



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

LAURA MARIA DUQUE SOARES

**A ESQUIZOFRENIA NA TERAPIA COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL: UMA RELAÇÃO POSSÍVEL?**

ARIQUEMES-RO
2019

Laura Maria Duque Soares

(<http://lattes.cnpq.br/1812185575046470>)

A ESQUIZOFRENIA NA TERAPIA COGNITIVO- COMPORTAMENTAL: UMA RELAÇÃO POSSÍVEL?

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Psicologia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial a obtenção do Grau de bacharelado em Psicologia

Prof^a. Orientadora: Ms. Yesica Nunez
Pumariega

Ariquemes - RO
2019

Laura Maria Duque Soares
(<http://lattes.cnpq.br/1812185575046470>)

A ESQUIZOFRENIA NA TERAPIA COGNITIVO- COMPORTAMENTAL: UMA RELAÇÃO POSSÍVEL?

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Psicologia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial a obtenção do Grau de bacharelado em Psicologia

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Orientadora Ms. Yesica Nunez Pumariega
(<http://lattes.cnpq.br/0047172708620543>)

FAEMA

Prof. Esp. Luana Patrícia Castor Cunha
(<http://lattes.cnpq.br/8278371868633484>)

FAEMA

Prof. Esp. Fabiula de Amorim Nunes
(<http://lattes.cnpq.br/6768972790902873>)

FAEMA

Ariquemes, ____ de _____ 2019.

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Júlio Bordignon - FAEMA

SO676e	SOARES, Laura Maria. A esquizofrenia na terapia cognitivo-comportamental: Uma relação possível?. / por Laura Maria Soares. Ariqueemes: FAEMA, 2019. 68 p. TCC (Graduação) - Bacharelado em Psicologia - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA. Orientador (a): Profa. Ma. Yesica Nunez Pumariega. 1. Esquizofrenia. 2. Terapia cognitiva. 3. Terapia cognitivo-comportamental. 4. Psicose. 5. Crenças delirantes. I Pumariega, Yesica Nunez. II. Título. III. FAEMA. CDD:150.
--------	---

Bibliotecária Responsável
Herta Maria de Açucena do N. Soeiro
CRB 1114/11

Ativar
Acesse (

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado forças para superar e aprender com as dificuldades.

A minha mãe Sebastiana por me fazer acreditar que eu conseguiria, por ela estar comigo em todos os momentos desse ciclo de cinco anos, sendo meu exemplo de fé e determinação, graças a ela esse sonho foi possível.

A meu pai Boanerges por todo amor, incentivo e apoio incondicional.

As minhas irmãs Bárbara e Julia que sempre foram uma das minhas maiores alegrias.

Sou grata aos meus avós e a toda minha família, em especial meus tios Otelino e Américo, pela dedicação que sempre tiveram por mim.

A meu amado Diego que desde a metade desse ciclo vem me apoiando, e me dando forças para seguir até o fim.

Aos meus amigos, os que estão próximos a mim e aos que estão distantes, sou grata por cada palavra de afeto que me trouxeram durante esses anos.

A minha orientadora Professora; Ms. Yesica N. Pumariega, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

Para que tanta insensatez a ponto de se ambicionar a cura da loucura?
Não enxergo motivos - talvez porque desconheço a razão para se querer
a loucura dessa cura!
Se em nós há insanidade somos normais.
Se não há o que nos diferencie somos insanos.
Logo, de qualquer forma, temos falhas nas faculdades mentais;
No entanto, se todos temos essas tais falhas, falhas não são mais,
Tornam-se, agora, perfeição.

Cláudio Ricardo Martins dos Reis

RESUMO

Este trabalho tem por finalidade analisar a aplicação e efetividade dos pressupostos da Teoria Cognitivo-Comportamental (TCC) no tratamento da esquizofrenia. Portanto, pode-se definir a TCC como uma abordagem que se baseia na primazia dos pensamentos sobre os comportamentos e emoções, entendendo que não é um evento específico o responsável pelo sujeito sentir ou se comportar de determinada maneira, mas sim sua percepção e interpretação sobre o mesmo que são encarregadas por aquilo que ele irá experimentar emocionalmente ou das ações que irá tomar. Assim, é uma ciência pautada em dois eixos principais, o cognitivo, referente a teorias e técnicas que tem por finalidade modificar estruturas cognitivas e o comportamental, marcado por procedimentos técnicos, por seu caráter empírico e sua habilidade em instituir metas, planos e ferramentas concretas para alcançá-las. Possibilitando, sua aplicação na terapêutica de diversos transtornos, tais como a esquizofrenia, uma vez que esta é uma condição psiquiátrica demarcada pela presença de sintomas positivos ou psicóticos (delírios, alucinações), negativos (embotamento afetivo, avolia, alogia, entre outros) e por sintomas cognitivos, tal como a manifestação de distúrbios do pensamento. Para tanto, este configura-se em uma revisão de literatura descritiva explorativa, realizada entre os meses de junho e julho de 2019, onde foram utilizadas 60 referências para sua composição, sendo adotados como critérios de inclusão: Obras que abordavam a história da esquizofrenia, formas de tratamento, sintomatologia, a origem da Terapia Cognitivo-Comportamental, seus princípios básicos, sua aplicação no tratamento desse transtorno e as principais técnicas usadas para esse fim.

Palavras chave: Esquizofrenia, Terapia Cognitiva, Terapia Cognitivo-Comportamental, Psicose, Crenças delirantes.

ABSTRACT

This paper aims to analyze the application and effectiveness of Cognitive Behavioral Theory (CBT) assumptions in the treatment of schizophrenia. Therefore, CBT can be defined as a common sense approach that is based on the primacy of thoughts on behaviors and emotions, understanding that it is not a specific event for the subject to feel or behave in a certain way, but rather their perception. and interpretation about what they are charged with for what he will experience emotionally or the actions he will take. Thus, it is a science based on two main axes, the cognitive, referring to theories and techniques that aims to modify cognitive structures and the behavioral, marked by technical procedures, its empirical character and its ability to set goals, plans and concrete tools. to reach them. Possibly, its application in the therapy of various disorders, such as schizophrenia, since this is a psychiatric condition marked by the presence of positive or psychotic symptoms (delusions, hallucinations), negative (affective dullness, avolia, allogy, among others) and by cognitive symptoms, such as the manifestation of thought disorders. For this, it is configured in a review of exploratory descriptive literature, conducted between June and July 2019, where 60 references were used for its composition, being adopted as inclusion criteria: Works that addressed the history of schizophrenia, forms of treatment, symptoms, the origin of Cognitive Behavior Therapy, its basic principles, its application in the treatment of this disorder and the main techniques used for this purpose.

Keywords: Schizophrenia, Cognitive Therapy, Cognitive Behavioral Therapy, Psychosis, Delusional Beliefs.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Antipsicóticos Injetáveis de Longa Ação	LAI
Pensamentos Automáticos Negativos	PANs
Sistema Único de Saúde	SUS
Terapia Cognitivo-Comportamental para Psicose	TCCp
Terapia Cognitivo-Comportamental	TCC
Ultra-High Risk	UHR .

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 METODOLOGIA	14
4 REVISÃO DE LITERATURA	15
4.1 HISTÓRIA DA ESQUIZOFRENIA	15
4.1.1 Epidemiologia	19
4.1.2 Custos da Doença	21
4.1.3 Fatores de Risco	21
4.1.3.1 Fatores de risco biológicos	21
4.1.3.2 Fatores de risco ambientais	23
4.1.3.3 Déficits cognitivos	24
4.1.4 Diagnóstico	25
4.1.5 Cursos da Doença	26
4.1.6 Tratamento Farmacológico	28
4.2 PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DA TEORIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC)	30
4.3 ESQUIZOFRENIA SOB A PERSPECTIVA DA TEORIA COGNITIVO- COMPORTAMENTAL	41
4.3.1 Sintomas da Esquizofrenia Segundo a TCC	43
4.3.1.1 Sintomas positivos	43
4.3.1.2 Sintomas negativos	46
4.3.1.3 Discurso e pensamentos desorganizados	46
4.3.2 Terapia Cognitivo-Comportamental para Psicose	47
4.3.2.1 Principais técnicas da TCCp	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	57
Anexos1	67
Anexo 2	68

INTRODUÇÃO

Os indivíduos com esquizofrenia sempre receberam papel em destaque dentro das mais diversas sociedades. Em alguns momentos históricos essa notoriedade retratava uma visão positiva dessa condição, entendendo-a como possuidora de um caráter divino, que permitia aos seus portadores transmitir as mensagens dos deuses para a humanidade, tal qual era visto no período clássico da Grécia Antiga (ZACARIAS, 2015).

Entretanto, com o fortalecimento do cristianismo a pessoa acometida de qualquer classe de psicose era dotado de um tipo diferente de esoterismo, não era mais o porta-vozes dos deuses, aliás, não mais representava a essência do divino. Ao contrário, simbolizava a influência do mal sobre a vida das pessoas, portanto, era associado a figura do diabo e das bruxas (SANTOS, 2015; ZACARIAS, 2015).

No entanto, essa visão mística do transtorno passou a perder força na época das cruzadas, uma vez que o contato com outras culturas propiciou uma maior diversidade do pensamento, permitindo que influências de saberes advindos da química, física e biologia passassem a compor as explicações sobre os mais variados fenômenos, incluindo as doenças mentais (MEIRELES, 2012).

Por conseguinte, foi somente a partir do século XVIII que a loucura passou a ser objeto de estudo da medicina, sendo que a primeira descrição conceitual mais robusta que contemplava aquilo que hoje se entende por esquizofrenia foi feita pelo francês Benedict Morel (1851,1853), então sob o rótulo de demência precoce, uma vez que ele havia percebido que essa condição se manifestava em sujeitos jovens, geralmente com início agudo e que caminhava rumo ao severo comprometimento das capacidades mentais dos mesmos (MEIRELES, 2012).

Posteriormente, esse conceito foi aprimorado por nomes importantes da psiquiatria tais como, Emil Kraepelin que em 1896 reuniu a demência precoce, hebefrenia e catatonia sobre o mesmo rótulo de "*dementia praecox*", dando relevância proeminente ao curso crônico e deteriorante da doença; Eugene Bleuler que foi o responsável por cunhar o termo esquizofrenia (mente cindida), representando o principal aspecto dessa perturbação mental que é a perda do contato com a realidade

experimentada pelo indivíduo; Karl Jaspers, que estabeleceu que os delírios presentes nos portadores dessa condição são caracterizados por uma convicção inigualável, demonstrando incapacidade para os retificarem, além de serem formados por conteúdos improváveis (SILVA, 2006; ZIMMER, 2006; MEIRELES, 2012).

Por fim, Strauss categoriza essa perturbação em 1974, através de sintomas positivos e negativos. Para ele, os sintomas positivos decorriam de desordens de natureza química no cérebro, sendo os principais: delírios, alucinações, conduta bizarra e fragmentação do pensamento. Os negativos, por sua vez, seriam embotamento afetivo, retração emocional e déficit cognitivo (VALENÇA e NARDI, 2015).

Atualmente, a esquizofrenia é entendida como um distúrbio mental multicausal, demarcado por um caráter crônico, que abrange um grupo de enfermidades com sintomatologia similar e que se sobrepõe, sendo reconhecido fundamentalmente por psicoses. Estas são compreendidas como perturbações mentais nas quais o indivíduo tem um comprometimento em separar o que é real e o que não é. Portanto, a esquizofrenia é um dos tipos mais graves de psicose, uma vez que possui sintomas mais severos e perenes, podendo ocasionar danos as funções cognitivas e sociais, tendo como consequência um maior detrimento da funcionalidade do sujeito (ALMEIDA, MARQUES e QUEIRÓS, 2014; LIMA, SILVA e BATISTA, 2017).

Seu diagnóstico é essencialmente clínico, sendo estipulado de acordo com a existência de sintomas psicóticos. Para tanto, faz-se necessário realizar uma anamnese profunda e robusta, que incluirá dados sobre o quadro psicopatológico vigente, personalidade pré-mórbida, dados sobre os antecedentes clínicos e psiquiátricos do sujeito e sua família, além de averiguar sobre possíveis abusos de drogas. Existindo duas ferramentas que auxiliarão o clínico nesse processo, o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais em sua quinta edição (DSM-V) e a Décima Revisão Internacional de Classificação de Doenças (CID-10). (MEIRELES, 2012; BRASIL, 2013; PEREIRA, 2015; LIMA, SILVA e BATISTA, 2017).

O Tratamento medicamentoso da esquizofrenia teve seu início em 1952 e ainda hoje representa uma abordagem terapêutica extremamente importante para os portadores, pois viabiliza sua vivência em sociedade, principalmente por meio do alívio dos sintomas positivos. No entanto, mesmo com o auxílio dessa intervenção, esses sujeitos continuam tendo uma qualidade de vida inferior por causa de seu comprometimento social, funcional e profissional, ou seja, ela, sozinha, é insuficiente

para atender o indivíduo em sua totalidade, evidenciando assim, a necessidade das psicoterapias para sanar essa falha (SILVA, 2006; RONCATO, 2007; BRASIL, 2013; PEREIRA, 2015; CZEPIELEWSKI, 2016; LIMA, SILVA e BATISTA, 2017; PALMEIRA, 2018).

Assim, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma das ferramentas psicológicas disponíveis para terapêutica desses indivíduos, podendo-se entendê-la como uma abordagem de senso comum que se baseia na primazia dos pensamentos sobre os comportamentos e emoções, isto é, entende que não é um evento específico o responsável pelo sujeito sentir ou se comportar de determinada maneira, mas sim sua percepção e interpretação sobre o evento que são encarregadas por aquilo que ele irá experimentar emocionalmente ou das ações que irá tomar. Foi desenvolvida por Aaron Temkin Beck entre as décadas de 1950 e 1960 ao estudar sobre transtornos como depressão e ansiedade (WRIGHT, BASCO e THASE, 2008; BECK, 2014; GONÇALVES, 2014; BADARÓ, 2015).

Todavia, desde seu nascimento, a TCC tem um forte cunho empírico, o que foi responsável pelo desenvolvimento de um grande número de estudos ao longo dos anos, transformando-a em uma das abordagens mais populares da atualidade e que corroboraram a sua efetividade no tratamento de vários transtornos mentais como: depressão, transtorno do pânico, transtorno da ansiedade generalizada (TAG), fobia social, anorexia nervosa, transtorno dismórfico corporal, jogo patológico, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em crianças abusadas, Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) e transtorno afetivo sazonal, e doenças médicas em geral (FALCONE, 2008; CARVALHO, 2014; STOCK, BARBOSA e KRISTENSEN, 2014).

Contudo, será que a TCC é realmente uma ciência efetiva no tratamento da esquizofrenia? Como essa abordagem compreende os sintomas dessa condição psiquiátrica e como atua sobre eles? Existem técnicas específicas para trabalhar com esse transtorno? Quais são elas? Por meio delas seria possível permitir a participação mais ativa de seus portadores em sua família e na sociedade? Foi exatamente para responder essas perguntas que esse trabalho foi desenvolvido, pois essa temática ainda é pouco discutida e analisada no contexto nacional. Assim, investigações nessa área são de extrema importância para o enriquecimento da psicologia brasileira e para os indivíduos com esquizofrenia e suas famílias.

Por isso, o foco desse trabalho é analisar a efetividade da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento da esquizofrenia, para tanto, objetivou-se apresentar

a evolução histórica desse transtorno que é tido como a forma de psicose mais debilitante existente, além de discorrer sobre as origens e os pressupostos básicos da TCC para que a partir disso, fosse possível compreender o modo singular como essa escola psicológica entende e atua sobre essa condição.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a efetividade da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento da esquizofrenia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Discorrer sobre a evolução histórica da esquizofrenia;
- Apresentar os princípios básicos da Terapia Cognitivo-Comportamental;
- Descrever a compreensão da Terapia Cognitivo-Comportamental em relação a esquizofrenia e aos seus sintomas;
- Discriminar algumas das técnicas utilizadas no tratamento da esquizofrenia por esta abordagem psicológica específica;

3 METODOLOGIA

Este é um estudo de revisão de literatura qualificado como descritivo exploratório. Segundo Fantinato (2015), uma pesquisa descritiva é aquela cuja finalidade é pormenorizar fatos e/ou fenômenos que ocorrem dentro de um contexto específico, já a de cunho exploratório atribui-se a função de tornar um tema incomum ou complexo mais acessível, ao se evidenciar sua problemática e os fatores que contribuem para seu surgimento, elaborando e verificando hipóteses sobre ele.

Por conseguinte, para a composição deste estudo foi realizada uma pesquisa entre os meses de junho e julho de 2019. Servindo-se dos bancos de dados: *Scielo*, *Pubmed*, *Google Acadêmico* e *BVS*, além de livros, manuais e revistas especializados no assunto.

Conseqüentemente, optou-se por utilizar os seguintes descritores: “Esquizofrenia, Terapia Cognitiva, Terapia Cognitivo-Comportamental, Psicose, Crenças delirantes”, que possibilitaram a coleta das obras que aqui foram utilizadas.

