



I Seminário de Atualização para Coordenadores dos Grupos de Apoio do Programa Entrelaços

Relato

Clarice Nunes*

O I Seminário de Atualização para Coordenadores dos Grupos de Apoio do Programa Entrelaços¹ ocorreu dia 22/09/2018, das 8:15 às 17:15, no IPUB, Setor de Terapia da Família (segundo andar do HD), Botafogo. A programação foi a seguinte:

1. Abertura – Alexandre Keusen
2. Evolução do conceito e sintomas dos Transtornos Mentais Severos – Leonardo Palmeira
3. Modelo de vulnerabilidade, causa e evolução dos Transtornos Mentais Severos – Elias Carim
4. Tratamentos farmacológicos e psicossociais dos Transtornos Mentais Severos – Leonardo Palmeira, Silvana Barreto e Olga Leão
5. Conceito de Emoção Expressa e sua importância – Alexandre Keusen
6. Movimento dos Familiares e Usuários no Brasil – Marcia Schimidt
7. A importância dos Grupos de Apoio, Método de Solução de Problemas e Entrevista Motivacional/Leap – Todos
8. Encerramento – Alexandre Keusen

A parte da manhã foi dedicada à revisão de conceitos e informações que já haviam sido contemplados pelos Seminários do IPUB anteriormente realizados. A parte da tarde foi direcionada para a apresentação e discussão dos grupos de pares: Qual sua importância? Como podem ser efetivos? Como podem articular-se com outros grupos existentes?

Salientou Dr. Alexandre, na abertura, que todo o processo dos Seminários do IPUB parte da concepção da *recuperação pessoal* para a qual são decisivos três valores, assim explícitos: 1. Todos são capazes de aprender e crescer; 2. Todos têm o direito de participar; 3. Todos podem construir relações de valorização, respeito, autonomia e qualidade de vida.

Os corolários do projeto podem ser assim resumidos: aceitação da vulnerabilidade; a recuperação como processo pessoal e único; a importância de construir uma autoimagem positiva e uma visão otimista de si mesmo, dos outros, da vida.

As metas são: autodeterminação, dignidade, empoderamento, otimismo, capacidade de aprender e evoluir.

*Coordenadora do Grupo É Possível, ao lado de Heliene da Silva Bezerra.

¹Este relato não é exaustivo. Apresenta alguns dos pontos que considerei chaves nas apresentações realizadas. Se você, que participou da reunião, e leu esta síntese, tiver alguma observação e/ou correção a fazer, entre em contato pelo e-mail: drcnunes@gmail.com. Antecipadamente agradeço.

2. Evolução do conceito e sintomas dos Transtornos Mentais Severos

Dr. Leonardo iniciou sua apresentação, comentando a importância de ter uma ideia da evolução da doença que, nos tempos medievais, era considerada como possessão demoníaca. Iniciou sua apresentação a partir de uma imagem de Philippe Pinel desacorrentando pacientes no Asilo Paris, em Salpêtrière, França, 1795.



Quadro de Tony Robert-Fleury - 1876

Philippe Pinel (1745-1826) é considerado o criador da Psiquiatria Moderna, no século XVIII. Influenciado pelo Iluminismo e pelas ideias da Revolução Francesa, foi pioneiro no tratamento dos doentes mentais. Ele aboliu tratamentos antigos como sangrias, vômitos induzidos e purgações ventosas substituindo-os por tratamentos dignos e respeitosos, retirando as correntes dos doentes e propiciando-lhes a liberdade de momentos por si só terapêuticos.

A concepção de Esquizofrenia sofre uma evolução através do tempo. O que entendemos hoje sobre Esquizofrenia é fruto de um conceito que sofreu inúmeras transformações. No processo de reconhecimento do quadro patológico, contribuições variadas surgiram com o tempo:

Bénédict Agostin Morel (1809-1873) – utiliza, em 1852, o termo *Demencia Precoce* para descrever características de jovens pacientes.

Karl Ludowig Kalbaun (1828-1899) descreveu, em 1863, uma enfermidade própria de jovens que levava rapidamente à loucura. Criou o termo *Catatonia*, para uma afecção cerebral autônoma e cíclica, que passava pela mania, melancolia e terminava na demencia. Referiu-se à *Paranóia*, como uma síndrome psiquiátrica, que interferia no intelecto e de permanência imutável. Era constituída de delírios primários, crônicos e sistematizados.

