

## OS ALCANCES DO TREINO DE HABILIDADES SOCIAIS NA PREVENÇÃO TERCIÁRIA DE PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA<sup>1</sup>

Ana Beatriz de Oliveira Ferreira<sup>2</sup>  
Tatiana da Silveira Madalena<sup>3</sup>

### RESUMO:

A esquizofrenia apresenta-se como grande limitadora na vida diária devido aos sintomas positivos e negativos que atingem de forma prejudicial a vida do paciente em seus diversos domínios. Possui etiologia múltipla e falta de consenso acerca dela, existindo subdivisões diagnósticas e protocolos farmacológicos diante de suas especificidades. No tratamento de pacientes diagnosticados, a Terapia Cognitivo-Comportamental busca o desenvolvimento da tríade cognitiva a fim de promover o enfrentamento de sintomas positivos e negativos. O objetivo dessa terapêutica é a psicoeducação do paciente, traduzindo-se na inserção em atividades de vida diária, estabilidade diante de sintomas e diante das recaídas, bem como apoio às suas famílias. Assim, o presente artigo orienta-se a defender o uso do Treino de Habilidades Sociais, bem como a investigar seus benefícios na prevenção terciária de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia considerando a parcela populacional que não responde, de forma efetiva, à medicação. Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada através de artigos científicos, periódicos na área da saúde e livros que contemplam a temática.

Palavras-chave: Terapia Cognitivo Comportamental. Esquizofrenia. Treino de Habilidades Sociais.

## THE REACHES OF TRAINING SOCIAL SKILLS IN TERTIARY PREVENTION OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS

### ABSTRACT:

Schizophrenia presents itself as a major limiting factor in daily life due to positive and negative symptoms that harm the patient's life in its various domains. There is unknown etiology and lack of consensus about it, with diagnostic subdivisions and pharmacological protocols given their specificities, though. Cognitive Behavioral Therapy seeks the development of the cognitive triad in order to promote coping with positive and negative symptoms when treating diagnosed patients. The goal of this therapy is the psychoeducation of the patient, shifting into the insertion in activities of daily living, stability in the face of symptoms, relapses, and support for their families. Thus, this article aims to defend the use of Training Social Skills, as well as investigating its benefits in tertiary prevention of individuals diagnosed with

---

<sup>1</sup> Artigo de Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia, na linha de pesquisa Práticas Clínicas. Recebido em 28/10/2021 e aprovado, após reformulações, em 24/11/2021.

<sup>2</sup> Discente do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: lacaniana1@gmail.com.br

<sup>3</sup> Mestre em Psicologia clínica pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e docente do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: tatianamadalena@uniacademia.edu.br

schizophrenia considering the population share that does not respond effectively to medication. This is a literature review carried out through scientific articles, periodicals in the health area and books that address the theme.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy. Schizophrenia. Training Social skills.

## 1 INTRODUÇÃO

A prática em saúde mental apresenta-se como um campo atravessado pela prática clínica e aportes teóricos que, majoritariamente, têm como alvo a mitigação dos sofrimentos evidenciados pelas psicopatologias. Esse alvo é orientado pelo eco sintomatológico que permeia o âmbito pessoal, familiar, profissional e social do indivíduo acometido e os alcances de manejo psicossocial. Os transtornos mentais são condições encontradas em uma parcela da população mundial, variando de incidência quanto à gravidade e sintomatologias. Dessa forma, entende-se que tais transtornos são quadros crônicos ou refratários, de apresentação periódica e disfuncional, cujas consequências atingem os mais diversos níveis da vida do indivíduo. (ESTEVES; SANTOS, 2016).

O presente artigo apresentará as particularidades da esquizofrenia de acordo com artigos publicados na área, bem como livros e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais que se refere à psicopatologia sendo um “espectro da esquizofrenia definido pela anormalidade em um ou mais domínios a seguir: delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos.” (DSM V, 2014, p. 87).

Pode-se compreender que a desorganização da esquizofrenia é composta por um período ativo e outro residual, cujas fases afetam consideravelmente o desenvolvimento cognitivo, comportamental e emocional do indivíduo, em especial seu campo de trocas e habilidades sociais. Comportamentos como isolamento e abandono das atividades de vida diária são comuns entre as pessoas que possuem o quadro, além dos delírios e alucinações que comprometem o indivíduo, sintomas como anedonia, avolia e habilidades emocionais ausentes ou excessivas são observadas com frequência. (FERNANDES; SANTOS, 2010).

Ainda segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais - DSM V (2014), quando o funcionamento psicossocial é insatisfatório, as próprias crenças

delirantes costumam ter papel importante para a manutenção da psicose. Observa-se, dessa forma, que diante do *insight* empobrecido, os sintomas positivos adquirem papel de sustentação na vida diária do paciente e trazem intenso sofrimento mental. Importante ressaltar que a intensificação na percepção e a alteração no processamento dos estímulos sociais já foram apontadas por pesquisas como possíveis fatores etiológicos da atividade delirante, no entanto, não há consenso quanto à tal afirmação. Destarte, considerando o segundo aspecto sintomatológico como intimamente ligado ao primeiro, defende-se a necessidade de aprofundamento e maior estudo sobre as possibilidades de atuação e desenvolvimento das habilidades sociais desses pacientes, prospectando ganhos em seu meio social, familiar e profissional e melhor nutrindo a convivência com o próprio quadro. (RODRIGUES, 2012).

