

ARTUR GEVÁSIO LIRA DA SILVA
MARIA SUELY ALVES COSTA
RODRIGO DA SILVA MAIA
ROSELANE DA CONCEIÇÃO LOMEÓ

Cuidados e Intervenções

um guia para as famílias e
os profissionais de pessoas
com esquizofrenia



ü
Imprensa
Universitária
UFC

COLEÇÃO
DE ESTUDOS DA
PÓS-GRADUAÇÃO

Cuidados e Intervenções

**um guia para as famílias e os profissionais
de pessoas com esquizofrenia**



Presidente da República

Luiz Inácio Lula da Silva

Ministro da Educação

Camilo Sobreira de Santana



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC

Reitor

Prof. Custódio Luís Silva de Almeida

Vice-Reitora

Profª Diana Cristina Silva de Azevedo

Pró-Reitor de Planejamento e Administração

Prof. João Guilherme Nogueira Matias

Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação

Profª Regina Celia Monteiro de Paula



IMPRENSA UNIVERSITÁRIA DA UFC

Diretor

Francisco Charles Rocha e Silva Ribeiro

**COMISSÃO TÉCNICO-EDITORIAL DA
COLEÇÃO DE ESTUDOS DA PÓS-GRADUAÇÃO – UFC
Edição 2024-2025**

Lidiany Karla Azevedo Rodrigues Gerage

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

MEMBROS

Felipe Ferreira da Silva

Biblioteca Universitária

Joselany Áfio Caetano

Departamento de Enfermagem/FFOE

Juliana Soares Lima

Biblioteca Universitária

**Artur Gevásio Lira da Silva
Maria Suely Alves Costa
Rodrigo da Silva Maia
Roselane da Conceição Lomeo**

Cuidados e Intervenções

um guia para as famílias e os profissionais de pessoas com esquizofrenia



**Fortaleza
2025**

Cuidados e Intervenções: um guia para as famílias e os profissionais de pessoas com esquizofrenia

Copyright © 2025 by Artur Gevásio Lira da Silva, Maria Suely Alves Costa, Rodrigo da Silva Maia, Roselane da Conceição Lomeo

Todos os direitos reservados

PUBLICADO NO BRASIL / PUBLISHED IN BRAZIL

Imprensa Universitária – Universidade Federal do Ceará
Av. da Universidade, 2932 – Benfica, Fortaleza-Ceará, Brasil

Coordenação editorial

Ivanaldo Maciel de Lima

Revisão de texto

Adriano Santiago

Normalização bibliográfica

Marilzete Melo Nascimento

Layout gráfico-visual

Sandro Vasconcellos

Diagramação

Frank Bezerra

Capa

Heron Cruz

Editora filiada à



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Imprensa Universitária – Universidade Federal do Ceará

S586c Silva, Artur Gevásio Lira da.

Cuidados e intervenções [livro eletrônico] : um guia para as famílias e os profissionais de pessoas com esquizofrenia / Artur Gevásio Lira da Silva... [et al.]. - Fortaleza: Imprensa Universitária, 2025.

878 kb : il. color. ; PDF (Coleção Estudos da Pós-Graduação)

ISBN: 978-85-7485-578-3

1. Esquizofrenia. 2. Saúde mental. 3. Qualidade de vida. I. Costa, Maria Suely Alves. II. Maia, Rodrigo da Silva. III. Lomeo, Roselane da Conceição. IV. Título.

CDD 616.8982

Elaborada por: Marilzete Melo Nascimento – CRB 3/1135

Apresentação do conteúdo

O livro, a seguir, trata de uma produção bibliográfica oriunda da dissertação de mestrado do autor principal, que tem o intuito de ser um material de referência para profissionais atuantes na Rede de Atenção Psicossocial, com o objetivo de fornecer bases para a intervenção e cuidados em aspectos diversos da saúde de pessoas com esquizofrenia e promover qualidade de vida.

Sumário

| | |
|--|-----------|
| Apresentação | 7 |
| Histórico do conceito de esquizofrenia | 10 |
| O que é o espectro da esquizofrenia? | 12 |
| Qualidade de vida e o espectro da esquizofrenia..... | 19 |
| Acolhimento ao usuário com o espectro..... | 23 |
| Apoio e cuidado aos cuidadores e/ou familiares..... | 28 |
| Grupos | 32 |
| Temáticas para discussão em grupo..... | 33 |
| Terapia de grupo baseada em <i>mindfulness</i> | 34 |
| Estratégias de cuidado..... | 36 |
| Atividades comunitárias e de inclusão social..... | 36 |
| Amizade voluntária (<i>Befriending volunteer</i>)..... | 37 |
| Integração entre o manejo farmacológico e psicossocial | 39 |
| Atividades artísticas | 40 |
| Pintura e artes plásticas | 41 |
| Atividades físicas | 42 |
| Exercícios aeróbicos | 43 |
| Treinos de força | 44 |
| Considerações finais | 47 |
| Referências | 48 |
| Anexo – escala para avaliação da qualidade de vida..... | 55 |
| Autores | 61 |

Apresentação

O presente *e-book* diz respeito ao produto oriundo da pesquisa de mestrado “Avaliação e Intervenção na Qualidade de Vida dos Pacientes com Esquizofrenia”, proveniente do mestrado em Psicologia e Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, *campus* de Sobral, vinculado à linha de pesquisa Clínica, Saúde e Políticas Públicas. O *e-book* tem como objetivo fornecer informações de cunho técnico sobre estratégias de cuidados pautadas na melhora da qualidade de vida e dos transtornos do espectro da esquizofrenia para profissionais atuantes na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essas informações abrangem dados acerca das características psicopatológicas do transtorno, breve histórico sobre a condição, seu sistema classificatório e estratégias de cuidado possíveis de serem utilizadas com esse público que é, majoritariamente, usuário dos serviços de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS).

A seleção das estratégias de cuidado foi pautada em dois aspectos. O primeiro, foi a interseção com o construto da Qualidade de Vida Aplicada à Saúde, uma característica que é associada a desfechos positivos em diversas intervenções, assim como também é uma variável preditiva associada à melhora em vários contextos. Dessa forma, para se obter esse material, realizou-se uma revisão sistemática da literatura existente de intervenções, focada na melhoria da qualidade de vida em usuários com esquizofrenia, e fez-se a seleção de intervenções que possuem viabilidade de execução dentro desse contexto. O segundo aspecto diz respeito ao conhecimento e à vivência clínica de profissionais atuantes com esse público na RAPS, os quais contribuíram com suas experiências em lidar com a condição e colaboraram com a análise e a escolha de intervenções que sejam possíveis de serem executadas na realidade dos órgãos da

rede. Assim, este produto trata de uma produção de caráter coletivo e pautado na realidade social na qual os autores estão imersos.

O espectro da esquizofrenia diz respeito a uma condição bastante complexa e que é envolta em diversos preconceitos, nuances e idiossincrasias, os quais repercutem na atuação direta dos profissionais que lidam com o público que possui o transtorno. Assim, o guia se propõe a contribuir para uma prática profissional efetiva e pautada nas evidências mais recentes para o cuidado da condição. Mas, além disso, ele procura ser um instrumento de divulgação e esclarecimento acerca do espectro, visto que esse transtorno ainda sofre inúmeros preconceitos, concepções errôneas e ideais bastante arraigados sobre a sua constituição e demais características.

Apesar dos inúmeros avanços oriundos da medicina, psicologia, neurociências, saúde coletiva e vários outros campos do saber, os quais expandiram a forma de ver, lidar e acolher o sujeito com a condição, ainda se enfrentam diversas dificuldades relacionadas ao fornecimento de tratamentos a esse público, seja na esfera da efetividade, como também da adesão ao processo, o qual é atravessado por diversas questões de cunho social, mas também subjetivas, como a dimensão do estigma, do medo e do preconceito (inclusive de profissionais da saúde) e se expressam, de forma contundente, nas possibilidades de cuidado e de acolhimento. As dificuldades de acesso ao tratamento, a falta de apoio familiar, a sobrecarga dos cuidadores e familiares, junto às diversas expressões da questão social, formam um amálgama de variáveis, que também contribuem para essa visão negativa da condição.

O lidar diário nas políticas públicas é, muitas vezes, acompanhado por incertezas e dúvidas no “que fazer” e “como fazer” frente às diversas demandas que surgem no cotidiano dos órgãos, exigindo toda uma articulação prática e teórica para se adaptar frente a essas questões. Assim, o material também propõe a ser um informativo e um norte a esses profissionais, que se veem perante as demandas relacionadas à condição e não sabem quais caminhos devem seguir, sendo embasado em um conhecimento produzido dentro dos parâmetros científicos.

Dessa forma, o guia propõe trazer uma visão renovada e alternativa, fundamentando-se em uma visão ampliada acerca da condição, orientando-se pelo ideal da recuperação, inclusão e promoção da qualidade de vida. Ter algum transtorno do espectro não é sinônimo de um ponto final na história de vida do sujeito, em que todas as possibilidades são limadas e implodidas, mas sim uma nova fase da vida, que exige um olhar sensível, crítico, humanizado e orientado para a recuperação, inclusão, manutenção da dignidade e promoção da qualidade de vida.

Histórico do conceito de esquizofrenia

O conceito atual do espectro da esquizofrenia trata de um estofo teórico bastante complexo e rico, pois aglomera e sintetiza várias considerações e ideias de doenças mentais que vêm desde os primórdios da psiquiatria, como os de Pinel, Morel, Magnam, Haslam, entre outros. Entretanto, uma das bases vem de Emil Kraepelin ao criar o conceito de *dementia praecox*, que tratou da união de diversos outros transtornos, tendo sido proposto na quinta edição de seu clássico livro-texto: *Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* (1896), o qual reuniu a *dementia praecox* (Morel e Hecker), a catatonia (Karl Ludwig Kahlbaum) e a demência paranoide (conceito do próprio Kraepelin) sob o signo de doenças do metabolismo que poderiam levar à demência, junto com o mixedema e o cretinismo (Valença; Nardi, 2021; Barlow; Durand, 2021; Elkis, 2000; Szasz, 1978).

Eugene Bleuler (1857-1939) renomeou e ampliou essa categoria para o termo esquizofrenia “porque considerava relacionadas com a *dementia praecox* muitas outras condições, tais como a psicose com personalidades psicopáticas, alucinoses alcoólicas etc.” (Arieti, 1959, *apud* Szasz, 1978). Sustentando-se nesta proposição, o conceito foi expandido e outras categorias diagnósticas foram sendo criadas a partir da esquizofrenia e, com a publicação da terceira edição do

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em 1980, os critérios diagnósticos se tornaram mais restritos e distintos, mantendo-se até a versão IV do Manual.