Portanto, esse arcabouço teórico foi composto por 60 referências publicadas no espaço de tempo estipulado entre 2004-2018. Sendo adotado como critério de inclusão, os seguintes: Obras que abordavam a história da esquizofrenia, formas de tratamento, sintomatologia, além daquelas que versavam sobre a origem da Terapia Cognitivo-Comportamental, seus princípios básicos, sua aplicação no tratamento desse transtorno, as principais técnicas usadas para esse fim. Logo, foram excluídos materiais referentes aos demais tipos de psicose, que abordavam outras psicoterapias no tratamento da esquizofrenia em detrimento da TCC, e aqueles que descreviam terapias cognitivas que não fossem a de Beck, tais como a terapia de solução de problemas de D'Zurilla e Goldfried e o treinamento de inoculação de estresse de Meichenbaum.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 HISTÓRIA DA ESQUIZOFRENIA

A loucura é um dos fenômenos psicológicos mais antigos e mais descritos ao longo da história. No entanto, nem sempre foi carregada por uma conotação negativa e estigmatizada. Ao contrário, houve épocas em que ela foi dotada de um caráter sacro. Por meio dela, seus portadores tornavam-se receptáculos do divino, recebendo e transmitindo aos demais, as mensagens dos deuses. A Grécia Antiga é um exemplo característico desse período em que esse fenômeno era visto como um privilégio. Assim, filósofos como Sócrates e Platão usavam o termo “*manike*” para descrever tanto os aspectos divinais quanto delirantes do que hoje entende-se por loucura (ZACARIAS, 2015).

Entretanto, essa concepção foi perdendo força a partir do fim da era da Antiguidade Clássica, momento no qual se observa um distanciamento entre esta condição e sua função de portadora da verdade. Esse rompimento evidenciou-se por meio das descrições de Hipócrates (460-380 a.C.) de que as doenças mentais não deveriam ser compreendidas com base em noções de cunho sobrenatural, mas sim, como manifestações orgânicas que poderiam sofrer influência de fatores mais concretos e plausíveis tais como as influências do meio em que o sujeito estava inserido (MEIRELES, 2012).

Contudo, com o advento da Renascença, à loucura foi atribuída um novo significado, ela passou a ser uma representação do mal, seja através do entendimento de que o portador estava sob a influência de espíritos malignos ou, mesmo possuído, ou ainda, era entendida como uma forma de punição (ZACARIAS, 2015).

Até o fim da idade média, a figura do leproso simbolizava o ápice da punição divina e, a sociedade se organizou de forma a bani-lo dos espaços públicos, criando os leprosários, onde os doentes eram jogados até que fossem sanados ou falecessem. No entanto, com o desaparecimento dessa doença, os loucos passaram a ocupar esse espaço de exclusão, ou seja, a eles não era mais permitido o usufruto dos locais comuns, não pertenciam a sociedade, deveriam ficar reclusos, submersos em sua própria condição (SANTOS, 2015).

Inspirada pela tradição judaico-cristã, essa concepção considerava que todas as doenças eram resultado de algum tipo de desobediência a Deus. Logo, para obter-se a cura, era necessário se redimir de seu pecado, pois Deus era o portador tanto da doença, como da cura, além de poder expulsar os demônios e outros espíritos malignos que assombravam o doente. Nesse sentido, ao reconhecer o papel do diabo na gênese das perturbações mentais, evocava-se também a participação das bruxas nesse contexto, uma vez que elas eram reconhecidas como servas dessa entidade (DAMETTO e ESQUINSANI, 2017).

Portanto, inúmeras mulheres foram vítimas de práticas de exorcismo, tortura e fogueira para combater a influência do mal, dando origem a uma vasta gama de tratados de como combater a feitiçaria no século XV. Sendo a obra mais famosa desse período o “*Malleus Maleficarum*” (Martelo das Feiticeiras), escrito por Heinrich Kramer e James Sprenger, que ensinava a reconhecer as bruxas por meio da presença de sinais físicos e de outras esferas (comportamento, por exemplo) sendo que alguns deles poderiam ser atribuídos a portadores d

e esquizofrenia ou depressão nos dias atuais (ZACARIAS, 2015).

Com as Cruzadas o contato com novas culturas foi facilitado e, logo após assistiu-se ao enfraquecimento das influências da igreja, permitindo a discussão das doenças mentais pela ciência, desenvolvendo assim teorias biológicas, físicas e químicas para a sua compreensão. A partir do século XVIII instituiu-se o iluminismo, que pregava a supremacia da razão e a assim, a loucura passa a ser objeto de estudo da medicina, sendo que a primeira descrição conceitual mais robusta que contemplava aquilo que hoje se entende por esquizofrenia foi feita pelo francês Benedict Morel (1851,1853), então sob a nomenclatura de demência precoce, uma vez que ele havia percebido que essa condição se manifestava em sujeitos jovens, geralmente com início agudo e que caminhava rumo ao severo comprometimento das capacidades mentais dos mesmos (MEIRELES, 2012; VALENÇA e NARDI, 2015).

Já em 1871 Ewald Hecker, apresenta o termo hebefrenia para categorizar o quadro clínico composto por declínio mental e conduta regressiva que, tal como a demência precoce, também aparecia em pessoas jovens. Em 1874 Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899), relata um quadro de sintomas marcado por atividade motora automática, com desenvolvimento específico, o qual ele denominou de catatonia (MEIRELES, 2012; SANTOS, 2015; MOTA, SILVA e LOPES, 2017).

Até então, todos esses quadros eram tidos como doenças distintas, entretanto, em 1896 Emil Kraepelin (1856-1926), as reuni sob o mesmo rótulo de “*dementia praecox*”. Foi a partir de seu trabalho juntamente com Alois Alzheimer, que também examinava indivíduos com agravamentos cognitivos severos, porém de início tardio, que ele percebeu que ao contrário do grupo de estudo de seu colega, o seu apresentava “demência” ainda jovem (VALENÇA e NARDI, 2015).

Todavia, esse constructo foi ganhar força apenas em 1899 quando Kraepelin publica a 6ª edição de seu Tratado de Psiquiatria, descrevendo-o como uma entidade nosológica severa de origem endógena, ocorrendo no começo da idade adulta, caracterizado não por um conjunto de sintomas típicos, mas sim, por seu curso crônico e deteriorante. Além disso, foi responsável por diferenciá-lo do Alzheimer e da psicose maniaco-depressivo. Também, determinou que essa doença poderia manifestar-se sob três tipos diferentes, a saber: hebefrênica, catatônica e paranoide (PEREIRA, 2015; LIMA, SILVA e BATISTA, 2017).

Em 1908, no encontro anual da Associação Psiquiátrica em Berlim, surge pela primeira vez a palavra esquizofrenia, criada pelo psiquiatra suíço Eugene Bleuler. Essa nomenclatura tem sua origem no grego, através da junção dos seguintes termos “*schizo*” e “*phren*”, o primeiro significando cindida e o segundo mente, traduzindo-se em mente cindida para representar o que Bleuler definia como característica crucial dessa enfermidade, a dissociação entre pensamento, emoção e conduta, isto é, este autor nega a importância dada por Kraepelin a evolução e quadros clínicos finais como critérios definidores da condição, preocupava-se mais em estabelecer um conjunto de sintomas típicos. Logo, afirmava que a esquizofrenia nem sempre aparecia em pessoas jovens, como até então se acreditava e, que os sinais clínicos primários não eram suficientes para prever sua evolução (SILVA, 2006; SANTOS, 2015).

Para fins diagnósticos Bleuler estabeleceu que esse distúrbio era composto por sintomas fundamentais e acessórios. Os primeiros eram constituídos por: alteração das conexões do pensamento, autismo, ambivalência, embotamento afetivo, perturbações da atenção e avolição; já os segundos eram compostos por: alucinações, modificações do humor e/ou catatonia. Portanto, de acordo com a expressão sintomática, a doença poderia ser dos seguintes tipos: esquizofrenia simples, catatônica, paranoide ou hebefrênica (SILVA, 2006; ZIMMER, 2006; MEIRELES, 2012).

Posteriormente, Karl Jaspers foi o responsável por inserir a fenomenologia dentro do contexto de análise da psicopatologia, denotando que seria mais relevante atender-se para a experiência da vivência delirante primária enquanto início de um processo de modificações da consciência do eu, em detrimento da busca em saber se o sujeito já possuía uma personalidade pré-mórbida desenvolvida. Então, a datar de 1921 estabelece que o delírio primário nesse transtorno seria marcado por uma convicção inigualável, por uma certeza subjetiva excepcional, demonstrando incapacidade de ser influenciado ou retificado, além de ser formado por conteúdos improváveis (VALENÇA e NARDI, 2015).

Em 1948, o psiquiatra Kurt Schneider, dividiu essa perturbação mental em duas classes de sintomas. Os de primeira ordem tipificavam-se por duas ou mais vozes que conversam entre si, vozes que tecem críticas sobre o sujeito na terceira pessoa, vozes que ecoam pensamentos alheios, difusão e roubo do pensamento, alucinações corpóreas, experiências de passividade, percepção delirante. Os de segunda ordem possuíam utilidade inferior na avaliação do transtorno e não eram específicos dele, podem ser expressos em outras patologias e podendo ser descritos como sentimentos de carência emocional, modificações de humor depressivos e eufóricos, entre outros (PEREIRA, 2015; LIMA, SILVA e BATISTA, 2017; MOTA, SILVA e LOPES, 2017).

Para Minkowski (1953), o distúrbio primordial da esquizofrenia residiria na supressão do contato de impulso com a realidade, determinando a relevância em pormenorizar o quadro sintomático da doença para melhor traçar estratégias terapêuticas (MEIRELES, 2012).

Em consonância com Valença e Nardi (2015), Strauss categoriza essa condição em 1974, através de sintomas positivos e negativos. Para ele, os sintomas positivos decorriam de desordens de natureza química no cérebro, sendo os principais: delírios, alucinações, conduta bizarra e fragmentação do pensamento. Os negativos, por sua vez, seriam embotamento afetivo, retração emocional e déficit cognitivo.

Por fim, em 1980 Crow qualifica a esquizofrenia do tipo I, representada por um quadro agudo, majoritariamente com sintomatologia positiva, com boa resposta ao tratamento farmacológico e com aumento dos receptores dopaminérgicos; Já o tipo II, caracterizava-se por uma condição crônica, hegemonicamente com sintomas negativos, resposta a fármacos insuficiente, déficit cognitivo e mudança neuroanatômica (SILVA, 2006).

Hodiernamente, a esquizofrenia é entendida como um distúrbio mental multicausal, demarcado por um caráter crônico, que abrange um grupo de enfermidades com sintomatologia similar e que se sobrepõe, sendo reconhecido fundamentalmente por psicoses. Estas são compreendidas como perturbações mentais nas quais o indivíduo tem um comprometimento em separar o que é real e o que não é. Portanto, a esquizofrenia é um dos tipos mais graves de psicose, uma vez que possui sintomas mais severos e perenes, podendo ocasionar danos as funções cognitivas e sociais, tendo como consequência um maior detrimento da funcionalidade do sujeito (ALMEIDA, MARQUES e QUEIRÓS, 2014; LIMA, SILVA e BATISTA, 2017).

Ainda, Zimmer (2006), a define como sendo uma das enfermidades mais incapacitantes, uma vez que ela representa um nível de comprometimento singular em detrimento dos demais transtornos mentais, devido a intensidade dos danos infringidos ao paciente e a sua família. Qualifica-se como uma condição perene, complexa, que danifica a capacidade dos indivíduos para pensar, refletir e controlar suas emoções, trazendo prejuízos no estabelecimento de relações com os outros. Os impactos no âmbito da conduta podem ser percebidos através do isolamento social, impossibilidade para desempenhar papéis, sensibilidade ao estresse elevada, deteriorando a qualidade de vida de seus portadores.

4.1.1 Epidemiologia

Conjectura-se que cerca de 70 milhões de pessoas ao redor do mundo são portadoras de esquizofrenia, isto é, 1% de toda a população mundial sofre com esta condição. Só no Brasil esse número gira em torno de 2 milhões de indivíduos. As nações com os maiores índices de prevalência dessa doença são Suécia, Irlanda e antiga Iugoslávia (taxa de 10%), já as taxas mais baixas são representadas pelas Ilhas Maurício e Estados Unidos (RONCATO, 2007; MEIRELES, 2012; CARVALHO, 2015; PEREIRA, 2015; MOTA, SILVA e LOPES, 2017; PALMEIRA, 2018).

Ocorre em todas as culturas e classes sociais, tendo seu surgimento predominantemente em jovens e adultos em idade escolar ou no começo da vida profissional. Pode apresentar-se em ambos os gêneros, no entanto, nos homens tem início mais cedo, entre a faixa etária compreendida dos 15 a 25 anos e nas mulheres esta idade varia entre 25 e 35 anos (RODRIGUES, 2012; ELKIS, 2013; MOTA, SILVA e LOPES, 2017).

O início precoce nos homens está relacionado com pior prognóstico e quadro sintomatológico negativo mais desenvolvido. Nas mulheres verifica-se um estado de funcionamento pré-mórbido adequado e menos sintomas negativos. Além disso, Zimmer (2006), aponta que as informações epidemiológicas não revelam dissemelhança na prevalência ao gênero. Contudo, também descreve que há uma prevalência estimada em 70% de portadores do sexo masculino nas pesquisas realizadas sobre o tema.

De acordo com Carvalho (2015), os índices desse distúrbio são maiores tanto nos homens, quanto em grupos de imigrantes, quando comparados às mulheres e a população nativa, respectivamente. Ainda, segundo Pereira (2015), na fase da adolescência os homens têm duas vezes mais chances de desenvolver a doença do que as mulheres, ao mesmo tempo, o sexo feminino tem essa probabilidade aumentada a partir dos 45 anos.

Nesse sentido, Pereira (2015) e Lima, Silva e Batista (2017), afirmam que uma das explicações para a hegemonia masculina no transtorno é que o hormônio estrogênio desempenharia uma função protetora nas mulheres e que o desenvolvimento intrauterino do cérebro acontece de forma mais lenta nos homens, aumentando a vulnerabilidade a traumas de nascimento nesse grupo. Ademais, eles estariam mais sujeitos a fatores de risco como abuso de álcool e outras substâncias que teriam por consequência chances maiores de recaída, hospitalizações e de suicídio.

Destarte, Meireles (2012), afirma que o suicídio é o principal motivo de morte entre os portadores de esquizofrenia, ou seja, o risco de suicídio é de 20 a 50 vezes maior nesses indivíduos. Em consonância, o mesmo ainda afirma que 9 a 13% dos pacientes dão fim a suas vidas e que 30 a 60% desses casos foram marcados por tentativas anteriores.

Czepielewski (2016), pontua que esse grupo, quando equiparado com a população geral, demonstra uma expectativa de vida minimizada em 15 a 20 anos, em decorrência de doenças físicas e mentais comórbidas, efeitos colaterais da medicação, sedentarismo, tabagismo e abuso de álcool acentuados, acrescidos do risco de suicídio. Também, os sintomas negativos da patologia estão associados a esse fato, devido a danos na funcionalidade de atividades cotidianas.

4.1.2 Custos da Doença

Essa é uma doença com altos custos tanto para o portador, sua família e para a sociedade. Os gastos sociais diretos dessa patologia podem ser representados pelas internações, atendimento e medicamentos, enquanto os custos indiretos relacionam-se com a perda da produtividade dos sujeitos afetados e dos impactos gerados na família. Cerca de 73% das pessoas afetadas ainda não recebem tratamento especializado no Brasil e dois terços daqueles que recebem, o fazem pela rede pública de saúde (RONCATO, 2007; PALMEIRA, 2018).

Mesmo assim ela é referida como a doença mental que causa o maior número de internações no país. Somente no ano de 2013 o Sistema Único de Saúde (SUS), gastou R\$ 1,07 bilhão com o tratamento de recaídas, com uma média de R\$12.108,00 por paciente. Entretanto, observou-se nos últimos anos um crescimento no uso de antipsicóticos de longa ação de 5% e isso representará uma economia de R\$ 0,3 milhão ao ano (SANTOS, 2015; LIMA, SILVA e BATISTA, 2017)

Por isso, torna-se notório a relevância de um tratamento medicamento de qualidade, aliado a intervenções psicoterápicas, visando também a redução de recaídas, para assim minimizar os custos da doença não só ao sistema de saúde, mas também ao sujeito afetado e ao seu seio familiar (LOCH e WANG, 2015; LIMA, SILVA e BATISTA, 2017).

4.1.3 Fatores de Risco

4.1.3.1 Fatores de risco biológicos

De acordo com Meireles (2012), Santos (2015) e Silva (2006), apesar do grande contingente de estudos realizados sobre essa doença, ainda não foi possível determinar a sua causa, porém, há um consenso entre os especialistas de que sua origem está na interação de inúmeros fatores de ordem biológica e psicossocial, como listado abaixo.