Segundo Murta (2005), habilidades sociais são vistas como um importante fator protetivo para o desenvolvimento humano e, mais ainda, para diminuir a incidência dos sintomas que atravessam a esquizofrenia.

Já em Caballo (2003), o treinamento em habilidades sociais é a técnica escolhida hoje em dia em muitos campos psicopatológicos. Muitos problemas podem ser definidos em termos de déficit nas habilidades sociais. Sendo o homem essencialmente um ser social, existirão poucos transtornos psicológicos nos quais não esteja implicado, em maior ou menor grau, o ambiente social que rodeia o indivíduo.

Diante de muitos transtornos, o treinamento em habilidades sociais constitui um procedimento básico de tratamento. Os problemas conjugais, a ansiedade social, a depressão, a esquizofrenia e a delinquência são áreas da psicopatologia nas quais comumente se emprega o treinamento em habilidades sociais. Mas, se aprofundarmos um pouco mais e analisarmos detalhadamente os problemas pelos quais as pessoas buscam ajuda psicológica, observamos que, em maior ou menor grau, frequentemente encontram-se implicadas suas relações sociais. (CABALLO, 2003, p. 5).

Assim, as habilidades sociais podem ser organizadas em verbais e não verbais, bem como trabalhadas para melhor sustentação do indivíduo nos diversos âmbitos sociais.

[...] o Programa de Treinamento de Habilidades Sociais (...) pode ser utilizado tanto para superar algum déficit ou problema já identificado, como para ampliar o repertório das habilidades existentes. Ao buscar o THS, algumas premissas devem ser observadas, como os processos envolvidos nas

habilidades sociais, a forma como o aprendizado delas ocorre, as influências que o contexto social e cultural exerce sobre elas, assim como as dificuldades decorrentes de fatores orgânicos e ambientais. (OLIVEIRA, 2005, p. 91).

Compreende-se aqui, a importância de aprofundar os estudos na teoria cognitiva comportamental, bem como em suas práticas psicoeducacionais no Treino de Habilidades Sociais (THS) a fim de desenvolver e aprimorar os protocolos terapêuticos existentes com base em evidências. Espera-se que tais esforços convertam-se na melhoria da vida diária do paciente e na mitigação de déficits no campo individual e relacional dele, pois o melhor domínio das habilidades sociais pode favorecer positivamente as relações humanas em pacientes com esquizofrenia, resguardando particularidades culturais, bem como minimizando consequências acentuadas pela patologia, sem pretensão a priori de remissão completa. (MURTA, 2005).

Berberian (2020) ressalta que o THS pode ser realizado individualmente ou em grupo, melhorando o desempenho do paciente em seu ambiente cotidiano, reduzindo o estresse causado pelos sintomas e as dificuldades em situações sociais específicas. Dessa forma, promovido pela Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), o treino desenvolve capacidades com o objetivo de melhorar a interação com outras pessoas, permitir uma vida mais independente e um melhor funcionamento em tarefas comunitárias, considerando as demandas que o mundo apresenta a esse paciente.

No entanto, é importante frisar a baixa produção de estudos na área, como aponta Rodrigues (2012).

Apesar da TCC ser recomendada pelas *guidelines* britânicas e norte-americanas como tratamento adjuvante à farmacologia em pessoas com esquizofrenia residual, a literatura não apresenta resultados consensuais. Estudos de TCC orientados especificamente para sintomas negativos são ainda escassos, sendo necessária mais investigação nesta área e melhor adequação dos métodos terapêuticos a esses pacientes. (RODRIGUES, 2012, p. 16)

Assim, o artigo objetivou, a partir da ênfase cognitiva comportamental, da apresentação do que são as habilidades sociais, da literatura em relação aos alcances psicoeducacionais no treino de habilidades sociais (THS) no diagnóstico de esquizofrenia, bem como de fomentar a produção científica que se oriente em prol de tratamentos não farmacológicos para pacientes com esquizofrenia.

A metodologia utilizada foi uma pesquisa bibliográfica tendo como fonte primária artigos indexados no SciELO e PePSIC-BVS, localizados a partir dos descritores em saúde: “*terapia cognitivo comportamental*”, “*esquizofrenia*” e “*treino de habilidades sociais*”. Totalizaram-se 52 artigos em idioma português, selecionando-se apenas 7 que trouxeram a convergência dos três descritores supracitados e apenas 1 dissertação cuja pesquisa foi a aplicação de um instrumento avaliador de Habilidades Sociais em pacientes com esquizofrenia. Constata-se, portanto, a carência da temática no Brasil. Utilizaram-se também, como fontes secundárias, livros digitais e físicos e periódicos em saúde. A análise buscou o conhecimento científico acerca do quadro e apresentou possíveis benefícios no tratamento de pacientes com esquizofrenia quando opta-se pelo psicoeducação de suas habilidades sociais para mitigar sintomas positivos (delírios, alucinações, discurso e comportamento desorganizado) e negativos (embotamento afetivo e avolição) através da prevenção terciária (individual ou grupal).

Segundo Gil (2017), a característica da pesquisa bibliográfica compreende mais flexibilidade ao pesquisador, pois assim se consegue observar e compreender diversos aspectos que contemplam os diversos eixos dentro do tema escolhido. Assim, os sintomas da esquizofrenia serão pesquisados a partir do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5 e de materiais teóricos embasados pela Terapia Cognitivo Comportamental. Tal compreensão será orientada por literatura convergente a ambos os campos (psicológico e psiquiátrico) e serão apresentados possíveis benefícios do THS (Treino de Habilidades Sociais) no tratamento psicoterápico da esquizofrenia.

