

ESQUIZOFRENIA: INTERVENÇÃO EM INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE SAÚDE

Naiara Lima Costa e Sandra Leal Calais

Resumo: Os primeiros conceitos de esquizofrenia contemplavam definições inespecíficas sobre o transtorno esquizofrênico. Somente em 1980 Crow propôs a classificação mais conhecida para o transtorno: a dicotomização em subtipos I e II ou positivo/negativo, sendo os sintomas da síndrome positiva alucinações e delírios e da síndrome negativa, o embotamento afetivo e a pobreza do discurso. Embora a farmacoterapia tenha apresentado avanços no tratamento da doença, indica-se a psicoterapia para reverter os prejuízos sociais e interpessoais que ela acarreta. O objetivo deste estudo é relatar uma intervenção comportamental, em um Centro de Atenção Psicossocial, em paciente de 19 anos com emprego de Treinamento de Habilidades Sociais (THS) como uma possibilidade para o tratamento da esquizofrenia. Tal procedimento contribuiu para diminuir para a jovem o estereótipo da doença, visto que ampliou o seu repertório social e possibilitou avanços nas esferas psicológicas, sociais e vocacionais.

Palavras chave: Esquizofrenia. Centro de Atenção Psicossocial. Terapia comportamental. Treinamento de habilidades sociais.

O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS – constitui-se em um serviço regionalizado, de atenção secundária à saúde mental, resultado do Movimento da Reforma Psiquiátrica e da promulgação da Lei Nº 10.216/01 (Brasil, 2004), que regulamenta as internações psiquiátricas e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. O CAPS infantil é um serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais.

Segundo a Portaria Nº 336/02/2002 (Brasil, 2002), ficou estabelecido o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) como uma das atividades assistenciais prestadas aos usuários deste serviço. No conjunto

destes pacientes estão os que receberam diagnóstico de transtorno mental classificado como F 20.0 (esquizofrenia paranoide), de acordo com a CID-10 (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1998).

Silva (2006) aponta que o histórico conceitual da esquizofrenia e a descrição da demência precoce por Emil Kraepelin datam do fim do século XIX, quando este estabeleceu uma classificação de transtornos mentais que se baseava no modelo médico. O termo “demência precoce” era usado pelo fato de a doença começar no início da vida e quase invariavelmente levar a sintomas de alucinação, perturbações em atenção, compreensão e fluxo de pensamento, esvaziamento afetivo e sintomas catatônicos.

Em 1911, Bleuler (citado por Ey, Bernard, & Brisset, 1985) criou o termo “esquizofrenia,” que substituiu “demência precoce” na literatura, e foi conceitualizado para indicar a presença de um cisma entre pensamento, emoção e comportamento nos pacientes afetados. Uma distinção importante traçada por Bleuler entre seu conceito de esquizofrenia e o conceito de demência precoce de Kraepelin, segundo Grebb, Kaplan e Sadock (1997), era a ocorrência de um curso deteriorante na demência precoce, o que não ocorria na esquizofrenia.

Avanços e pesquisas sobre a doença tornaram possível o surgimento de classificações mais precisas de subtipos esquizofrênicos. Dentre estas, a dicotomização da esquizofrenia em subtipos I e II ou positivo/negativo proposta por Crow (1980) é talvez a classificação mais conhecida. Segundo ele, os dois tipos podem refletir processos patológicos, etiológica e prognosticamente distintos. Os principais sintomas da síndrome positiva (ou tipo I) são alucinações e delírios e da síndrome negativa (ou tipo II), o embotamento afetivo e a pobreza do discurso.

De acordo com Lacaz, Bressan e Mello (2005), os sintomas psicóticos, alucinações e delírios podem comprometer a capacidade de trabalho e de relações interpessoais por toda a vida. Essa condição pode ser explicada pelo fato de que os pacientes psiquiátricos apresentam menor variabilidade do comportamento frente às mudanças nas situações sociais (Bellack, Morrison, Mueser, Wade, & Sayer, 1990). A esquizofrenia tem como traço fundamental o prejuízo das funções cognitivas, senso-perceptivas e afetivas das populações afetadas (Lacaz et al., 2005; Messas, Gentil, Gill, Murray, & Vallada, 2000).

Conforme Gama, Souza, Lobato e Abreu (2004), a divisão dos sintomas em dois grupos, de acordo com a classificação de Crow, inclui também nos sintomas positivos, além de alucinações e delírios, exacerbações de funções normais, distorções, hiperatividade e hostilidade. Enquanto os sintomas negativos englobam, além do embotamento afetivo e a pobreza do discurso, isolamento social, avolia (prejuízo na vontade de querer) e desmotivação.