Genéticos: A neuregulina é uma proteína que atua no desenvolvimento neural e plasticidade sináptica, sendo codificada pelo gene NRG1. Logo, como a esquizofrenia é uma perturbação do neurodesenvolvimento, modificações presentes

nesse gene podem estar associadas à sua origem, assim como as vistas no gene DTNBP1 que codifica a disbindina. Essa substância relaciona-se a neurotransmissão glutamatérgica, e alterações em sua expressão podem ocasionar morte dos neurônios. Também existem indícios da participação do gene DISC (*Dysrupted in schizophrenia*), que está envolvido na organização do hipocampo. Ademais, evidenciam-se perturbações na transmissão dopaminérgica que podem ser desencadeadas por modificações em genes que codificam receptores dessa substância, tais como o DRD1-5 e em outros responsáveis pela sua degradação no abismo sináptico, como o catecol-O-metiltransferase (COMT) (LOCH e WANG, 2015).

Contudo, mutações tais como deleções ou duplicações de porções do citocromo (*Copy Number Variations – CNV*) parecem estar envolvidas não só na gênese da esquizofrenia, mas sim, em grande parte dos transtornos mentais. Isso porque essa estrutura pode influenciar grandemente os genes, podendo inativar sua função, transformá-los em alelos recessivos ou dominantes, podem danificar a regulação dentro do próprio DNA, afetando a manifestação de outros genes. Outrossim, as CNVs localizam-se sumariamente em locais com concentração de genes relevantes para a interação ambiental, tais como os responsáveis pela plasticidade neural e sinaptogênese (PALMEIRA, 2018).

Nesse sentido, a CNV que se converteu em modelo para esta doença é a deleção do citocromo 22 (22q11.2). Provavelmente esta pode ser responsável por uma porcentagem de 1% a 2% dos diagnósticos, além de que refere-se que 1/3 de todas as pessoas que a possuem venha a desenvolver o transtorno. Destarte, é a única mutação conhecida atualmente que é responsável por casos não familiares na população (RONCATO, 2007; PALMEIRA, 2018).

Elkis (2013), afirma que o risco de desenvolver esquizofrenia pode girar em torno de 10% para aqueles que possuem irmãos com a doença, 18% para indivíduos com irmão gêmeo fraterno e 50% para irmão gêmeo univitelino, podendo chegar ao percentual de 80% ao se considerar o ambiente e 50% quando ambos os progenitores possuem a enfermidade. Contudo, a genética não é um determinante absoluto nesse transtorno. Ressalta-se a importância fundamental da interação entre genética e ambiente para que isso ocorra, uma vez que mais de 85% dos portadores não possuem parentes próximos com esquizofrenia.

Fatores neuroquímicos: A quantia abundante de dopamina nas sinapses e a sensibilidade elevada dos receptores dessa substância podem configurar-se nos

aspectos fundamentais deste distúrbio, o que é corroborado pelo resultado evocado pela medicação antipsicótica que, ao obstruir os receptores dopaminérgicos, alivia os quadros positivos desta condição, porém, por si só não é um fator explicativo da fisiopatologia da doença (PEREIRA, 2015).

Recentemente, tem-se evidenciado o papel da acetilcolina na esquizofrenia. Existem duas classes de receptores que regulam as funções desse neurotransmissor no organismo, sendo eles: Muscarínicos e os Nicotínicos. O que tem se observado é que níveis inferiores dos receptores muscarínicos e disfunção dos nicotínicos podem estar relacionados aos sintomas cognitivos desta condição. Ademais, ela também está associada a uma hipofunção glutamatérgica, pois agonistas dos receptores de glutamato estão sendo pesquisados como uma possível terapêutica, principalmente sobre os sintomas negativos, que são pouco responsivos ao tratamento farmacológico atual (RONCATO, 2007; PALMEIRA, 2018).

Outro neurotransmissor relevante é serotonina. A quantidade em excesso dessa substância nas sinapses é um fator de risco que foi descoberto ao se analisar o efeito dos antipsicóticos de segunda geração ao bloquearem receptores de serotonina (5-HT_{2A}), que trouxeram impactos positivos sobre a cognição e sintomas negativos, com menor efeito colateral (PALMEIRA, 2018).

Alterações cerebrais: Alterações em algumas regiões cerebrais parecem estar associadas com esta doença, tais como no sistema límbico, no córtex frontal e nos gânglios basais. Isso se traduz em modificações estruturais como volume inferior do córtex cerebral em várias áreas e reduzida quantidade de neurônios no córtex pré-frontal, no tálamo médio-dorsal e hipocampo, além de mudanças na estrutura e função do corpo caloso e cerebelo (PEREIRA, 2015; CZEPIELEWSKI, 2016).

4.1.3.2 Fatores de risco ambientais

Existe um conjunto de elementos que aumentam a probabilidade do sujeito a tornar-se portador dessa perturbação futuramente, e que atuam sobre ele antes mesmo de seu nascimento, são os fatores de risco pré-natais, como infecções e carências nutricionais maternas durante o primeiro trimestre e início do segundo. A relação entre infecções por influenza e esquizofrenia está mais estabelecida, entretanto, rubéola, toxoplasmose, herpes e outras também podem estar associadas,

além do estresse materno ser mais um fator preponderante (MEIRELES, 2012; PALMEIRA, 2018).

O processo fisiopatológico provocado pelas infecções ainda não está claro, mas o aumento no risco tem sido teorizado como ocorrendo em resposta ao aumento de citocinas inflamatórias. Já os impactos nutricionais e emocionais advindos de situações com alto potencial estressor sobre a mãe, poderiam criar no feto um baixo limiar ao estresse, levando-o a desenvolver quadros hiperdopaminérgicos futuros (LOCH e WANG, 2015).

Posteriormente, tem-se a influência da estação de nascimento (inverno e primavera) e problemas obstétricos. Fatalidades como abuso físico e/ou sexual na infância, ser de uma minoria étnica, discriminação, complicações no ajustamento social na adolescência, separação ou morte dos pais, além do estresse e alienação advindas de situação de migração, a fragilidade dos laços sociais de moradores de áreas urbanas e abuso de drogas (PEREIRA, 2015; CZEPIELEWSKI, 2016).

4.1.3.3 Déficits cognitivos

Uma grande parcela de portadores de esquizofrenia apresenta déficits cognitivos, principalmente, referente a memória verbal, vigilância e atenção, na memória de labor, no quociente intelectual, na linguagem e funcionamento executivo. As investigações sobre o primeiro episódio da doença, demonstram que esses pacientes já apresentam danos cognitivos similares àqueles que sofreram com a enfermidade por um período longo de tempo. Agravos cognitivos já estão presentes antes mesmo da ocorrência do primeiro episódio, o que reforça a sua presença como um elemento indicativo do transtorno (ZIMMER, 2006; ELKIS, 2013; PALMEIRA, 2018).

Contudo, o modelo mais aceito na literatura para elucidar a causa desse distúrbio é o modelo de vulnerabilidade-estresse que determina que as condições biológicas descritas à cima representariam uma vulnerabilidade no indivíduo que, ao ser exposto a elementos estressores de ordem psicossocial, culminaria no episódio psicótico agudo da esquizofrenia. Nesse sentido, a vulnerabilidade pode conservar-se em um estado de latência até que um evento estressor desencadeie esse processo (SILVA, 2006; MEIRELES, 2012; BRASIL, 2013; PALMEIR, 2018).

4.1.4 Diagnóstico

Esta é uma condição psiquiátrica cujo diagnóstico é fundamentalmente clínico, sendo estipulado de acordo com a existência de sintomas psicóticos. Para tanto, faz-se necessário realizar uma anamnese profunda e robusta, que incluirá dados sobre o quadro psicopatológico vigente, personalidade pré-mórbida, dados sobre os antecedentes clínicos e psiquiátricos do sujeito e sua família, além de averiguar sobre possíveis abusos de drogas (MEIRELES, 2012; BRASIL, 2013).

Por conseguinte, existem duas ferramentas que auxiliarão o clínico nesse processo, o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais em sua quinta edição (DSM-V) e a Décima Revisão Internacional de Classificação de Doenças (CID-10). Uma das principais diferenças entre ambas é que o DSM-V engloba perturbações de natureza social ou ocupacional e adota como prazo para a manifestação dos vestígios contínuos da doença em pelo menos seis meses, dentro dos quais ao menos um mês deve ser preenchido pelos sintomas, enquanto que na CID-10 distúrbio presente durante um mês já é suficiente para fechar o diagnóstico (PEREIRA, 2015; LIMA, SILVA e BATISTA, 2017).

Outra característica peculiar vista no DSM-V é a compreensão desse transtorno dentro de um *continuum*, pois os sintomas psicóticos intercorrem de maneira dimensional dentro da comunidade geral, partindo de um gradiente que se principia na normalidade, passa por sintomas subclínicos sem prejuízos funcionais, posteriormente pelos sintomas psicóticos de fato, porém ainda sem comprometer a funcionalidade do sujeito e, portanto, sem repercussão clínica, até os sintomas reais que tem por consequência danos à funcionalidade e que caracterizam distúrbio (LOCH e WANG, 2015).

Mediante a literatura revisada para a elaboração deste estudo, percebeu-se que a ferramenta mais referenciada para o diagnóstico é o DSM-V, logo, de acordo com esse achado, serão descritos a seguir os critérios diagnósticos para esquizofrenia pautados nesse manual:

- A- Presença de dois ou mais dos elementos a seguir, por um período de tempo relevante, dentro de um mês ou menos, caso tenham sido tratados de forma efetiva. Ao menos um deles deve ser 1, 2, ou 3:
 1. Delírios;
 2. Alucinações;

3. Discurso desorganizado;
 4. Conduta grosseiramente desorganizada ou catatônica;
 5. Sintomas negativos (manifestação reduzida de emoções ou avolia).
- B- Desde o surgimento da perturbação evidencia-se funcionalidade bastante reduzida em áreas como trabalho, relacionamento interpessoal ou autocuidado em comparação ao que era alcançado anteriormente ou do que seria esperado para a faixa etária do indivíduo.
- C- Sinais ininterruptos do distúrbio por no mínimo seis meses, incluindo um mês de sintomas de acordo com o critério A. Pode contemplar momentos de sintomas prodrômicos ou residuais, nos quais deve haver apenas sintomas negativos ou, dois ou mais pertinentes ao critério A, porém, atenuados.
- D- Deve ser excluída a possibilidade de transtorno esquizoafetivo e transtorno depressivo ou transtorno bipolar com características psicóticas.
- E- Deve-se descartar a hipótese de a perturbação ser justificada pelo efeito decorrente de substâncias ou outras condições médicas.
- F- Quando há histórico de transtorno do espectro autista ou de transtorno da comunicação com começo na infância, o diagnóstico adicional de esquizofrenia só dado perante a existência de delírios ou alucinações exacerbadas, acrescidos dos demais sintomas necessários à esquizofrenia, presentes por um mês.

Destarte, exames laboratoriais, físicos e neurológicos podem ser utilizados como material complementar ao diagnóstico tal como, eletroencefalograma, exames para averiguar a presença de drogas na urina, tomografia ou ressonância magnética do encéfalo. Além disso, uma vasta gama de doenças mentais pode exibir sintomas psicóticos, ou seja, nem todo distúrbio psicótico qualifica esquizofrenia, por isso, uma análise criteriosa e responsável é de suma importância para a validade e fidedignidade desse processo (ELKIS, 2013).

4.1.5 Cursos da Doença

Esta condição psiquiátrica apesar da heterogeneidade de seus sintomas, apresenta-os sob dois cursos evolutivos, incidindo de forma tardia ou abrupta. Quando este distúrbio manifesta-se de maneira repentina, isso traz impactos negativos sobre

o diagnóstico, uma vez que sinais como isolamento social, dificuldades educacionais, e alterações comportamentais típicas da enfermidade podem ser camufladas sob o rótulo de crises da adolescência. Entretanto, sua expressão tardia pode passar despercebida pelos familiares e amigos do portador (PEREIRA, 2015).

Ademais, pode ser qualificada em quatro fases distintas, prodrômica, aguda, a de estabilização ou manutenção e a crônica. A terminologia pródrômo vem sendo substituída pelo termo *Ultra-High Risk* (UHR), porque a primeira palavra descreve períodos nos quais os sintomas não são o bastante para fechar o diagnóstico, mas é notório que o funcionamento do sujeito não é o mesmo de seu estado pré-mórbido, representando assim, um indicativo de um estado mais grave. No entanto, percebeu-se que a presença de sintomas psicóticos mais leves, não culminam fatalmente na eclosão do transtorno, portanto, o indivíduo pode permanecer de forma prolongada nessa fase ou, seus sintomas podem desaparecer, por isso, o termo UHR mostrou-se mais adequado (SOUZA, et.al., 2013; STARLING e FEIJO, 2016).

Na etapa aguda ou ativa, há expressão de sintomas psicóticos explícitos, ou seja, a sintomatologia exhibe-se de maneira ativa. Nesse momento, as alucinações podem apropriar-se do sujeito e o discurso desorganizado acontece com maior frequência (PEREIRA, 2015; STARLING e FEIJO, 2016).

A fase de manutenção, estabilização é exibida após a melhora clínica e o principal foco aqui é evitar-se recaídas. Os sintomas são controlados por meio de tratamento medicamento, tornando os sintomas positivos menos intensos, já que dependendo do fármaco utilizado, seus efeitos sobre os sintomas negativos são ínfimos. Desta forma, afirma-se que a sintomatologia negativa segue a evolução desse transtorno, ao contrário dos positivos, traduzindo-se em danos nos aspectos relacionados a motivação, emoções, discurso, pensamento e relações interpessoais. Por fim, tem-se a fase crônica demarcada por sintomas negativos e déficits cognitivos (ELKIS, 2013).

Elkis (2013) e Pereira (2015), declaram que o prognóstico a longo prazo é impreciso. Estima-se que 20% dos portadores sofrerão com uma nova crise, à medida que 60% adentrarão em fase crônica, impactando negativa e significativamente seu seio familiar, sua vida profissional e social. Já os outros pacientes terão seguimento intermediário.

4.1.6 Tratamento Farmacológico

O Tratamento medicamentoso da esquizofrenia teve seu início em 1952, quando acidentalmente perceberam-se os efeitos antipsicóticos da clorpromazina. Anteriormente, a terapêutica farmacológica era defasada e se restringia ao controle da ansiedade e agitação dos pacientes. Portanto, essa descoberta deu origem a pesquisas farmacêuticas na busca por drogas que mostrassem o mesmo efeito sobre essa condição, assim, surgiu a primeira classe de medicamentos apropriados para esse fim. Os fármacos dessa categoria são chamados de típicos ou de primeira geração e permitiram uma drástica transformação na psiquiatria, por transferir seu caráter hospitalocêntrico para uma ênfase ambulatorial (SILVA, 2006; RONCATO, 2007; BRASIL, 2013; LIMA, SILVA e BATISTA, 2017).

Esta variedade medicamentosa intervém nos receptores dopaminérgicos, mostrando resultados promissores no alívio de sintomas positivos, evitando recaídas e reinternações, porém, não demonstram efeitos sobre a sintomatologia negativa, além disso, ocasionam consequências adversas de cunho neurológico a curto e longo prazo, comumente denominados de efeitos extrapiramidais. Os de curto prazo podem ser aliviados através do uso de drogas anticolinérgicas ou antiparkinsonianas, contudo, os de longo prazo, como a discinesia tardia não possuem terapêutica eficaz (SILVA, 2006; AGOSTINHO, et.al., 2015a; ZACARIAS, 2015).

Posteriormente, uma nova classe surgiu na década de 1970 com a descoberta da clozapina, dando início aos psicofármacos atípicos ou de segunda geração. Esses medicamentos concentram sua ação tanto em receptores de dopamina, quanto nos de serotonina. Em decorrência disso, seus efeitos são muito mais eficazes, tanto no tratamento dos sintomas positivos, como nos negativos. Ademais, apresentam ação extrapiramidal reduzida em relação aos de primeira geração. No entanto, algumas drogas desse grupo podem desencadear efeitos de longo prazo, tais como obesidade, diabetes do tipo dois, distúrbio metabólico e enfermidades cardiovasculares, por isso, o acompanhamento com psiquiatra é essencial (RONCATO, 2007; AGOSTINHO, et.al., 2015b; SANTOS 2015; LIMA, SILVA e BATISTA, 2017).

Em 2002 surge o antipsicótico aripiprazol, dotado de um método de atuação totalmente distinto dos medicamentos atípicos, sendo o primeiro agonista parcial de receptores D2, configurando-se na primeira droga habilitada a equilibrar efetivamente a dopamina, isto é, em contextos de elevada concentração extracelular desse

neurotransmissor o caráter agonista parcial da droga, concorre com a dopamina, causando um antagonismo parcial, culminando em benefícios terapêuticos. Já mediante hipoconcentração extracelular dessa substância, a droga pode preencher receptores adicionais, resultando em ativação parcial de receptores D2, contribuindo para a homeostase do organismo. Essa descoberta deu o pontapé inicial no surgimento da classe de antipsicóticos de terceira geração. (AGOSTINHO, et.al., 2015c; PALMEIRA, 2018).

A terapêutica farmacológica utiliza-se também, dos antipsicóticos injetáveis de longa ação (LAI), que consistem na estratégia fundamental de intervenção para os doentes que não aderem ao tratamento ou que o fazem de forma parcial. Os primeiros LAIs possuíam uma estrutura oleaginosa que era introduzida via intramuscular, depositando-se no músculo, ao passo que ia sendo absorvida, sendo denominadas em consequência disso de medicações de depósito (LIMA, SILVA e BATISTA, 2017; PALMEIRA, 2018).

