especialmente para fins de pesquisa) especificar o padrão do curso utilizando um quinto caráter. O curso usualmente não deve ser codificado a menos que tenha havido um período de observação de pelo menos um ano.

Para a avaliação diagnóstica são considerados vários sintomas, que variam de pessoa para pessoa, e de acordo com a evolução da doença. Isso significa que

nem todos os pacientes portadores de esquizofrenia apresentam todos os sintomas da doença. De acordo com o DSM-5 (2014), dois ou mais sintomas, devem estar presentes por pelo menos um mês para que se possa caracterizar esquizofrenia, sendo necessário que pelo menos um deles sejam delírios, alucinações ou discurso desorganizado. Dentre os principais sintomas considerados estão: delírios alucinações, discurso desorganizado, alterações do pensamento, alterações da afetividade, diminuição da motivação, sintomas motores, autismo, ambivalência, autorreferencia, alterações da cognição.

Os sintomas observados na esquizofrenia podem ser agrupados em sintomas positivos, negativos, cognitivos e afetivos. Os sintomas positivos são aqueles que, principalmente, compreendem os delírios e as alucinações e a desorganização dos pensamentos. Os sintomas negativos incluem a diminuição da vontade e da afetividade, o empobrecimento do pensamento e o isolamento social. Nos sintomas cognitivos são inclusas as dificuldades de atenção, concentração, compreensão e abstração. E por último, os sintomas afetivos incluem a depressão, desesperança e as ideias de tristeza, ruína e inclusive autodestrutivas. (LOUZÃ,1999)

#### **2.4 Diagnóstico**

O diagnóstico da esquizofrenia é feito por um psiquiatra, a partir de uma análise minuciosa da história relatada pelo portador e pelas pessoas de sua convivência. Por ser uma doença heterogênea, não há exames físicos ou complementares para o diagnóstico da doença. Durante o diagnóstico é feita a classificação da esquizofrenia apresentada de acordo com seu subtipo, podendo ser paranoide, hebefrênica, catatônica e indiferenciada. O tipo mais comum é a esquizofrenia paranoide onde as alucinações predominam, em especial ouvir vozes, podendo ocorrer também mudanças de comportamento como inquietação e agitação. Na hebefrênica o pensamento desorganizado predomina, juntamente com sintomas negativos como diminuição da motivação, isolamento social, e perda da capacidade de realizar tarefas do dia a dia. A esquizofrenia catatônica o paciente não reage de forma correta ao ambiente, agindo de forma lentificada, em sua forma de andar e falar podendo ficar parado em uma única posição por hora a dias. Ocorre também a repetição de palavras ou frases que alguém acabou de dizer, como também a repetição de movimentos bizarros, realização de caretas ou olhar fixo. Esse tipo é o mais raro e há uma dificuldade maior no tratamento, pois pode haver

risco de complicações como a desnutrição e autoagressão. Na esquizofrenia indiferenciada, há todos os sintomas necessários para o diagnóstico da esquizofrenia, porém eles não se encaixam em nenhum dos tipos mencionados anteriormente. Essa classificação, além de auxiliar no tratamento, pode também fornecer informações sobre o prognóstico do paciente. (SHIRAKAWA, CHAVES E MARI, 2001)

Como dito anteriormente, não existem exames físicos para o diagnóstico da esquizofrenia. Contudo, existem algumas doenças, chamadas de transtornos mentais orgânicos esquizofreniformes, que podem apresentar sintomas parecidos e que podem ser confundidas com esquizofrenia. Para auxiliar na exclusão dessas doenças, há a necessidade de uma avaliação por meio de exames laboratoriais e radiológicos. (LOUZÃ,1999)

## **2.5 Tratamento**

O tratamento dos pacientes portadores de esquizofrenia, comumente, é dividido em dois, que deverá ser integrados em todas as fases (aguda e remissão). Será dividido em tratamento medicamentoso e abordagens psicossociais (tratamento psicológico). (LOUZÃ,1999)

Segundo Shirakawa (2000), a esquizofrenia é uma doença ampla que, além da psicopatologia, compromete a vida de relação do seu portador, exigindo em geral o tratamento em equipe multidisciplinar.