Com a descoberta de medicamentos antipsicóticos a partir de meados do século XX, conhecida como a Revolução Farmacológica, foram al-

cançados benefícios aos pacientes psicóticos (Graeff & Guimarães, 1999; Wyatt, 2001). No entanto, gradativamente, houve insatisfação com a confiança exagerada nos tratamentos farmacológicos para a esquizofrenia, pois muitos pacientes ainda experimentavam sintomas psicóticos positivos e a medicação não era eficaz para remediar os prejuízos cognitivos e sociais associados à doença (Birchwood & Spencer, 2005).

Assim, a psicoterapia passou a ser uma importante aliada na intervenção, no auxílio à adaptação do paciente ao meio em que vive, revertendo os prejuízos sociais e interpessoais. As intervenções puderam criar situações que propiciaram a adequação ao modo de se relacionar com os outros.

Ensaio controlado de intervenções psicológicas para pacientes com diagnóstico de esquizofrenia surgiram na década de 1980, projetados para promover a aquisição de habilidades sociais e reduzir recaídas, melhorando a atmosfera familiar. Seus resultados positivos foram bem recebidos e promoveram um interesse maior nas terapias psicológicas para esta população (Birchwood & Spencer, 2005).

O modelo clínico da Terapia Comportamental tem como um dos instrumentos mais importantes o uso da análise funcional que identifica variáveis e explicita as contingências que controlam o comportamento, permitindo que sejam levantadas hipóteses acerca da aquisição e da manutenção dos repertórios considerados problemáticos, o que por sua vez possibilita o planejamento de novos padrões. Sendo assim, o analista comportamental tem o conhecimento de que o comportamento que um indivíduo emite foi selecionado pelas consequências e tem uma função dentro do seu repertório, mesmo quando aparentemente inadequado. Cabe assim ao terapeuta descobrir por que este comportamento se instalou e como ele se mantém (Delitti, 1997).

Uma grande contribuição para a análise funcional são as táticas construcionais propostas por Goldiamond (1974): métodos de intervenção que focam a noção de que os repertórios que são considerados inadequados, por causar problemas no cotidiano do paciente, podem ter funções importantes para esta pessoa, sendo responsáveis pela manutenção dos comportamentos. Assim, quando novos comportamentos mais adequados surgem para desempenhar as mesmas funções, os comportamentos inadequados perdem sua utilidade. O foco da explicação construcional não é tratar o comportamento-alvo diretamente, mas sim dar suporte e aumentar comportamentos alternativos funcionalmente equivalentes, ou seja, o terapeuta não deve focar a eliminação dos sintomas, mas ajudar o paciente a desenvolver estratégias de vida diferentes, mais saudáveis e eficazes.

Parte destes repertórios a ser desenvolvidos, de acordo com Bolsoni-Silva (2002), envolve relacionamentos interpessoais, sendo útil o Treinamento de Habilidades Sociais. O termo "Habilidades Sociais" é geralmente usado para designar um conjunto de capacidades comportamentais

aprendidas que envolve interações sociais (Caballo, 1995; Del Prette & Del Prette, 1999).

O treinamento de Habilidades Sociais constitui-se em campo de investigação e de aplicação de conhecimento psicológico sobre o desempenho social; é um método de tratamento cujo aprimoramento conceitual depende, em grande parte, dos resultados práticos e teóricos de sua aplicação na superação de déficits e dificuldades interpessoais e na maximização de repertórios de comportamentos sociais. É aplicado às diferentes classes de comportamentos sociais do repertório de um indivíduo, favorecendo relacionamentos saudáveis com outras pessoas (Del Prette & Del Prette, 1999; 2006).

O treinamento das habilidades sociais e instrumentais de pacientes psiquiátricos foi desenvolvido, de acordo com Wallace et al., para facilitar o processo de reinserção social para aqueles que foram desinstitucionalizados, com o objetivo de melhorar o seu funcionamento social em diversos contextos na comunidade, assim como sua qualidade de vida. A necessidade deste treinamento advém do déficit de funcionamento social característico dos pacientes psiquiátricos em geral e dos esquizofrênicos em particular (Goulet, Lesage, & Carpenter, 1992).

Por meio de encenações de papéis na terapia (Ensaio Comportamental) e tarefas de casa empregados no Treinamento de Habilidades Sociais, são especificamente abordados alguns dos sintomas mais típicos da esquizofrenia que envolvem os relacionamentos interpessoais do paciente, incluindo fraco contato visual, atraso incomum nas respostas, falta de espontaneidade em situações sociais e percepções incorretas ou falta de percepção das emoções das outras pessoas (Grebb et al., 1997). Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi verificar a efetividade do treinamento de Habilidades Sociais na reinserção do paciente com diagnóstico de esquizofrenia.

O atendimento ao paciente esquizofrênico, por meio de um programa de Treinamento de Habilidades Sociais, pode tornar as suas relações mais satisfatórias, melhorando sua autoestima e tornando-o mais sensível ao contato social (Del Prette & Del Prette, 1999). Do ponto de vista da técnica, o Treinamento de Habilidades Sociais compreende duas etapas: avaliação e intervenção. A avaliação visa à identificação de déficits e excessos comportamentais, seus antecedentes e consequentes, respostas emocionais concomitantes e regras que não descrevem contingências que estejam contribuindo para a não emissão de comportamentos socialmente habilidosos. Os objetivos e procedimentos específicos da intervenção são orientados pela identificação das áreas problemáticas e não problemáticas do repertório do indivíduo.