Os LAIs atuais possuem estrutura hidrossolúveis e dispensam quantidades do medicamento similares às doses orais, sendo absorvidos de maneira mais homogênea e rápida, sendo que a terminologia de “medicação de depósito” já não mais se aplica a eles (PALMEIRA, 2018).

Contudo, a não adesão aos medicamentos é muito frequente entre os portadores de esquizofrenia, sendo este fato um dos principais preditores de recaídas. O índice de não adesão se eleva nos primeiros anos da doença, 25% dos doentes param a terapêutica já nos dez primeiros dias, 50% o fazem no decorrer do primeiro ano e 75% ao fim de dois anos. Alguns fatores contribuem para esse cenário, tais como severidade da enfermidade, carência de insight e distúrbios cognitivos, abuso de drogas, atitude pessimista em relação aos fármacos, obesidade, tabagismo, questões religiosas e efeitos colaterais. Isso aumenta o risco de suicídio em 4,89 vezes para a primeira recaída e 4,75 para a segunda (LIMA, SILVA e BATISTA, 2017; PALMEIRA, 2018).

A medicação é uma ferramenta extremamente importante para os portadores de esquizofrenia, pois viabiliza sua vivência em sociedade, principalmente por meio do alívio dos sintomas positivos. No entanto, esses sujeitos continuam tendo uma qualidade de vida inferior por causa de seu comprometimento social, funcional e profissional. Novamente, a terapêutica medicamentosa é crucial para esses casos, mas ela, sozinha, é insuficiente para atender o indivíduo em sua totalidade,

evidenciando assim, a necessidade das psicoterapias para sanar essa falha (PEREIRA, 2015; CZEPIELEWSKI, 2016; LIMA, SILVA e BATISTA, 2017; PALMEIRA, 2018).

Por isso, o foco desse trabalho é entender a esquizofrenia segundo o prisma da Terapia Cognitivo-Comportamental e sua forma de tratamento para essa condição psiquiátrica, para tanto, faz-se necessário entender os aspectos históricos dessa abordagem e seus pressupostos básicos, tal como será discutido a seguir.

4.2 PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DA TEORIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC)

Questionamentos acerca do comportamento humano ou, mais precisamente, porque os indivíduos agem de determinada forma, qual sua motivação para fazer isso ou aquilo, porque sentem raiva, tristeza ou alegria, têm sua gênese quase que em tempos imemoriais. Com o passar dos séculos estruturaram-se ciências, tais como a filosofia e a psicologia, que se preocupavam basicamente em responder perguntas como essas, objetivavam compreender o homem e nortear suas ações rumo a um agir mais polido, político e que promovesse o bem-estar individual e coletivo. Nesse sentido, para compreender as origens dos conceitos da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) faz-se necessário rever algumas dessas filosofias que foram importantes para a construção de seu arcabouço teórico como, o estoicismo e as filosofias orientais (PEREIRA e RANGÉ, 2011).

A TCC é uma escola psicológica de senso comum que se baseia na primazia dos pensamentos sobre os comportamentos e emoções, isto é, entende que não é um evento específico o responsável pelo sujeito sentir ou se comportar de determinada maneira, mas sim sua percepção e interpretação sobre o evento que são encarregadas por aquilo que ele irá experimentar emocionalmente ou das ações que irá tomar. No entanto, essa premissa remonta há mais de 2 mil anos atrás quando filósofos estoicos como Epíteto, Cícero, Sêneca, entre outros levantaram pela primeira vez a hipótese de que elementos cognitivos exerciam controle sob o jeito de agir humano (WRIGHT, BASCO e THASE, 2008; BECK, 2014).

Ademais, doutrinas orientais como o budismo e o taoísmo também preconizavam que reorganizações do pensamento teriam impactos positivos no comportamento e nas emoções, permitindo que o sujeito diminuísse as chances de

sofrimento futuro ou que através desse aprendizado, pudesse passar a lidar adequadamente com a dor e angústia quando elas aparecessem (WRIGHT, BASCO e THASE, 2008).

Muitos outros filósofos também influenciaram fortemente a composição dos pressupostos da TCC, pois ao longo de suas épocas defendiam enfaticamente que um estilo de pensamento adequado e funcional era salutar para o bem-estar físico e mental dos indivíduos, entre eles se pode citar ainda o filósofo persa Zoroastro, Benjamin Franklin, e os filósofos europeus dos séculos XIX e XX Kant, Heidegger, Jaspers, Frankl, etc. (WRIGHT, BASCO e THASE, 2008; BECK, 2014).

Todas essas fontes tiveram grande repercussão em Aaron Temkin Beck que foi o responsável por desenhar a TCC enquanto ciência psicológica na década de 1960. Ele foi o pioneiro no desenvolvimento da teoria e dos procedimentos para a execução de técnicas cognitivo-comportamentais no tratamento de transtornos emocionais e além das influências supracitadas, também se baseou em pressupostos psicanalíticos, uma vez que esta era sua abordagem inicial (GONÇALVES, 2014; BADARÓ, 2015).

Formado em medicina pela *Yale Medical School*, em 1946, Beck especializou-se em neurologia. Entretanto, se dedicou ao estudo da psiquiatria de 1950 a 1952, no hospital *Austen Riggs Center* onde aprofundou seus conhecimentos em psicanálise. Logo, em 1956 finalizou sua pós-graduação como psicanalista pela *Philadelphia Psychoanalytic Society*. Contudo, para a formulação de sua teoria ele se pautou principalmente em psicanalistas pós-freudianos como Adler, Horney e Sullivan (BEZ, 2016).

Os primeiros trabalhos de Aaron T. Beck foram a respeito da depressão. Ele buscava evidências empíricas que apoiassem o pressuposto psicanalítico de que a depressão era fruto de um afeto agressivo introjetado e de emoções negativas oriundas de traumas reais. Para isso examinou o conteúdo dos sonhos de pacientes deprimidos, pois sua hipótese era de que eles apresentariam maior número de temas referentes a hostilidade do que o ocorreria no grupo controle. Contudo, foi surpreendido com uma abundância de conteúdos relativos ao fracasso, perda e privação, o que não era muito diferente do que esses sujeitos expressavam quando estavam acordados (BECK, 2014).

A partir disso, Beck passa a duvidar dos conceitos psicanalíticos, não os adotando mais como uma explicação plausível ao transtorno, criando assim, os

primeiros esboços da teoria cognitivo-comportamental, que explicaram a depressão como sendo o resultado de cognições distorcidas, composta por pensamentos automáticos negativos e crenças nucleares disfuncionais. Essa nova terapia consistia em um tratamento de curta duração, geralmente de 5 a 20 sessões, cujo objetivo essencial era promover no paciente mecanismos através dos quais ele próprio pudesse fazer testes de realidade de seus pensamentos depressivos, levando a uma compreensão e subsequente modificação dos pensamentos disfuncionais e desadaptativos (WRIGHT, BASCO e THASE, 2008; PEREIRA e RANGÉ, 2011; BARBOSA, TERROSO e ARGIMON, 2014; BECK, 2014).

Gonçalves (2014) e Bez (2016), salienta que os nomes dos paradigmas terapêuticos decorrem da natureza de seus objetos de análise ou de sua metodologia e a TCC não difere das demais abordagens nesse ponto. Portanto, como sua própria denominação afirma, esta é uma ciência pautada em dois eixos principais, o cognitivo, referente a teorias e técnicas que tem por finalidade modificar estruturas cognitivas, sendo influenciado pelas terapias cognitivas clássicas. Além disso, há o eixo comportamental, marcado por técnicas, por seu caráter empírico e por sua habilidade em instituir metas, planos e ferramentas concretas para alcançá-las, advindos do behaviorismo.

Nesse sentido, para fins de estudo, costuma-se examinar esse modelo epistemológico híbrido da TCC, que recebeu inspirações de vários momentos históricos, de acordo com três etapas distintas, também conhecidas como as três ondas da Terapia Cognitivo-Comportamental (BARBOSA, TERROSO e ARGIMON, 2014).

A primeira onda foi marcada por uma orientação exclusivamente comportamentalista. Nesse período três nomes se destacaram Ivan Pavlov (1849-1936), John B. Watson (1878-1958) e Burrhus Frederic Skinner (1904-1990). Pavlov foi o responsável por dar os primeiros passos rumo a psicologia comportamental ao lançar o resultado de seu experimento referente ao processo de salivação em cães. Após alguns emparelhamentos de um estímulo incondicionado, que é aquele que independentemente da situação sempre eliciará uma resposta natural e automática no organismo (no caso de seu experimento, comida), com um estímulo inicialmente neutro (sineta), ou seja, que era incapaz, por si só, de causar uma reação reflexa (inata), tal estímulo neutro passava a eliciar a mesma resposta do estímulo incondicionado com o qual foi associado, porém, com uma intensidade menor, ou seja,

Pavlov percebeu que os cachorros de seu experimento passaram a salivar como o som da sineta que era tocada logo antes de receberem sua comida, lançando assim, o paradigma conhecido como condicionamento respondente ou pavloviano (MOREIRA e MEDEIROS, 2007; BADARÓ, 2016).

Já John B. Watson é considerado o pai do behaviorismo metodológico. Determinava que o comportamento observável era o único objeto de estudo para a ciência psicológica da época, abrindo mão de temas como introspecção, consciência e a mente. Em 1913 ele lança o “manifesto behaviorista”, sendo este o documento mais importante da revolução comportamental, que continha críticas intensas aos modelos mentalistas hegemônicos e apresentava a sua proposta de psicologia centrada na conduta observável dos organismos, sem precisar recorrer a construtos como mente ou alma para isso (MOREIRA e MEDEIROS, 2007; BARBOSA, TERROSO e ARGIMON, 2014).

Skinner, por sua vez, deu origem ao behaviorismo radical, postulando que grande parte dos comportamentos humanos é aprendida por meio do condicionamento operante, sendo este representado pelo modelo estímulo-comportamento-consequência (E-R-C), que explicita o papel crucial das consequências como controladoras dos comportamentos emitidos. Nessa ótica, sentimentos, emoções e pensamentos são vistos como comportamentos privados, portanto, obedecem aos mesmos princípios dos comportamentos públicos ou manifestos, isto é, não seria necessário recorrer a uma entidade mental para compreender esses eventos encobertos (MOREIRA e MEDEIROS, 2007; BARBOSA, TERROSO e ARGIMON, 2014).

A segunda onda, é caracterizada como sendo um período onde o behaviorismo sofreu várias críticas de abordagens da psicologia tais como a da Gestalt, que combatiam severamente a compreensão do homem por meio das unidades comportamentais do tipo estímulo-resposta, uma vez que uma compreensão verdadeira só nasceria ao se considerar o ser humano como um todo organizado. A Gestalt desenvolveu suas concepções com base em metodologias qualitativas em detrimento da introspecção e dos procedimentos experimentais, além disso, pregava a retomada do exame da consciência como o cerne da psicologia, abrindo caminho para o desenvolvimento das escolas de cunho cognitivistas (GONÇALVES, 2014; BARBOSA, TERROSO e ARGIMON, 2014).

Aqui destacam-se autores como Edward Chace Tolman (1886-1959), que foi o primeiro comportamentalista a definir que o organismo também deveria compor a descrição completa do comportamento, definindo o seguinte modelo explicativo para a conduta dos organismos: estímulo-organismo-resposta (E-O-R); Albert Ellis (1913-2007) criou a Terapia Racional Emotiva, em 1955, embasado por conceitos psicodinâmicos, mas com um agir mais ativo, diretivo e sistemático de tratamento junto ao paciente; Albert Bandura (1925), que deflagrou as restrições de linhas estritamente comportamentais ao elaborar seus estudos sobre os padrões de processamento de dados e aprendizagem vicária, além é claro, de Aaron Beck que desenvolveu a Terapia Cognitiva que mais tarde foi denominada de Terapia Cognitivo-Comportamental, entre muitos outros (BAHLS e NAVOLAR, 2004; BARBOSA, TERROSO e ARGIMON, 2014).

Por fim, a terceira onda é qualificada pela adesão de tradições terapêuticas mais antigas ao setting clínico, com foco na modificação cognitiva e contextual com destaque para a função em detrimento da forma e composição de repertórios efetivos e flexíveis. Aqui há uma complementariedade de princípios e fundamentos da primeira e da segunda ondas, que juntas criaram um cenário de desenvolvimento das terapias comportamentais e cognitivas totalmente distinto. Esse momento sofreu forte influência da teoria da complexidade, que é uma linha da filosofia da ciência com gênese no início dos anos 1970, cuja proposição dorsal é fomentar o diálogo entre os mais diversos ramos do conhecimento e promover a averiguação das relações entre as ciências. Isto porque, de acordo com essa teoria, tudo se enredaria para compor a unidade da complexidade, por isso, é necessário examinar o caminho de um pensamento multidimensional que compõe as diferentes áreas do conhecimento, uma vez que são múltiplas facetas de uma única realidade, mas que não devem ser analisadas separadamente, como se fossem componentes não comunicantes (BARBOSA, TERROSO e ARGIMON, 2013; GHISIO, LÜDTKE, SEIXAS, 2016).

Como ficou evidente, a seara das terapias cognitivas é vasta e diversificada. Existe uma miríade de escolas psicológicas que reconhecem o papel do pensamento como agente crucial no controle do comportamento dos indivíduos, sendo a TCC apenas uma delas (ABREU, 2004; PEREIRA e RANGÉ, 2011).

Nesse contexto, torna-se relevante ressaltar que a abordagem adotada para a construção deste trabalho é a Terapia Cognitivo-Comportamental de Aaron Beck que, desde seu nascimento tem um forte cunho empírico, o que foi responsável pelo

desenvolvimento de um grande número de estudos ao longo dos anos, transformando-a em uma das abordagens mais populares da atualidade e que corroboraram a sua efetividade no tratamento de vários transtornos mentais como: depressão, transtorno do pânico, transtorno da ansiedade generalizada (TAG), fobia social, além de ser uma ferramenta bastante útil no tratamento de casais, no controle da raiva, nos transtornos somáticos, depressivos e ansiosos na infância e dor crônica. Também tem validade comprovada na terapêutica da anorexia nervosa, transtorno dismórfico corporal, jogo patológico, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em crianças abusadas, Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) e transtorno afetivo sazonal. Ainda exhibe benefícios como tratamento complementar à medicação em casos de esquizofrenia e doenças médicas em geral (FALCONE, 2008; CARVALHO, 2014; STOCK, BARBOSA e KRISTENSEN, 2014).

Entretanto, segundo Judith Beck (2014), apesar das transformações pelas quais a TCC passou para se adequar ao tratamento de diversas patologias e dos aprimoramentos advindos da maciça gama de estudos realizados para comprovar sua eficácia, ela ainda mantém os seus principais fundamentos conceituais intactos, o que propiciou a sua práxis e abrangência, uma das abordagens psicológicas baseadas em evidência.

Assim, esta forma de tratamento é descrita como uma terapia breve, estruturada, diretiva e colaborativa, com objetivos precisos, norteada para resolução de problemas atuais, sendo voltada à psicoeducação. Em geral, as sessões limitam-se a 20 atendimentos, no entanto, esse número pode variar tanto para mais, quanto para menos dependendo do caso específico (ABREU, 2004; PEREIRA e RANGÉ, 2011; SANTOS e MEDEIROS, 2017).

Comorbidade, quadro sintomático crônico ou resistente a tratamento, transtornos de personalidade, psicoses e transtorno bipolar, são condições que levam a intervenções mais perenes. Ao contrário, quadros depressivos e ansiosos leves podem se beneficiar de poucas sessões, porém, mais longas dos que os habituais 45 a 50 minutos. Para pacientes internados, psicóticos ou com sintomas severos que comprometem a concentração, são recomendadas sessões com intervalo de tempo inferior aos 45 minutos (WRIGHT, BASCO e THASE, 2008; BADARÓ, 2015; BEZ, 2016; GHISIO, LÜDTKE, SEIXAS, 2016).

O fato de a TCC estar orientada para conteúdos do aqui e agora, não significa que ela despreze os acontecimentos passados. Pelo contrário, o exame desses

eventos é de suma importância para a compreensão de como as crenças nucleares foram formadas. Situações atuais servem como uma espécie de link com acontecimentos semelhantes anteriores, facilitando a revivescência de reações pretéritas. Entretanto, focar o presente tem como benefício a minimização da dependência e da regressão no relacionamento terapêutico, além disso, o fato de ser orientada à solução de problemas atuais auxilia na elaboração de estratégias para o enfrentamento da desesperança, desamparo, evitação e procrastinação (WRIGHT, BASCO e THASE, 2008; FALCONE, 2008; BECK, 2014).

De forma geral, as sessões organizam-se da seguinte maneira: No primeiro momento o clínico faz uma checagem do humor do cliente e verifica as tarefas de casa da sessão anterior. Em consonância com a revisão de tais conteúdos, juntamente com o próprio cliente, reestrutura a agenda de assuntos que deverão ser trabalhados naquele encontro. Ao final, terapeuta determina a tarefa para a próxima semana e apresenta uma síntese dos pontos chaves que foram discutidos. Também, é requerido ao paciente o seu *feedback* no qual ele relatará como os conteúdos foram trabalhados, se em algum momento foi experimentado incômodo ou desconforto e se sentiu a necessidade de se aprofundar em determinado tópico (KNAPP, LUZ JR e BALDISSEROTTO, 2008; PEREIRA e RANGÉ, 2011; BEZ, 2016).