Ewald Hecker (1843-1909), discípulo de Kahlbaum, descreveu, em 1871, uma doença autônoma da juventude com várias fases e sintomas típicos como: “afeto tolo, pueril”, alterações comportamentais graves e desagregação progressiva do pensamento. Denominava a patologia como *Hebefrenia*.

Emil Kraepelin (1856-1926), psiquiatra alemão, ao longo de nove publicações datadas de 1883 a 1927, foi o primeiro a desenvolver uma definição compreensiva da Esquizofrenia mundialmente aceita. Estabeleceu o conceito de *Dementia Praecox*. Sistematizador da nosografia psiquiátrica, defendia que as doenças psiquiátricas são principalmente causadas por desordens genéticas e biológicas. O trabalho de Kraepelin entendeu a psicose não como um conceito unitário, como era então corrente. Ele a dividiu em duas formas distintas: a Psicose Maníaco Depressiva e a Demência Precoce. Esta última foi por ele definida como

"desenvolvimento subagudo de uma condição peculiar de fraqueza mental que ocorre na juventude". A crença persistente de que a Esquizofrenia é uma doença crônica e evolui para a deterioração teve origem na observação dos resultados do tratamento asilar sem levar em conta o viés da seleção dos internados, viés que favoreceu a ideia da deterioração e deixou de fora outras possibilidades de evolução.

Paul Eugen Bleuler (1857-1939), psiquiatra suíço, ressaltou alguns sintomas da demência precoce que seriam fundamentais, sob o seu ponto de vista, para o diagnóstico e renomeou a Demência Precoce como Esquizofrenia. Definiu um conjunto de sintomas fundamentais que ele considerava específicos da Esquizofrenia, sempre presentes nesses pacientes, mas nunca noutras patologias. Ficaram conhecidos como os "Quatro 'A's": associação de ideias prejudicada, afeto embotado, ambivalência e autismo – hoje em dia denominados sintomas negativos. As alucinações e delírios, até então sintomas essenciais para muitos autores, foram apresentados como sintomas acessórios, sendo temporários e comuns a outras patologias mentais. Ele entendeu que a condição descrita por Kraepelin não era uma demência ou exclusiva de indivíduos jovens. Assim, denominou a patologia com um termo menos estigmatizante, mas ainda controverso, a partir das raízes gregas *schizo* (dividida) e *phrene* (mente).

Kurt Schneider (1887-1967) ofereceu contribuições significativas para o modo de diagnosticar a Esquizofrenia.. O autor, em seu livro *Klinische Psychopathologie* (1952), renuncia à busca do sintoma fundamental. Encaminhou-se para distinguir sintomas de primeira e de segunda ordem, que permitiram organizar o diagnóstico de modo mais simples e preciso, como aparece no quadro que se segue:

Sintomas de Primeira e Segunda Ordem de Kurt Schneider

Sintomas de primeira ordem
1. Audição dos próprios pensamentos falados de fora (<i>Gedankenlautwerden</i>)
2. Alucinações que comentam atos do paciente
3. Roubo do pensamento ou outras experiências de influência externa
4. Experiências de ações controladas de fora
5. Percepções delirantes
6. Experiências somáticas de passividade
7. Publicação do pensamento
8. Outras experiências que envolvam imposição de afetos, ações ou pensamentos

Sintomas de segunda ordem
1. Perplexidade
2. Ideias delirantes repentinas ou eventuais (ocorrências delirantes)
3. Sentimento de empobrecimento emocional
4. Alterações depressivas e eufóricas do humor
6. Sintomas catatônicos
5. Vários outros

Fonte: Valença e Nardi (2014, p. 21)²

As origens do conceito de Esquizofrenia tiveram, portanto, contribuição significativa de Kraepelin, Bleuler e Schneider. Kraepelin descreveu uma entidade clínica sem definir qualquer sintoma patognomônico³; Bleuler, ao contrário, chegou a definir tais sintomas, porém não falava em uma entidade clínica única, mas em um "grupo das esquizofrenias". Schneider, com seus sintomas de primeira e segunda ordem, influenciou enormemente a psiquiatria britânica, sobretudo na elaboração do diagnóstico de esquizofrenia pelo Present State Examination (PSE), que foi a base para o exame de pacientes com esquizofrenia em 9 países, o que deu origem ao Estudo Piloto Internacional da Esquizofrenia (International Pilot Study of Schizophrenia, IPSS), um trabalho transcultural patrocinado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), cujo objetivo era verificar invariantes da esquizofrenia. O IPSS concluiu que a esquizofrenia era um transtorno psiquiátrico universal, com alguns sintomas comuns independentes da cultura: falta de "insight", alucinações auditivas e verbais,