Com a publicação da 5^a versão, no ano de 2013, e sua posterior atualização, em 2023, houve algumas mudanças na forma de classificar essa condição. Em síntese, o DSM-5-TR eliminou os subtipos da esquizofrenia existentes nos manuais anteriores (hebefrênica, catatônica, paranoide, residual e indiferenciada) e começou a utilizar uma abordagem dimensional baseada na avaliação de sintomas existentes (Biedermann; Fleischhacker, 2016). Essa mudança foi devido ao fato de que os subtipos apresentavam pouca validade e não refletiam diferenças quanto ao curso da doença ou à resposta ao tratamento (Araújo; Neto, 2014). A CID-11 também abandonou essa subdivisão na última atualização, aproximando-se cada vez mais do DSM, dado que há um planejamento para uma maior harmonização e aproximação entre ambos os sistemas (Gaebel; Zielasek; Cleveland, 2013; Valle, 2020).

O que é o espectro da esquizofrenia?

Os Transtornos do Espectro da Esquizofrenia (TEE) dizem respeito a um termo guarda-chuva que agrupa diversas condições psicopatológicas as quais possuem como uma das características em comum a dimensão da perda do contato com a realidade, que se expressa por meio das alucinações e outras alterações na sensopercepção, assim como do pensamento e juízo de realidade (o delírio).

A nomenclatura de espectro é aplicada a esse grupo devido à multiplicidade de características presentes em cada diagnóstico, a qual irá variar conforme a presença de alguns sintomas e/ou marcador específico, assim como também pela intensidade e duração do quadro sintomático. Além disso, a nomeação de espectro da esquizofrenia diz respeito ao fato de que a natureza central dessa condição ainda não foi esclarecida, não tendo uma uniformidade em sua classificação, podendo ser chamada de grupo, espectro ou síndrome (Valençá; Nardi, 2021).

O grupo possui uma ampla gama de alterações que abrange a esfera volitiva, perceptiva, cognitiva e chegando à dimensão social. Dentro do espectro, os sintomas são agrupados em várias categorias, a saber: sintomas positivos, negativos, de desorganização, psicomotores, de humor e prejuízos cognitivos (Dalgallarondo, 2019; World Health Organization, 2022).

Conforme a última atualização da Classificação Internacional de Doenças (World Health Organization, 2022), o grupo relativo ao espectro da esquizofrenia é composto pela esquizofrenia (6A20),

transtorno esquizoafetivo (6A21), transtorno esquizotípico (6A22), transtorno psicótico agudo e transitório (6A23), transtorno delirante (6A24) e manifestações sintomáticas de transtornos psicóticos primários (6A25). A última categoria pode ser utilizada para caracterizar a apresentação clínica atual de indivíduos que já possuem o diagnóstico de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico primário (Silva; Czepielewski; Belmonte-de-Abreu, 2023).

Especificamente na esquizofrenia (6A20), Seeman (2016) resalta que essa categoria nosológica apresenta os mesmos sintomas que são vistos nos outros transtornos que compõem o espectro, porém o transtorno é classificado como esquizofrenia quando os sintomas se desenvolvem com o decorrer do tempo e da evolução do quadro, no sentido de intensidade e duração. Além disso, deve haver a presença da restrição emocional e linguística, dificuldade de manter um comportamento direcionado e/ou organizado junto à característica do usuário e tornar-se funcionalmente incapacitado ao longo do tempo. Dessa forma, a esquizofrenia é classificada como uma condição crônica, visto que não há possibilidade de cura ou remissão completa de sintomas, assim como também provoca diversas diminuições na funcionalidade geral e na autonomia. Nesse sentido, não são todos os transtornos desse grupo que se tornam crônicos; alguns possuem a possibilidade de remissão dos sintomas e a recuperação completa.

No que diz respeito às causas e fatores etiológicos envolvidos no espectro, ainda não há um consenso claro. Sabe-se que a condição é eminentemente fatorial, estando bastante associada a fatores genéticos, ambientais, neurológicos e psicológicos, sendo um campo de investigação bastante fértil. As principais hipóteses se relacionam a disfunções cerebrais associadas ao neurotransmissor dopamina e alterações em várias regiões do cérebro.

Ressalta-se que os TEE fazem parte de um grupo bastante heterogêneo e, em cada usuário, ocorrem manifestações bastante idiossincráticas no que diz respeito à emissão dos sintomas aqui descritos. Nesse sentido, não há uma padronização clara de quais sintomas estão presentes em cada sujeito, sendo necessário olhar para cada caso de forma particularizada, algo enfatizado por Silva,

Czepielewski e Belmonte-de-Abreu (2023), os quais apontam que, em estudos em populações sadias e em grupos clínicos distintos, a presença desses quadros sintomáticos em diferentes diagnósticos varia em intensidade, duração e efeito, demonstrando o caráter único do transtorno em cada sujeito.

A sintomática relacionada às alterações da sensopercepção é nomeada como sintomas positivos, pois dizem respeito à expressão de comportamentos novos, que não estavam presentes cotidianamente no repertório do sujeito, no qual são incluídas as alterações da sensopercepção, o eco de pensamento, as alucinações e os delírios. Sintomas paranoides são bastante comuns nesses transtornos, como ideias delirantes e alucinações auditivas com conteúdo persecutório (Dalgallarrondo, 2019). Os sintomas positivos não são exclusivos desse espectro, podendo estar presentes em outras categorias de transtornos como os de humor e de personalidade, relacionados ao abuso de substâncias e outras condições médicas. O Quadro 1, a seguir, sumariza as apresentações sintomáticas em vários transtornos.

Quadro 1 – Sintomas positivos presentes em outros transtornos mentais

| Transtornos mentais que podem apresentar sintomas positivos |
|---|
| Transtorno Afetivo Bipolar tipo I e II |
| Transtorno Depressivo Maior |
| Transtorno da Personalidade Esquizotípica |
| Transtorno de Estresse Pós-Traumático |
| Transtornos relacionados ao abuso de substâncias (álcool, cocaína, estimulantes, sedativos, entre outros) |

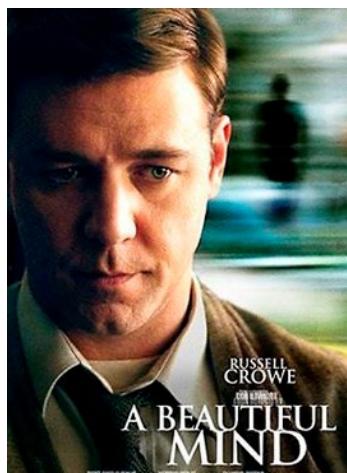
Fonte: Adaptada a partir do DSM-5-TR.

Os delírios tendem a ser mais comuns no espectro e dizem respeito a alterações no pensamento e no juízo de realidade, em que ocorrem as ideias fixas e irreais, sem qualquer fundamento lógico na realidade e incontestáveis para o sujeito, como crer que todos o observam, que

planejam algo contra si, sendo questões que são associadas à história de vida do sujeito¹ e a questões culturais. Já as alucinações dizem respeito às alterações na sensopercepção, em que o sujeito entra em contato com algo que não possui um referente físico real no ambiente (ver, ouvir e sentir algo que não existe). Dessas, as mais comuns são as alucinações auditivas (vozes que conversam entre si, que podem ter discursos agressivos sobre o sujeito de comando e afins) e visuais (ver objetos que não existem). Alterações na esfera gustativa, olfativa e tátil (sentir cheiros, toques, gostos etc.) podem ocorrer, sendo menos comuns.

Uma das obras cinematográficas que melhor representa o delírio é o filme biográfico *Uma mente brilhante*, o qual conta a trajetória do matemático ganhador do prêmio Nobel, John Nash, que possuía um delírio relacionado a uma suposta invasão soviética aos Estados Unidos a qualquer momento.

Figura 1 – Capa do filme *Uma mente brilhante*



Fonte: Reprodução. Disponível em: <https://www.adorocinema.com/filmes/filme-28384/>. Acesso em: 29 ago. 2023.

¹ Para uma discussão acerca do conteúdo dos delírios nas esquizofrenias, ver ZILIO, D. *A natureza comportamental da mente: behaviorismo radical e filosofia da mente*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010.

Os sintomas negativos dizem respeito a déficits em áreas do funcionamento cognitivo e social, nas quais incluem aspectos relacionados à diminuição e empobrecimento das relações sociais, distanciamento afetivo (em casos graves, até o embotamento afetivo), diminuição da fluência verbal e empobrecimento da linguagem, anedonia e diminuição da vontade (Cheniaux, 2021; Dalgallarondo, 2019). A sintomática negativa é a que se expressa de forma mais contundente no dia a dia do usuário com a condição, visto que esta pode estar relacionada ao próprio tratamento medicamentoso (Silva; Czepielewski; Belmonte-de-Abreu, 2023), como também pela restrição ambiental e social a qual leva ao empobrecimento de comportamentos pró-sociais e relacionados à esfera afetiva.

Figura 2 – Pessoa sofrendo com alterações no pensamento



Fonte: Disponível em: https://br.freepik.com/vetores-gratis/ilustracao-do-conceito-de-ansiedade_21118463.htm#query=confus%C3%A3o%20mental&position=9&from_view=search&track=ais. Acesso em: 15 jul. 2023.

Os sintomas de desorganização referem-se a alterações nos afetos, no pensamento, na linguagem e nas manifestações comportamentais bizarras, desorganizadas e/ou fora do contexto no qual o sujeito está imerso. O pensamento desorganizado inclui pensamentos incompreensíveis, ilógicos, sem coesão e coerência, o qual é expresso principalmente através do discurso, em que o usuário pode mudar de um assunto para outro (*descarrilamento ou afrouxamento das associações*) sem qualquer tipo de lógica, assim como as respostas para as perguntas podem ter uma relação enviesada ou não ter relação alguma (*tangencialidade*) (American Psychiatric Association, 2023).

O pensamento de uma pessoa com esquizofrenia é caracterizado, simultaneamente, por uma concretude e um simbolismo excessivos, os quais são relacionados a contextos exotéricos, religiosos e outras questões culturais (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017). As manifestações comportamentais incluem trejeitos, vestimentas e demais comportamentos de cunho social, que são expressos de forma bizarra e/ou inadequada, como despir-se em público, usar roupas extravagantes e outras expressões que não são adequadas àquele contexto em específico.

Os sintomas de humor abrangem a presença de alterações no estado basal do humor dos usuários, como a presença de sinais ansiosos, depressivos, maníacos e o retraimento do humor, podendo chegar ao estado de embotamento afetivo (não reagir a interações, nem a afetos; um “fechar-se em si”).

Além disso, ressalta-se a responsividade emocional reduzida, que pode chegar à anedonia e às emoções exageradamente ativas e impróprias, como picos de raiva, felicidade e ansiedade (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017). Essa esfera sintomática também está relacionada a efeitos colaterais do uso da medicação, como também da ausência de repertórios pró-sociais e outras variáveis relacionadas a questões sociais e econômicas, constituindo sintomas relacionados à dificuldade em interagir socialmente e desenvolver autonomia. Assim, em qualquer estratégia de tratamento, um dos focos principais deve ser o desenvolvimento de relações sociais amplas e a reintegração comunitária, sendo um dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Figura 3 – Pessoa em sofrimento devido ao preconceito



Fonte: Reprodução. Disponível em: https://br.freepik.com/veatores-gratis/ilustracao-do-conceito-de-ansiedade_21118461.htm#query=depress%C3%A3o&position=15&from_view=search&track=sph. Acesso em: 11 jun. 2023.