Contudo, essa sistematização não é inflexível, podendo se adaptar às necessidades do cliente, todavia, ela é utilizada na maioria dos casos por permitir que por meio de um encontro organizado haja um melhor uso do tempo, maximizando a efetividade das intervenções realizadas durante esse período. Além do que, isso permite que ambos os agentes do processo terapêutico não percam o foco, uma vez que não é objetivo da TCC tratar todos os problemas do sujeito, mas sim, os mais relevantes, aqueles nos quais o indivíduo adota uma postura mais rígida e desadaptativa (ABREU, 2004; BECK, 20014; BEZ, 2016).

O trabalho do terapeuta cognitivo-comportamental está orientado para a modificação dos erros ou distorções cognitivas. Ao longo do desenvolvimento do sujeito ele vai atribuindo significado as situações de seu cotidiano, logo, essas interpretações, representações e concessões de significado vão moldando padrões de crenças básicas que orientaram a visão do indivíduo sobre si mesmo, sobre o mundo e sobre o futuro. No entanto, em casos de transtornos psicológicos ocorrem vieses nesse processo, isto é, os eventos são interpretados de maneira equivocada, sendo que esses erros potencializam o impacto de percepções incorretas, trazendo

consequências negativas no contexto emocional e comportamental do sujeito, levando-o ao adoecimento. Além disso, nesses casos também está presente uma certa rigidez e inflexibilização que tornam as críticas absolutas e generalizadas, contribuindo ainda mais para o comportamento desadaptativo (CARVALHO, 2014; SANTOS e MEDEIROS, 2017; PAULINO, NETTO e SOUZA, 2018).

Segundo Teixeira (2004), Falcone (2008), Bez (2016), Wright, Basco e Thase (2008), as distorções cognitivas podem ser enquadradas nas seguintes categorias:

1. **Abstração Seletiva:** Atentar um elemento com evidência negativa, em detrimento dos indícios positivos preponderantes do contexto como um todo;
2. **Inferência arbitrária:** Concluir algo sem indicações suficientes para sustentar tal hipótese;
3. **Supergeneralização:** Chegar a uma regra negativa radical que extrapola em muito o contexto original, servindo de modelo avaliativo para eventos gerais relacionados ou não;
4. **Maximização e minimização:** Julgar a si mesmo ou ao outro potencializando fatores negativos e reduzindo as evidências positivas que poderiam contradizer a avaliação;
5. **Personalização:** Conferir a si próprio a responsabilidade de eventos externos não relacionados;
6. **Pensamento dicotômico:** Interpretar os eventos dentro de apenas duas categorias, isto é, pensamento do tipo tudo ou nada, onde as interpretações são pautadas por um extremo de sucesso ou fracasso, certo ou errado;
7. **Leitura mental:** Pensar que as pessoas estão reagindo negativamente ao sujeito sem indícios que corroborem essa situação.

Essas distorções estão ligadas aos Pensamentos Automáticos que se referem a um dos três níveis da cognição, juntamente com as crenças intermediárias ou subjacentes e as crenças centrais ou nucleares. Os pensamentos automáticos são comuns a todos os indivíduos. Constituem um fluxo de pensamento à parte ao fluxo consciente, estando a um nível pré-consciente (SILVA, 2004; WRIGHT, BASCO e THASE, 2008).

Eles acontecem rapidamente, são involuntários e espontâneos. Podem ser estimulados por contextos externos e internos e representam o nível de cognição com

maior facilidade para identificação e modificação, sendo que também podem ser expressos por meio de imagens. Ademais, podem ser de três tipos, quanto a sua validade e função: Distorcidos, são emitidos mesmo quando há indícios contrários à interpretação evocada por eles; acurados, verdadeiros, porém, levam a conclusões equivocadas; e os acurados, mas totalmente disfuncionais. Além disso, quando esses pensamentos não são inspecionados, podem passar despercebido, entretanto, como sempre estão relacionados a emoções específicas, em conformidade com o conteúdo que expressam, elas são mais facilmente identificadas, sendo muito utilizadas como uma ferramenta em terapia para se chegar aos pensamentos automáticos negativos (PANs) (BECK, 2014; BADARÓ, 2015; SANTOS, 2015).

As crenças intermediárias compõem o segundo nível de cognição e ao contrário dos pensamentos automáticos, que são evocados por meio de situações do dia-a-dia, elas não possuem relação direta com o contexto do sujeito. Se manifestam por meio dos pressupostos, regras e atitudes. Identificam-se os pressupostos na fala do paciente em sentenças que indicam uma relação condicional do gênero, “se...então”. Já as regras são expressas em afirmações associadas a dever, tal como “tenho que” (BECK, 2014; BEZ, 2016).

Essas crenças atuam como uma ferramenta de conservação do organismo, uma vez que são desenvolvidas na tentativa de ajudá-lo a lidar e a se defender da ativação de suas crenças centrais, processo esse, que é extremamente pungente ao sujeito, ou seja, elas são formadas na tentativa de diminuir o sofrimento causado pela crença nuclear, porém, acaba por validar a sua existência e solidifica-la cada vez mais (FALCONE, 2008; SANTOS, 2015).

É justamente guiado pela necessidade de lidar com suas crenças que o indivíduo manifesta certas atitudes de enfrentamento ou compensatórias, as quais correspondem a ações estritamente relacionadas aos pressupostos e regras desadaptativos e conseqüentemente, acaba por reforçar ainda mais essas distorções cognitivas, por isso, as crenças intermediárias representam uma via de acesso ao sistema cognitivo do ser, pois revelam a sua conduta cotidiana. Enquanto as exigências dos pressupostos e regras estão sendo concedidas, o sujeito goza de estabilidade emocional. Todavia, quando essas imposições rígidas e inflexíveis não podem ser sanadas, a dor e o sofrimento se instauram. Portanto, o foco terapêutico deve ser a reestruturação das crenças que produzem maior dificuldade ao cliente, apesar das intermediárias não serem modificadas tão facilmente como os

pensamentos automáticos, elas ainda são mais suscetíveis a mudança do que as nucleares (RANGÉ, 2004; BECK, 2014; SANTOS, 2015; BEZ, 2016).

Por sua vez, as crenças centrais têm sua origem na infância, através das vivências iniciais do sujeito, sendo reforçadas ao longo de sua existência, modelando a forma como ele percebe e dá significado aos eventos que o cerca, tipificando assim, seu padrão psicológico de ser e agir. Portanto, representam o nível mais profundo da cognição. Na ausência de comportamentos que retifiquem as crenças disfuncionais, elas passarão a ser adotadas como verdades absolutas, definitivas e generalizadas sobre si mesmo, os outros e o mundo (ABREU, 2004; FALCONE, 2008; BECK, 2014).

São abstratas, universais, difusas e extremamente consolidadas. Ademais, podem permanecer ocultas durante grande parte da vida do sujeito, emergindo apenas mediante a conflitos existenciais que deflagram transtornos emocionais. Por conseguinte, o sistema de processamento de informação torna-se enviesado, compilando apenas os elementos que confirmem a disfuncionalidade da crença, tornando os indícios contrários a ela, quase que inexistentes. No entanto, elas podem regressar ao seu estado de latência ao fim da perturbação emocional ou pela ausência dos elementos precipitantes, ressurgindo apenas em contextos semelhantes no futuro. No caso de indivíduos com traços e transtornos de personalidade essa ativação é muito mais recorrente (SANTOS, 2015; BEZ, 2016).

Em consonância com Knapp, Luz Jr e Baldisserotto (2008), as crenças nucleares podem ser agrupadas em três grandes categorias:

1. **Crenças centrais de desamparo:** revelam concepções sobre ser incompetente, fraco, indefeso, carente, abandonado, desvalido;
2. **Crenças centrais de desamor:** predizem um sujeito indesejável, inepto a ser amado, sem magnetismo, imperfeito, desprezado e sozinho;
3. **Crenças nucleares de desvalor:** referem-se à incapacidade, insuficiência, incompetência, inadequação, ineficácia, fracasso e defeitos de um sujeito sem valor.

Deste modo, Santos (2015) e Santos e Medeiros (2017), estabelecem que promover a substituição de crenças nucleares disfuncionais por crenças mais adaptativas é a premissa fundamental da TCC, entretanto, por elas serem mais enraizadas, também por invocarem emoções intensas e de sofrimento, o terapeuta começa a trabalhar pela modificação dos PANs, para depois focar-se nas crenças

intermediárias e finalmente, as nucleares. Para tanto utiliza-se das seguintes técnica para nortear sua ação e promover o bem-estar do cliente:

Conceituação cognitiva: Consiste numa espécie de mapa que propicia ao clínico ter clareza sobre os processos e procedimentos responsáveis pela estruturação do cliente, de modo a garantir sua sobrevivência e sua proteção contra as crenças negativas e contra o contexto hostil. Esse processo tem início desde a primeira sessão e vai se atualizando ao longo do tratamento. Uma boa conceituação cognitiva do caso deve conter: diagnóstico do cliente, apontar pensamentos automáticos, sentimentos e comportamentos em diversos contextos com mobilização de afeto e significação relevante para o sujeito, além disso, deve ter também uma descrição das crenças subjacentes e centrais, as estratégias compensatórias de comportamento adotadas para evitar o contato com as crenças negativas, dados da história importantes para o desenvolvimento das mesmas. Esta é uma ferramenta fundamental para a compreensão dos obstáculos atuais do indivíduo em termos cognitivos e de conduta, ou seja, permite entender como o paciente percebe e atribui significado as suas vivências e problemas (CARVALHO, 2014; PAULINO, NETTO e SOUZA, 2018).

Questionamento socrático e descoberta guiada: O questionamento socrático refere-se a um conjunto de questionamentos abertos com o objetivo de incitar a curiosidade e o desejo de se autoquestionar. O clínico não expõe as concepções da terapia de forma didática, antes, enreda o cliente nesse processo de aprendizagem. Tem por finalidade revelar pensamentos automáticos e relacioná-los à emoção e a conduta subjacente. O terapeuta não debate ou confronta os pensamentos disfuncionais, mas direciona o sujeito em sua descoberta, levando-o a compreensão de seu problema e na exploração das soluções prováveis, sem tentar convencê-lo de nada. A descoberta guiada é um tipo de questionamento socrático através do qual o clínico levanta uma série de questionamentos indutivos para desvelar paradigmas cognitivos disfuncionais e/ou comportamentos desadaptativos (FALCONE e FIGUEIRA, 2008; SANTOS e MEDEIROS, 2017).

Empirismo colaborativo: A TCC é demarcada por uma relação terapêutica onde ambos os atores são ativos, estabelecendo uma parceria estrita para trabalhar os conteúdos do indivíduo. Juntos testam a realidade e a validade das cognições do cliente (WRIGHT, BASCO e THASE, 2008; BEZ, 2016).

Psicoeducação: A finalidade desta técnica é instruir o cliente sobre diferentes aspectos tais como: consequências da sua conduta, sobre formação de crenças, valores, sentimentos e os impactos destes em sua vida e na dos outros, assim como orientar um indivíduo e a sua família quanto a existência de uma enfermidade ou transtorno sejam eles no nível físico, genético ou psicológico. É um tipo de aprendizagem que permite ao sujeito o desenvolvimento de pensamentos, ideias e conceitos referente a si, aos outros e ao mundo, além de permitir a compreensão de como comportar-se frente a alguns eventos por meio de ações que promovam a reflexão e aquisição de valores, tanto em terapêuticas coletivas como individuais (NOGUEIRA, et.al.,2017).

Reestruturação cognitiva: A TCC trabalha no intuito de identificar e transformar pensamentos automáticos e crenças disfuncionais e isso ocorre também por meio de registro de pensamentos (reconhecer os PANs de forma escrita ajuda a promover um estilo cognitivo mais racional e adaptativo), analisar indícios prós e contras referentes à cognição, emoção ou conduta, ensaio cognitivo e outros (BECK, 2014).

Por fim, esta abordagem terapêutica prediz que cognição, emoções e comportamentos se influenciam mutuamente. Logo, modificações no pensamento tem impactos positivos na conduta do indivíduo, ao mesmo tempo, que mudanças nas atitudes também podem afetar as cognições. As técnicas comportamentais aplicadas pela TCC têm por objetivo quebrar paradigmas de evitação ou desesperança, confrontar eventos fóbicos de maneira gradual, aprimorar habilidades de enfrentamento e minimizar emoções aflitivas ou excitação autonômica.

Entretanto, isso não significa que há um emprego da técnica, pela técnica apenas. Todas as ferramentas são utilizadas de acordo com as particularidades de cada cliente e sempre norteadas por um olhar conceitual dessa linha psicológica. Assim, a TCC dota os seus terapeutas para enfrentar os mais diversos transtornos e patologias, sendo a esquizofrenia uma dessas, como será analisado a seguir (WRIGHT, BASCO e THASE, 2008; BECK, 2014, BEZ, 2016).

4.3 ESQUIZOFRENIA SOB A PERSPECTIVA DA TEORIA COGNITVO-COMPORTAMENTAL

Inúmeros estudos ao longo dos anos têm evidenciado a eficácia da TCC no tratamento dos mais diversos transtornos, incluindo a esquizofrenia. Pode-se afirmar que com exceção da fase UHR, ela deve ser empregada em conjunto com o tratamento farmacológico, uma vez que este é indispensável para o bem-estar do paciente (ZIMMER, 2006; SANTOS, 2015; CANDIDA, 2016).

O arcabouço teórico e técnico da TCC foi utilizado pela primeira vez na terapêutica da psicose em 1952, quando Beck escreveu um artigo no qual descrevia o uso dessa terapia no tratamento de um sujeito com esquizofrenia crônica com predomínio de sintomas delirantes, sendo que este exibiu melhoras significativas em relação a intervenção (KINGDOM e SWELAM, 2006; BARRETOS e ELKIS, 2007; ALMEIDA, MARQUES e QUEIRÓS, 2014).

Entretanto, foi somente a partir das décadas de 1980 e 1990 que estudos controlados sobre a aplicabilidade da TCC no tratamento dessa condição psiquiátrica começaram a ser desenvolvidos, principalmente pela Inglaterra, em casos de sintomas residuais. Desde então, os resultados benéficos dessa psicoterapia foram evidenciados, motivando cada vez mais a pesquisa e a práxis clínica dessa estratégia de intervenção (KINGDOM e SWELAM, 2006; WRIGHT, BASCO e THASE, 2008; ALMEIDA, MARQUES e QUEIRÓS, 2014; MOTA, SILVA e LOPES, 2017).

No entanto, Mota, Silva e Lopes (2017), apontam que ainda há uma carência de estudos sobre o assunto no Brasil, uma vez que aqui, grande parte da pesquisa é referente ao tratamento medicamentoso e intervenções familiares. Portanto, abordar esse assunto é demasiadamente relevante para o cenário científico nacional por revelar a importância e os subsídios que a TCC pode ofertar a terapêutica dessa doença tão complexa.

Os benefícios decorrentes da utilização dessa psicoterapia são tão robustos que diversas diretrizes internacionais a prescrevem para o tratamento dos portadores de esquizofrenia, tais como as dos Estados Unidos, Reino Unido, Austrália, Nova Zelândia, entre outros. (CANDIDA, 2016).

Em consonância com Beck et.al. (2009) e Zimmer (2006), descreve-se como principais efeitos da TCC na terapêutica dessa condição: redução de sintomas psicóticos e negativos, alívio do sofrimento dos pacientes e de sua família, além de minimizar a probabilidade de recaídas em até 50%. Podendo também, atrasar ou diminuir o índice de surgimento da enfermidade em grupos de alto risco. Deste modo,

logo abaixo serão descritos como a TCC compreende os sintomas dessa patologia e quais são os principais procedimentos empregados em estratégias de intervenção.

4.3.1 Sintomas da Esquizofrenia Segundo a TCC

Bastos e Mendes (2011), Zugman e Neufeld (2012) e Czepielewski (2016), afirmam que a esquizofrenia é uma condição psiquiátrica demarcada pela presença de sintomas positivos ou psicóticos (delírios, alucinações), negativos (embotamento afetivo, avolia, alogia, entre outros) e por sintomas cognitivos, tal como a manifestação de distúrbios do pensamento. Segue-se agora uma análise desses quadros de acordo com os pressupostos teóricos da TCC:

.+

4.3.1.1 Sintomas positivos

Delírios: Representam anomalias no processamento do pensamento, não sendo apenas tipificado pela natureza de seu conteúdo, uma vez que idealizações absurdas nem sempre são qualificadas como delirantes. Eles surgem a partir da história de vida do sujeito, quando situações adversas, sumariamente de ordem interpessoal, ativam crenças disfuncionais pré-existentes, associadas fundamentalmente com ideias de que está sendo ludibriado, rejeitado ou manipulado, ocorrendo por meio de inúmeras distorções cognitivas e do processamento de dados que evocam e mantêm esse contexto (SILVA, PADOVANI e NEVES, 2011; ZUGMAN e NEUFELD, 2012).