Caso Clínico

História de vida – A família da paciente, aqui chamada de B, é composta por seis pessoas: B, os pais, duas irmãs e um sobrinho. A mãe também possui o diagnóstico de esquizofrenia.

Com 11 anos, B foi atendida pela primeira vez no NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) com o diagnóstico de anorexia. Ela relata ter perdido 22 quilos na época, por medo de engordar, e recebeu atendimento em grupo com remissão dos sintomas.

Aos 17 anos foi atendida no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes) com a queixa de ouvir vozes, medo de sair de casa, vontade de morrer e aparentemente sem planos para o futuro. De acordo com o relato da adolescente, sua primeira crise aconteceu quando ainda cursava o terceiro ano do ensino médio. Relata ter ouvido seus colegas de sala xingá-la durante a aula, sentiu-se mal, mas não se pronunciou. Quando chegou à sua casa, as vozes dos amigos continuaram a perturbá-la, mas ela não os via. Desde então, parou de frequentar as aulas (conseguiu o certificado com a ajuda dos professores) e outros ambientes públicos com medo de encontrar seus colegas de classe e professores, os quais tinham conhecimento de suas crises.

B procurou, com a ajuda da irmã, um centro espírita. Entretanto, sentiu muito medo e não quis voltar e, em seguida, buscou o tratamento na instituição de saúde. Suas crises eram frequentes: acreditava que tinham colocado um *chip* dentro de sua cabeça, sentia cheiro de fumaça de cigarro como se alguém estivesse a seu lado fumando, mas nunca havia ninguém. Por causa das crises, sua vontade era ir para um convento para se livrar das pessoas que, de acordo com ela, queriam seu mal.

Queixa

O primeiro contato com B, então com 19 anos, foi no grupo terapêutico realizado no CAPS, do qual participava. A adolescente chamou atenção pelo fato de apresentar diagnóstico de esquizofrenia e, no entanto, demonstrar algumas habilidades que não eram identificadas em outros adolescentes que receberam outros diagnósticos, por exemplo, a caligrafia, bom português e conhecimentos acadêmicos, o que podia ser percebido nas atividades que exigiam a escrita, realizadas no grupo. Apesar disso, apresentava dificuldade de participação no que diz respeito à comunicação e expressão e também um grande sofrimento psicológico, relatado por ela, pelo fato de ouvir vozes.

A queixa inicial da adolescente era sobre “as vozes”, vozes masculinas que zombavam dela, e queria que as vozes “parassem de atrapalhar”. Também esperava se relacionar melhor com as pessoas, queria ter mais amigos para ter com quem conversar. Preocupava-se com o fato de um dia o pai

morrer e não ter quem cuidasse dela, pois suas irmãs tinham suas próprias vidas e a mãe também era doente.

Outros problemas descritos por B e identificados a partir da análise funcional realizada durante as sessões foram: a emissão da voz, que era infantilizada; dificuldade em comunicação e expressão de sentimentos; vergonha em se expor e, por causa disso, não conseguia sair de casa a não ser para ir ao atendimento no CAPS; medo de encontrar seus ex-professores e ex-colegas de sala; medo de crescer, tornando-se adulta e com responsabilidades e conseqüentemente perder o amor dos pais; e dificuldade quanto à escolha profissional.

Avaliação

Foi utilizado como forma de avaliação o Inventário de Habilidades Sociais (IHS – Del Prette & Del Prette, 2001), um instrumento de autorrelato composto por itens que avaliam dimensões situacionais e comportamentais das Habilidades Sociais. Os itens são agrupados em cinco fatores amplos: enfrentamento e autoafirmação com risco; autoafirmação na expressão de sentimentos positivos; conversação e desenvoltura social; autoexposição a desconhecidos e situações novas; e autocontrole da agressividade.

Na avaliação primeira do IHS foi identificado déficit em Habilidades Sociais nos cinco itens apontados pelo instrumento: enfrentamento e autoafirmação com risco; autoexposição na expressão de sentimentos positivos; conversação e desenvoltura social; autoexposição a desconhecidos e situações novas; e autocontrole da agressividade. Por outro lado, por meio de análises funcionais, foi possível identificar algumas reservas comportamentais em B: inteligência acadêmica, comunicação e entendimento adequado sobre diversos assuntos, habilidade nas tarefas de casa, excelente discriminação dos comportamentos e do ambiente.