Os prejuízos cognitivos se relacionam a déficits no campo da memória, atenção, linguagem e aprendizado, sendo bastante comuns nos sujeitos acometidos pela condição, os quais afetam em vários aspectos e podem ter papel central na evolução da esquizofrenia e do seu prognóstico (Dalgallarondo, 2019; Tostes *et al.*, 2020; Cheniaux, 2021). Os usuários e pacientes com esquizofrenia possuem déficits cognitivos mais elevados quando comparados a pessoas sem transtornos (particularmente nas esferas da velocidade de processamento, memória verbal e memória de trabalho), como também em relação a usuários com outras condições, como o Transtorno Afetivo Bipolar e outros transtornos de humor.

Adicionalmente, os déficits cognitivos possuem associações significativas com vários fatores, como funcionalidade, abuso de substâncias, níveis de *insight* (percepção sobre a própria condição e sobre si próprio), histórico de trauma infantil e comportamentos agressivos (Gebreegziabhere *et al.*, 2022).

Qualidade de vida e o espectro da esquizofrenia

Como pôde ser observado, a condição é marcada por uma ampla gama de alterações e déficits em diversas áreas do funcionamento cotidiano. Além desses fatores comuns ao transtorno, questões ambientais (dinâmica das interações sociais, local onde se vive e afins), sociais (preconceitos, estigmas) e psicológicas (expressão emocional, sintomas depressivos e déficits cognitivos), afetam, de forma contundente, a funcionalidade do sujeito no que diz respeito ao desenvolvimento de estratégias de autocuidado e de adaptação ao meio no qual está imerso.

Dessa forma, todo esse consorte de variáveis e questões afeta, principalmente, a qualidade de vida, a qual se trata de um construto que é associado a melhorias e desfechos positivos em intervenções diversas, assim como outras características relacionadas ao tratamento, como aderência à medicação, melhora nos déficits cognitivos, desenvolvimento da integração social e comunitária, menores taxas de reinternação hospitalar, sintomas positivos, entre outros aspectos (Karow *et al.*, 2016).

Especificamente, a Qualidade de Vida (QV) diz respeito a um conceito polissêmico, diversificado na literatura em saúde (como também em outras áreas) e que abarca uma pluralidade de aspectos constituintes na vida de um sujeito. Apesar de não haver um

consenso quanto ao conceito (Brisso; Pereira; Balanzá-Martinez, 2016), ela é definida como a percepção do indivíduo quanto a sua inserção na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (The WHOQOL Group, 1995). A definição trazida é enquadrada na percepção subjetiva da qualidade de vida, visto que é construída com base exclusiva nas percepções do sujeito e coletada por meio de instrumentos de autorrelato, como escalas e inventários específicos (como a WHOQOL-BREF).

No entanto, quando esse conceito é trazido para os TEE, torna-se uma discussão complexa, visto que os usuários com a condição geralmente apresentam níveis de *insight* reduzido e, a depender do nível de deterioração cognitiva do usuário, a sua percepção de melhora e os impactos no funcionamento global podem não ser relatados de forma precisa. Nesse sentido, também se emprega a definição objetiva da QV a qual se baseia em uma avaliação clínica (através de escalas preenchidas por um profissional) do nível de funcionamento global, de indicadores de saúde, da moradia e de outras informações sociodemográficas (Brisso; Pereira; Balanzá-Martinez, 2016).

Entretanto, as duas perspectivas não se anulam mutualmente, mas seu uso conjunto fomenta a obtenção de um panorama mais amplo sobre essa característica do usuário, permitindo a construção de estratégias de cuidado mais orientada para a melhoria desse aspecto, além de que esses diferentes panoramas de observação sobre a QV fornecem, na verdade, informações distintas e complementares sobre o mesmo indivíduo (Souza; Coutinho, 2006). No apêndice deste guia, há alguns instrumentos que podem ser utilizados para a avaliação dessas características e outras informações relativas a seu uso e à interpretação dos resultados.

Pessoas com algum transtorno do espectro apresentam níveis de QV menores que pessoas sem transtornos mentais, apresentando escores menores nos domínios físico, psicológico e social, o que aponta a necessidade de as intervenções com esse público estar focada na melhoria desse aspecto (Dong *et al.*, 2019). Apesar de as medicações antipsicóticas se provarem extremamente efetivas no

manejo da sintomatologia positiva e outros aspectos nas fases crônica e aguda da condição, os usuários tendem a experenciar uma gama de efeitos adversos que pode afetar negativamente a qualidade de vida (Awad; Voruganti, 2012).

Em vista disso, as estratégias de cuidado atuais não se baseiam apenas na contenção e na remissão de sintomas, com foco estrito de chegar a uma recuperação completa, mas sim, em evitar recaídas, reinternações e promover um maior nível de funcionamento social e pessoal, assim como o do cultivo da qualidade de vida, buscando-se aproximar o máximo possível da população em geral (Brisso; Pereira; Balanzá-Martinez, 2016; Hasan *et al.*, 2017).

Figura 4 – Grupo de pessoas



Fonte: Disponível em: https://br.freepik.com/vetores-gratis/ilustracao-plana-do-dia-internacional-da-solidariedade-humana_33433039.htm#query=grupo%20feliz&position=2&from_view=search&track=ais. Acesso em: 21 jun. 2023.

Pautando-se nos princípios trazidos anteriormente, toda estratégia de apoio e cuidado que for oferecida a esse público deve ser voltada para uma evolução da QV, buscando promover uma melhora global do funcionamento do sujeito, já que esse aspecto se relaciona a outras características associadas à melhora, como também à integração social. Dentro desse contexto, a promoção da qualidade de vida pode ser feita de diversas formas, mas o que se observa na

literatura é que muitas das intervenções que propõem o incremento da QV, como desfecho primário e secundário, são orientadas com base em princípios de integração comunitária, social e desenvolvimento de laços afetivos, que se trata de um aspecto bastante afetado dentro da condição. Assim, é essencial que esses usuários possam desenvolver vínculos sociais mais amplos, como também ampliar interesses diversificados.

Muitas das intervenções de caráter comunitário, que já são desenvolvidas dentro do seio da RAPS e, especificamente, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), são alinhadas aos princípios de integração social e comunitária. Como exemplo, podemos citar as oficinas de arteterapia, os grupos de apoio para usuários com transtornos mentais graves, as oficinas artísticas, as oficinas expressivas, as oficinas geradoras de renda, as oficinas de alfabetização, as oficinas culturais, as atividades esportivas (Brasil, 2013), assim como outras que podem ser elaboradas e aplicadas àquele contexto, que devem ser alinhadas às características sócio-históricas do território e das possibilidades disponíveis quanto ao equipamento, mão de obra e outras características afins. Nas sessões, a seguir, apresentaremos algumas sugestões de estratégias de cuidado que podem ser aplicadas junto a esse público e a seus familiares e/ou cuidadores.

Acolhimento ao usuário com o espectro

O primeiro contato que o usuário tem com o órgão poderá ocorrer de algumas formas, porém, no caso do espectro da esquizofrenia, há algumas especificidades que irão depender se o sujeito já possui algum diagnóstico prévio em que já tenha recebido algum tipo de acompanhamento e/ou cuidado. Há os casos de encaminhamento de outros órgãos da rede pública (Unidades Básicas de Saúde, Hospital Geral, Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família) ou particular de saúde. Além disso, é necessário investigar se é o primeiro episódio de crise que ele está vivenciando. Portanto, cada situação irá depender do porte do órgão, assim como também das especificidades do caso em si.

Um ponto de ação em comum em todas as situações em que há o primeiro contato com o órgão diz respeito ao acolhimento. Nesse momento, o usuário e seus familiares e/ou cuidadores irão ser recepcionados e acolhidos pela equipe técnica do órgão, os quais, além de fornecerem as intervenções de cunho técnico e específico, também providenciarão um espaço de escuta daquele sofrimento, a fim de produzir um ambiente que seja acolhedor e que traga segurança a esses usuários. Dada a complexidade e a gravidade que caracteriza a condição, é essencial que esse momento ocorra de uma forma serena e, sobretudo, esclarecedora.

Figura 5 – Apoio em saúde



Fonte: Disponível em: https://www.freepik.com/free-vector/aid-disadvantaged-groups-abstract-illustration_20892261.htm#query=receber%20pessoas&position=11&from_view=search&track=ais. Acesso em: 2 jul. 2023.

O acolhimento em saúde mental diz respeito a uma ação de caráter multidisciplinar, que é executada em todos os órgãos que compõem a RAPS e que tem o intuito de introduzir o usuário ao serviço e iniciar o processo de formação de vínculo entre a equipe e o sujeito, a fim de pavimentar e estruturar a estratégia de cuidado que irá ocorrer junto aos profissionais.

Nesse primeiro momento, a equipe deve fornecer um espaço de escuta aos usuários, familiares e/ou cuidadores de modo que eles se sintam seguros e tranquilos para expressarem suas aflições, dúvidas e angústias, sabendo que o órgão se encontra de portas abertas para acolher, acompanhar e, dependendo das características do caso, cuidar de forma compartilhada de outros serviços (Brasil, 2013).

Após essa primeira escuta, deve-se começar a investigação das razões que levaram o sujeito a procurar o órgão (demanda espontânea ou se está sendo encaminhado de outros órgãos), devendo-

do-se avaliar se o usuário está ou não em crise, sua história clínica pregressa – que deve incluir se já possui algum diagnóstico – se faz uso ou já fez de psicofármacos, se tem histórico de internações relacionadas à demanda atual, quais tipos de tratamento já fez e demais informações interessantes.

Em situações de crise, o usuário geralmente não consegue fornecer esse tipo de dado, sendo necessário direcionar essa investigação aos familiares ou ao cuidador que se faz presente. O Quadro 2, a seguir, propõe algumas sugestões de informações a serem colhidas.