Desta forma, as distorções ou erros cognitivos que influenciam a gênese dos delírios são aquelas que ocorrem nos demais transtornos mentais, como abstração seletiva, pensamento dicotômico e catastrofização, além das demais discutidas no segundo capítulo desse estudo. No entanto, existem outras que são específicas desse fenômeno, tais como o viés de egocentricidade, de externalização e de intencionalidade. Isso resulta em repertórios empobrecidos para o teste da veracidade das crenças delirantes, levando os indivíduos a desenvolverem comportamentos de segurança que acabam por mantê-las (BECK, et.al., 2009; CANDIDA, et.al., 2016).

No viés da egocentricidade os portadores enxergam-se como meros objetos à mercê da vontade alheia, seja ela pejorativa ou benéfica. Assim, tudo à sua volta

passa ter um significado próprio, até as coisas mais banais são percebidas como mensagens nítidas ou codificadas destinadas exclusivamente para o paciente. Essa crença torna-se factual para ele. Ademais, para grande parte das pessoas com esquizofrenia esse tipo de pensamento é evocado em ambientes muito específicos, onde sentem-se ameaçados ou confrontados, já para outros, as situações evocadoras são mais generalizadas (BECK, et.al., 2009).

Se na perspectiva anterior, os indivíduos eram capazes de atribuir intensa significância pessoal a eventos externos, no viés de externalização acontece exatamente o contrário, ou seja, experiências internas são percebidas como causadas por terceiros. Deste modo, eles rejeitam interpretações lógicas sobre a gênese do que estão sentindo, em detrimento de causas externas utópicas ou improváveis. Passam a inferir a presença de perigo em situações inócuas, vendo adversários aonde não existem. Podem crer veementemente que seus pensamentos e sentimentos, bons ou ruins, ocorrem em consequência da manipulação de um agente externo, animado ou inanimado, por isso, suas reações emocionais corroboram indubitavelmente o perigo ao qual, supostamente, estão expostos (ZUGMAN e NEUFELD, 2012).

Por meio do viés de intencionalidade, os sujeitos portadores de esquizofrenia duvidam frequentemente das intenções daqueles ao seu redor. Tornam-se hipervigilantes, a fim de identificar sinais agressivos nos outros, porém, os detectam em situações banais e inofensivas. Portanto, mesmo quando o ambiente não dá suporte às suas crenças, continuam crentes de que há motivos maquiavélicos na conduta ou no comportamento verbal dos demais. Um fator preponderante nesse cenário é o fato de tirarem conclusões impulsivas, não refletindo e não corrigindo seus equívocos (ZUGMAN e NEUFELD, 2012; CANDIDA, et.al., 2016).

Portanto, uma questão importante no tratamento do paciente é saber distinguir suas crenças delirantes das não delirantes. Assim Mota, Silva e Lopes (2017) e Silva, Padovani e Neves (2011), afirmam que isso é possível ao terapeuta, através da análise de aspectos relevantes sobre crença como, o grau de convicção, a rigidez e certeza, o ímpeto, sua difusão, sua significância, o nível de preocupação e os seus efeitos na conduta.

Nesse contexto, pontua-se que as crenças delirantes existem em conjunto com as crenças reais e mais funcionais, porém, quando elas estão ativadas, dominam o processamento de informações, levando o sujeito a não testar as suas percepções equivocadas, o que acaba por reforçá-las. Essas são preservadas através de vieses

de confirmação e desconfirmação, conduta de segurança e feedback de cognições delirantes anteriores. Todavia, quando elas estão desativadas, o indivíduo envolve-se em afazeres normais, tem capacidade de julgar as situações de maneira adequada, consegue realizar testes da realidade, retificando suas distorções. Assim, no decorrer da reabilitação, as crenças delirantes ficam sob um estado de latência, mas podem ser ativadas novamente, quando surgirem estressores intensos o suficiente na vida do sujeito (BECK, et.al., 2009; CANDIDA, et.al., 2016).

Os comportamentos de segurança consistem num conjunto de ações exibidas pelos pacientes com a finalidade de se esquivar ou anular um suposto perigo. Deste modo, alguns deles podem ficar isolados em casa, por acreditarem que uma horda de malfeitores os espreita fora desse ambiente. Outros ainda, podem andar cabisbaixos para evitarem serem gravados por câmeras, também, utilizam-se de inúmeros rituais para se proteger dos ataques de espíritos malignos (deve-se ficar atento para não confundir crença delirante de influências culturais e religiosas). Tais ações ao manterem os delírios devem ser alvo de qualquer psicoterapia empregada (BECK, et.al., 2009).

A habilidade para identificar erros cognitivos, refletir sobre eles e colocá-los à prova, ponderando sobre explicações mais congruentes pode ser chamada de insight cognitivo. No entanto, essa capacidade está deturpada nesses sujeitos, isto é, eles têm problemas para se afastar de seus pensamentos e crenças delirantes, tem dificuldades em hipotetizar que os mesmos possam estar equivocados, por isso, demonstram insuficiência no teste da realidade (SILVA, PADOVANI e NEVES, 2011).

Alucinações: Em consonância com Moraes (2006) e Almeida, Marques e Queirós (2014), o processamento de dados em portadores de esquizofrenia se assemelha as demais pessoas, ditas como normais, e só aparentar estar distorcido porque o indivíduo possui vivências sensoriais distintas, que influenciam nos processos típicos do pensamento. Isso quer dizer que, nesses casos, pode acontecer o que os teóricos nomeiam de “inundação cognitiva” ou uma sobrecarga de estímulos, que a maioria das pessoas consegue filtrar, mas que para o sujeito com esquizofrenia, isso não é possível. São incapazes de separar o que é relevante do que não é, culminando assim, nos chamados delírios e alucinações.

Para Beck, e colaboradores (2009), a alucinação é uma percepção sensorial na ausência de um estímulo externo e pode ocorrer em qualquer um dos cinco sentidos. Acontecem no estado de vigília, ademais, são automáticos. A alucinação em

si mesma não seria patológica, uma vez que inúmeras pessoas podem ter experiências desse gênero, sem ter algum transtorno psiquiátrico, geralmente, o que difere uma vivência patológica é a explicação dada pelo sujeito sobre a sua causa (a própria mente ou um agente externo).

Ainda, segundo os mesmos, as cognições pautadas em emoções ou “cognições quentes”, representadas pelos PANs (por exemplo, “sou um fracassado”), desempenham uma função importante na gênese e/ou no conteúdo das alucinações, acrescido do viés de externalização que dão suporte a crença disfuncional de que as alucinações auditivas teriam uma proveniência externa. Ao acreditarem que essas vivências são reais, de que as vozes são onipotentes, irrefreáveis e de origem externa, experimentam intenso sofrimento psicológico e passam a adotar ações de controle, logo, a influência das crenças disfuncionais e dessas ações acabam por manter tais eventos.

Optou-se por abordar apenas as alucinações auditivas nesse estudo, porque de acordo com Smith (2007), apesar das alucinações poderem acontecer em todas as modalidades dos sentidos, 75% das pessoas diagnosticadas com esquizofrenia vivenciam apenas a audiência de vozes.

4.3.1.2 Sintomas negativos

Déficits cognitivos oriundos de alterações neurobiológicas fomentam conteúdos cognitivos distorcidos, que são agrupados em crenças desadaptativas que, por sua vez, fazem o indivíduo desenvolver expectativas negativas e autoavaliações derrotistas, que tem por consequência o retraimento em atividades importantes, deteriorando a qualidade de vida do sujeito. Nessa perspectiva, os sintomas negativos da esquizofrenia resultam da interação de inúmeras crenças disfuncionais, tais como: as relacionadas com isolamento social, as pessimistas associadas ao medo de ser fracassado, as de cunho negativista em relação ao prazer e sucesso, as associadas ao auto preconceito em relação a doença, além da consciência em relação a defasagem de seus recursos cognitivos (MORAIS, 2006; BECK, et.al., 2009; ZUGMAN e NEUFELD, 2012; CANDIDA, et.al., 2016).

4.3.1.3 Discurso e pensamentos desorganizados

Os distúrbios de linguagem característicos dessa condição seriam em decorrência de uma dificuldade em concentrar-se e por intrusões de pensamentos insignificantes. Essas, seriam consequências de associações que o indivíduo faz com os termos usados durante a fala, tais quais: Intrusão semântica, ocorre quando o sujeito experimenta uma interrupção da atenção e, assim, outros pensamentos invadem o fluxo de ideias, fazendo com que a pessoa atribua um significado alternativo para uma palavra específica; Intrusão de conteúdo de pensamento, verifica-se quando uma terminologia empregada faz com que a pessoa se lembre de um assunto distinto; Associações sonoras, sucedem quando o indivíduo troca um termo por outro, por causa da sonoridade similar de ambos. Tais intrusões podem se manifestar através da fala e do pensamento desorganizados (MORAIS, 2006).

De acordo com Beck e colaboradores (2009), o neologismo, acrescido do que foi descrito à cima compõe o transtorno do pensamento formal positivo, já o polo negativo é representado por extinção do fluxo de pensamento, fala limitada a respostas pouco elaboradas e insuficiência do conteúdo. Pontuam também, que o estresse funcionaria como um gatilho para o discurso desorganizado do paciente.

4.3.2 Terapia Cognitivo-Comportamental para Psicose (TCCp)

A TCC para psicose ou TCCp é um dos tratamentos psicossociais disponíveis para a prevenção da esquizofrenia em sujeitos com UHR, para terapêutica durante a fase aguda e para pacientes refratários. Quando utilizada em indivíduos com UHR apresenta os seguintes benefícios: é melhor aceita, tolerada e gera menos preconceito tanto do próprio usuário, como de terceiros, ao compará-la com outras formas de intervenção, tal qual a medicamentosa. Ademais, não expõe àqueles que não desenvolverão a doença aos efeitos colaterais dos fármacos antipsicóticos, também é eficaz no tratamento de sintomas não exclusivos (depressão, ansiedade) e daqueles que seriam típicos do transtorno (sintomas positivos e outros) (RODRIGUES, 2012; MOTA, SILVA e LOPES, 2017; PALMEIRA, 2018).

Mesmo quando a pessoa que foi tratada pela TCCp transita para quadros esquizofrênicos, exibe uma adesão ao tratamento muito maior do que aquelas que não tiveram o auxílio dessa ferramenta. Além de terem menores taxas de hospitalização e necessidade de tratamento emergencial reduzida, refletindo positivamente no prognóstico (SOUZA, et.al., 2013).

Lucas (2013), ressalta a importância de intervenções da TCCp na fase aguda, pois é nesse momento que as cognições estariam facilmente disponíveis ao acesso pelo terapeuta, minimizando a angústia e o comprometimento nos vários aspectos do funcionamento do sujeito, aliviando a frequência e a intensidade dos sintomas.

A esquizofrenia refratária ocorre quando portadores continuam a exibir sintomas mesmo quando são tratados adequadamente. Atualmente, a taxa de pacientes refratários gira em torno de 25 a 40%, sendo justamente nesse grupo que a maioria das intervenções são focadas, diminuindo tanto a sintomatologia positiva quanto negativa do transtorno, ampliando a funcionalidade do sujeito (BARRETO E ELKIS, 2007; BARRETO, 2015; MOTA, SILVA e LOPES, 2017).

Desta forma, a TCCp pode oferecer tratamento nos modelos individual e grupal, além de oferecer suporte a família do paciente. Independente do modelo terapêutico adotado, os encontros sempre fomentarão a psicoeducação sobre a doença, a reestruturação cognitiva, relaxamento, supervisão de pensamentos e conduta (ALMEIDA, MARQUES e QUEIRÓS, 2014).

Portanto, a finalidade dessa intervenção é alterar crenças disfuncionais, substituindo-as por crenças mais adaptativas, resultando em melhora emocional e comportamental, ou seja, o clínico objetiva estimular uma compreensão mais apurada sobre a vivência psicótica, melhorando o nível de insight dos indivíduos, pretende também, desenvolver intervenções de coping (conjunto de ações adotado com a finalidade de promover a adaptação a contextos estressantes) para controle dos sintomas residuais, minimizar a angústia referente as alucinações, diminuir o nível de convicção e aflição com as crenças delirantes, conservar os frutos da terapia, reduzindo as chances de recaída, para isso utiliza uma ampla de gama de técnicas cognitivas e comportamentais, algumas delas já apresentadas no capítulo anterior (MEIRELES, 2012; ALMEIDA, MARQUES e QUEIRÓS, 2014; CANDIDA, et.al., 2016).

Com exceção da fase de UHR, a terapia não deve ser empregada até que o paciente tenha iniciado seu tratamento medicamentoso. Inicialmente os encontros individuais podem ser breves, com sessões de 20 minutos duas ou três vezes na semana, uma vez que o tempo de 45 a 50 minutos, tão usual, pode não ser proveitoso nesses casos, podendo cansar o sujeito, tornando a intervenção aversiva. Logo, o processo é mais prolongado nesses casos, diferindo da quantidade estipulada para transtornos como depressão e ansiedade (WRIGHT, BASCO e THASE, 2008).

Essa redução no tempo da sessão, tornando-a uma estratégia de intervenção mais produtiva fez com que a TCCp também adquirisse a terminologia de “baixa intensidade”. Quando aplicada de maneira grupal, tem sua eficácia elevada quando há ênfase no coping de sintomas psicóticos, redução do isolamento social e melhorias no relacionamento interpessoal. Devem ser compostos por no máximo 8 pessoas, todas com sintomas similares, o que favorece a obtenção de melhores resultados (ALMEIDA, MARQUES e QUEIRÓS, 2014).

Nesses casos, a relação terapêutica adquire ainda mais relevância, uma vez que a vinculação é crucial para permitir ao clínico o acesso e tratamento adequado dos sintomas. É através dela que ele deve orientar o sujeito a associar pensamentos, emoções e comportamentos, independentemente de serem verdadeiros ou não. É fundamental que o clínico compreenda a relação estabelecida entre o paciente e o seu delírio, para tanto, deve-se desenvolver a entrevista inicial de forma não confrontativa, colhendo todas as informações necessárias para a conceitualização cognitiva. É necessário explorar como o próprio sujeito explica suas alucinações e delírios, mas nesse momento, deve-se ser cauteloso ao oferecer explicações científicas sobre o transtorno que possam entrar em choque com aquilo que o paciente acredita, para não comprometer sua adesão ao tratamento (KINGDOM e SWELAM, 2006; BARRETO, 2015).

Candida (2016), adverte que esses pacientes possuem muita resistência em expressar suas vivências psicóticas, tornando o processo mais vagaroso, pois o terapeuta deve respeitar o tempo do cliente e jamais adotar uma postura confrontativa. Por isso, uma relação forte e confiável é tão importante, porque irá propiciar um sentimento de segurança no sujeito, permitindo-lhe revelar conteúdos significativos.

Nesse sentido, Kingdom e Swelam (2006), afirmam que criar uma espécie de “amizade” tem se mostrado uma estratégia efetiva na conservação do vínculo, acrescido de procedimentos como, linguagem adequada, feedbacks frequentes, com elucidações simples, a determinação de metas, uso de estrutura satisfatória e o incentivo à esperança. Descreve ainda, que os sintomas psicóticos são muito aflitivos e quando trabalhados em sessão podem provocar intensa agitação, recomendando que nesses momentos, uma retirada tática seja salutar, uma vez que o redirecionamento da atenção para assuntos menos ameaçadores tem potencial para reduzir o estresse da situação.

Enquanto estabelece uma boa relação com o paciente, o terapeuta também deve analisar qual tipo conceitual de delírio o sujeito apresenta e, mediante essa resposta poderá determinar como prosseguir o tratamento. Assim, deverá estabelecer se o delírio apresenta as características jasperianas tal qual, convicção extrema ou, se é um pouco mais flexível, podendo ser mudado por meio de evidências que o contradiga (BARRETO, 2015).

Quando tais delírios são rígidos, mas ao mesmo tempo, dá pequenas brechas para o terapeuta desenvolver o seu trabalho de modo a fazer com o sujeito avalie a sua veracidade em prol das evidências tanto a favor quanto contra, podem ser aplicadas técnicas típicas da TCC, como questionamento socrático, descoberta guiada, além de técnicas mais específicas ao transtorno, que auxiliarão o indivíduo a ponderar sobre as possíveis explicações referentes a contextos que geralmente são percebidos de maneira equivocada (BECK, et.al., 2009; SILVA, PADOVANI e NEVES, 2011; BARRETO, 2015).

Quando esse fenômeno se mostra extremamente irreduzível, o clínico irá atuar dentro da crença delirante, sem buscar transformá-la, apenas tentando reduzir as consequências negativas na vida do sujeito. O delírio não é abordado como algo ilógico, causado por uma perturbação mental, simplesmente é compreendido como um evento comum na vivência do paciente, porém, este está provocando prejuízos em muitas esferas da vida do indivíduo, sendo estes danos o alvo da intervenção (BECK, et.al., 2009; BARRETO, 2015).