²As informações de A. M. Valença e A. E. Nardi, em seu texto *Histórico do conceito de Esquizofrenia* foram retiradas de Schneider K. Primary and secondary symptoms of schizophrenia (1957). In: Shepperd SHM. Themes and variations on European psychiatry. Bristol: John Wright & Sons; 1974.

Verificar: http://srvd.grupo.com.br/uploads/imagensExtra/legado/N/NARDI_Antonio_Egido/Esquizofrenia/Lib/Amostra.pdf
Consulta em 28/09/2018

³Segundo o dicionário, Patognômico são os sintomas próprios de cada moléstia e cuja identificação permite um diagnóstico certo.

sonorização do pensamento, embotamento afetivo, idéias e delírios de referência⁴. Verificou-se, posteriormente, que os sintomas descritos por Shneider também poderiam estar presentes em outros distúrbios mentais.

Karl Jaspers (1883-1969) abre caminho para a melhoria da classificação e diagnóstico das doenças, pela sua crítica ao mapeamento de suportes conceituais e métodos vigentes através de uma das suas obras mais famosas *Psicopatologia Geral* (1913), na qual oferece as bases de uma Psicopatologia Fenomenológica. Para ele era fundamental garantir a conexão entre os fenômenos psicológicos e referentes externos que pudessem validar-lhes a presença em diferentes situações. A ideia de processo, na concepção do transtorno da Esquizofrenia surgiu com ele em suas descrições da Psicopatologia Fenomenológica. Klaus Conrad (1905-1961) foi um dos estudiosos que mais se dedicou ao processo de início de adoecimento da Esquizofrenia, portanto, podemos atribuir a ele também essa visão, segundo Dr. Leonardo⁵.

Donald D. Jackson (1920-1968) escreve em 1960 seu livro *Aetiology of Schizophrenia*, e se torna pioneiro em terapia de família. Ao lado de outros pesquisadores, entre os anos de 1953 e 1962, desenvolveu várias pesquisas em terapia familiar e teoria da comunicação cujos resultados revelaram duas contribuições importantes: a concepção de *duplo vínculo*, dilema emocionalmente angustiante na comunicação em que um indivíduo (ou grupo) recebe duas ou mais mensagens conflitantes, e uma mensagem nega a outra. Isso cria uma situação na qual uma resposta bem-sucedida a uma mensagem resulta em uma falha na resposta ao outro (e vice-versa), de modo que a pessoa estará automaticamente errada, independentemente da resposta. O duplo vínculo ocorre quando a pessoa não consegue enfrentar o dilema inerente e, portanto, não pode resolvê-lo nem sair da situação.

Timothy John Crow (1938) dedicou-se ao estudo das causas da Esquizofrenia. Entre suas áreas de interesse também se encontram a Neurologia e a Teoria da Evolução. Ele mostrou que existem alterações estruturais no cortex cerebral dos portadores de Esquizofrenia, além do alargamento dos ventrículos. Em 1980 propôs a ideia inovadora de que a Esquizofrenia era composta por duas síndromes distintas e independentes: a síndrome tipo I, reversível, caracterizada por sintomas positivos, sensível a drogas antipsicóticas e associada ao aumento da expressão dos receptores dopaminérgicos D2, com aumento da transmissão; e a síndrome tipo II, irreversível, caracterizada por sintomas negativos como embotamento afetivo, imobilidade e pobreza de discurso, associada à disfunção cognitiva, não responsiva aos neurolépticos e com alterações estruturais no cérebro, especificamente no lobo temporal. Apesar de dimensões independentes, podiam coexistir no mesmo indivíduo, mas com diferente evolução ao longo do tempo. Considerava-as manifestações diferentes da atividade de um único patógeno, ou seja, presumivelmente com a mesma etiologia.