Intervenção

A etapa de intervenção é efetuada conforme a necessidade particular do paciente. Neste estudo, foram feitos atendimentos clínicos em um período de sete meses, e as sessões aconteceram semanalmente nas instalações do CAPS infantil de uma cidade do interior paulista. A cliente atendida foi diagnosticada como F 20.0 (esquizofrenia paranoide), de acordo com o CID 10 (OMS, 1998): presença de ideias delirantes relativamente estáveis, frequentemente de perseguição, em geral acompanhadas de alucinações, particularmente auditivas e de perturbações das percepções. As perturbações do afeto, da vontade, da linguagem e os sintomas catatônicos eram ausentes ou relativamente discretos.

Foi oferecido, assim, à adolescente o atendimento individual realizado por uma estagiária do último ano de Psicologia com supervisão acadêmica, pois os profissionais do Centro não têm condição de oferecer esse tipo de atendimento devido à grande demanda de pacientes por dia. Geralmente a intervenção é realizada em grupo.

O atendimento individual iniciou-se com o esclarecimento da forma de trabalho da Terapia Comportamental. Explicou-se, de acordo com a possibilidade de B, o diagnóstico na visão da Análise do Comportamento: o que determina se um dado comportamento é patológico ou não é a interação do indivíduo com variáveis ambientais disponíveis em um determinado grupo social, numa determinada cultura, num determinado tempo. Assim, o que é chamado de sintoma pela psiquiatria é entendido como comportamento e assim deve ser considerado, tendo em vista a interação de três níveis de seleção do comportamento: o nível filogenético, características genéticas individuais e aquelas herdadas no processo evolutivo da espécie; o nível ontogenético, repertório comportamental aprendido; e o nível cultural, práticas culturais de determinado grupo social e sua relação com o comportamento de cada integrante deste grupo (Martone & Zamignani, 2002).

Foi esclarecido o fato de o atendimento ser focado no Treinamento de Habilidades Sociais e como este poderia ajudar na melhora dos sintomas negativos (discurso pobre, isolamento social, avolia, desmotivação e embotamento emocional) da doença. Decidiu-se, em comum acordo, que no decorrer do tratamento iria ser “tirado o foco da doença” e seriam trabalhadas as suas Habilidades Sociais. A adolescente achou a proposta interessante, alegando que iria ajudá-la a enfrentar as dificuldades do dia a dia. Durante o processo, ela participou ativamente das sessões e dos ensaios comportamentais, obtendo empenho na realização das tarefas de casa.

A primeira sessão teve como foco o estereótipo da esquizofrenia, já que B afirmou se apresentar para as pessoas da seguinte forma: “Oi, sou a B, tenho esquizofrenia”. Durante a sessão foi feita uma proposta no sentido de desconstruir esta regra e enfatizar suas reservas comportamentais. Em seguida, foi esclarecida a importância de se expor às situações de forma gradativa.

Durante o processo, os temas trabalhados foram: habilidades de comunicação; expressão de sentimentos; direitos humanos; comportamentos assertivo, passivo e agressivo; expressão de opiniões; fazer e recusar pedidos; e estratégias de resolução de problemas interpessoais, além de alguns aspectos de orientação profissional.

O contato com o pai e as irmãs foi pequeno devido à falta de tempo para comparecer por causa de seus trabalhos: apenas duas vezes com o pai, para explicar sobre o atendimento e discutir o “estereótipo da esquizofrenia”. No entanto, no decorrer das sessões, foi identificado, pelo relato de B, que os pais e as irmãs davam atenção a ela quase que unicamente quan-

do tinha as crises (ouvia vozes, sentia cheiro de cigarro e em seguida tinha crises de choro). Foram discutidas com B outras formas de interação com a família e aos poucos ela conseguiu interagir em casa de outras maneiras: iniciando conversas, fazendo pedidos, dando e pedindo opinião. Propôs-se para B e para o pai que, devido à característica infantilizada de sua voz, procurassem um atendimento de fonoaudiologia em outro serviço público, pois a fonoaudióloga da instituição estava em licença de saúde.

Resultados e Discussão

As crises de alucinação foram momentos de maior dificuldade no tratamento: B sentia cheiro de cigarro sem nenhum cigarro por perto e acreditava que tinham colocado um *chip* em sua cabeça. Após essas crises, a adolescente afirmava querer ir para um mosteiro, ressaltando que ficaria livre das pessoas que queriam seu mal, estudaria e ajudaria pessoas necessitadas. No entanto, quando eram discutidas as desvantagens do comportamento, ela abordava o fato de não querer ficar longe dos pais e de querer fazer faculdade.

A adolescente relatava sentir tristeza no fato de as pessoas da família não acreditarem nas vozes que ela dizia existirem. Nos atendimentos, trabalhou-se com B a realidade da sua doença: ela ouvia vozes e estas eram sintomas da doença. Assim, tinha que aprender a lidar com a descrença das outras pessoas, apesar do grande sofrimento que experimentava.