## **2 A ESQUIZOFRENIA**

Na obra *Terapia Cognitiva da Esquizofrenia*, Beck e colaboradores (2009) constroem uma linha temporal acerca da apresentação clínica e das investigações sobre a esquizofrenia. A desordem neurológica, que só posteriormente seria chamada de esquizofrenia, foi exposta ainda na era vitoriana pelo neurologista britânico Hughlings Jackson em 1880. O cientista definiu a patologia como uma insanidade localizada na área cortical cuja apresentação sintomatológica era amplamente variável. Os estudos de Hughlings foram de extrema importância para a identificação primeira de sintomas negativos e positivos desses indivíduos. (BECK et al., 2009, p. [CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 3, n. 6, p. 486-503, jul./dez. 2021 – ISSN 2674-9483](#))

17). Posteriormente, em 1896, o psiquiatra alemão Emil Kraepelin inaugurou uma visão nosológica classificatória com base observatória dos pacientes, agrupando três apresentações, *a priori*, para o quadro: hebefrênica, catatônica e paranoide. No entanto, colocou tais particularidades dentro de um grande psicodiagnóstico chamado *dementia praecox*. Tal visão, inclinada ao pessimismo prognóstico e improvável efetividade de tratamento em pacientes com sintomas negativos, criou raízes na psiquiatria mundial que perduram até hoje. A visão kraepeliniana tomou o quadro como de deterioração inevitável, reduzindo o tratamento à internação, medicamentos e isolamento social. (BECK et al., 2009, p. 18).

Somente em 1911, o psiquiatra suíço Eugen Bleuler descreveu o quadro a partir de seu principal sintoma; a desorganização de pensamento, cunhando o termo esquizofrenia. Bleuler também expôs a ideia de que a maioria dos seus pacientes melhorava o bastante para manter seu trabalho, bem como a autossuficiência na vida diária com o passar dos anos. Assim, o psiquiatra defendeu a ideia etiológica de que haveria um afrouxamento de associações neurológicas nos pacientes com *dementia praecox* e que tal afrouxamento seria acolhido pelo corpo ao longo dos anos, levando o paciente a uma estabilidade mínima. O termo esquizofrenia foi entendido, então, como tradução dessa suposta divisão no funcionamento mental, ocasionado pelo dito afrouxamento. (BECK et al, 2009).

A formulação de Bleuler era essencialmente dimensional, pois compreendia desde a disfunção leve da personalidade [...] até a *dementia praecox* plena e crônica. [...] O modelo de psicopatologia de Bleuler caracterizava a perturbação da esquizofrenia em termos de sintomas primários (fundamentais) e secundários (acessórios). (BECK et al., 2009, p. 20).

## 2.1 SINTOMATOLOGIA

Observa-se que a desorganização cognitiva, comportamental e afetiva são características essenciais para o diagnóstico. Sendo composta por um período ativo e outro residual, cujas fases afetam consideravelmente a apresentação cognitiva, comportamental e emocional do indivíduo, em especial seu campo de trocas e habilidades sociais exigidas em sua comunidade. (FERNANDES; SANTOS, 2012).

A partir disso, compreende-se que as consequências da esquizofrenia atuam em dois âmbitos principais: no próprio sujeito e em suas relações. Sabe-se, ademais, que a estabilidade do quadro é rompida em horas ou dias, mesmo após longos meses

de normalidade e que, tal rompimento, provoca a desestabilização de todo meio no qual o paciente está inserido, sendo grande responsável por estresse agudo e adoecimento secundário tanto no paciente como de sua rede de apoio. Faz-se necessário ressaltar também as diferentes limitações vivenciadas pelas famílias e pela comunidade desses pacientes durante o rompimento da estabilidade. Limitações econômicas, culturais, logísticas e emocionais compõem um cenário ainda mais delicado no tocante à qualidade da relação da rede de apoio com o indivíduo acometido. (FERNANDES; SANTOS, 2012).

Assim, sendo um transtorno de origem múltipla, cuja sintomatologia engloba disfunções cognitivas, emocionais e comportamentais que afetam a vida social e ocupacional do sujeito acometido, causando também sobrecarga familiar (OMS, 2001), a esquizofrenia é uma psicopatologia complexa e incapacitante. Apesar de atingir apenas 1% da população mundial, a esquizofrenia está associada à maior probabilidade no desenvolvimento de comorbidades clínicas, tanto devido aos efeitos secundários e cumulativos da medicação quanto pela maior exposição a riscos e taxas de suicídio em comparação a outros quadros. (SILVA *et al.* 2020).

O critério diagnóstico utilizado refere-se à presença de um ou mais sintomas como delírio, alucinação e discurso desorganizado pelo período de trinta dias. Investiga-se, também, prejuízos em domínios como atenção, raciocínio lógico, memória de trabalho e funções executivas. A sintomatologia, como já mencionada, divide-se em positiva e negativa, sendo a positiva característica da esquizofrenia em sua fase aguda (crenças delirantes, alucinações táteis, visuais, auditivas, desorganização do paciente em seu discurso, hábitos diários e reações exageradas), e a negativa característica da fase refratária (embotamento emocional, catatonia, prejuízo na higiene pessoal, anedonia, avolia, falta de sociabilidade). (MOTA *et al.* 2017). De acordo com o DSM-V (2013), crenças disfuncionais e fantasiosas que sustentam os delírios, a desorganização do pensamento e as alucinações são responsáveis pelo intenso sofrimento mental no paciente.