Quadro 2 – Informações a serem coletadas

| Sugestões de informações do usuário a serem coletadas após o acolhimento | |
|---|---|
| Origem do encaminhamento ou demanda espontânea | <ul style="list-style-type: none">• Unidade Básica de Saúde• Hospital Geral• Hospital psiquiátrico• Comunidade terapêutica• Órgãos da justiça• Órgãos da assistência social• Demanda espontânea• Outro |
| Fármacos | <ul style="list-style-type: none">• Identificar quais os fármacos que o usuário utiliza• Identificar quais fármacos já utilizara anteriormente• Além dos fármacos para cuidado do TEE, o usuário utiliza algum outro?• O usuário é aderente ao tratamento medicamentoso ou é resistente?• Quem é o responsável pela administração da medicação? |
| Histórico de tratamentos anteriores | <ul style="list-style-type: none">• O usuário já passara por algum tipo de terapêutica em outros órgãos? Se sim, quais?• Participação em grupos• Psicoterapia individual• Outros |
| Histórico de internações | <ul style="list-style-type: none">• O usuário já fora internado em hospitais gerais ou psiquiátricos devido à condição?• Se sim, investigue a quantidade de vezes e a duração das internações |

(conclusão Quadro 2)

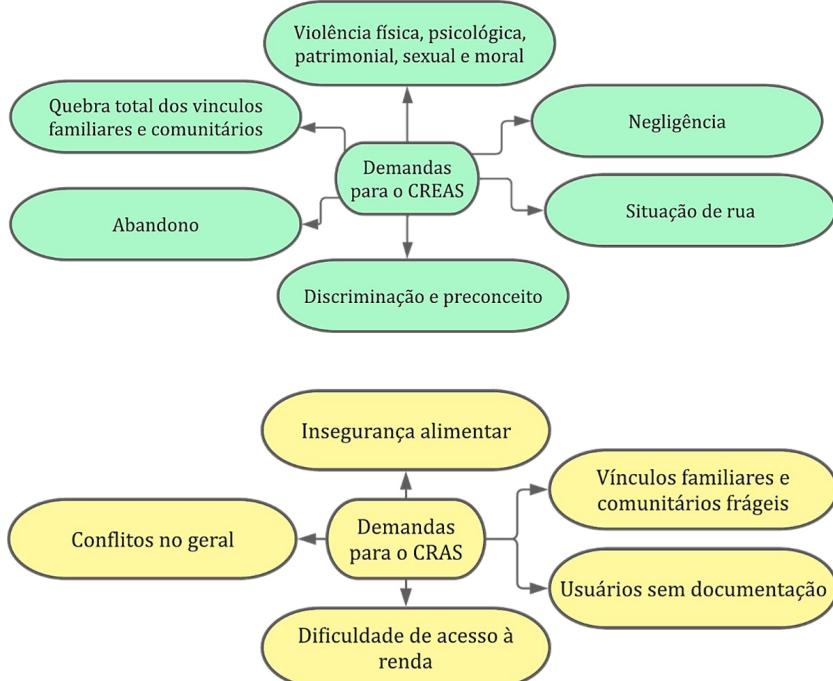
| Sugestões de informações do usuário a serem coletadas após o acolhimento | |
|---|--|
| Desenvolvimento da condição | <ul style="list-style-type: none">• Investigar as dimensões psicopatológicas do transtorno no que diz respeito aos aspectos cognitivos da linguagem, da personalidade e da funcionalidade geral• Quando houve o primeiro episódio de crise?• Quando aconteceu o último episódio de crise?• Quais os conteúdos dos delírios e das alucinações? |
| Integração social e atividades geradoras de renda | <ul style="list-style-type: none">• O usuário interage com outras pessoas além dos familiares e/ou cuidadores?• Como é a qualidade dos vínculos com a família? Há a presença de conflitos?• O usuário participa de alguma atividade comunitária?• O usuário possui alguma fonte de renda ou é beneficiário de algum programa de transferência de renda? |

Fonte: Elaborado pelos autores.

No momento do acolhimento, é necessário estar advertido se a demanda exige apoio intersetorial e ampliado, pois, caso se constatem questões como violência, negligência, vulnerabilidade econômica, social, entre outras, é necessário o acionamento dos órgãos que fazem parte do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), como os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) (proteção social básica), Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (CREPOP) (proteção social especial), Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS) (proteção social especial) e as Unidades de Acolhimento (Casa Lar, Albergue, Abrigo Institucional, República, Residência Inclusiva, Casa de Passagem).

Dessa forma, é essencial que os profissionais conheçam quais desses órgãos estão presentes no território e, dependendo da demanda, façam as articulações e os encaminhamentos necessários. A Figura 6, a seguir, apresenta dois fluxogramas com exemplos de situações e quais órgãos deve-se entrar em contato, caso sejam constatadas algumas delas.

Figura 6 – Órgãos da assistência social e suas características



Fonte: Elaborado pelos autores.

Após o processo de acolhimento e encaminhamento a outros órgãos (se necessário), parte-se para a triagem do caso, em que o usuário será avaliado conforme a sua gravidade e demais especificidades. Em seguida, ele deve ser direcionado a algum dos profissionais da equipe (médico(a) psiquiatra, psicólogo(a), enfermeiro(a), assistente social etc.). A partir das características do caso, o usuário pode ser direcionado a alguma das atividades coletivas, como os grupos terapêuticos de apoio, grupos artísticos, entre outros.

Apoio e cuidado aos cuidadores e/ou familiares

Seja em qualquer condição de saúde, a participação e a integração da família e dos cuidadores ao processo de cuidado do usuário são essenciais para a boa condução do processo terapêutico. No caso dos transtornos mentais graves, como os TEE, essa problemática se torna mais complexa e envolta em diversas questões relativas à incompREENSÃO acerca do transtorno: descrença em relação a sua existência; incerteza quanto ao futuro e o progresso do tratamento; sentimento de frustração e sobrecarga; questões relacionadas à dinâmica da organização da família e expressões da questão social, como a pobreza, violência, discriminação, entre outros.

Em uma situação em que um membro da família desenvolve algum transtorno mental grave, a dinâmica e a estrutura familiar sofrem modificações diversas as quais giram em torno da condição desse sujeito. Dessa forma, quando não há qualquer tipo de apoio, seja profissional ou comunitário, não só o sujeito com a condição se torna mais adoecido, mas também todos os membros que vivenciam e lidam diariamente com a situação, e um ciclo de sofrimento compartilhado vai se construindo e se fortalecendo cada vez mais.

No decorrer desse processo de adoecimento coletivo, as perspectivas de melhora e recuperação tendem a ser limitadas no que tange à capacidade e à eficácia das intervenções. Portanto, é

essencial que o trabalho que será desenvolvido com o usuário não se restrinja só a ele, mas que seja abrangente a toda família, que deve ser trabalhada com o intuito de aproximar-a e integrá-la ao processo terapêutico, oferecendo escuta e acolhimento ao sofrimento que ele vivencia.

Uma das principais problemáticas associadas aos TEE, no que diz respeito à esfera familiar, é a incompreensão relacionada ao transtorno. Muitas vezes os familiares não compreendem do que se trata a condição e tendem a associá-la a questões de cunho religioso (está possuído, com um “encosto”, está pagando por algum pecado próprio ou de outro familiar etc.) ou moral.

Por conseguinte, uma das primeiras e principais linhas de trabalho que deve ser desenvolvida com esse público é o esclarecimento e a conscientização acerca do que se trata o transtorno. Como se refere a uma condição bastante complexa, é essencial que o processo de troca de informações aconteça da forma mais simples e clara possível, prezando por uma linguagem simples e acessível, pois os jargões psicopatológicos e específicos de cada atuação profissional muitas vezes não são acessíveis a outras pessoas fora do meio da saúde.

Nessa linha, outro ponto importante é trabalhar a adesão ao tratamento, que se refere a um conceito relativo a quanto o sujeito modela seu comportamento em relação às orientações do profissional da saúde, seja na esfera farmacológica ou psicossocial (World Health Organization, 2002; Figueiredo *et al.*, 2021). Um dos pontos é o trabalho sobre a importância do uso da medicação, visto que a dificuldade de adesão à terapêutica medicamentosa é uma das questões mais presentes nos TEE e que dificulta o processo de cuidado.

Em muitos casos, o cuidador principal é quem faz a gestão e a administração dos medicamentos. Assim, a família deve se conscientizar das questões como o esclarecimento do papel da medicação, no que tange às estratégias de administração (horários a serem seguidos para a ingestão do medicamento, ou, no caso de administração intramuscular, a importância de sempre retornar na data definida para uma nova aplicação), seus efeitos

colaterais e adversos, a necessidade de retorno periódico para reavaliação da medicação pelo médico psiquiatra, assim como quais sintomas ela irá controlar.

Já na esfera psicossocial, a importância da desmitificação dos estigmas e da condição é vital para o processo de reintegração social e comunitária. A noção errônea de que pessoas com o TEE são agressivas, incontroláveis, perigosas e que não possuem perspectiva de melhora alimenta um ideário de exclusão, devendo ser apartadas do meio social. Logo, deve-se trabalhar com a família a quebra desse paradigma e propor a inclusão do sujeito em atividades pró-sociais, que sejam alinhadas aos interesses e gostos do usuário, assim como as possibilidades oferecidas pelo território. Participação das atividades grupais do órgão, reuniões com grupos religiosos, estimulação de conversas com seus vizinhos na calçada são situações simples que podem fomentar o processo de inclusão.

Trabalhar a qualidade dos vínculos familiares também deve ser um dos focos de intervenção, visto que as recaídas (episódios de crise em que os sintomas positivos, tais como as alucinações, o comportamento desorganizado e os delírios são emitidos com maior intensidade) tendem a ser mais frequentes quando o ambiente familiar é estressante (Figueiredo *et al.*, 2021) e atravessado por questões aversivas. Por isso, um ambiente que é marcado por discussões e tensões constantes tende a fomentar mais episódios de recaída e dificultar o processo de cuidado.

Dessa maneira, é importante compreender os anseios e os sofrimentos que esses familiares estejam vivenciando e buscar acolhê-los da melhor forma possível, seja através de uma escuta particularizada ou por meio da inclusão em atividades grupais voltadas aos familiares e cuidadores. Uma possibilidade de articulação é o direcionamento e encaminhamento aos dispositivos da proteção social básica do território, como os (CRAS), onde essas famílias podem ser incluídas nos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) e no Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), os quais irão desenvolver atividades voltadas ao fortalecimento dos vínculos familiares e

comunitários, assim como irão fornecer acompanhamento voltado ao lidar das expressões da questão social.

A equipe deve estar atenta se o sofrimento que aquele cuidador ou familiar vivencia se tornou patológico. Dessa forma, quando há esse tipo de constatação, esse usuário deve ser acolhido e direcionado para uma avaliação mais globalizada, no sentido de identificar (e se necessário diagnosticar) o grau de comprometimento existente, a fim de que se possa iniciar um cuidado mais direcionado a essa questão.

Grupos

Os grupos consistem em atividades de caráter coletivo onde se reúnem sujeitos com alguma característica, interesse ou demanda em comum, que irão ser desenvolvidos e conduzidos a partir do olhar de um dos profissionais que compõem a equipe do órgão. No que diz respeito ao campo da saúde pública, eles têm o objetivo de gerar impactos nos indicadores, na perspectiva da educação em saúde, os quais são baseados em paradigma de transmissão do saber-fazer profissional (Brasil, 2013).

Figura 7 – Família



Fonte: Disponível em: https://www.freepik.com/free-vector/flat-youth-people-hugging-together_4741430.htm#query=grupo&position=2&from_view=search&track=sph. Acesso em: 23 jun. 2023.