Uma das estratégias ressaltadas nas sessões e utilizadas por B foi mudar o comportamento e o ambiente quando apresentava alucinações. Geralmente, ela ouvia as vozes quando estudava e se sentia sozinha. Ao ouvir as vozes, chorava e sentia-se triste. Sua estratégia passou a ser: interromper o que estava fazendo no momento e ir fazer outras coisas, por exemplo, ajudar nas tarefas de casa ou conversar com quem estivesse na casa no momento, pois na maioria das vezes estava no quarto estudando.

O medo de encontrar as pessoas que presenciaram a sua primeira crise no colégio foi tema em quase todas as sessões e essas situações eram exploradas em forma de Ensaios Comportamentais. Por duas vezes, durante os sete meses de tratamento, encontrou um ex-professor e um ex-colega de classe e, diante dessas situações, B relatou ter conseguido interagir respondendo às perguntas feitas por eles e manteve a conversação.

Os efeitos colaterais do medicamento, como secreção na mama e atraso na menstruação, foram fatores que prejudicaram ainda mais a autoimagem de B: houve tentativas de mudança de dosagem e de medicação pelo médico da instituição e, durante os sete meses de tratamento, a medicação foi trocada por duas vezes.

B se apresentava sempre com os cabelos presos, calças e camisetas bem largas, afirmava não querer se arrumar de outra forma porque as pessoas iriam achá-la estranha, já que estavam acostumados com ela daquela

forma. A vantagem em não se arrumar, de acordo com a adolescente, era o fato de as pessoas não a notarem.

A profissão a ser escolhida era outra dificuldade de B: afirmava querer cursar faculdade, pois suas duas irmãs o fizeram. No entanto, seu desejo era anulado pelas opiniões dos familiares, que acreditavam que ela não teria capacidade de enfrentar os obstáculos. Foram elencadas com B alternativas de trabalho e discutidos alguns pontos da escolha profissional.

Ao final dos sete meses, na última sessão, B relatou ter ido à cidade e comprado um vestido azul: esta foi uma questão discutida durante todo o processo de tratamento, pois B teria a formatura da irmã e não queria usar vestido nem se arrumar. Nesta sessão, a adolescente afirmou que iria usar o vestido e arrumar os cabelos.

Afirmou também ter prestado um concurso para a vaga de agente de organização escolar e, apesar de não ter sido chamada, foi classificada. Embora achasse que não seria chamada porque não teve boa classificação, ficou feliz e viu que foi bem nas matérias que estudou.

Foram ressaltados para B, no encerramento da intervenção, todos os seus progressos, principalmente o fato de ter enfrentado as situações. Toda vez que ela falava: "Ah... não foi tão difícil"; "Foi melhor do que eu esperava" significava que estava reagindo positivamente e, dessa forma, a cada vez que se expunha e tinha bons resultados, as situações ficavam mais fáceis e ela aprendia novas formas de se comportar, expandindo o repertório geral operante. Foi lembrada a importância dos medicamentos e da continuidade do tratamento no CAPS e também se discutiu sobre possíveis crises e dificuldades. B foi parabenizada pelo esforço, ficando claro que os resultados aconteceram por causa da participação ativa da adolescente dentro e fora das sessões.

De acordo com o resultado de comparação pré e pós-testes do IHS, foram identificados melhoras nos itens: "Enfrentamento e Autoafirmação com risco" e "Autoexposição a desconhecidos e situações novas"; provavelmente explicadas pelo fato de a adolescente gradualmente ter se exposto às contingências, que não produziram punição, e sim reforço positivo contingente, e também aos reforçadores sociais no *setting terapêutico*.

Os itens "Autoexposição na expressão de sentimentos positivos" e "Conversação e desenvoltura social" tiveram diminuição no desempenho. Tal condição pode ser efeito do aumento da exigência de B em relação a seus próprios comportamentos a partir do conhecimento de seus déficits comportamentais. O fator "Autocontrole da agressividade" não apresentou diferenças pré e pós-testes.

Após o término da programação do Treinamento de Habilidades Sociais, conforme o combinado, B voltaria a participar integralmente dos grupos terapêuticos. A adolescente já vinha sendo preparada gradativamente para o término do atendimento individual durante o processo interventivo, participando de alguns momentos do grupo terapêutico logo após a sessão individual.

Foi combinado com B, após três meses do término da intervenção, uma sessão de *follow up*. Nesta sessão, a adolescente relatou estar lendo o livro: *Nunca desista de seus sonhos*, do autor Augusto Cury; ressaltou que se identificava com os personagens do livro, pois estes, assim como ela, passavam por situações difíceis e muitas vezes tiveram vontade de desistir, mas conseguiram superar as dificuldades.

Foi possível observar que as condições que intensificavam o comportamento de alucinar referem-se aos momentos que a cliente estava sozinha em casa ou em situações de estudo, o que lhe causava um pouco de preocupação. As condições que diminuem a frequência deste comportamento relacionam-se a estar realizando outros tipos de atividade ou estar na presença de outras pessoas. A adolescente relatou que as vozes ainda continuavam a atrapalhar. Achava que é porque ficava muito sozinha em casa, e ainda se preocupava com o fato de um dia o pai morrer.