Os delírios são crenças fixas, não passíveis de mudança à luz de evidências conflitantes. Seu conteúdo pode incluir uma variedade de temas [...] A desorganização do pensamento costuma ser inferida a partir do discurso do indivíduo. Este pode mudar de um tópico a outro (descarrilamento ou afrouxamento das associações). As respostas a perguntas podem ter uma relação oblíqua ou não ter relação alguma [...] Alucinações são experiências semelhantes à percepção que ocorrem sem um estímulo externo. São

vívidas e claras, com toda a força e o impacto das percepções normais, não estando sob controle voluntário. (DSM-V, 2013, p. 86).

Já as disfunções no comportamento podem incluir catatonia, mutismo (sintomas negativos) e agitação motora grosseira e imprevisível (sintomas positivos). De acordo ainda com o DSM V (2013), “o comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal pode se manifestar de várias formas, desde tolo e pueril até agitação imprevisível”. Os problemas podem ser observados em qualquer forma de comportamento dirigido a um objetivo, levando a dificuldades na realização das atividades cotidianas. [...] Varia da resistência a instruções (negativismo), passando por manutenção de postura rígida, inapropriada ou bizarra, até a falta total de respostas verbais e motoras (mutismo e estupor). Pode, ainda, incluir atividade motora sem propósito e excessiva sem causa óbvia (excitação catatônica). Outras características incluem movimentos estereotipados repetidos, olhar fixo, caretas, mutismo e eco da fala.” (DSM-V, 2013, p. 88).

Outro fator a ser salientado é que a progressão educacional do paciente e a manutenção de atividade remunerada costumam ficar prejudicadas por outras manifestações do transtorno, mesmo quando as habilidades cognitivas são mínimas para as tarefas diárias. A maior parte dos indivíduos têm empregos inferiores aos de seus pais, e, especialmente os homens, não se casam ou têm contatos sociais limitados fora da família. Tais consequências estão interligadas com o empobrecimento do repertório social dos indivíduos diagnosticados. (MOTA et. al., 2017).

Assim, a falta de informação sobre o curso da esquizofrenia, bem como o aumento dos mitos e estigmas ao paciente afetam de forma negativa o tratamento e as oportunidades de integração. Os pacientes e suas famílias, por sua vez, omitem com frequência o próprio diagnóstico para conseguirem aceitação nos ambientes, ainda que por pouco tempo. Tal comportamento gera sobrecarga e aumenta consideravelmente o sofrimento mental desses indivíduos e de suas famílias. (VILLARES *et al.* 2012).

Estima-se que 90% das pessoas com esquizofrenia apresentam déficits clinicamente significativos em pelo menos um domínio cognitivo. As alterações são observadas na atenção, na memória de trabalho, na



velocidade de processamento e no funcionamento executivo do paciente. (RODRIGUES, 2012, p. 6).

Dessa forma, abre-se um campo cíclico para que sintomas possam surgir e serem sustentados pelas próprias crenças, aumentando o sofrimento desses indivíduos frente a sua patologia. Ademais, a ineficácia da farmacologia em longo prazo corrobora para a má evolução prognóstica desses indivíduos. Segundo Aaron Beck et al. (2012), “os medicamentos antipsicóticos, ainda que eficazes, têm limitações muito importantes: muitos pacientes continuam a ter sintomas residuais de perturbação, apesar de tomarem doses adequadas, e, como já vimos, várias características mais debilitantes da esquizofrenia são relativamente pouco tratadas pelos medicamentos: sintomas negativos, comprometimento funcional e desempenho prejudicado.” (BECK et al., 2012, p. 30).

Devido a tais limitações percebeu-se o pouco sucesso clínico, em longo prazo, para sintomas negativos e poucas ferramentas que promovessem ganhos substanciais ao paciente, como a prevenção de recaídas. Sabe-se ademais, que na esquizofrenia ocorre intensa limitação nas habilidades sociais do paciente, seja por falta de aquisição ao longo da vida, seja por consequências dos sintomas (principalmente os negativos), seja por razões secundárias como a estigmatização social ou pela falta de estímulos externos.

Os pacientes com esquizofrenia requerem um tratamento farmacológico com medicação antipsicótica. Porém, essa medicação não melhora as habilidades sociais necessárias para a vida em comunidade. A falta de habilidades sociais reflete influências de sintomas que impedem a expressão das habilidades, uma história inadequada de aprendizagem antes da aparição do transtorno, a carência de estímulo ambiental e a perda de habilidades devido a sua falta de utilização. (CABALLO, 2003, p. 331).

Nesse sentido, acredita-se que quanto menor o conhecimento do paciente e da família acerca de seu adoecimento, menores serão as possibilidades de enfrentamento diante das exigências na vida diária atravessadas pelos sintomas, causando evitações sociais que pioram drasticamente o prognóstico em longo prazo. Da mesma forma, quanto maior a oferta de psicoeducação a este paciente em terapia, maior será a possibilidade deste desenvolver novas capacidades e melhorar as que possui dentro de seu âmbito social. (GONZAGA *et. al.*, 2017).

## 2.2 TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL E O TREINO DE HABILIDADES SOCIAIS

Tendo como embasamento uma abordagem psicoeducativa, clínica, estruturada, objetiva, focal, eficaz e empírica, cujos princípios estão centrados na avaliação dos aspectos cognitivos, comportamentais e afetivos do paciente, defendeu-se a abordagem cognitiva comportamental por ser diretriz internacional no tratamento dos transtornos psicóticos. (SILVA *et al.*, 2020).