Quando nos aproximamos do campo da saúde mental, o papel dos grupos, prioritariamente, é de ser terapêutico, mas não apenas no sentido clínico. O seu intuito também se deve à construção da noção de pertencimento ao território, o que perpassa a inclusão, o trabalho de noções relacionadas à identidade (fomentar a noção do eu, como um ser além do diagnóstico), o estigma de ser um local que permite a construção de vínculos e a expressão das individualidades. Outra questão importante que deve ser trazida como temática é o abuso de substâncias como o cigarro e o álcool, os quais tendem a ser drogas de abuso comum nesse público (Bhisnoi; Priyanka, 2023).

A seguir, apresentamos algumas estratégias para trabalho com grupos de pessoas com TEE e outros transtornos mentais graves e temáticas que podem ser levadas para os grupos.

Temáticas para discussão em grupo

Hasan e Musleh (2017) sugerem algumas temáticas que podem ser trazidas nas discussões dos grupos, as quais podem acontecer em forma de roda de conversa ou sendo ministrada por meio de folhetos com as temáticas do dia. O intuito delas é o empoderamento do usuário acerca da condição, a fim de trabalhar o estigma, melhorar a saúde em geral, modificar atitudes e aumentar a adesão ao tratamento. O interessante dessa intervenção é que os cuidadores e familiares podem participar junto ao usuário. O Quadro 3, a seguir, apresenta uma versão adaptada da intervenção trazida no estudo original dos autores.

Quadro 3 – Temáticas para discussão em grupo

| Temática geral | Conteúdos |
|---|--|
| Do que se trata a esquizofrenia? | <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico do transtorno • Mitos e verdades sobre a esquizofrenia • Sintomas da esquizofrenia |
| Desafios na rotina familiar e coisas a se fazer junto à família | <ul style="list-style-type: none"> • Aprender como compartilhar experiências com seus familiares • Aprender a fazer as suas tarefas de casa • Procurar apoio nos membros da família • Elaborar um planejamento diário para melhorar sua capacidade de lidar com a condição |
| Melhora na comunicação e autocuidado | <ul style="list-style-type: none"> • Praticar a comunicação verbal e não verbal com seus pares • Manter a higiene diariamente e seguir as obrigações diárias |
| Trabalhar a aderência à medicação e evitar a piora da condição | <ul style="list-style-type: none"> • Entender a importância de continuar usando a medicação • Apresentar os efeitos terapêuticos e adversos da medicação • Compartilhar experiências com os efeitos adversos de cada medicação • Entender os riscos e benefícios de cada medicação |
| Gerenciamento de crise | <ul style="list-style-type: none"> • Gerenciamento do estresse • Lidando com situações problemáticas |

Fonte: Elaborado pelos autores.

Terapia de grupo baseada em *mindfulness*

As estratégias de cuidado baseadas em *mindfulness* dizem respeito a um grupo de técnicas aplicadas no manejo terapêutico de diversas questões que atravessam a dimensão do sofrimento humano. O foco principal desse tipo de estratégia ressalta a ideia da estabilidade da atenção no momento presente. Mas o que significa estar no momento presente? Hayes, Strosahl e Wilson (2021, p. 186) nos trazem uma definição:

Os processos do momento presente são sobre viver flexivelmente no aqui e agora. Eles não se referem a “presente” em oposição a “passado” ou “futuro”. São simplesmente formas como falamos sobre mudança – são apenas um artifício da linguagem que faz parecer como se o tempo fosse uma coisa, como o fio de um colar de contas. [...] Existe o agora e o agora e o agora.

Nessa perspectiva, essas intervenções têm como foco trabalhar a capacidade de atenção do sujeito no que realmente se encontra disponível no mundo e não apenas no que ele pensa. Assim, fomentam a construção de repertórios para lidar, de forma efetiva, com os problemas e com questões que afligem suas vidas. As técnicas permitem trabalhar três aspectos importantes: a melhora do controle atencional, a capacidade de regulação emocional e a transformação da autoconsciência (Hervás *et al.*, 2016), as quais são dimensões bastante afetadas em usuários com os TEE. Estudos têm apontado o impacto positivo do *mindfulness* nos sintomas positivos, negativos e cognitivos, além de melhorar a funcionalidade, a diminuição das recaídas (Araújo, 2022) e a qualidade de vida (Böge *et al.*, 2021).

As técnicas têm geralmente uma duração curta (de um a cinco minutos), podendo ser integradas à rotina de um grupo já estabelecido e podem consistir em técnicas de respiração concentrada (inspirar profundamente por várias vezes e atento em todos os sentidos) e na observação, tais como o foco em algum processo corporal, o monitoramento da respiração, entre outros². Sugere-se a aplicação desses momentos de forma rotineira, como uma vez durante o encontro do grupo. Além disso, deve-se orientar os usuários a praticarem diariamente em momentos aleatórios do dia, visto que a ideia de atenção plena diz respeito a um processo contínuo que exige uma frequência adequada para ser realmente eficaz.

² Para mais técnicas e uma discussão mais aprofundada sobre o conceito, ver o capítulo 7 – Consciência do Momento Presente, no livro de HAYES, S. C.; STROSAHL, K. D.; WILSON, K. G. *Terapia de aceitação e compromisso: o processo e a prática da mudança consciente*. Porto Alegre: Artmed, 2021.

Estratégias de cuidado

Atividades comunitárias e de inclusão social

Aesfera da inclusão social nos TEE é um dos aspectos que mais deve ser trabalhado durante o processo de acompanhamento e de cuidado, visto que é uma das áreas mais associadas à recuperação do sujeito e ao desenvolvimento da sua autonomia. Em um sentido mais amplo, isso diz respeito a desenvolver uma atividade geradora de renda, construir relacionamentos de amizade amorosos e ter um papel social definido na sua comunidade.

Dados na literatura denotam que pessoas com os TEE tendem a ter redes sociais e de afetos menores que a população em geral, experienciando mais isolamento e sentimentos relacionados à solidão, algo que é associado a uma menor qualidade de vida, ao aumento da intensidade dos sintomas no geral e a uma menor aderência ao tratamento (Sikira *et al.*, 2021). Essas questões se agregam às dificuldades de inclusão no mercado de trabalho e outras relacionadas à questão social, como a pobreza, a violência, entre outros.

Nesta seção, apresentaremos algumas sugestões de estratégias voltadas à integração social de usuários com o TEE. Um dos pontos de escolha dessas intervenções diz respeito à boa qualidade

das evidências trazidas no estudo e aos seus impactos na melhora da qualidade dos usuários com os TEE. Mas, além disso, a seleção e a escolha levaram em consideração as características da própria RAPS, assim como a possibilidade de inclusão e adaptação delas nesse contexto.

Amizade voluntária (*Befriending³ volunteer*)

A amizade voluntária diz respeito a um tipo de intervenção de caráter psicossocial que se baseia no ideário de construir um vínculo de amizade e afeto entre um acompanhante e um usuário com a condição, com o intuito de fornecer escuta e apoio e desenvolver atividades mais amplas voltadas à integração social como um todo, buscando fomentar a capacidade de interação social e desenvolver vínculos mais intensos e proveitosos.

Nesse tipo de intervenção, um voluntário (que deve ser supervisionado por um profissional da equipe técnica do órgão) é alocado para um usuário e ambos devem encontrar-se a cada duas semanas, durante um período definido, como, por exemplo, seis ou oito meses. Nesses encontros, a dupla deve escolher algum tipo de atividade pró-social que seja de interesse de ambos e que esteja alinhado à disponibilidade de horários. Uma das possibilidades inclui encontrar-se com outra dupla e desenvolver essas atividades em conjunto. Sugere-se também participar de alguma atividade artística, ter uma conversa amigável, entre outras (Sikira *et al.*, 2021). Observa-se, na literatura, que essa modalidade de intervenção traz impactos positivos na qualidade de vida dos usuários, além da redução da intensidade de alguns sintomas negativos e positivos (Botero-Rodríguez *et al.*, 2020; Sikira *et al.*, 2021).

É essencial que, antes do processo de alocação, haja um momento de treinamento e formação intenso acerca da condição,

³ Em uma tradução direta, *befriending* seria como a ação de se fazer amizades ou amigar.

voltado aos voluntários, no qual devem-se esclarecer os objetivos dessa intervenção e as características dos TEE (os sintomas, trabalhar os preconceitos, estigmas, o que fazer no momento de crise, os impactos e demais informações importantes), os limites dessa intervenção (o respeito às características do usuário e que essa não é uma intervenção de caráter curativo) e as responsabilidades do voluntário (não participar de atividades que possam provocar estresse ou sofrimento ao usuário, a participação assídua nas atividades de supervisão e a orientação).

A alocação dos pares deve ser baseada nos interesses e preferências em comum. Assim, em um primeiro momento, a equipe deve fazer uma investigação ampliada acerca dos gostos e interesses de ambos os grupos (TEE e voluntários), com o intuito de construir uma relação proveitosa para ambos. A mediação e a construção das duplas devem ser intercedidas nos primeiros encontros no órgão, nos quais o profissional responsável deve fornecer uma escuta ampla e ativa, captando as necessidades e características de cada sujeito. Regularmente, deve haver momentos grupais de supervisão e escuta das experiências dos voluntários pelo profissional responsável, nos quais os voluntários devem relatar o andamento do processo e quais suas dificuldades e anseios. O facilitador deve estar atento ao processo, buscando esclarecer dúvidas dos voluntários, acolher angústias, lidar e direcionar questões problemáticas que possam surgir no processo terapêutico.

Antes do início das atividades, sugere-se fazer uma avaliação do funcionamento global e da qualidade de vida do usuário, a fim de verificar a efetividade do acompanhamento ao final do “período de acompanhamento” e complementar a observação clínica da equipe. Uma possibilidade de captação de voluntários é a parceria com instituições de ensino superior e técnico, em que haja alunos de cursos da área da saúde. Esses alunos podem participar desse processo como parte de um “processo de estágio”, ou como alguma atividade de horas complementares, o que torna a operação viável.

Integração entre o manejo farmacológico e psicossocial

Como já trazido anteriormente, os TEE são compostos por uma ampla gama sintomática que abrange vários aspectos do funcionamento do sujeito, sendo necessário intervir de forma ampliada. Mas, além disso, deve-se olhar sempre para o sofrimento do usuário e para as diversas expressões que o cercam. Devido a essa complexidade, as intervenções devem ser feitas da forma mais particularizada possível, atentando-se às características do usuário e ao contexto social no qual ele está imerso.

O manejo da sintomática perpassa por diversos focos de intervenção, em que o farmacológico se destaca prioritariamente, visto que os medicamentos possuem, como uma das suas funções principais, a sintomática positiva (alucinações, delírios, agitação psicomotora e afins). A avaliação da medicação é feita pelo médico psiquiatra do órgão, o qual apreciará questões relativas à eficácia do medicamento, ao manejo de efeitos adversos (como os sintomas extrapiramidais) e outras questões relativas ao manejo farmacológico em si. O Ministério da Saúde conta com um Protocolo Clínico com Diretrizes Terapêuticas para o manejo farmacológico da esquizofrenia, que pode ser consultado de forma gratuita⁴.