A jovem também informou que buscou atendimento fonoaudiológico, por iniciativa própria, telefonou, passou os dados e agendou uma consulta. Para B, isso foi um grande avanço pelo fato de que nunca falava ao telefone com as pessoas. Na avaliação com a fonoaudióloga, foi diagnosticada a dificuldade e o caso seria posteriormente atendido.

B ressalta melhoras na comunicação e expressão de sentimentos, pelo fato de dialogar mais com a família e expressar seu afeto. Afirma que atualmente não tem tanta vergonha da família do cunhado, consegue frequentar festas e almoços. Vai à novena de quarta-feira e à igreja no domingo.

Sobre a formatura das irmãs, B relatou: “Fui e não foi tão difícil quanto eu esperava: ninguém falou nada de mim, estava todo mundo com roupa arrumada, mas fiquei com sono”. As duas irmãs de B se formaram, ela foi a duas colações, a um baile e a um jantar. B disse: “Achei legal”. Para ir ao baile a adolescente foi ao salão de cabeleireiro, cortou e cacheou o cabelo e sobre isso disse: “Achei diferente, fiquei com vergonha porque nunca tinha soltado o cabelo”.

Contou que prestou vestibular em uma Universidade: já tinha tentado algumas vezes antes do início do atendimento individual, no entanto, no dia anterior à prova, sentia-se mal e desistia. Daquela vez, ressaltou que no primeiro dia estava calma, mas não se saiu muito bem na prova. Ainda assim foi nos outros dias para ganhar experiência. No segundo dia sentiu-se um pouco nervosa, porém encontrou um antigo professor e um ex-colega que conversaram com ela, e assim alegou ter ficado mais calma. B relatou não ter sido aprovada no vestibular, mas sabia que isso poderia acontecer, pois desta vez tentou a área de exatas (influência do pai), para a qual não estava preparada.

B considerou como ganhos da terapia o fato de enfrentar seus medos e não desistir diante das dificuldades. Achou que as sessões de treino em relacionamentos com as outras pessoas (Habilidades Sociais) a ajudaram. Comentou: “É bom fazer coisas diferentes”, “Já vou à missa”, “Às vezes

consigo ignorar as vozes, é importante não escutar elas, porque tenho que acreditar no que estudo, as vozes falam mentiras; “Mesmo com as vozes continuando, estou melhor, acostumei com as vozes e não estou me preocupando tanto”. A adolescente identifica que ainda precisa melhorar na socialização com as pessoas, se expor mais no grupo terapêutico e não dar tanta atenção às vozes (delírios).

Sobre voltar a ser atendida no grupo do CAPS, diz ser difícil porque parece que ela é diferente: “Eles são mais extrovertidos”. Entretanto, lembra que mesmo a “doença dela sendo pior” parece que a vida dos outros adolescentes é pior que a dela: cita o fato das famílias de alguns não serem boas, tendo envolvimento com drogas, álcool e comportamentos agressivos.

Considerações finais

O medo de ser punida em ambientes públicos acarretava um comprometimento nos vínculos sociais de B, pois, como efeito do medo da punição, a frequência de seu comportamento de sair de casa e conversar com as pessoas era reduzida, havendo assim um déficit comportamental à medida que a cliente não era reforçada socialmente porque não se expunha.

Diante desse caso, o procedimento de intervenção focou o Treinamento de Habilidades Sociais e o desenvolvimento de alguma atividade social, com o objetivo de resgatar comportamentos que foram sendo extintos e/ou instalar novos comportamentos para que a cliente obtivesse reforçadores sociais.

Como afirmou Delitti (1997), o uso da análise funcional permitiu no presente estudo a identificação de variáveis que controlavam o comportamento da adolescente e conseqüentemente foi possível o planejamento de novos padrões. Quando novos comportamentos mais adequados surgem para desempenhar as mesmas funções dos inadequados, estes perdem sua função (Goldiamond, 1974). Sendo assim, após a análise de que os momentos que a adolescente estava sozinha ou estava estudando poderiam ser as variáveis que mantinham o comportamento de alucinar, foram estabelecidas estratégias de mudança de comportamento e ambiente, que tiveram resultados observáveis em relação à diminuição na frequência do comportamento de alucinar. Realizar uma análise funcional do comportamento significa identificar as variáveis (ambientais) das quais o comportamento foi função, então se pode dizer que foi funcional porque houve a interação organismo-ambiente e a relação entre estímulos, comportamentos e conseqüências do comportamento no ambiente.

O desenvolvimento deste projeto proporcionou à cliente um alívio do sofrimento relacionado à doença, pois, por meio da maior variabilidade comportamental proporcionada pelo treinamento de habilidades sociais, ela pôde identificar com mais clareza os tipos de problema que enfrenta, sendo muitos deles relacionados às relações interpessoais e Habilidades

Sociais. Sendo assim, conseguiu escolher novas formas de se comportar e, conforme afirmaram Wallace, Liberman, Mackain, Blackwell e Eckman (1992), conseguiu melhorar o funcionamento social em diversos contextos.