Utilizando da conceitualização de caso e vínculo seguro, a Terapia Cognitivo Comportamental busca compreender o modo de funcionamento do paciente a partir da tríade cognitiva, entendendo que esta é consolidada por pensamentos, comportamentos e afetos. Tais aspectos também estão presentes na esquizofrenia, sendo vivenciados como realidades inquestionáveis pelo paciente, dando corpo ao material delirante que perpassa a tríade cognitiva. Devido a isso, a psicoeducação torna-se vital, pois se esclarece ao paciente acerca de sua própria patologia não caindo no engodo no qual as crenças de um psicótico não devem ser confrontadas de forma adequada. Ressalta-se que tal esclarecimento é feito dentro do avanço suportado pelo indivíduo. Ademais, Barreto e Elkis (2015) mencionam que a crença delirante é considerada um fato e não um pensamento, o que afeta a vida do paciente diretamente. Por isso, deve-se lançar mão de técnicas colaborativas entre o terapeuta e o paciente que confronte tais crenças.

Na avaliação de pacientes com delírios, a TCC considera que a crença delirante apresenta como características norteadoras: pervasividade, convicção, intensidade, inflexibilidade e certeza, significância, preocupação e impacto comportamental (BECK *et al.*, 2010). Ainda segundo Beck e outros autores (2010), a avaliação dessas características é necessária porque crenças irracionais podem não caracterizar delírios. (MOTA *et al.*, 2017, p. 377).

Inicialmente utiliza-se de técnicas já instauradas na TCC como o questionamento socrático pode viabilizar o conhecimento do paciente acerca de seu próprio material delirante (conhecimento este guiado pelo terapeuta) para que, posteriormente, o indivíduo possa aprender habilidades sociais com o mínimo espaço metacognitivo já instaurado. Autores também estabelecem um detalhado percurso anterior a fim de elencar as particularidades de cada indivíduo perante seu delírio, materializando-as na conceitualização de caso para melhor escolher quais

**CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 3, n. 6, p. 486-503, jul./dez. 2021 – ISSN 2674-9483**

ferramentas estarão na mitigação do estresse e da angústia, que emergem desses sintomas e se tornam presentes na rotina de vida diária. (MOTA et al., 2017, p. 378).

Posto isto, a partir da psicoeducação, o tratamento da esquizofrenia é orientado para o trabalho de diminuição dos prejuízos, pois, “o fato de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia apresentarem crenças irracionais não significa que eles sejam irracionais.” (BECK, 1952 *apud* KINGDON; TURKINGTON, 1991, p. 209). Dessa forma, busca-se aqui a defesa da psicoeducação de Habilidades Sociais como um caminho possível e baseado em evidências para a independência e evolução prognóstica de qualidade.

O objetivo é oferecer aos pacientes a máxima oportunidade de se recuperarem para uma vida mais normal quanto possível. Isso implica oferecer acesso a responsabilidades e privilégios que qualquer cidadão tem em sua comunidade, no âmbito social, vocacional e recreacional. A reabilitação conecta esses objetivos pessoais aos serviços que reduzem a vulnerabilidade e promovem a recuperação. (PALMEIRAS, 2018, p. 38).

Nota-se que dispositivos oriundos da Terapia Cognitivo Comportamental, visam aumentar a adesão do paciente ao tratamento clínico e farmacológico em diversos contextos diagnósticos, fortalecê-lo em sua individualidade e ajudá-lo a alcançar mais qualidade em suas relações interpessoais partindo do esclarecimento psicoeducativo. Percebe-se, então, como uma ferramenta chave em diversos transtornos mentais. Dessa forma acredita-se na melhora prognóstica por meio do treino de habilidades das relações interpessoais, formando ou reconstruindo a rede de apoio do paciente. (VILAR et. al. 2019).

A TCC tem de moderado a alto nível de evidência em relação à redução das hospitalizações, à melhoria dos sintomas, inclusive os depressivos e as alucinações, e do funcionamento social. Ela é recomendada pelos principais *guidelines* de tratamento da esquizofrenia e deve ser oferecida a todos os pacientes. Contudo, ela ainda é pouco priorizada pelos serviços de saúde mental, faltam terapeutas habilitados e existe dificuldade por parte dos profissionais de elegerem os pacientes para esse tipo de tratamento. (PALMEIRAS, 2018, p. 44).

As Habilidades Sociais podem ser entendidas como um domínio cognitivo e comportamental humano essencial para a manutenção e inserção do indivíduo na vida prática da sociedade. Segundo Scemes (2012), a habilidade social é definida como um desempenho e não como um traço. Assim, pode ser entendida como um conjunto de comportamentos verbais e não verbais que facilitam a comunicação entre

as pessoas. Pessoas com dificuldades de comunicação podem sofrer de forma considerável, além do fato de que não pertencer a um grupo social pode provocar cenários de ansiedade e piora prognóstica. (SILVA, 2018).

Compreende-se, assim, que o manejo e potencialização dessas Habilidades Sociais é um campo que está recebendo mais atenção por parte dos profissionais da saúde, apresentando sucesso notável no ensino de comportamentos sociais específicos. (CABALLO, 2003).

Dentre as intervenções terapêuticas desenvolvidas para facilitar o processo de reinserção social dos portadores de esquizofrenia, destaca-se o Treinamento de Habilidades Sociais (THS). O objetivo desse treino é aumentar a competência social dos pacientes no que se refere às suas habilidades verbais e não verbais e os aspectos paralinguísticos presentes em uma interação social. (SCEMES, 2012, p. 23).