Nancy Coover Andreasen (1938) trabalhou com *clusters* (agrupamento de sintomas) e renomeou, em 1982, os subtipos de esquizofrenia criados por Timothy Crow, com base na sintomatologia predominante Positivo e Negativo, enriquecendo as definições com novas evidências científicas. No entanto, reconheceu que esta categorização apresentava uma falha importante por não explicar a sobreposição de sintomas nos pacientes mistos. Assim, juntamente com Olsen, defendia que o modelo dupla-síndrome deveria ser interpretado como um *continuum* em que as duas síndromes são pólos opostos da mesma dimensão, não duas dimensões totalmente distintas, com possibilidade de sobreponibilidade e evolução temporal entre as duas.

2.1 A dificuldade do diagnóstico da Esquizofrenia

A dificuldade do diagnóstico da Esquizofrenia é real e ponto importante do tratamento médico. A rapidez com que for realizado, ou não, afetará o processo evolutivo da recuperação do paciente. A grande questão é que existe um conjunto de sintomas que se sobrepõem sendo comum a diversas patologias. Os sintomas da Esquizofrenia não são os mesmos de indivíduo para indivíduo, podendo aparecer de forma gradual ou, pelo contrário, manifestarem-se de forma explosiva e instantânea. O diagnóstico não pode se apoiar em parâmetros fisiológicos ou bioquímicos, e resulta apenas da observação clínica das manifestações da doença ao longo do tempo. Nesse caso é importante que se excluam outras doenças ou condições que possam produzir sintomas psicóticos semelhantes, como o abuso de drogas, a epilepsia, tumor cerebral e alterações

⁴ Consultar: H. Elkis. A evolução do conceito de Esquizofrenia neste século. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2000, 22 (Supl I) : 23 a 26.

⁵Resposta a consulta por e-mail em 25/09/18.

metabólicas.

2.2 Sintomas da Esquizofrenia

Os sintomas da Esquizofrenia podem se agrupados em: positivos, negativos e cognitivos. Apoiamo-nos para essa descrição não apenas na apresentação do Dr. Leonardo, mas também na publicação mais recente⁶.

Sintomas Positivos

Alucinações (as auditivas são as mais comuns).

Delírios (sendo os mais comuns de autorreferência e perseguição).

Alterações formais do pensamento e da linguagem (sobretudo imprecisão e falta de encadeamento).

Comportamento bizarro e/ou desorganizado.

Sintomas Negativos

Esmacimento ou embotamento do afeto.

Alogia (uma espécie de “pobreza de expressão”, que dificulta o entendimento e a comunicação)

Abulia (falta de interesse e de atividade)

Apatia (estado emocional de indiferença)

Anedonia (perda da capacidade de sentir prazer, que também aparece em estados depressivos)

Prejuízo da atenção

Se os sintomas positivos costumam recuar com o uso de medicamentos, o mesmo não ocorre necessariamente com os sintomas negativos. O que fazer nesse caso? A diminuição da vontade pode ser observada em diferentes fases do processo de evolução do transtorno que compreende desejo, elaboração da ação, execução e feedback. Muitas vezes o desejo se mantém, mas a interrupção ocorre na elaboração ou na execução da ação. Os familiares precisam mudar seu ponto de vista sobre essa situação, entendendo que não se trata de preguiça, o que acarreta muita sobrecarga emocional para si mesmos, que precisam rever seu nível de expectativas, evitar a superestimulação e reduzir cobranças e críticas.

Em relação aos distúrbios da afetividade, que se caracterizam pela falta de empatia, monotonia, isolamento, comprometimento social, estigma, equívocos (interpretações erradas da família) o que fazer? Não pré-julgar. Verbalizar e perguntar o que o outro está sentindo. Legitimar e respeitar os sentimentos do outro. Convidar o vulnerável a realizar atividades de Musicoterapia e Arteterapia, por exemplo.

Lembrar sempre que o indivíduo não é a doença e que os sintomas negativos estão relacionados à vulnerabilidade. O enfrentamento dos sintomas negativos é a estimulação gradativa com planos de ação estipulados em níveis crescentes, mantendo uma atitude positiva e parceira, oferecendo *feedbacks* positivos e buscando a orientação de equipe terapêutica multidisciplinar.