Nesse sentido, a abordagem comportamental com o Treinamento de Habilidades Sociais foi um programa bem-sucedido para estimular a qualidade de vida, favorecer as relações interpessoais e buscar estratégias de resolução de problemas que permitiram ao indivíduo perceber que pode ter controle sobre grande número de variáveis do seu dia a dia.

De acordo com Del Prette & Del Prette (1999), o Treinamento de Habilidades Sociais no atendimento ao paciente esquizofrênico tem como um dos objetivos tornar as relações mais satisfatórias e o indivíduo mais sensível ao contato social. Aprender a ter controle do que pode ser controlado na doença foi um dos objetivos da intervenção, ou seja, nos comportamentos das relações sociais e em novas formas de se comportar perante o ambiente. Aumenta-se a capacidade de gerenciar a própria vida, melhoram-se a autoestima e a valorização. A psicoterapia pode criar situações que propiciem adaptar-se ao modo de se relacionar com os outros.

A intervenção aqui descrita contribuiu para uma melhora na qualidade de vida, pois ampliou o repertório social, o que acarretou em alterações em outras esferas como psicológicas e vocacionais. Por fim, sugere-se que outros clínicos intervenham em transtornos psiquiátricos e que estas intervenções sejam divulgadas à comunidade científica para que pacientes com transtornos graves possam ser independentes e melhorar sua qualidade de vida.

Schizophrenia: Intervention in public health institutes

Abstract: The first schizophrenia concepts contemplated unspecific definitions regarding the schizophrenic disorder. Only in 1980 Crow proposed the most well known classification concerning this disorder: the dycotomization in subtypes I and II or positive/negative, with symptoms of the positive syndrome presenting as hallucinations and delirium, and of the negative syndrome presenting as emotional blunting and poverty of speech. Even though pharmacotherapy has presented advances in the treatment of this disease, psychotherapy is indicated to revert the social and interpersonal damages that this disorder causes. The aim of this study is to report a behavioral intervention, in a Psychosocial Attention Center, in a 19 year-old patient, with the use of Social Ability Training (SAT) as a possibility in schizophrenia treatment. This procedure contributed to reduce the disease stereotype for this young woman, since it amplified her social rapport and allowed for advances in the psychological, social and vocational spheres.

Keywords: Schizophrenia. Psychosocial Attention Center. Behavioral therapy. social Ability training.

Schizophrénie: Intervention dans une institution de santé

Résumé: Les premiers concepts de schizophrénie comprenaient des définitions non-spécifiques sur le trouble schizophrénique. Ce n'est qu'en 1980 que Crow a proposé la classification la plus connue pour ce trouble: la distinction en sous-types I et II, de symptomatologie positive ou négative, les symptômes du syndrome positif correspondant aux hallucinations et aux délires et ceux du syndrome négatif au repli affectif et à la pauvreté du discours. Bien que la thérapie médicamenteuse présente des avancées dans le traitement de la maladie, la psychothérapie est la plus indiquée pour remédier aux préjudices sociaux et interpersonnels que celle-ci provoque. L'objectif de cette étude est de relater une intervention comportementale, dans un Centre de Soins Psychosocial, auprès d'une patiente de 19 ans, en utilisant des Exercices de Réadaptation Psychosociale (SAT) en tant que la possibilité de traitement de la schizophrénie. Ce processus a contribué à une réduction du stéréotype de la maladie chez la jeune patiente, considérant qu'elle a élargi son répertoire social et a rendu possible des avancées dans les sphères psychologique, sociale et professionnelle.

Mots clés: Schizophrénie. Centre de Soins Psychosocial. Thérapie comportementale. Réadaptation psychosociale.

Esquizofrenia: intervención en la institución pública de la salud

Resumen: Los primeros conceptos de la esquizofrenia contemplaban inespecíficas definiciones sobre el trastorno esquizofrénico. Sólo en 1980 Crow ha propuesto la clasificación más conocida para el trastorno: una división en subtipos I y II, positivo/negativo, siendo los síntomas del síndrome positivo las alucinaciones y los delirios y del síndrome negativo, el aplanamiento del afecto y la pobreza del lenguaje. Aunque la farmacoterapia ha conseguido avances en el tratamiento de la enfermedad, la psicoterapia es indicada para revertir los daños sociales y interpersonales que se presentan. El objetivo de este estudio es un informe de intervención de conducta en un Centro de Atención Psicosocial, con una paciente de 19 años con el uso de Entrenamiento de las Habilidades Sociales (THS) como posibilidad del tratamiento de la esquizofrenia. Tal procedimiento contribuyó para reducir el estereotipo de la enfermedad para la joven, puesto que amplió su repertorio social y hizo avances posibles en los ámbitos psicológico, social y vocacional.