O cuidado e o tratamento fornecido aos usuários com a condição não se restringem apenas à terapêutica farmacológica, visto que o foco de trabalho com essa condição não é apenas a remissão dos sintomas positivos, mas sim a recuperação e a integração completa do sujeito. Os fármacos possuem um papel essencial para o controle dos sintomas positivos e aspectos relacionados à agitação, o que viabiliza a possibilidade de oferecer outras estratégias de cuidado. Dessa forma, deve-se buscar a promoção do desenvolvimento das suas capacidades em diversos aspectos, como

⁴ Protocolo aprovado pela Portaria no 364, de 9 de abril de 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt/arquivos/2021/portaria-sas-no-364-esquizofrenia.pdf/view>. Acesso em: 14 abr. 2024.

também trabalhar a noção de autonomia que essas pessoas possam desenvolver na esfera pessoal, comunitária e profissional, tendo uma vida digna, e possam atingir seus anseios, metas, desejos e expandir suas redes de afetos.

Portanto, é essencial que uma das diretrizes de trabalho a ser desenvolvida no processo de cuidado é o da conscientização da importância do uso dos psicofármacos, no que tange à manutenção do tratamento, o qual abrange: administração correta e contínua do medicamento no que diz respeito a horários, dosagens etc. e o trabalho da resistência ao tratamento medicamentoso. Essas questões podem ser trazidas junto aos atendimentos individualizados feitos pelo médico psiquiatra (sobretudo junto à família) por meio de estratégias de psicoeducação, como também devem ser trazidas nos grupos e oficinas desenvolvidos com os usuários e familiares. Trabalhar a questão da adesão ao tratamento medicamentoso não deve ser visto como apenas um processo de obediência total às orientações médicas, mas sim como um processo de anuênciam, participação e comprometimento com o plano terapêutico (Figueiredo *et al.*, 2021).

Atividades artísticas

As atividades artísticas compreendem um campo amplo, com diversas possibilidades que podem ser trabalhadas e adaptadas conforme as características do órgão, o que inclui a disponibilidade de recursos, o espaço e o tamanho da equipe. Nesse sentido, listar todas as intervenções que podem ser feitas nessa esfera foge dos objetivos desse guia. Entretanto, traremos alguns exemplos que podem ser úteis para trabalhar com o público com os TEE.

A arte é uma das formas mais poderosas e amplas no que diz respeito à expressão da nossa subjetividade e de como interpretamos, sentimos e damos sentido aos eventos que acontecem fora e dentro de nossa pele. Ela permite expressões diversas e complexas, as quais abarcam dimensões dos nossos sentidos, eliciando emoções e movimentando afetos e sentimentos.

A vivência subjetiva do TEE é uma experiência complexa que provoca discussões amplas em várias áreas do conhecimento. Nise da Silveira (1905-1999), médica psiquiatra e uma das principais expoentes da implementação do modelo de cuidado humanizado e integrado à comunidade, voltado a pessoas com transtornos mentais no Brasil, dedicou boa parte de sua carreira a compreender as relações entre os TEE e arte, buscando “[...] penetrar, pouco que fosse, no mundo interno do esquizofrênico” (Silveira, 2015, p. 14) e ir além da descrição psicopatológica das alucinações e delírios, demonstrando o papel terapêutico que a arte tem no manejo e na compreensão dessa condição.

Pintura e artes plásticas

As artes plásticas constituem um campo amplo que diz respeito às produções artísticas elaboradas com materiais diversos, em que a pintura é uma das mais conhecidas. Entretanto, ela não se resringe apenas a esse tipo de arte, estendendo-se a diversos outros tipos de produções, como o artesanato com materiais recicláveis, a elaboração de desenhos, gravuras, fotografias, colagens, tecelagem e todo um consorte de outras atividades. Além de permitirem a livre expressão do sujeito no que diz respeito aos seus anseios, angústias, alegrias e outros afetos, as artes plásticas também são uma forma de conhecer mais sobre aquele sujeito e dar voz sobre a sua trajetória e história de vida.

O sergipano Arthur Bispo do Rosário (1909-1989), o qual possuía esquizofrenia, fora um dos maiores artistas plásticos do país, sendo um dos expoentes da expressão da loucura através da arte. Ele criou uma relação simbiótica com suas produções, trazendo aspectos únicos das suas vivências em cada obra produzida. Arthur não se retraía diante da loucura e não se deixava ser controlado pelos saberes da saúde; dentro da arte encontrava subsídios para desenvolver sua obra (Faria, 2004).

Assim, essas atividades, as quais têm esse potencial de trabalhar aspectos mais subjetivos do sujeito, também podem ser uma

fonte de renda de trabalho para essas pessoas, cujas produções podem ser comercializadas. Na literatura, encontramos exemplos de experiências exitosas, sendo a mais conhecida a de Nise da Silveira, no Hospital Engenho de Dentro, o qual rompera com as práticas manicomiais da época (uso de tratamentos agressivos, isolamento social e afins) e trouxe uma forma inovadora de fornecer cuidados a pessoas com transtornos mentais graves através da arte. Pesquisas sugerem que esse tipo de intervenção traz impactos significativos na qualidade de vida, *coping* e autoestima (Hugo Palma *et al.*, 2017), assim como em outras variáveis.

Atividades físicas

Atualmente, existem uns corpos de evidências bastante sólidos que ressaltam a importância da prática de exercícios como fator auxiliar no tratamento e na melhora da qualidade de vida em diversos transtornos mentais conhecidos. Trata-se de um fator bastante associado à recuperação funcional, à melhora sintomática, à construção da autonomia e diversos outros fatores positivos relacionados ao processo terapêutico, seja de cunho farmacológico, psicológico ou psicossocial.

Especificamente nos TEE, observam-se impactos positivos em uma ampla gama sintomática, apresentando efeitos moderados a significativos na diminuição dos sintomas negativos (Dauwan *et al.*, 2016), positivos, ansiosos e depressivos, como também promovendo melhora em aspectos da cognição, como a memória de trabalho, a velocidade de processamento, o aprendizado verbal, a memória de longo prazo, o raciocínio, a resolução de problemas, a atenção e a cognição social (Firth *et al.*, 2016). Além disso, também se relacionam a melhorias no funcionamento global e social (Melo *et al.*, 2021).

Pessoas com o TEE geralmente apresentam maiores riscos de desenvolverem condições cardiovasculares, assim como também obesidade e diabetes, as quais se associam a uma expectativa de vida reduzida em relação à população em geral. Nesse sentido, é

essencial que os exercícios físicos sejam incluídos (sempre que possível) dentro do Projeto Terapêutico Singular de um usuário com a condição, já que a medicação antipsicótica geralmente atua apenas na redução da sintomática positiva, com efeitos mínimos ou nulos nos sintomas negativos e cognitivos (Dauwan *et al.*, 2016).

A seguir, apresentaremos algumas sugestões de exercícios físicos que indicam boas evidências quanto aos seus impactos em dimensões da QV e sintomas dos TEE. Um ponto em comum é que todas são atividades físicas grupais, o que permite trabalhar ao mesmo tempo a dimensão da construção e o fomento de vínculos sociais e afetivos, os quais são uma dimensão de suma importância para a reintegração social. É necessário ressaltar também que a escolha das atividades físicas também deve ser baseada nas preferências do grupo, dos usuários e nas características culturais do contexto. Dessa forma, sugerimos que se faça a introdução de alguma atividade mais simples e, posteriormente, proponha novas, com base nos gostos do grupo, como, por exemplo, futebol, vôlei e outras possibilidades.

Exercícios aeróbicos

Os exercícios aeróbicos consistem em atividades físicas voltadas à movimentação de boa parte (se não todos) dos músculos do corpo durante um período determinado. Eles têm como foco o aumento da capacidade vascular e respiratória. Há uma ampla gama de exercícios desse tipo, como praticar caminhadas, corridas, danças como a zumba, andar de bicicleta, jogar futebol, vôlei e diversos outros esportes que proporcionem a movimentação completa do corpo. Quando esse tipo de exercícios é realizado de maneira regular e contínua, há a melhora da capacidade cardiopulmonar e, consequentemente, o aumento da tolerância ao exercício (Chaves *et al.*, 2007).

No que concerne aos TEE, García-Garcés *et al.* (2021) apontam que a combinação de exercícios aeróbicos e de força provoca efeitos significativos na diminuição da sintomática positiva e negativa do transtorno. Entretanto, ressaltam a importância da ma-

nutenção da rotina de exercícios, uma vez que esses ganhos podem ser perdidos, caso não haja a continuidade nesse processo.

Os autores sugerem um programa de exercícios aeróbicos com duração de dezesseis semanas (que pode ser estendido) voltados ao público com o TEE. A atividade consiste em uma caminhada de intensidade moderada, sendo dividida em quatro séries com duração de dez minutos e com intervalo de um minuto entre cada série. Antes do início da primeira, é importante que haja um momento de alongamento dos maiores grupos musculares (peitoral, costas, glúteo e pernas) com, no máximo, dez minutos de duração. Após a segunda série, o alongamento deve ser repetido mais uma vez. É necessário ressaltar que a intensidade do exercício deve ser “moderada”. Assim, é importante estar atento, caso o usuário não consiga acompanhar o ritmo do grupo. Nessas situações, deve-se diminuir o ritmo e aumentar o período de intervalo (além de lembrar o grupo de se hidratar durante a atividade). Uma forma simples de verificar a intensidade é ver se o usuário consegue falar durante o treino. A intensidade deve ser o suficiente para tornar difícil, mas não impossível a conversação.

É interessante que essa atividade aconteça de forma grupal junto a outros usuários do serviço, podendo se tornar semanal e rotineira. Uma das vantagens é o seu baixo custo, já que não exige nenhum aparelho específico para sua execução, pois permite a utilização de espaços públicos do território, como uma praça, uma ciclovía e demais locais que permitam o agrupamento de várias pessoas. Caso o órgão conte com um educador físico, ele pode avaliar o aumento da intensidade do treino, como também incluir algum outro tipo de atividade aeróbica como complemento à caminhada. Assim, é possível adaptar e inserir atividades diversas pensando nessa linha da melhora do condicionamento físico.

Treinos de força

Os treinos de força consistem em atividades físicas voltadas ao trabalho de grupos musculares com o intuito de desenvolver

resistência, força, coordenação motora e agilidade. Trata-se de atividades com quantidades de repetições bem definidas e que devem ter sua intensidade aumentada, conforme o desenvolvimento e o aumento da resistência física do usuário. Eles podem ser executados com o apoio de algum equipamento esportivo, como uma faixa elástica, pesos etc., podendo ser adaptados de forma bastante ampla, conforme o contexto do equipamento. O treino de força a seguir diz respeito ao programa elaborado por García-Garcés *et al.* (2021), que pode ser combinado ou intercalado aos exercícios aeróbicos (por exemplo: em uma semana, treino de força, e na outra, treino aeróbico) com o objetivo de aumentar a efetividade e os impactos na sintomática e na QV dos usuários.