O tratamento medicamentoso é feito com o uso de antipsicóticos, com dois objetivos. Na fase aguda da doença são usados para controlar os sintomas mais intensos. Já na fase de remissão da doença, são usados para evitar novos surtos psicóticos, causando então um tratamento de manutenção. Na fase aguda o psiquiatra inicia o tratamento com doses baixas do antipsicótico de escolha, que são elevadas de acordo com a melhora apresentada pelo portador. É preciso intensificar, que em geral, os antipsicóticos levam algumas semanas para fazer efeito e apresentar uma melhora. Em determinados casos são utilizados alguns medicamentos junto com os antipsicóticos, como medicamentos antidepressivos e sedativos, para auxiliar o paciente com os sintomas decorrentes dos antipsicóticos. (SHIRAKAWA, CHAVES E MARI, 2001)

O tratamento psicológico, usa abordagens psicossociais, objetivando diminuir, e até mesmo minimizar as recaídas da doença. Em complemento busca promover o ajustamento social dos portadores da doença. Entre as várias abordagens

existentes, as principais usadas são, psicoterapia, terapia ocupacional, acompanhamento terapêutico, grupos de autoajuda, abordagens psicossociais em instituições, orientação familiar, oficinas de trabalho protegidas e pensões protegidas. (LOUZÃ,1999)

## 2.6 Tipos de terapias

As abordagens psicossociais são indispensáveis para a maior parte dos casos de esquizofrenia. Seu uso visa promover o ajustamento social, pois pode-se reconhecer que mesmo com o uso de medicamentos, alguns pacientes possuem dificuldades em ter uma vida normal. Entre as abordagens existentes, as principais usadas são: psicoterapia, terapia ocupacional, acompanhamento terapêutico, grupos de autoajuda, abordagens psicossociais em instituições, orientação familiar, oficinas de trabalho protegidas e pensões protegidas. (LOUZÃ,1999)

A psicoterapia tem como propósito melhorar os sintomas, prevenir as recaídas e evitar a internação. No entanto, deve ajudar a enfrentar uma institucionalização necessária como medida protetora em momentos de crise. A psicoterapia pode ser individual ou em grupo, onde a psicoterapia individual deve priorizar o apoio, e na psicoterapia social o terapeuta precisa ser ativo e monitorar o ambiente do grupo, favorecendo assim a coesão grupal. (SHIRAWAKA, CHAVES E MARI, 2001)

Segundo Louzã (1999, p.34) os principais objetivos da psicoterapia são:

1. Interromper a perda da capacidade mental, preservando o contato com a realidade;
2. Restaurar a capacidade de cuidar de si e de administrar sua vida, e manter o máximo de autonomia para promover o melhor ajustamento pessoal, psicológico e social possível;
3. Diminuir o isolamento;
4. Reconhecer e reduzir a natureza ameaçadora dos eventos da vida, para que os quais existe uma sensibilidade particular;
5. Conscientizar o portador sobre a realidade de seus recursos e limitações, tanto ajudando a descobrir e realizar seu potencial, quanto ajudando na aceitação de suas limitações;
6. Aumentar suas defesas diante de situações estressantes liberando recursos que, eventualmente, estejam obstruídos pela psicose e desenvolver fontes alternativas para a solução de seus problemas;
7. Recuperar e promover a autoestima, autoimagem e a autoconfiança, proporcionando contínuo progresso;
8. Estimular a independência, os cuidados consigo mesmo em questões de higiene e capacitar o paciente para as atividades da vida diária.

A terapia ocupacional é uma terapia focada em atividades, e é incluída como uma alternativa terapêutica em um modelo interdisciplinar de tratamento e

reabilitação. A terapia ocupacional deve ser aberta para “o de fora” e “o de dentro”, significando que os pacientes realizam atividades fora do local de tratamento e contribuem com atividades e materiais que são de alguma forma construídas dentro do contexto terapêutico. De acordo com Villares, o desafio da terapia ocupacional é proporcionar consistentemente uma referência pela qual o paciente possa transformar um espaço estagnado, patológico, em um espaço de crescimento criativo, enquanto ‘ajeita’ vivências desestruturadas e encontra maneiras de combinar o conhecimento e o desconhecido. (SHIRAWAKA, CHAVES E MARI, 2001)

No acompanhamento terapêutico, um profissional de saúde mental, apelidado de “amigo qualificado”, acompanha o paciente no seu dia a dia, ajudando-o a recuperar suas habilidades perdidas. O acompanhante terapêutico auxilia o paciente na volta a realidade. Em condições especiais, o papel do acompanhante terapêutico pode servir como uma alternativa para uma possível institucionalização, em fases críticas. (LOUZÃ, 1999)

A orientação familiar tem como objetivo conscientizar a família do portador da doença. As intervenções conhecidas como programas de tratamento psicopedagógico das famílias têm como objetivo diminuir as tensões que estão presentes no ambiente familiar, e melhorar o funcionamento social do paciente. Alguns desse programas são realizados com os familiares sem a presença do portador, enquanto outros métodos contam com a presença dos portadores junto com seus familiares. De acordo com Louzã (1999), em ambos os casos, esses programas são orientados com os objetivos de reduzir o custo da doença, orientar a família sobre o tratamento medicamentoso e atividades da vida diária, ajudar o paciente a colaborar com o tratamento e assumir responsabilidades dentro do possível, verificar se há resposta ao tratamento, informar sobre os sinais e sintomas precoces de recaídas, encorajar o paciente a se tornar mais independente, orientar familiares muito exigentes sobre a importância de se tornarem menos exigentes, e orientar familiares ausentes para serem mais presentes e participantes.