Sintomas Cognitivos

Os sintomas cognitivos podem estar presentes em diferentes graus, tanto na quantidade quanto na qualidade dos prejuízos cognitivos, que podem ser de três tipos: predominância de disfunção executiva e de

⁶Dr. Leonardo Palmeira. *Manual de Psicoeducação para profissionais da saúde mental que tratam pessoas esquizofrênicas*. SP, Planmark: 2018, 50p. Cópia disponível para download na página Textos do site www.grupoepossivel.com.br.

abstração; predominância de disfunção de memória verbal e disfunções difusas. Os sintomas cognitivos podem ser verificados através de mapeamento cognitivo e podem ser tratados através de terapias especificamente voltadas para esse fim.

Entre os sintomas cognitivos mais presentes estão o déficit de atenção/concentração, redução da velocidade de processamento, déficit de memória verbal, inibição de estímulos irrelevantes para o raciocínio, dentre outros.

No tratamento de todos esses sintomas existe a compreensão de que é importante combater o estigma e o autoestigma. Além do tratamento medicamentoso, as terapias de diferentes abordagens e a participação em grupos de apoio, tanto para os pacientes como para os familiares são bem-vindas, sobretudo o grupo de pares. O combate aos sintomas exige uma psicoeducação de todos os envolvidos para respostas mais adequadas e pertinentes em relação à evolução do quadro do paciente no sentido de que este se oriente para uma vida autônoma e bem vivida.

2.3 A Esquizofrenia é um transtorno psicótico⁷. Sua evolução

No site do Dr. Eduardo Palmeira, encontramos a seguinte definição de Psicose: “[...] é o termo utilizado para definir um grupo de transtornos que cursam com a perda do juízo de realidade, ou seja, da capacidade de diferenciar fantasia da realidade”⁸. Dentro do diagnóstico dos transtornos que são investigados pela Psiquiatria, podemos classificar as Psicoses em Processuais e Afetivas.

As Psicoses Processuais aparecem de modo lento e insidioso. São progressivas. Acarretam prejuízos de funcionamento psicossocial e a dúvida ainda é se provocam degeneração do Sistema Nervoso Central (SNC). São o protótipo da Esquizofrenia. As Psicoses Afetivas costumam ser abruptas, mais ligadas ao estado de humor (o que aparece nos quadros de Transtorno Bipolar (TBH) ou de Transtornos de Personalidade). Também há dúvida se aí ocorre a degeneração do Sistema Nervoso Central.

A Esquizofrenia, psicose processual, apresenta quatro fases de acordo com a evolução e os sintomas: A *fase pré-mórbida*, caracterizada por sintomas cognitivos (dificuldade de atenção, memória e aprendizado), motores (tiques, distúrbios da coordenação motora fina) e sociais (retraimento emocional, isolamento social) geralmente inespecíficos e de difícil diagnóstico e que podem iniciar-se na infância. A *fase prodrômica*, que apresenta os primeiros sinais de psicose, com alguns pensamentos excêntricos, distorções leves da realidade, ilusões ou alucinações espaçadas, mas com o paciente apresentando maior dificuldade para realizar suas atividades, iniciando-se comumente na adolescência. A *fase psicótica*, que corresponde ao surto agudo, em que o paciente apresenta delírios, alucinações, distúrbios do comportamento em maior intensidade. A *fase estável*, em que o indivíduo pode experimentar diferentes níveis de recuperação de acordo com o tratamento, a gravidade e o número de recaídas, a demora em iniciar o tratamento e a qualidade do ambiente sócio-familiar⁹.

Reduzir o tempo entre o adoecimento e o início do tratamento é um grande desafio. Essa perspectiva parte do questionamento de que a Esquizofrenia tem obrigatoriamente uma evolução desfavorável, o que necessariamente desencorajava a intervenção precoce. Dr. Leonardo, apresenta na sua publicação já citada, deste ano, uma tabela que discrimina o estágio clínico da Psicose em que o paciente pode se encontrar: grupo de risco assintomático; grupo levemente sintomático; grupo de ultra-risco com sintomas próprios do pródromo da doença; a transição para a Psicose; a remissão parcial e as recaídas; a doença crônica, grave e persistente (2018, p. 18). O estágio de ultra-risco é considerado a fronteira inicial da intervenção precoce e da necessidade de cuidado.

A melhor evolução no quadro das Esquizofrenias é uma combinação de cuidados que envolvem a medicação, o atendimento psicossocial aos pacientes e suas famílias e a terapia anti-drogas, no caso das comorbidades que incluem o seu uso, além dos grupos de apoio tanto para pacientes quanto para familiares.