Portanto, tem-se que encontrar pontos de comum acordo entre terapeuta e paciente, porque é através deles que o clínico conseguirá adentrar na experiência delirante daquele que sofre. Ademais, o terapeuta deverá ser mais diretivo e tem que passar um intervalo maior envolvendo o sujeito em encontros individuais, dando explicações e instruções em um linguajar bem simples, para que o mesmo não tenha dificuldades em lembrá-las (BECK, et.al., 2009).

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

Deste modo, Wright, Basco e Thase (2008) e Beck et.al. (2009), descrevem como estratégias eficazes no controle desses fenômenos: incentivar o indivíduo a se distanciar das vozes e inquirir sobre as alegações incorretas que elas fazem, montar uma lista de condutas que as silenciam ou as transformem em menos intrusivas e controladoras. O portador de esquizofrenia ao encontrar os desencadeadores possíveis pode montar uma lista das ações que intensificam as vozes, para assim, criar-se um projeto comportamental para elevar a emissão de ações úteis e minimizar condutas que ampliem o poder das alucinações.

As intervenções sobre a sintomatologia negativa da esquizofrenia devem ser pautadas em um planejamento progressivo e gentil dos pacientes, por meio de um modelo mais lento e cauteloso no incentivo das alterações comportamentais sobre questões como isolamento social e falta de iniciativa. A programação de atividades, com propósito mais moderado, reduz a possibilidade de aglomerar pressão sobre o sujeito, permitindo o reconhecimento, de forma colaborativa, de seus sintomas, propiciando o debate sobre as melhores maneiras de lidar com estresse decorrente das atividades. Ademais, a indicação de tarefas sucessivas, o ensaio comportamental e o treinamento de habilidades também podem ser empregados (KINGDOM e SWELAM, 2006; WRIGHT, BASCO e THASE, 2008).

Para a terapêutica do transtorno de pensamento é preciso que os encontros tenham uma estrutura suave, ou seja, tem que ter a disponibilidade de um contexto organizado e leve que permita o desenvolvimento da capacidade de diálogo pelo sujeito, através das diretrizes dadas pelo clínico. O profissional deve auscultar atentamente o indivíduo e incentivá-lo a notar discrepâncias entre sua expressão verbal e não verbal. Perante falas incompreensíveis do paciente, o clínico pede que o mesmo esclareça pontos confusos, explorando o significado dado pelo indivíduo a neologismos e metáforas. É fundamental que haja uma compreensão comum sobre determinadas terminologias para que a conversação prossiga, porém, observa-se que algumas vezes o fluxo do diálogo se torna demasiadamente confuso, fazendo com que o profissional tenha que abordar temas específicos, ou apenas fazer questionamentos simples, do tipo que tenha como resposta “sim” ou “não”, para que haja uma conversa minimamente coerente (KINGDOM e SWELAM, 2006).

4.3.2.1 Principais técnicas da TCCp

Normalização e retribuição: Por meio da estratégia de normalização se estabelece o entendimento sobre o que compõe e o que mantêm os sintomas psicóticos. Ela investiga a conexão existente entre o conteúdo dos delírios e alucinações com a história existencial do sujeito. Levando-o a identificar sua vulnerabilidade aos desencadeadores, possibilitando mudanças ou permitindo uma adaptação propícia (PALOSKI e CHRIST, 20114; BARRETO, 2015; CANDIDA, 2016).

Em consonância com Wright, Basco e Thase (2008), essa técnica também faz com que os portadores de esquizofrenia se sintam menos estigmatizados e os incentiva a prestarem mais atenção a possíveis estressores ambientais que poderiam evocar ou intensificar seus sintomas, além de aumentar a probabilidade de procurarem explicações alternativas aos mesmos, por apresentar aos pacientes o argumento normalizador de que, por exemplo, qualquer pessoa pode desenvolver alucinações em situações extremas (abuso de drogas ou induzidas por estado de privação de sono, entre outras).

Na retribuição o portador de esquizofrenia é estimulado a elaborar a sua vivência perante as suas crenças delirantes e ao fenômeno alucinatório com a finalidade de as retribuir a si mesmo (RODRIGUES, 2012; MOTA, SILVA e LOPES, 2017).

Técnica dos módulos: De acordo com Barreto e Elkis (2007) e Paloski e Christ (2014), essa técnica estipula que o tratamento deve adotar cinco etapas com ações predeterminadas, assim tem-se:

1. Primeira fase: consiste na formação da relação terapêutica e no começo da conceitualização cognitiva do caso;
2. Segunda fase: Adoção de intervenções comportamentais para controle de sintomas, respostas emocionais e condutas impulsivas;
3. Terceira fase: Debater novas concepções sobre a essência da vivência psicótica experimentadas pelo indivíduo;
4. Quarta fase: Aplicar métodos de manejo das alucinações;
5. Quinta fase: Analisar pressupostos desadaptativos referentes a si próprio e aos outros.

Técnica do reforço das estratégias de enfrentamento: Aqui o paciente é reforçado a manter algumas atitudes eficientes no controle dos sintomas que ele já adotava antes mesmo da terapia e com a ajuda do clínico essas ações podem ser

melhoradas, aumentando ainda mais o poder do paciente sobre os eventos psicóticos (BARRETO e ELKIS, 2007; Barreto, 2015; PALOSKI e CHRIST, 20114).

Psicoeducação: Essa não é uma técnica específica da TCCp (já foi apresentada no segundo capítulo), mas será novamente abordada aqui devido ao seu efeito extremamente benéfico sobre o paciente e sua família. Nesse sentido, é um procedimento educativo que pretende auxiliar o portador de esquizofrenia e o seu núcleo familiar a compreender os elementos fundamentais referentes a doença, sanando dúvidas, ensinando a confeccionarem técnicas de redução de estresse, prestando suporte social e fomentando a participação ativa do sujeito e de sua família nos cuidados referentes à saúde (CABRAL, et.al., 2015).

É extremamente salutar abranger os familiares no processo terapêutico para que se sintam respaldados e munidos de habilidades para enfrentar essa perturbação de forma eficaz. Quando isso ocorre, o risco de recaídas dos portadores de esquizofrenia é reduzido em até 30%, além disso, no seio familiar pode ser observada a intensificação da resiliência e aumento da qualidade de vida (CABRAL, et.al., 2015; PEREIRA, 2015).

Mindfulness: Este é um tipo de meditação que tem por finalidade promover a concentração no aqui e agora, aceitando as sensações conforme elas se apresentam, sem criticá-las ou examiná-las. Essa estratégia focada no tratamento da esquizofrenia propõe não somente a terapêutica dos sintomas psicóticos, mas também busca minimizar a aflição e angústia decorrentes deles, uma vez que objetiva fazer com que o indivíduo aceite tais sintomas como experiências que lhe ocorrem, porém que não fazem parte dele e nem da realidade, permitindo contemplar tal vivência de maneira descentrada e desfusionada, na ausência de qualquer resistência. Por conseguinte, isso leva a redução do autojulgamento, de ruminções e da angústia (CARVALHO, 2015).

Para concluir, faz-se relevante trazer a reflexão de Palmeira (2018), sobre o contexto em que a esquizofrenia foi e está inserida na história dos transtornos mentais. Assim, nomes importantes da psiquiatria como Kraepelin foram responsáveis por estigmatizar essa condição de uma forma extremamente negativa, como se uma evolução crônica e deteriorante fosse a única possibilidade. Isso ocorreu porque os estudos sobre a temática, sempre focaram pacientes mais debilitados e a partir da introdução dos antipsicóticos em 1952 os indivíduos com boa evolução, abandonavam

os serviços de saúde por não mais necessitarem de terapêutica especializada, tendo por efeito uma concentração de comorbidades.

Portanto, ainda de acordo com este autor, isso trouxe impactos negativos tanto para o profissional de saúde, quanto para aquele que sofre, pois devido à escassez de informações de qualidade sobre a doença, ambos passaram a adotar uma postura pessimista e fatalista. Quando na verdade, é de suma importância que seja incentivada a esperança e o otimismo em relação ao tratamento, identificando as potencialidades do sujeito mesmo em situações tão adversas. E a TCCp é uma ótima ferramenta nesse sentido, ajudando as pessoas com esquizofrenia a identificarem seus pontos fortes, a se desenvolverem e se adaptarem, aumentando suas chances de uma convivência saudável consigo mesma, sua família e com sua comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A esquizofrenia é um constructo complexo e heterogêneo que passou por grandes mudanças em sua conceitualização ao longo dos anos. Hodiernamente, entende-se que essa condição psiquiátrica envolve a apresentação de sintomas psicóticos ou positivos, sendo estes delírios e alucinações, além de sintomas negativos (avolia, embotamento afetivo, entre outros), discurso e pensamento desorganizados.

Deste modo, desde o surgimento da TCC, a partir da década de 1950, havia indícios promissores sobre o seu efeito positivo no tratamento desse transtorno, porém, as evidências mais contundentes foram surgir apenas entre os anos de 1980 e 1990. Esse momento representou o estopim da pesquisa sobre a aplicabilidade dessa psicoterapia em pacientes esquizofrênicos, principalmente em casos refratários.

Assim, países como a Inglaterra investiram maciçamente em estudos sobre a efetividade da TCC para a psicose, o que levou a adotarem esta abordagem em suas diretrizes sobre saúde mental, a indicando como tratamento de primeira linha nos casos de alto risco para esquizofrenia e como coadjuvante essencial em casos já estabelecidos, juntamente com a terapêutica farmacológica que é absolutamente indispensável.

Contudo, apesar de seus efeitos na redução dos quadros sintomáticos positivos e negativos, na redução da angústia e sofrimento decorrentes da vivência psicótica, de ser capaz de minimizar as chances de recaídas, de promover um ambiente familiar saudável, menos estressante e que seja capaz de dar o suporte necessário ao portado dessa perturbação psiquiátrica, a TCC ainda é pouco estudada no Brasil como uma forma de tratamento eficaz.

Faz-se necessário que mais ensaios clínicos controlados sejam realizados no país sobre essa temática, além de ser preciso mais estudos de revisão de literatura que possam agregar as contribuições dessa escola da psicologia sobre o bem-estar e qualidade de vida de pessoas com esquizofrenia, permitindo que essas informações possam ser difundidas mais facilmente, trazendo impactos positivos para o contexto científico nacional e para a comunidade, que poderá desfrutar de um tratamento

profícuo, que permite ao sujeito identificar e desenvolver suas potencialidades, podendo possibilitar a participação mais ativa desse indivíduo em sua família e na sociedade.

Por fim se pode afirmar que a TCC traz a redução da angústia e sofrimento decorrentes da vivência psicótica, ela é capaz de minimizar as chances de recaídas, de promover um ambiente familiar saudável, menos estressante e que seja capaz de dar o suporte necessário ao portado dessa perturbação psiquiátrica, sendo considerada uma abordagem eficaz no tratamento da esquizofrenia.

REFERÊNCIAS

ABREU, C.N. Introdução às terapias cognitivas. In.: ABREU, N.C.; GUILHARDI, H.J. (Org.) **Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas Clínicas**. São Paulo: Roca. 2004. 23º Cap. p. 277-285.

AGOSTINHO, F.R., et.al. Tratamento farmacológico da esquizofrenia: Antipsicóticos de primeira geração. In.: NARDI, A.E.; QUEVEDO, J.; SILVA, A.G.(Org) **Esquizofrenia: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2015a. Cap.12. p. 129-146.

_____ Tratamento farmacológico da esquizofrenia: Antipsicóticos de segunda geração. In.: NARDI, A.E.; QUEVEDO, J.; SILVA, A.G.(Org) **Esquizofrenia: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2015b. Cap.13. p. 147-164.

_____ Tratamento farmacológico da esquizofrenia: Antipsicóticos de terceira geração. In.: NARDI, A.E.; QUEVEDO, J.; SILVA, A.G.(Org) **Esquizofrenia: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2015c. Cap.14. p. 165-172.

ALMEIDA, R.; MARQUES, A.; QUEIRÓS, C. **weCOPE: Programa Cognitivo-comportamental de Intervenção em Grupo na Psicose**. Porto: Laboratório de Reabilitação Psicossocial FPCEUP/ESTSIPP, 2014. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/82590/2/115743.pdf>> Acesso em: 15 Julho 2019.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-V**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BADARÓ, A.C. **As crenças cognitivas e suas relações com sintomas de ansiedade social e depressão**. 62 f. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Juíz de Fora, Instituto De Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação Em Psicologia, Minas Gerais, 2015. Disponível em: <http://repositorio.ufjf.br:8080/xmlui/bitstream/handle/ufjf/347/auxiliatricecaneschi_badaro.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 27 Junho 2019.

BAHLS, S.C.; NAVOLAR, A.B.B. Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. **Rev. PsicoUTP Online**. n. 04, Curitiba, jul. 2004. Disponível em: <<http://files.personapsicologia.webnode.com/200000093-024d10346f/Terapias%20Cognitivo-comportamentais.pdf>> Acesso em: 27 Junho 2019.

BARBOSA, A.S; TERROSO, L.B.; ARGIMON, I.I.L. Epistemologia da terapia cognitivo-comportamental: casamento, amizade ou separação entre as teorias? **Bol. Acad. Paulista de Psicologia**, São Paulo, Brasil - V. 34, no 86, p. 63-79, 2014; Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2014000100006> Acesso em: 27 Junho 2019.

BARRETO, E.; Terapia cognitiva para esquizofrenia. In.: NARDI, A.E.; QUEVEDO, J.; SILVA, A.G.(Org) **Esquizofrenia: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2015. Cap.16. p.183-190.

BARRETO, E.M.P.; ELKIS, H. Evidências de eficácia da terapia cognitiva comportamental na esquizofrenia. **Rev. Psiq. Clín.** 34, supl 2; 204-207, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s2/a11v34s2.pdf>> Acesso em: 21 Julho 2019.

BASTOS, R.; MENDES, R.C. Autismo e esquizofrenia infantis. In: RANGÉ, B. (Org.) **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 25º Cap. p. 430-448.

BECK, A.T. et.al. Terapia Cognitiva da Esquizofrenia. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BECK, J.S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BEZ, A.S. **Conciliação de metas, relevância e reestruturação cognitiva de crenças intermediárias**. 176 f. 2016. Tese (Doutorado em Ciências da Linguagem) - Universidade do Sul de Santa Catarina, Santa Catarina, 2016. Disponível em: <https://www.riuni.unisul.br/bitstream/handle/12345/3215/112440_Andreia.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 27 Junho 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Esquizofrenia**. Portaria SAS/MS nº 364, de 9 de abril de 2013. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-esquizofrenia-livro-2013.pdf>> Acesso em: 15 Julho 2019.

CABRAL, J. et.al. ANCORAGEM – Um programa de psicoeducação para familiares de doentes com esquizofrenia. **Rev. de Estudios e Investigación en Psicología y Educación**, 2015, Extr.(5), A5-002. Disponível em:

<http://revistas.udc.es/index.php/reipe/article/download/reipe.2015.0.05.99/pdf_52/> Acesso em: 21 Julho 2019.

CANDIDA, M. et.al. Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: an overview on efficacy, recent trends and neurobiological findings. **Rev. MedicalExpress**, 2016; 3(5):M160501. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/medical/v3n5/2358-0429-medical-20160501.pdf>> Acesso em: 15 Julho 2019.

CARVALHO, D.M.H. **Processamento da Ameaça na Psicose: o contributo da autoaversão, dos medos da compaixão e do mindfulness**. 28 f. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) - Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Portugal, 2015. Disponível em: <<https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/31693/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20DianaCarvalho.pdf>> Acesso em: 19 Julho 2019.

CARVALHO, S. Psicoterapia e Medicina Geral e Familiar: o potencial da terapia cognitivo comportamental. **Rev. Port Med Geral Fam**, 2014; 30:406-9. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v30n6/v30n6a10.pdf>> Acesso em: 27 Junho 2019.

CZEPIELEWSKI, L.S. **Trajetórias de Transtornos Mentais Graves: Contribuições da Pesquisa em Esquizofrenia**. 120 f. 2016. Tese (Doutorado em Psiquiatria e Ciências do Comportamento) - Universidade Federal do Rio Grande Do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, Porto Alegre, 2016. Disponível em: <<https://www.capes.gov.br/images/stories/download/pct/2017/Mencoes-Honrosas/Medicina-II-Leticia-Sanguinetti-Czepielewski.PDF>> Acesso em: 15 Julho 2019.

DAMETTO, J.; ESQUINSANI, R.S.S. A loucura, o demônio e a mulher: sobre a construção de discursos no mundo medieval. **Rev. Hist. R.**, Goiânia, v. 22, n. 2, p. 190–203, 2017. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6233497.pdf>> Acesso em: 21 Julho 2019.

ELKIS, H. **Saúde Mental**. Universidade Federal do Maranhão, UNASUS/UFMA, São Luís, 2013. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/2077/Sa%C3%BAde%20Mental%20-%20M%C3%B3dulo%203%20UND%204.pdf?sequence=3>> Acesso em: 15 Julho 2019.

FALCONE, E. Psicoterapia Cognitiva. In: RANGÉ, B. (Org.) **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria.** Porto Alegre: Artmed, 2008. 3º Cap. p. 20-32.

FALCONE, E.; FIGUEIRA, I. Transtorno de ansiedade social. In: RANGÉ, B. (Org.) **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria.** Porto Alegre: Artmed, 2008. 10º Cap. p. 183-207.