É de extrema importância citar a abordagem psicossocial em instituições. Com a evolução dos medicamentos psicóticos, o tratamento da esquizofrenia passou de hospitalar para ambulatorial. Porém, em alguns casos determinados, em momentos de crises, uma internação pode ser útil. Em casos de necessidade de internação, a mesma deve ser por um período curto, geralmente de 20 a 40 dias.

Durante essa internação, a família deve estar em contato constante com o paciente, podendo levá-lo para casa durante licenças de fim de semana, e logo depois, quando receber alta. (LOUZÃ,1999)

Para casos em que há a necessidade do hospital-dia, como uma alternativa para a internação, para a remissão completa do surto, alcançando assim a recuperação com uma internação parcial. No hospital-dia, o paciente participa de atividades em grupo, terapia ocupacional durante o decorrer do dia, podendo voltar para a casa à noite. Durante esse processo a família é orientada sobre o processo da internação até a remissão do surto e a adequação da vida familiar. O Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) são organizações preparadas para trabalhar com atividades de reabilitação social do paciente. (LOUZÃ,1999)

No decorrer na vida os grupos de autoajuda como os Psicóticos Anônimos (PA) e os Amigos e parentes dos Psicóticos Anônimos (AP-PA) contribuem para que os pacientes e seus familiares compartilhem experiências, se apoiando e encontrando para buscar alternativas para uma melhor convivência com a doença. Esses grupos servem para pacientes que estão na fase de remissão da doença. Para pacientes que teve uma evolução mais crônica da doença são indicadas pensões protegidas e/ou oficinas de trabalho protegidas. (LOUZÃ, 1999)

As pensões protegidas são uma alternativa mais econômicas e mais humanas para pacientes em que a doença esteja controlada, mas em que houve uma cronificação. Esses pacientes não apresentam mais recaídas, porém diante de sua situação e evolução da doença, ficariam internadas por tempo indeterminado. Existe uma necessidade de que apenas um membro da equipe administre organização da moradia em tempo parcial, e distribua atividades cotidianas como limpeza, compras, preparação de refeições entre outras. Essas tarefas são distribuídas entre os próprios moradores/pacientes, que aprendem a lidarem com o cotidiano, cuidando de si mesmos e convivendo com outros pacientes, podendo então usufruir de altos níveis de liberdade e independência. (LOUZÃ, 1999)

As oficinas de trabalho protegidas é um tipo de equipamento de grande importância para iniciar a reabilitação do paciente após o estabelecimento da doença. A oficina de trabalho montada para atividades de trabalho é imprescindível para a recuperação de habilidades perdidas devido a doença, e também para a aquisição de novas habilidades. As oficinas têm como objetivo estimular a

motivação, que fica comprometida devido a doença, e ao mesmo tempo melhorar a sociabilidade do paciente com a convivência com outras pessoas. (LOUZÃ, 1999)

### **2.6.1 Atuação do psicólogo com o paciente esquizofrênico**

O papel do psicólogo na atuação do tratamento do paciente esquizofrênico é indispensável. O psicólogo, fazendo o uso das abordagens psicossociais, deve auxiliar na melhora dos sintomas, prevenir as recaídas, evitar a institucionalização do paciente, e durante os momentos de crise, ajudá-lo a encarar uma internação necessária. As abordagens têm como objetivos priorizar o apoio ao paciente, e auxiliar no ajustamento social. A terapia, deve ajudar o paciente a lidar com o outro, e a agir com as pessoas na sociedade e a lidar com as situações da vida. (SHIRAWAKA, CHAVES E MARI, 2001)

Segundo a Louzã (1999), as abordagens psicossociais visam minimizar ou diminuir as recaídas e promover o ajustamento social dos portadores da doença. O tratamento psicossocial tem como objetivos a reabilitação do paciente, a recuperação das suas habilidades perdidas e a sua capacitação para atividades do dia a dia.