Assim, entende-se que o THS, na clínica dos transtornos, possui o papel de mitigar o predomínio dos estressores através do aprendizado de modos para enfrentamento interpessoal adaptado às situações, bem como através da instrumentalização desses indivíduos em situações de vida diária. Tal objetivo terapêutico poderá ser amadurecido através do IHS, instrumento brasileiro que vem sendo estudado quanto à sua possibilidade de aplicação na clínica dos transtornos.

O THS tem como princípio básico técnicas comportamentais e conceitos da TCC, aplicadas de modo sistemático a famílias de indivíduos com esquizofrenia e aos próprios pacientes. Um conjunto de razões justifica a adoção do THS no tratamento psicossocial destes pacientes. Em primeiro lugar, as habilidades sociais e a competência social são fatores protetores da vulnerabilidade aos estressores que acometem os portadores da esquizofrenia. Além disso, o THS atenua e compensa o efeito nocivo do déficit cognitivo da vulnerabilidade biológica e do desajustamento social. (SCEMES, 2012, p. 23).

Viabilizando-se o THS, percebe-se que o Inventário de Habilidades Sociais (Del Prette & Del Prette, 2001), é uma ferramenta adequada e validada para o cenário brasileiro. Sendo usado como recurso para avaliar situações de vida diária com a classe universitária do Sudeste, o IHS pretende mensurar a capacidade de enfrentar riscos, desenvoltura social, auto afirmação afetiva, autocontrole da agressividade em contextos aversivos. Tais aprofundamentos podem auxiliar quadros de esquizofrenia cujos sintomas negativos são mais evidentes, segundo a Avaliação da aplicação do IHS em pacientes com esquizofrenia, por Silvia Scemes (2001).

Pacientes com esquizofrenia refratária não têm sido incluídos em ensaios clínicos de intervenções psicossociais por serem considerados de mal prognóstico. No entanto, estudos recentes demonstram que o uso de técnicas de THS tais como melhora da atenção e das habilidades de conversação podem ser potencializados nestes pacientes. (SCEMES, 2012, p. 34-35).

Assim, pode-se contemplar o IHS (Del Prette & Del Prette, 2001), como sendo uma ferramenta inicial para a investigação de desempenho dos indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia, uma forma de mapear e identificar aspectos mais fragilizados com o objetivo de delimitar o treinamento.

Ademais, o treino trabalha, inicialmente, estratégias de enfrentamento dos sintomas psicóticos através de métodos cognitivos, comportamentais e modificação de estímulos sensoriais. Após a escolha da estratégia, elabora-se uma tarefa para casa embasado no gatilho do episódio delirante. O objetivo de ensinar habilidades de enfrentamento é ampliar o repertório de habilidades que os pacientes possuem, melhorando a autoeficácia e diminuindo o mal-estar. Inclui-se, também, entrevistas, observação das interações didáticas naturais, a descrição do problema, a representação de como o paciente reage, a identificação das cognições desadaptativas que provocam tal comportamento e a identificação das soluções dos problemas. Importante ressaltar, no entanto, o pouco desenvolvimento de pesquisa quanto essa possibilidade de intervenção, carecendo de maiores aprofundamentos no Brasil acerca dos resultados em longo prazo.

A revisão da literatura mostra que, exceto por um estudo que utilizou o THS em pacientes com predominância de sintomas negativos, não há estudos internacionais ou brasileiros que tenham testado a eficácia do THS nessa população de pacientes com esquizofrenia refratária. (SCEMES, 2012, p. 35).

No estudo de controle, realizado por Scemes (2001), observou-se que pacientes com esquizofrenia apresentam comprometimento significativamente maior de suas habilidades sociais, avaliadas por fatores do IHS, quando comparados com controles normais. Ainda segundo a pesquisadora, o emprego do IHS em pacientes com esquizofrenia mostrou boa mensuração e validade ao aferir as habilidades sociais de pacientes com variados graus de agressividade e embotamento. Outra conclusão foi a dissociação das Habilidades Sociais para os graus de comprometimento psicopatológico, sendo, dessa forma, um caminho possível e mais

inclusivo de tratamento. Acrescenta-se que quanto melhor for a relação terapêutica, maior será a possibilidade de intervenções e resultados de desempenho social, pois pacientes com quadros de transtorno apresentam baixa adesão e qualidade em suas relações interpessoais. Para o Treino de Habilidades Sociais (THS), o ensaio é proposto ao paciente por exibição de vídeos, pelo exemplo de outras pessoas (principalmente em intervenções grupais) e, principalmente, do próprio terapeuta. Utiliza-se, também, dramatizações cujo objetivo será o ensaio cognitivo.

Assim, é fundamental que o paciente seja questionado sobre as consequências que o ensaio poderá ter, pois o THS não consiste somente na exposição ao modelo, mas também ao que o paciente pensa no sentido de questionar as crenças irrealistas. Abre-se um espaço para que o paciente analise suas posturas frente à nova possibilidade de ação com o objetivo de auxiliar no entendimento e manejo de suas próprias limitações, delírios e alucinações e fatores pré e pós crise para, somente então, aprender novas habilidades sociais que o levem adiante em seu prognóstico. (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

Compreende-se, a partir dos materiais apresentados, dois pilares indissociáveis no tratamento da Esquizofrenia através da TCC: a investigação e identificação do contexto peculiar desse paciente, a validação dos sintomas trazidos e o ensaio comportamental de habilidades sociais diante de situações diárias por meio de constância e adaptabilidade clínica. Entende-se que o indivíduo com diagnóstico de esquizofrenia é convidado a ser ativo no processo, diferentemente de tratamentos cuja base era o isolamento. O terapeuta, por sua vez, busca ajudar o paciente, buscando sempre torná-lo capaz de autorregular-se em sua rotina diante de gatilhos estressores.