O treino também tem uma duração prevista de dezesseis semanas (que também pode ser estendida), consistindo em oito tipos de exercícios voltados ao aumento da força e da resistência muscular. Assim como o treino aeróbico, é essencial que, antes da primeira série, haja o alongamento dos grupos musculares maiores (peitoral, costas, glúteo e pernas) com, no máximo, dez minutos de duração. A cada série de exercícios executados há um intervalo de um minuto, em que se deve fazer um alongamento leve de todo o corpo. Como se trata de treino voltado ao desenvolvimento muscular, a cada quatro semanas há um aumento da quantidade de repetições em cada exercício. No Quadro 4, a seguir, são apresentados os exercícios, assim como a quantidade de repetições. Os autores sugerem que alguns desses exercícios podem ser feitos com o auxílio de uma faixa elástica.

Quadro 4 – Atividades físicas que podem ser desenvolvidas

| Treino/Semana | Semana 1 a 4 | Semana 5 a 8 | Semana 9 a 12 | Semana 13 a 16 |
|--|--|--|--|---|
| Aquecimento | 10 minutos de alongamento muscular | | | |
| Abdominal simples | 15 repetições | 20 repetições | 25 repetições | 30 repetições |
| Intervalo de 1 minuto e alongamento leve | | | | |
| Elevação de perna | 15 repetições | 20 repetições | 25 repetições | 30 repetições |
| Intervalo de 1 minuto e alongamento leve | | | | |
| Agachamento | 15 repetições | 20 repetições | 25 repetições | 30 repetições |
| Intervalo de 1 minuto e alongamento leve | | | | |
| Saltos | 15 repetições | 20 repetições | 25 repetições | 30 repetições |
| Intervalo de 1 minuto e alongamento leve | | | | |
| Treino de ombro (com elástico) | 1 ^a e 2 ^a semana: 3 repetições 3 ^a e 4 ^a semana: 4 repetições | 5 ^a e 6 ^a semana: 5 repetições 7 ^a e 8 ^a semana: 6 repetições | 9 ^a até a 12 ^a semana: 7 repetições | 13 ^a até a 16 ^a semana: 8 repetições |
| Intervalo de 1 minuto e alongamento leve | | | | |
| Treino de bíceps (com elástico) | 1 ^a e 2 ^a semana: 3 repetições 3 ^a e 4 ^a semana: 4 repetições | 5 ^a e 6 ^a semana: 5 repetições 7 ^a e 8 ^a semana: 6 repetições | 9 ^a até a 12 ^a semana: 7 repetições | 13 ^a até a 16 ^a semana: 8 repetições |
| Intervalo de 1 minuto e alongamento leve | | | | |
| Treino de tríceps (com elástico) | 1 ^a e 2 ^a semana: 3 repetições 3 ^a e 4 ^a semana: 4 repetições | 5 ^a e 6 ^a semana: 5 repetições 7 ^a e 8 ^a semana: 6 repetições | 9 ^a até a 12 ^a semana: 7 repetições | 13 ^a até a 16 ^a semana: 8 repetições |
| Intervalo de 1 minuto e alongamento leve | | | | |
| Treino de costas (com elástico) | 1 ^a e 2 ^a semana: 3 repetições 3 ^a e 4 ^a semana: 4 repetições | 5 ^a e 6 ^a semana: 5 repetições 7 ^a e 8 ^a semana: 6 repetições | 9 ^a até a 12 ^a semana: 7 repetições | 13 ^a até a 16 ^a semana: 8 repetições |
| Encerramento e 10 minutos de alongamento muscular | | | | |

Fonte: Adaptado de García-Garcéz *et al.* (2021).

Considerações finais

Lidar com o espectro da esquizofrenia ainda é um desafio para muitos profissionais atuantes na saúde pública como um todo, visto a sua complexidade e várias outras questões que atravessam a constituição dessa condição, tais como o medo, o preconceito e o desconhecimento acerca do transtorno em si. Nesse sentido, uma das principais formas de abordar a condição, de uma maneira ampliada e efetiva, é através da psicoeducação e da divulgação de informações científicas e claras acerca do transtorno. Assim, esse tipo de ação fomenta um olhar mais humanizado e direcionado às necessidades daquele usuário.

A esfera da integração social e do fortalecimento dos vínculos familiares é um dos principais pilares para uma maior efetividade de qualquer intervenção proposta. Assim, a expansão das ações de psicoeducação também deve ser expandida para o núcleo familiar e demais cuidadores envolvidos. Dessa forma, trabalha-se em uma noção ampliada de cuidado, em que se propõe uma terapêutica mais abrangente e potente para a condição.

Esperamos que este material possa ser útil como referência técnica para os profissionais atuantes com esse público e um suporte para as famílias cuidadoras. Mas, além disso, ansiamos por que este possa ser um instrumento que contribua para a desmistificação do espectro e que promova a construção e o fomento da dignidade, assim como a valorização e a humanização dos usuários com a condição.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais: DSM-5-TR.* Porto Alegre: Artmed, 2023.

ARAÚJO, Á. C.; NETO, F. L. A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014.

ARAÚJO, D. de F. Adesão ao tratamento em esquizofrenia e as terapias comportamentais contextuais. *Contextos Clínicos*, [s. l.], v. 15, n. 1, 2022. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/23098>. Acesso em: 10 jun. 2023.

AWAD, A. G.; VORUGANTI, L. N. P. Measuring quality of life in patients with schizophrenia: an update. *PharmacoEconomics*, New Zealand, v. 30, n. 3, p. 183-195, 2012.

BARLOW, D. H.; DURAND, V. M. *Psicopatologia: uma abordagem integrada*. São Paulo: Cengage Learning, 2021.

BHISNOI, D.; PRIYANKA, B. How does tobacco affect quality of life of patients of schizophrenia and bipolar affective disorder: a comparative study. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*, [s. l.], v. 9, n. 7, p. 9335-9341, 2023.

BIEDERMANN, F.; FLEISCHHACKER, W. W. Psychotic disorders in DSM-5 and ICD-11. *CNS Spectrums*, [s. l.], v. 21, n. 4, p. 349-354, 2016.

BÖGE, K. *et al.* Mindfulness-based group therapy for in-patients with schizophrenia spectrum disorders: feasibility, acceptability, and preliminary outcomes of a rater-blinded randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, Netherlands, v. 228, p. 134-144, 2021.

BOTERO-RODRÍGUEZ, F. *et al.* *Experiences and outcomes of group volunteer befriending with patients with severe mental illness*: an exploratory mixed-methods study in Colombia. Review, 2020. preprint. Disponível em: <https://www.researchsquare.com/article/rs-119897/v1>. Acesso em: 21 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRISSO, S.; PEREIRA, G.; BALANZÁ-MARTINEZ, V. Quality of life, and social cognition in schizophrenia. In: AWAD, G. A.; VORUNGANTI, L. N. P. (org.). *Beyond assessment of quality of life in schizophrenia*. Toronto: Adis, 2016.

CHAVES, C. R. M. de M. *et al.* Exercício aeróbico, treinamento de força muscular e testes de aptidão física para adolescentes com fibrose cística: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, [s. l.], v. 7, n. 3, p. 245-250, 2007.

CHENIAUX, E. Psicopatologia e diagnóstico da esquizofrenia. In: GADELHA, A.; NARDI, A. E.; SILVA, A. G. da (org.). *Esquizofrenia: teoria e clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2021.

DALGALLARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2019.

DAUWAN, M. *et al.* Exercise improves clinical symptoms, quality of life, global functioning, and depression in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, [s. l.], v. 42, n. 3, p. 588-599, 2016.

DONG, M. *et al.* Quality of life in schizophrenia: a meta-analysis of comparative studies. *The Psychiatric Quarterly*, United States, v. 90, n. 3, p. 519-532, 2019.

ELKIS, H. A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, [s. l.], v. 22, n. suppl 1, p. 23-26, 2000.

FARIA, F. M. Arthur Bispo do Rosário e seu universo representativo. *Revista Urutáguia – Revista Acadêmica Multidisciplinar*, [s. l.], v. 5, 2004.

FIGUEIREDO, R. N. S.; SILVA, A. G. da; FIGUEIREDO, K. da S.; FIGUEIREDO, C. G. Prevenção de recaídas em esquizofrenia: o manejo da adesão. In: GADELHA, A.; NARDI, A. E.; SILVA, A. G. da (org.). *Esquizofrenia: teoria e clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2021.

FIRTH, J. *et al.* Aerobic exercise improves cognitive functioning in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, [s. l.], p. sbw115, 2016.

GAEBEL, W.; ZIELASEK, J.; CLEVELAND, H.-R. Psychotic disorders in ICD-11. *Asian Journal of Psychiatry*, [s. l.], v. 6, n. 3, p. 263-265, 2013.

GARCÍA-GARCÉS, L. *et al.* The short and long-term effects of aerobic, strength, or mixed exercise programs on schizophrenia symptomatology. *Scientific Reports*, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 24300, 2021.

GEBREEGZIABHERE, Y. *et al.* Cognitive impairment in people with schizophrenia: an umbrella review. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, Germany, v. 272, n. 7, p. 1139-1155, 2022.

HASAN, A.; MUSLEH, M. The impact of an empowerment intervention on people with schizophrenia: Results of a randomized controlled trial. *The International Journal of Social Psychiatry*, England, v. 63, n. 3, p. 212-223, 2017.

HASAN, A. *et al.* World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of

schizophrenia: a short version for primary care. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 82-90, 2017.

HAYES, S. C.; STROSAHL, K. D.; WILSON, K. G. *Terapia de aceitação e compromisso: o processo e a prática da mudança consciente*. Porto Alegre: Artmed, 2021.

HERVÁS, G. *et al.* Intervenciones psicológicas basadas en Mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clinica y Salud*, [s. l.], v. 27, n. 3, p. 115-124, 2016.

HUGO PALMA, V. *et al.* Modeling the psychotic symptomatology: the art as therapeutic resource in mental health. *Psicología, Saúde & Doença*, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 19-28, 2017.

KAROW, A.; BULLINGER, M.; LAMBERT, M. Quality of life as an outcome and a mediator of other outcomes in patients with schizophrenia. In: AWAD, G. A.; VORUNGANTI, L. N. P. (org.). *Beyond assessment of quality of life in schizophrenia*. Toronto: Adis, 2016.

MELO, R. C. de *et al.* Efeitos da atividade física na saúde mental. *Fiocruz*, Brasília, [s. l.], 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1361694>. Acesso em: 29 abr. 2023.

PEDROSO, B. *et al.* Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, [s. l.], v. 2, n. 1, 2010. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/687>. Acesso em: 20 nov. 2024.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 11. ed. Porto Alegre: [s. n.], 2017.

SEEMAN, M. V. Schizophrenia and its sequelae. In: AWAD, G. A.; VORUNGANTI, L. N. P. (org.). *Beyond assessment of quality of life in schizophrenia*. Toronto: Adis, 2016. p. 3-13.