De acordo com o conteúdo apresentado anteriormente, a psicoterapia pode ser individual ou de grupo. Na psicoterapia individual, o terapeuta precisa priorizar o apoio ao paciente, presenteando um suporte que o capacite para uma melhora na qualidade de vida desse paciente. Na psicoterapia de grupo, o terapeuta necessita estar ativo, monitorando o ambiente do grupo, buscando temas para organizar e estimular a conversação do grupo, deve oferecer suporte e proteção, para favorecer a coesão do grupo. (SHIRAWAKA, CHAVES E MARI, 2001)

Na terapia ocupacional, o profissional precisa trabalhar o desenvolvimento de uma rotina diária das atividades sendo atento ao propósito e necessidade do paciente. O terapeuta ajuda o paciente em tarefas simples de autocuidado, identificar habilidades que auxiliam suas chances de conseguir um emprego, aumentando sua autoconfiança, autoestima e independência. As atividades não podem ser vistas como meramente recreativas, pois sua principal finalidade é reestabelecer a capacidade do paciente voltar a realizar suas atividades, combatendo então a falta de vontade. (SHIRAWAKA, CHAVES E MARI, 2001)

Para o acompanhamento terapêutico o profissional precisa acompanhar o paciente, auxiliando-o a recuperar suas habilidades perdidas pela doença. O

acompanhante acompanha o paciente em seu dia a dia, indo até sua casa, levando-o ao supermercado, shopping, ajudando na volta a dirigir etc. O profissional ajuda no caminho de volta à realidade, ajudando o paciente se locomover pela cidade, buscando lazer, se inteirando de preços entre outras atividades. (LOUZÃ, 1999)

O psicólogo tem, também, como obrigação orientar a família, para que possam entender sobre a doença, e aprender a lidar com o paciente e o controlar o estresse causado pela doença. Essa orientação pode ser realizada tanto em conjunto com o paciente, quanto sem a presença do mesmo, porém ambos os casos visam os mesmos objetivos. (LOUZÃ, 1999)

Nas pensões protegidas, o psicólogo tem como papel administrar em tempo parcial a organização de moradia. Ele será responsável por distribuir tarefas cotidianas para os moradores para estimularem e um ambiente de liberdade e independência. Essas tarefas são tarefas simples, como limpeza, compras, e preparação das refeições, auxiliando no aprendizado do autocuidado e vivência com outros. (LOUZÃ, 1999)

Já nas oficinas de trabalho, o psicólogo irá trabalhar a recuperação de habilidades perdidas decorrentes da doença. As atividades trabalhadas na oficina devem ser planejadas de acordo com as necessidades do paciente e etapa de seu tratamento. O psicólogo tem como papel principal a estimulação da vontade, e da convivência com outras pessoas buscando melhorar a sociabilidade do paciente. (LOUZÃ, 1999)

### **3 METODOLOGIA**

O tema foi escolhido para conscientização da importância da psicoterapia no tratamento da esquizofrenia, e explicar quais as principais terapias utilizadas no tratamento de pacientes diagnosticados com espectro da esquizofrenia e quais são os seus benefícios. O seguinte trabalho apresenta como um processo metodológico de natureza qualitativa, a pesquisa bibliográfica. O método bibliográfico é uma técnica de pesquisa clara e um conjunto de conhecimento teórico que permite ao pesquisador resultados confiáveis.

O tratamento da esquizofrenia depende de uma equipe multiprofissional, trabalhando com uma combinação de medidas terapêuticas, com o objetivo de garantir ao paciente uma maior qualidade de vida estabilizando seus sintomas. Pode-se afirmar de forma segura que o principal tratamento seja os medicamentos,

porém há uma grande importância para o uso de terapias e outras abordagens para a estabilização dos sintomas.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A esquizofrenia é uma doença mental que geralmente se manifesta em crises agudas, apresentando sintomas intensos, intercalando com períodos de remissão, quando há um alívio dos sintomas. Seus sintomas, frequentemente começam a se manifestar entre 15 à 25 anos, tendo como principais sintomas o delírio, alucinações, alterações de pensamentos, alterações da afetividade, diminuição da motivação, sintomas motores, autismo, ambivalência, autorreferencia, e alterações da cognição.

O diagnóstico da esquizofrenia é feito por um psiquiatra, que precisa estar atento para a história relatada pelo paciente e pelas pessoas que convivem com ele. Não há, ainda, um exame laboratorial que possa auxiliar no diagnóstico, no entanto, o médico pode solicitar alguns exames para excluir a possibilidade de outras doenças que se assemelham à esquizofrenia.