### 2.3 ESQUEMA DE TRABALHO

Primeiramente, estabelece-se a importância de aprender novas habilidades interpessoais, através de uma explicação razoável e de acordo com as particularidades do paciente, estimulando assim as razões para tal objetivo. Após descreve-se didaticamente as etapas para a construção e realização da habilidade pretendida, certificando-se de que cada passo foi entendido pelo indivíduo ou pelo grupo. Concomitantemente, o terapeuta atua e demonstra a habilidade objetivada em uma representação de papéis (ensaio comportamental) convidando, contudo, o

**CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 3, n. 6, p. 486-503, jul./dez. 2021 – ISSN 2674-9483**

paciente a fazer parte dessa representação. Importante ressaltar que o feedback positivo do treinador é essencial para instaurar a adesão à rotina de treinamento social e para as correções previstas serem efetivas e não confrontadoras. Espera-se que, ao longo do processo, o terapeuta apresente tarefas de casa, a fim de potencializar as ações trabalhadas nas sessões.

Sabe-se que situações de vida diária corroboram, geralmente, para manutenção de altos níveis de estresse e ativação de conteúdos delirantes em pacientes que não respondem mais à farmacologia (como quadros negativos) ou encontram-se em abertura de surto da esquizofrenia.

O paciente psicótico, normalmente não está consciente em relação a frequência dos seus pensamentos delirantes, e ainda, pode não perceber a anormalidade desse conteúdo. Durante a avaliação inicial, o terapeuta deve mostrar uma posição de neutralidade em relação ao que é trazido pelo paciente, o que contribui para o estabelecimento de um bom vínculo. (GONZAGA et al., 2011.)

### **3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diversas áreas da saúde orientam-se no estudo de consequências e etiologia da doença, no entanto, ainda não há consenso científico sobre sua origem. Especula-se fatores ambientais e genéticos como desencadeadores e pesquisa-se constantemente acerca de combinações responsáveis pela incidência da mesma.

Dessa forma, esperou-se apresentar o histórico devido à psicopatologia, ratificar as limitações sociais ligadas ao quadro de esquizofrenia, bem como contribuir na defesa de um futuro plano de desenvolvimento terapêutico em assertividade, considerando os déficits cognitivos e comportamentais desses indivíduos como crenças irreais e não como engessamentos, a fim de mitigar a estigmatização e o sofrimento mental. O isolamento e a segregação que se originam do diagnóstico, da falta de manejo em crises e da escassa habilidade social desses indivíduos são, juntamente com diversos outros sintomas, responsáveis pelo aumento de prejuízos prognósticos desse grupo, aumento de baixa adesão ao tratamento e até mesmo altas taxas de suicídio. Tal realidade necessita de maiores esforços na busca de ferramentas que melhorem de forma efetiva e não utópica a vida de indivíduos diagnosticados. Por meio do Treino de Habilidades Sociais, a psicoeducação na clínica dos transtornos mentais torna-se um horizonte interessante, necessitando do

firme compromisso com as etapas, sem apegar-se demasiadamente a resultados imediatos e utilizando-se da ética quanto aos avanços e retrocessos naturais do processo.

Entende-se que tal ferramenta pode influenciar positivamente no aumento da adesão desses pacientes ao tratamento farmacológico e médico, bem como à psicoterapia semanal; produzir ganhos comportamentais e reconstruir relações interpessoais que colaborem na rede de apoio do indivíduo. Assim, torna-se importante maior aprofundamento de especialistas, bem como de gestores em saúde mental, para a efetivação de programas que tenham como base constante o ensaio comportamental de habilidades sociais para a vida diária.

Salvo melhor juízo, o artigo teve como conclusão, por meio de aporte teórico, a provável utilidade do IHS e do THS na clínica da Esquizofrenia, bem como o vislumbre da possibilidade, futura, do desenvolvimento de pesquisa com tais pacientes. Evidenciou-se, além disso, clínica do planejamento através da TCC, percebendo vital o desempenho e existência das Habilidades Sociais para o bem estar geral do paciente e dos que o cercam, tanto no sentido de evitar maior deterioração funcional como pela estabilização de suas relações principais, instrumentalizando a família e o indivíduo no enfrentamento de seu quadro de forma colaborativa e satisfatória.

## REFERÊNCIAS

BANDURA, A.; AZZI, R.G.; POLYDORO, S. Modelação. In: BANDURA, A.; AZZI, R.G.; POLYDORO, S. **Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 123-148.

BARRETO, E. M. P., ELKIS, H. Evidências de eficácia da terapia cognitiva comportamental na esquizofrenia. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v 2, p. 204-207, 2007. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/rpc/a/f8zvs9t8F7c3bXTb6LFhQNJ/?lang=pt#:~:text=e%20meta%20e%20conclus%3%95ES%3A%20Os%20estudos%20randomizados%20controlados%20e%20as%20meta,os%20casos%20refrat%3%95A1rios%20a%20antipsic%3%B3ticos>> Acesso em 5 ago. 2021.

BECK, A. T. et. al. **Terapia Cognitiva da esquizofrenia**. Porto Alegre : Artmed, 2009. p. 10-88.