FANTINATO, M. **Métodos de Pesquisa.** Programa de Pós-graduação em Sistemas de Informação (PPgSI), EACH-USP, 2015. Disponível em: <<https://atualiza.aciaraxa.com.br/ADMArquivo/arquivos/arquivo/M%C3%A9todos-de-Pesquisa.pdf>> Acesso em: 28 Agosto 2019.

GHISIO, M.S; LÜDTKE, L.; SEIXAS, C.E. Análise comparativa entre a Terapia Cognitivo-Comportamental e a Terapia do Esquema. **Rev. Brasileira de Psicoterapia**, 2016; 18(3):17-31. Disponível em: <http://rbp.celg.org.br/audiencia_pdf.asp?aid2=210&nomeArquivo=v18n3a02.pdf> Acesso em: 27 Junho 2019.

GONÇALVES, C.H. **A terapia cognitiva e a teoria cognitiva da emoção de Lazarus.** 103 f. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto De Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação Em Psicologia, Minas Gerais, 2014. Disponível em: <<http://repositorio.ufjf.br:8080/xmlui/bitstream/handle/ufjf/841/carloshenriquegoncalves.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 27 Junho 2019.

KINGDOM, D.; SWELAM, M. Terapia Cognitiva para a Esquizofrenia. In.: SERRA, A.M. (Org). **Estudo da Terapia Cognitiva: um novo conceito em Psicoterapia.** Instituto de Terapia Cognitiva (ITC), São Paulo, 2006. Disponível em:<https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/54987236/terapia_cognitiva.pdf?response-content-disposition=attachment%3B%20filename%3DEstudo_da_Terapia_Cognitiva_um_novo_conc.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20190728%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20190728T230036Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=c3ebd8919ecaff24cb6bd3f08a9aa717b3b5939e891b1648c206e96bb410dd28> Acesso em: 21 Julho 2019.

KNAPP, P.; LUZ JR, E.; BALDISSEROTTO, G.V. Terapia cognitiva no tratamento da dependência química. In: RANGÉ, B. (Org.) **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria.** Porto Alegre: Artmed, 2008. 19º Cap. p. 332-350.

LIMA, T.M.; SILVA, J.G.R.R.; BATISTA, E.C. Perfil epidemiológico de pacientes com esquizofrenia em uso de antipsicóticos de ação prolongada. **Rev. Contexto & Saúde**, vol. 17, n. 33, 2017. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/download/6206/5535>> Acesso em: 10 Julho 2019.

LOCH, A.A.; WANG, Y.P. Epidemiologia e custos da esquizofrenia. In.: NARDI, A.E.; QUEVEDO, J.; SILVA, A.G.(Org) **Esquizofrenia: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2015. Cap. 2. p. 25-36.

MEIRELES, A.G.S.V.L. **Avaliação da qualidade de vida e estilos de coping na Esquizofrenia**. 127 f. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) – Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga, Faculdade de Filosofia, Portugal, 2012. Disponível em: <<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8920/1/Tese%20completa%20Adeli%20a.pdf>> Acesso em: 10 Julho 2019.

MORAIS, G.F. **Etiologia e desenvolvimento da esquizofrenia: diferentes perspectivas e tendências atuais**. 84 f. 2006. Monografia (Psicologia) - Associação Cultural e Educacional de Garça - ACEG, Faculdade de Ciências da Saúde – FASU, Curso De Psicologia, São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/20.pdf>> Acesso em: 21 Julho 2019.

MOREIRA, M.B.; MEDEIROS, C.A. **Princípios básicos de análise do comportamento**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MOTA, G.S.; SILVA, M.J.; LOPES, A.P. Esquizofrenia e terapia cognitivo-comportamental: um estudo de revisão narrativa. **Rev. Ciências Biológicas e de Saúde Unit.**, Alagoas, v. 4, n. 2, p. 371-384, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiossaude/article/download/4577/2628>> Acesso em: 10 Julho 2019.

NOGUEIRA, C.A. et.al. A importância da psicoeducação na terapia cognitivo-comportamental: uma revisão sistemática. **Rev. das Ciências da Saúde do Oeste Baiano – Higia**, 2017; 2 (1): 108 – 120. Disponível em: <<http://www.fasb.edu.br/revista/index.php/higia/article/view/190>> Acesso em: 3 Julho 2019.

PALMEIRA, L. **Manual de psicoeducação para profissionais de saúde mental que tratam pessoas com esquizofrenia**. São Paulo: Planmark, 2018.

PALOSKI, L.H.; CHRIST, H.D. Terapia cognitivo-comportamental para depressão com sintomas psicóticos: Uma revisão teórica. **Rev. Contextos Clínicos**, vol. 7, n. 2, 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v7n2/v7n2a10.pdf>> Acesso em: 21 Julho 2019.

PAULINO, F.H.; NETTO, T.C.R.; SOUZA, J.A. Penso, logo me comporto: a flexibilização de ideias disfuncionais em um caso de depressão. In.: MERHY, J. (Org.) **Temas Gerais em Psicologia 2**. Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2018. 2º Cap. p. 17-23.

PEREIRA, M.; RANGÉ, B. Terapia Cognitiva. In: RANGÉ, B. (Org.) **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 1º Cap. p. 20-32.

PEREIRA, V.M. **Programa de Psicoeducação para familiares de doentes com esquizofrenia**. 179 f. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Educação) – Universidade dos Açores, Departamento de Ciências da Educação, Ponta Delgada, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/3581/2/DissertMestradoVanessaMicaelaPontePereira2015.pdf>> Acesso em: 10 Julho 2019.

RANGÉ, B. Conceituação cognitiva. ABREU, N.C.; GUILHARDI, H.J. (Org.) **Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas Clínicas**. São Paulo: Roca. 2004. 24º Cap. p. 286-299.

RODRIGUES, D.M. **Esquizofrenia: abordagens terapêuticas não-farmacológicas**. 34 f. 2012. Mestrado (Psiquiatria e Saúde Mental) – Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Portugal, 2012. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/8264/bc162b4abfd69aac4a28282e5ad64a5fa46c.pdf>> Acesso em: 19 Julho 2019.

RONCATO, J.F.F. **Estudo associativo entre polimorfismos nos genes ND2 e ND3 que codificam para subunidades da NADH desidrogenase em DNA mitocondrial de pacientes esquizofrênicos**. 40 f. 2007. Dissertação (Mestrado em Biologia Celular e Molecular) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Biociências, Programa de Pós-Graduação em Biologia Celular e Molecular, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <<http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/5471/1/388692.pdf>> Acesso em: 22 Julho 2019.

SANTOS, C.E.M.; MEDEIROS, F.A. A relevância da técnica de questionamento socrático na prática Cognitivo-Comportamental. **Rev. Arch Health Invest**, 2017. 6(5):204-208. Disponível em:

<<http://archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/download/1940/pdf>> Acesso em: 3 Julho 2019.

SANTOS, F.S.P. **Intervenções terapêuticas dispensadas a pacientes com diagnóstico de esquizofrenia no Centro de Atenção Psicossocial – Saúde Mental (CAPS-II) de Caçador/SC.** 92 f. 2015. Monografia (Curso de Psicologia) – Universidade Alto Vale do Rio do Peixe, Santa Catarina, 2015. Disponível em: <<http://extranet.uniarp.edu.br/acervo/Biblioteca%20Digital%20PDF/Psicologia/TC%20C/Interven%C3%A7%C3%B5es%20terap%C3%AAuticas%20dispensadas%20a%20pacientes%20com%20diagn%C3%B3sticos%20de%20esquizofrenia.%20Fernanda%20Sabrina%20Pasin.2015.pdf>> Acesso em: 10 Julho 2019.

SANTOS, W.M. **Diálogo integrativo entre as terapias analítico comportamental, cognitivo-comportamental e narrativa de re-autoria.** 263 f. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia Aplicada) - Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Uberlândia, 2015. Disponível em: <<http://www.pgpsi.ip.ufu.br/sites/pgpsi.ip.ufu.br/files/Anexos/Bookpage/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Weslem%20Martins%20Santos.pdf>> Acesso em: 3 Julho 2019.

SILVA, E.A. Flecha descendente. In: ABREU, N.C.; GUILHARDI, H.J. (Org.) **Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas Clínicas.** São Paulo: Roca. 2004. 27º Cap. p. 320-329.

SILVA, R.C.B. Esquizofrenia: uma revisão. **Rev. Psicologia USP**, 2006, 17(4), 263-285. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/download/41862/45530/>> Acesso em: 10 Julho 2019.

SILVA, R.C.B.; PADOVANI, R.C.; NEVES, M.O. O delírio na perspectiva das neurociências e da terapia cognitiva. **Rev. Brasileira de Terapias Cognitivas**, 2011, 7(1). p. 2-6. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v7n1/v7n1a02.pdf>> Acesso em: 19 Julho 2019.

SOUZA, E.L. et.al. Terapia cognitivo-comportamental na prevenção de psicose em populações em risco. **Rev. Brasileira de Terapias Cognitivas**, 2013, 9(1), p.19-25. Disponível em: <<http://www.rbtc.org.br/imprimir.asp?id=172>> Acesso em: 19 Julho 2019.

STARLING, J.; FEIJO, I. Schizophrenia and other psychotic disorders of early onset. In: REY, J.M. (ed). **IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health.** Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry

and Allied Professions 2016. Disponível em: <<https://iacapap.org/content/uploads/H.5-Esquizofrenia-Portuguese-2016.pdf>> Acesso em: 19 Julho 2019.

STOCK, T.O.; BARBOSA, M.E.; KRISTENSEN, C.H. Evidências de alterações neurais na Terapia Cognitivo-Comportamental: uma revisão da literatura. **Rev. Contextos Clínicos**, vol. 7, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v7n1/v7n1a04.pdf>> Acesso em: 3 Julho 2019.

TEIXEIRA, M.C.T.V. Rotulação das distorções cognitivas. ABREU, N.C.; GUILHARDI, H.J. (Org.) **Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas Clínicas**. São Paulo: Roca. 2004. 25º Cap. P. 300-310.

VALENÇA, A.M.; NARDI, A.E. Histórico do conceito de esquizofrenia. In.: NARDI, A.E.; QUEVEDO, J.; SILVA, A.G.(Org) **Esquizofrenia: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2015. Cap.1. p. 17-24.

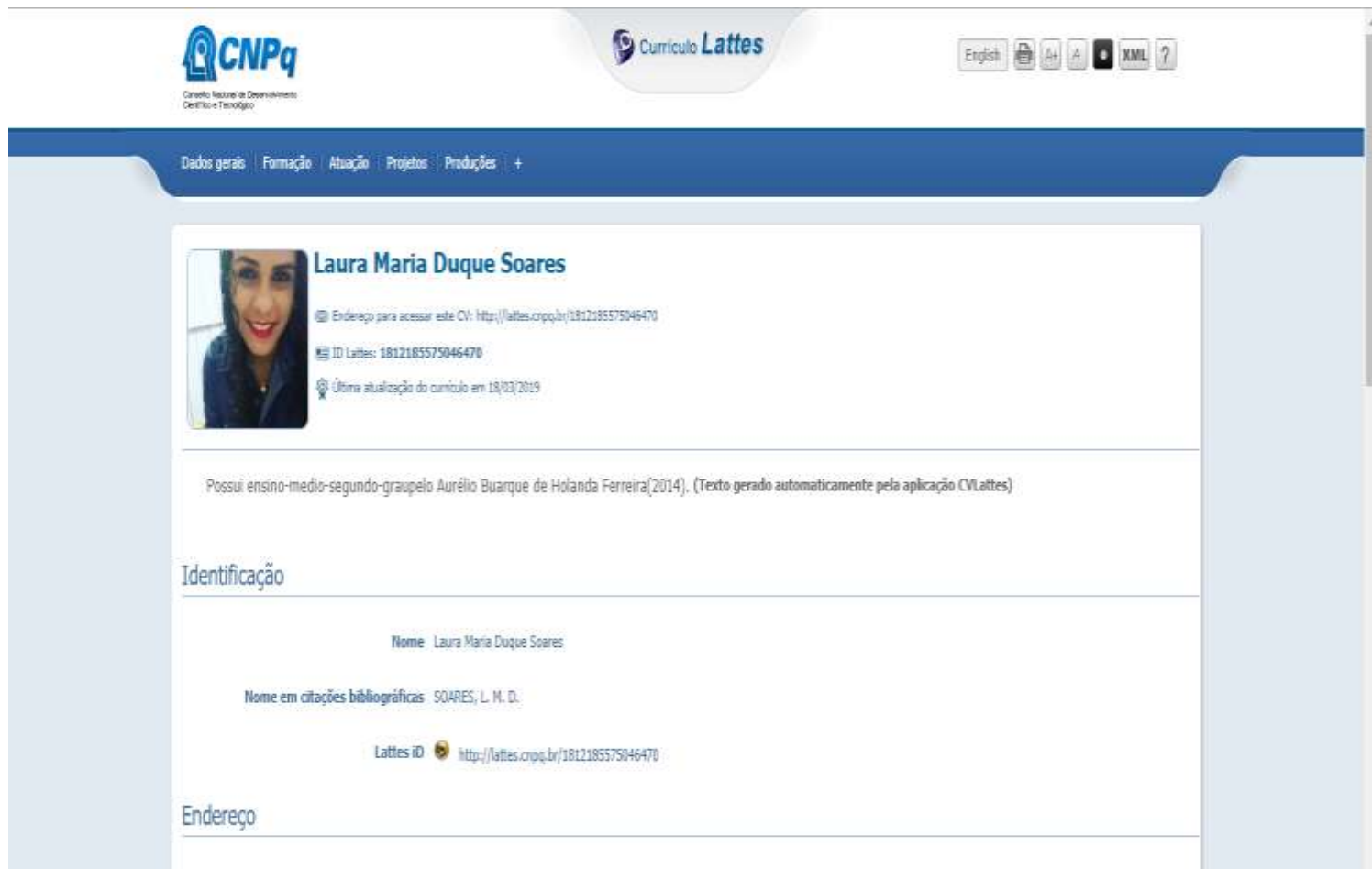
WRIGHT, J.H.; BASCO, M.R.; THASE, M.E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ZACARIAS, D.M. **Esquizofrenia: história e tratamento**. 38 f. 2015. Monografia (Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas) - Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/11263/1/2015_DeboraMonteiroZacarias.pdf> Acesso em: 3 Julho 2019.

ZIMMER, M. **Avaliação de um programa de terapia cognitivo comportamental para pacientes com esquizofrenia**. 175 f. 2006. Tese (Doutorado em Ciências Médicas: Psiquiatria) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, 2006. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/8464/000576412.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 10 Julho 2019.

ZUGMAN, S.; NEUFELD, C.B. Conceitualização cognitiva de um caso de paranoia de Freud. **Rev. Brasileira de Terapias Cognitivas**, 2012, 8(1). p.47-54. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v8n1/v8n1a07.pdf>> Acesso em: 19 Julho 2019.





Anexos 1




The image shows a screenshot of a Lattes CV profile on the CNPq website. The header includes the CNPq logo and the 'Currículo Lattes' title. A navigation bar contains links for 'Dados gerais', 'Formação', 'Atuação', 'Projetos', and 'Produções'. The profile for Laura Maria Duque Soares includes a photo, her name, and contact information. A note states she has a second-degree high school diploma from Aurélio Buarque de Holanda Ferreira (2014), generated automatically by the application. The 'Identificação' section lists her name, bibliographic name (SOARES, L. M. D.), and Lattes ID. The 'Endereço' section is partially visible.

CNPq
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

Currículo Lattes

English     XML ?

Dados gerais | Formação | Atuação | Projetos | Produções | +

 **Laura Maria Duque Soares**

📧 Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/1812185575046470>

🆔 ID Lattes: 1812185575046470


🕒 Última atualização do currículo em 18/03/2019

Possui ensino-medio-segundo-graupelo Aurélio Buarque de Holanda Ferreira(2014). (Texto gerado automaticamente pela aplicação CVLattes)

Identificação

Nome Laura Maria Duque Soares

Nome em citações bibliográficas SOARES, L. M. D.

Lattes ID  <http://lattes.cnpq.br/1812185575046470>

Endereço

Anexo 2

Resultado da análise

Arquivo: LAURA MARIA DUQUE SOARES.docx

Estatísticas

Suspeitas na Internet: 4,26%

Percentual do texto com expressões localizadas na internet ⚠

Suspeitas confirmadas: 0,11%

Confirmada existência dos trechos suspeitos nos endereços encontrados ⚠

Texto analisado: 92,89%

Percentual do texto efetivamente analisado (frases curtas, caracteres especiais, texto quebrado não são analisados).

Sucesso da análise: 100%

Percentual das pesquisas com sucesso, indica a qualidade da análise, quanto maior, melhor.

Endereços mais relevantes encontrados:

Endereço (URL)	Ocorrências	Semelhança
http://naughtydogge.com/dog-training-victoria-bc	6	0,02 %
http://cellbiol.com/privacy.php	6	0,05 %
https://www.seaoftranquility.org/policies.php?op=show	6	0,03 %
http://www.ravennuke.com/legal.html	6	0,02 %
http://cellbiol.com	6	0,03 %
http://www.singlelakeproductions.com	6	0,02 %