SIKIRA, H. *et al.* The effectiveness of volunteer befriending for improving the quality of life of patients with schizophrenia in Bosnia and Herzegovina: an exploratory randomised controlled trial. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, [s. l.], v. 30, p. e48, 2021.

SILVA, K.; CZEPIELEWSKI, L. S.; BELMONTE-DE-ABREU, P. Técnicas de avaliação em casos de suspeita de esquizofrenia e outros transtornos psicóticos primários. In: OLIVEIRA, S. E.; TRENTINI, C. M. (org.). *Avanços em psicopatologia: avaliação e diagnóstico baseados na CID-11*. Porto Alegre: ArtMed, 2023.

SILVEIRA, N. da. *Imagens do inconsciente*. Petrópolis: Vozes, 2015.

SOUZA, L. A. de; COUTINHO, E. S. F. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Brazilian Journal of Psychiatry*, [s. l.], v. 28, p. 50-58, 2006.

SZASZ, T. S. *Esquizofrenia: o símbolo sagrado da psiquiatria*. [s. l.]: Zahar, 1978.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine* (1982), England, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

TOSTES, J. G. *et al.* Esquizofrenia e cognição: entendendo as dimensões atentivas, perceptuais e mnemônicas da esquizofrenia. *Revista Psicologia em Pesquisa*, [s. l.], v. 14, n. 4, p. 102-119, 2020.

VALENÇA, A. M.; NARDI, A. E. Histórico do conceito de esquizofrenia. In: GADELHA, A.; NARDI, A. E.; SILVA, A. G. da (org.). *Esquizofrenia: teoria e clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2021.

VALLE, R. Schizophrenia in ICD-11: comparison of ICD-10 and DSM-5. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* (English Edition), [s. l.], v. 13, n. 2, p. 95-104, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (org.). *Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report.* Geneva: World Health Organization, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International statistical classification of diseases and related health problems.* 11. ed. [S. l.: s. n.], 2022. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/>. Acesso em: 14 nov. 2024.

ZILIO, D. *A natureza comportamental da mente: behaviorismo radical e filosofia da mente.* São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010.

Sites

<https://www.adorocinema.com/filmes/filme-28384/>. Acesso em: 29 ago. 2023.

https://br.freepik.com/vetores-gratis/ilustracao-do-conceito-de-ansiedade_21118463.htm#query=confus%C3%A3o%20mental&position=9&from_view=search&track=ais. Acesso em: 15 jul. 2023.

https://br.freepik.com/vetores-gratis/ilustracao-do-conceito-de-ansiedade_21118461.htm#query=depress%C3%A3o&position=15&from_view=search&track=sph. Acesso em: 11 jun. 2023.

https://br.freepik.com/vetores-gratis/ilustracao-plana-do-dia-internacional-da-solidariedade-humana_33433039.htm#query=grupo%20feliz&position=2&from_view=search&track=ais. Acesso em: 21 jun. 2023.

https://www.freepik.com/free-vector/aid-disadvantaged-groups-abstract-illustration_20892261.htm#query=receber%20pessoas&position=11&from_view=search&track=ais. Acesso em: 2 jul. 2023.

https://www.freepik.com/free-vector/flat-youth-people-hugging-together_4741430.htm#query=grupo&position=2&from_view=search&track=sph. Acesso em: 23m jun. 2023.

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt/arquivos/2021/portaria-sas-no-364-esquizofrenia.pdf/view>. Acesso em: 14 abr. 2024.

<http://www.brunopedroso.com.br/whoqol-bref.html>. Acesso em: 17 nov. 2024.

Anexo – escala para avaliação da qualidade de vida

A escala aqui apresentada possui o papel de servir como uma estratégia complementar de avaliação da efetividade das intervenções feitas com esse público. Ela traz um olhar mais objetivo no que diz respeito à análise dos impactos e melhorias ocasionadas pelo acompanhamento feito no órgão. Assim, sugere-se que o seu uso seja feito antes do início do processo intervencivo com o intuito de obter uma medida-base do funcionamento do sujeito naquele momento. Posteriormente, devem-se fazer novas avaliações durante o processo, buscando verificar quais as dimensões da qualidade de vida desses usuários foram afetadas de forma significativa pelas intervenções e quais as que necessitam de um olhar mais adequado.

Essas avaliações têm o papel de serem um “complemento” à avaliação global da evolução do usuário dentro do processo de cuidado, que é conduzido pela equipe, não devendo ser utilizadas de forma isolada e descontextualizada, visto que o valor numérico que elas fornecem não possui utilidade, se não for contextualizado e integrado a um processo de avaliação amplo.

Além da avaliação do usuário, a escala também pode ser usada para apreciar a qualidade de vida dos familiares e cuidadores, visto que é necessário olhar para essa característica desses sujeitos, os quais lidam continuamente com sofrimentos e sentimentos diversos

relacionados ao processo de cuidado do familiar com o TEE. Assim, o intuito de avaliá-los é ter uma maior aproximação com a sua realidade e fomentar um olhar mais atento às suas necessidades.

A *World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref* é uma escala desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde que tem o intuito de avaliar a qualidade de vida geral de um sujeito e sua saúde geral. Ela possui 26 itens (o item 1 diz respeito à saúde geral e o 2 sobre a qualidade de vida geral), sendo dividida em quatro domínios: psicológico, relações sociais, ambiente e físico. Sua aplicação tem uma duração estimada de quinze minutos, sendo preenchida pelo próprio usuário.

Cada questão deve ser respondida com um escore de 1 a 5. O cálculo dos resultados se baseia na média de cada domínio e no valor geral da escala, o qual é retornado em forma de porcentagem. Quão mais perto de 100%, maior o nível de qualidade de vida do usuário. Pedroso *et al.* (2010) elaboraram e disponibilizaram uma planilha, que automatiza o processo de quantificação dos resultados, a qual pode ser baixada de forma gratuita⁵.

World Health Organization Quality of Life Scale (WHOQOL-BREF)

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, da saúde e de outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor escolha, entre as alternativas, a que lhe parece mais apropriada. Esta opção, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações.

⁵ Disponível em: <http://www.brunopedroso.com.br/whoqol-bref.html>. Acesso em: 17 nov. 2024.

Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

| | nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
|--|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Você recebe dos outros o apoio de que necessita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Por exemplo, você deve circular o número 4 se você recebeu “muito” apoio, como abaixo.

| | nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
|--|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Você recebe dos outros o apoio de que necessita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Por favor, leia cada questão, a seguir, cuidadosamente, veja o que você acha e circule o número que corresponde à resposta que você mais se identifica.

| | | muito ruim | ruim | nem ruim nem boa | boa | muito boa |
|---|---|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 1 | Como você avalia sua qualidade de vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 2 | Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas **últimas duas semanas**.

| | | nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
|---|---|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| 3 | Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | O quanto você aproveita a vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | O quanto você consegue se concentrar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas **últimas duas semanas**.

| | | nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
|----|--|------|-------------|-------|-------|---------------|
| 10 | Você tem energia suficiente para seu dia a dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Você é capaz de aceitar sua aparência física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Quão disponíveis para você estão as informações de que precisa no seu dia a dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas **últimas duas semanas**.

| | | muito ruim | ruim | nem ruim nem bom | bom | muito bom |
|----|--|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 15 | Quão bem você é capaz de se locomover? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 16 | Quão satisfeito(a) você está com o seu sono? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas **últimas duas semanas**.

| | | nunca | algumas vezes | frequentemente | muito frequentemente | sempre |
|----|---|-------|---------------|----------------|----------------------|--------|
| 26 | Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como: mau humor, desespero, ansiedade, depressão? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

Obrigado pela sua colaboração

Autores

Artur Gevásio Lira da Silva

Psicólogo, mestre em Psicologia e Políticas Públicas pela Universidade Federal do Ceará – *Campus de Sobral*, na linha de pesquisa “Clínica, Saúde e Políticas Públicas”. Docente na Faculdade Princesa do Oeste. Desenvolve estudos nas áreas da Análise do Comportamento, Saúde Mental em Contextos Diversos, Transtornos do Espectro da Esquizofrenia e Avaliação Psicológica.

<http://lattes.cnpq.br/0489213279118397>

Maria Suely Alves Costa

Psicóloga, professora doutora da Universidade Federal do Ceará (UFC) – Curso de Psicologia, *Campus de Sobral* e mestrado profissional em Psicologia e Políticas Publicas (MPPPP – UFC). Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (2008), e doutorado europeu em Psicologia Aplicada (Psicologia Clínica e da Saúde) pela Universidade do Minho Braga PT (2017). Em 2006, recebeu o Prêmio Saúde é Vida. Categoria Saúde Mental. Tema: Saúde Mental em Sobral - CE: Atenção com Humanização e Inclusão Social, Editora Abril.

<http://lattes.cnpq.br/2185576054040094>

Rodrigo da Silva Maia

Psicólogo, professor do magistério superior na Universidade Federal do Ceará (UFC), *Campus Sobral*, vinculado ao curso de graduação em Psicologia e Odontologia e ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação Profissional em Psicologia e Políticas Públicas (PPGPPP). Mestrado e doutorado em Psicologia, todos títulos obtidos pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Atualmente é membro efetivo da Sociedade Brasileira de Psicologia (SBP).

<http://lattes.cnpq.br/1734687878822841>

Roselane da Conceição Lomeo

Educadora física, professora do Curso de Educação Física da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, Sobral, Ceará, Brasil. Doutora em Diversidade e Educação Especial pela Universidade de Aveiro, Portugal. Mestre em Atividade Física Adaptada pela Universidade do Porto, Portugal. Especialização em Saúde Mental. Especialização em Saúde da Família. Especialização em Treinamento Esportivo. Em 2006, recebeu o Prêmio Saúde é Vida. Categoria Saúde Mental. Tema: Saúde Mental em Sobral - CE: Atenção com Humanização e Inclusão Social, Editora Abril.

<http://lattes.cnpq.br/5389364127061795>

Visite nosso site:
www.imprensa.ufc.br



Av. da Universidade, 2932 – Benfica
CEP.: 60020-181 - Fortaleza-Ceará, Brasil
Fone: (85) 3366.7485 / 7486
imprensa@proplad.ufc.br

No contexto das comemorações dos 70 anos da Universidade Federal do Ceará, a Coleção de Estudos da Pós-Graduação da UFC, em sua edição 2024-2025, celebra a maturidade de uma instituição que forma, pesquisa e transforma. Composta por 30 títulos selecionados em edital público, a coleção reforça o compromisso da UFC com a qualificação da formação discente e a valorização da sua produção intelectual. Os livros refletem a vitalidade da produção acadêmica que nasce no rigor da ciência, mas dialoga com os desafios regionais e globais. Fruto de seleção pública, esta edição testemunha o papel da pós-graduação na formação de excelência e no avanço do conhecimento, reafirmando o compromisso da UFC com o futuro, além de destacar a centralidade da pós-graduação na construção de uma universidade pública de referência.

ISBN 978-85-7485-578-3



9 788574 855783