Palavras clave: Esquizofrenia. Centro de Atención Psicosocial. Terapia conductual y Entrenamiento de las habilidades sociales.

Referências

- Bellack, A. S., Morrison, R. L., Mueser, K. T., Wade, J. H., & Sayer, S. L. (1990). Role play for assessing the social competence of psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2*, 248-255.
- Birchwood, M., & Spencer, E. (2005). Psicoterapias para a esquizofrenia: uma revisão. In M. Maj & N. Sartorius (Orgs.), *Esquizofrenia* (pp. 133-205). Porto Alegre: Artmed.
- Bolsoni-Silva, A. T. (2002). Habilidades sociais: breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. *Inserção em Psicologia, 6*(2), 233-242.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. (2002). *Legislação de Saúde Mental: 1990-2002* (3a ed., rev. atual.). Brasília, DF: Autor. (Série E. - Legislação de Saúde)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. (2004). *Legislação de Saúde Mental: 1990-2004* (5a ed., rev. atual.). Brasília, DF: Autor. (Série E. - Legislação de Saúde)
- Caballo, V. E. (1995). O treinamento em habilidades sociais. In V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp. 361-398). São Paulo: Ed. Santos.
- Crow, T. J. (1980). Molecular pathology of schizophrenia. More than one disease process? *British Medical Journal, (280)*, 66-69.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2001). *Inventário de habilidades sociais: manual de aplicação, apuração e interpretação (IHS-Del-Prette)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2006). *Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Delitti, M. (1997). Análise funcional: o comportamento do cliente como foco da análise funcional. In M. Delitti (Org). *Comportamento e cognição* (Vol. 2, pp. 35-42). Santo André, SP: Arbytes.
- Ey, H., Bernard, P., & Brisset, C. (1985). As psicoses esquizofrênicas. In *Manual de psiquiatria* (pp. 535-625). Rio de Janeiro: Masson.

- Gama, C. S., Souza, C. M., Lobato, M. I., & Abreu, P. S. B. (2004). Relato do uso de clozapina em 56 pacientes atendidos pelo Programa de Atenção à Esquizofrenia Refratária da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26(1), 21-28.
- Goldiamond, I. (1974). Toward a constructional approach to social problems: Ethical and constitutional issues raised by applied behavior analysis. *Behaviorism*, 2, 1-85.
- Goulet, J., Lesage, A., Lalonde, P., & Carpenter, N. (1992). Schizophrénie: Approches psycho-éducatives familiales et entrainement aux habiletés sociales. *L'Évolution Psychiatrique*, 57, 647-666.
- Graeff, F. G., & Guimarães, F. S. (1999). Medicamentos antipsicóticos. In F. G. Graeff, F. S. Guimarães & A. V. Zuardi (Orgs.), *Fundamentos de psicofarmacologia* (pp. 69-91). São Paulo: Atheneu.
- Grebb, J. A., Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1997). Esquizofrenia. In *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica* (7a ed., pp. 439-467). Porto Alegre: Artmed.
- Lacaz, F. S., Bressan, R. A., & Mello, M. F. (2005). A psicoterapia interpessoal na depressão em pacientes com esquizofrenia: proposta de um modelo terapêutico a partir de três casos clínicos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(3), 252-261.
- Martone, R. C., & Zamignani, D. R. (2002). Esquizofrenia: a análise do comportamento tem o que a dizer? In H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: contribuições para a construção da teoria do comportamento* (Vol. 10, pp. 305-315). Santo André, SP: ESEtec.
- Messas, G. P., Gentil, V., Gill, M., Murray, R., & Vallada, H. P. (2000). Ausência de efeito de gênero em esquizofrenia familiar, um estudo brasileiro. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 58(2-B), 494-498.
- Organização Mundial da Saúde. (1998). *CID 10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. São Paulo: Edusp.
- Silva, R. C. B. (2006). Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia USP*, 17(4), 263-285.
- Wallace, C. J., Liberman, R. P., Mackain, S. J., Blackwell, G., & Eckman, T. A. (1992). Effectiveness and replicability of modules for teaching social and instrumental skills to the severely mentally ill. *American Journal of Psychiatry*, 149(5), 654-658.

Wyatt, R. J. (2001). Diagnosing schizophrenia. In J. A. Lieberman & R. M. Murray, *Comprehensive care of schizophrenia: A textbook of clinical management* (pp. 23-24). London: Martins Dunitz.

Naiara Lima Costa, Licenciada em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho e graduada em Formação de Psicólogos pela referida Universidade. Rua dos Operários, 189, Umuarama. CEP: 37.900-000, Passos, MG. Endereço eletrônico: naiaralimacosta@hotmail.com

Sandra Leal Calais, Professora Doutora da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Campus Bauru-SP. Avenida Engenheiro Eduardo Carrizo Coube, 1401. CEP: 17033-360, Bauru, SP. Endereço eletrônico: scalais@fc.unesp.br

Recebido em: 2/12/2008

Aceito em: 8/09/2009