O diagnóstico precoce da doença e de suas recaídas, juntamente com a inicialização rápida do tratamento medicamentoso diminuem as possibilidades da cronificação da esquizofrenia. Por se tratar de uma doença com curso crônico, a esquizofrenia necessita de um acompanhamento por tempo indeterminado.

O tratamento medicamentoso (farmacológico) é indispensável e fundamental na esquizofrenia, e deve ser o tratamento de escolha se houver uma única possibilidade de tratamento. O tratamento medicamentoso é feito com o uso de antipsicóticos, com dois principais objetivos: de controlar os sintomas mais intensos na fase aguda, e de evitar novos surtos psicóticos na fase de remissão.

A esquizofrenia é uma doença heterogênea que precisa de cuidados de uma equipe multiprofissional. As abordagens psicossociais visam reduzir as recaídas e promover o ajuste social em pacientes com a doença. Sua aplicação é uma parte indispensável e integrante dos tratamentos bem-conduzidos. As principais abordagens psicossociais indicadas e utilizadas no tratamento de pacientes diagnosticados com esquizofrenia são: a psicoterapia, terapia ocupacional, acompanhamento terapêutico, grupos de autoajuda, abordagens psicossociais em instituições, orientação familiar, oficinas de trabalho protegidas e pensões protegidas.

Com a evolução dos medicamentos psicóticos, o tratamento da esquizofrenia passou de hospitalar para ambulatorial. Porém, em alguns casos determinados, em momentos de crises, uma internação pode ser útil. Em casos de necessidade de internação, a mesma deve ser por um período curto, geralmente de 20 a 40 dias. Durante essa internação, a família deve estar em contato constante com o paciente, podendo levá-lo para casa durante licenças de fim de semana, e logo depois, quando receber alta.

Para casos em que há a necessidade do hospital-dia, como uma alternativa para a internação, para a remissão completa do surto, alcançando assim a recuperação com uma internação parcial. No hospital-dia, o paciente participa de atividades em grupo, terapia ocupacional durante o decorrer do dia, podendo voltar para a casa à noite. Durante esse processo a família é orientada sobre o processo da internação até a remissão do surto e a adequação da vida familiar. O Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) são organizações preparadas para trabalhar com atividades de reabilitação social do paciente.

Apesar de ser uma doença crônica, a esquizofrenia é controlável, e o tratamento psicossocial tem como função a reabilitação do indivíduo, a recuperação das habilidades perdidas e a capacitação do indivíduo para atividades do dia a dia.

O papel do psicólogo na atuação do tratamento do paciente esquizofrênico é indispensável. fazendo o uso das abordagens psicossociais, o psicólogo, deve auxiliar na melhora dos sintomas, prevenir as recaídas, evitar a internação do paciente, e durante os momentos de crise, ajudá-lo a encarar uma internação necessária. As abordagens têm como objetivos priorizar o apoio ao paciente, e auxiliar no ajustamento social. A terapia, deve ajudar o paciente a lidar com o outro, e a agir com as pessoas na sociedade e a lidar com as situações da vida.

O psicólogo tem, também, como obrigação orientar a família, para que possam entender sobre a doença, e aprender a lidar com o paciente e o controlar o estresse causado pela doença. Essa orientação pode ser realizada tanto em conjunto com o paciente, quanto sem a presença do mesmo, porém ambos os casos visam os mesmos objetivos.

A esquizofrenia é real, mas com um tratamento bem orientado e adequado o paciente pode ter uma vida normal ou muito próxima da normalidade. O paciente

diagnosticado com esquizofrenia tem direito de vivenciar momentos alegres e tristes, e experimentar o sofrimento e a superação, o prazer e o desprazer.

## REFERÊNCIAS

BRESSAN, R. A.; ELKIS, H. Esquizofrenia Refratária. São Paulo: Segmento Farma, 2007.

LOUZÃ, M. R. Esquizofrenia: dois enfoques complementares. São Paulo: Lemos Editorial, 1999.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION; Tradução: NASCIMENTO, M. I. C.; Porto Alegre: Artmed, 2014.

MOLLER HJ, Von Zerssen D. Course and outcome of schizophrenia. In: Hirsch SR, Weinberger DR (eds.). Schizophrenia. London: Blackwell Science, 1995; pp. 106-27.

Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão. Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 3 ed. São Paulo: EDUSP; 1996

SHIRAKAWA, Itiro. Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, Vol. 22, Suplemento 2, p. 56-8,2000.

SHIRAKAWA, I.; CHAVES, A.C.; MARI, J. J.; O Desafio da Esquizofrenia. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.