BECK, A. T., KNAPP, P. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, Porto Alegre, v 7, 2008, p. 54-64.



Disponível em <  
<https://www.scielo.br/j/rbp/a/HLpWbYk4bJHY39sfJfRJwtr/?format=pdf&lang=pt> >  
Acesso em 7 ago. 2021.

BERBERIAN, A. A. **Terapia Cognitiva Comportamental para Esquizofrenia**. São Paulo: Centro de Terapia Cognitiva VEDA: clínica, ensino e pesquisa. 2020, E-Book (não paginado). Acesso em 7 ago. 2021.

CABALLO, V. E. **Manual de Avaliação e Treinamento das Habilidades Sociais**. São Paulo: Santos. 2003. p. 181-205, 331-332.

DSM-V, **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**, 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 87-110.

ESTEVES, L. M. SANTOS, M. F., O Treino de Habilidades Sociais como intervenção psicoterapêutica na esquizofrenia hebefrênica: uma revisão bibliográfica. **Revista Transformar**, Itaperuna, v 10, p. 203-213, 2016. Disponível em < <http://www.fsj.edu.br/transformar/index.php/transformar/article/view/85> > Acesso em 5 ago. 2021.

FERNANDES, M. C. SANTOS, S. A. Importância da família na qualidade de vida dos portadores de esquizofrenia. **Rev. Cuidarte Enferm.** Ribeirão Preto, v 6, p. 86-90, 2012. E-Book.

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**, 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONZAGA, C. et. al. A eficácia da Terapia Cognitivo Comportamental para tratamento de pacientes esquizofrênicos. *In*: Fórum de Pesquisa, nº 15, 2011, Guaíba. **Anais**. Guaíba : ULBRA, 2011. (sem paginação). Disponível em < <https://docplayer.com.br/8129200-A-eficacia-da-terapia-cognitivo-comportamental-para-tratamento-de-pacientes-esquizonfrenicos-resumo.html> > Acesso em 16 ago. 2021.

MOTA, G. S., SILVA, M. J., LOPES, A. P., Esquizofrenia e Terapia Cognitivo Comportamental: um estudo de revisão narrativa. **Cadernos de Graduação: ciências biológicas e da saúde**, Alagoas, v 4, n 2, 2017, p. 371-383. Disponível em < <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/4577/2628> > Acesso em 16 ago. 2021.

MURTA, S. G. Aplicações do Treinamento em Habilidades Sociais: Análise da Produção Nacional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Goiás, v 18, p. 283-291, 2005. Disponível em < <https://www.scielo.br/j/prc/a/Nq3zNj8Vt9qJnJLxV6dkcHh/?lang=pt> > Acesso em 8 ago. 2021.

OLIVEIRA, É. Z. Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática. **Aval. psicol.** Porto Alegre, v. 4, n. 1, p. 91-93, 2005. Disponível em < [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712005000100012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712005000100012&lng=pt&nrm=iso) >. Acesso em 10 ago. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Geneva: OMS, 2001. Disponível em < [https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf) > Acesso 10 ago. 2021.

RODRIGUES, D. M., Esquizofrenia: abordagens terapêuticas não-farmacológicas. 2012. **Dissertação (Mestrado integrado em Medicina)**. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Portugal, 2012. Disponível em < <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/72018/2/29085.pdf> > Acesso em 20 ago 2021.

SCEMES, S. **Avaliação da aplicação do inventário de habilidades sociais em pacientes com esquizofrenia**. 100f. 2012. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em < <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-27072012-115224/pt-br.php> > Acesso em 16 out 2021.

SILVA, C. M. A. C. Habilidades sociais na clínica psicológica. **Revista SUSTINERE**, Rio de Janeiro, v 6, n 1, p. 134-149, 2018. Disponível em < <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/34627> > Acesso em 7 set. 2021.

SILVA, R. C. B., PADOVANI, R. C., NEVES, M. O. O delírio na perspectiva das neurociências e da terapia cognitiva. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, São Paulo, v 7, p. 2-6, 2011. < [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872011000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872011000100002&lng=pt&nrm=iso) > Acesso em 10 ago. 2021.

VILAR, T., NOGUEIRA, M. J., VALENTIM, O., SEABRA, P. A psicoeducação na adesão terapêutica em utentes com esquizofrenia: uma scoping review. **Revista Portuguesa de Enfermagem da Saúde Mental**. Lisboa, vl 7, p.103-108, 2019. Disponível em < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1150124> > Acesso em 8 ago. 2021.

VILLARES et. al., Estigma na esquizofrenia. In: NOTO & BRESSAN. Esquizofrenia: Avanços no tratamento multidisciplinar. Artmed, 2012, p. 81-93. Disponível em < [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3222467/mod\\_resource/content/1/2sem2015/Capitulos/Esquizofrenia\\_CAPT5.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3222467/mod_resource/content/1/2sem2015/Capitulos/Esquizofrenia_CAPT5.pdf) > Acesso em 5 ago. 2021.

KINGDON, D.G.; TURKINGTON, D., The use of cognitive behavior therapy with a normalizing rationale in schizophrenia. Preliminary report. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, p. 207-211, 1991. Disponível em < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2007891/> > Acesso em 19 ago. 2021.

PALMEIRA, L. **Manual de psicoeducação para profissionais de saúde mental que tratam pessoas com esquizofrenia**. São Paulo. Planmark. 2018. E-Book. p. 38-45. Acesso em 11 ago. 2021.