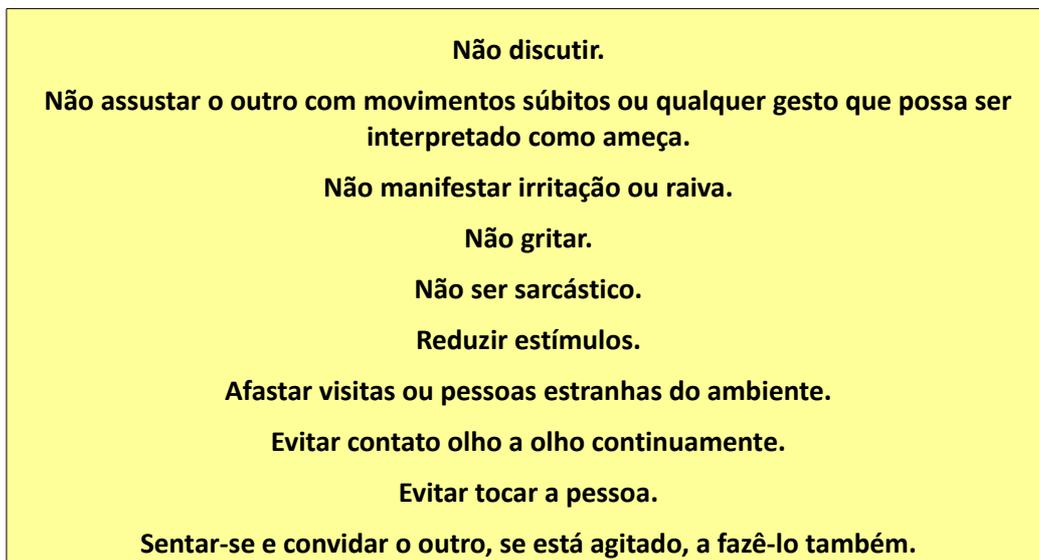
⁷ Usa-se o termo transtorno ao invés de doença, no caso dos transtornos mentais, porque não possuem substratos fisiopatológico e anatômico conhecidos. São constructos teóricos baseados em sintomas, funções e evoluções. Cf. L. Palmeira. Seminário 2 – Introdução às Psicoses, in: http://entendendoaesquizofrenia.com.br/website/?page_id=6734

⁸ Idem. Ibidem.

⁹ Idem. Ibidem

2.4 O que fazer quando o vulnerável entra em crise?

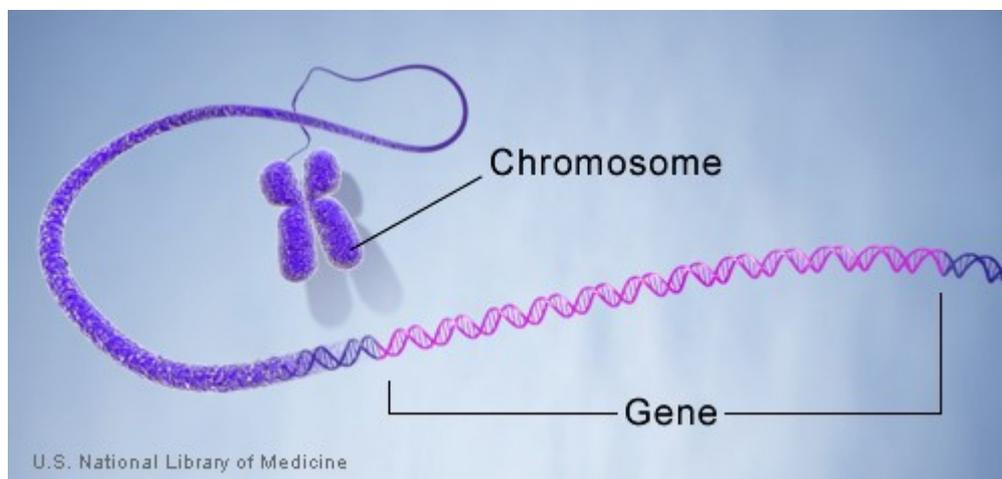
Diferentes circunstâncias podem levar à ocorrência de crises. O importante é não confrontar, mas confortar; assumir responsabilidades; tomar decisões conjuntas; avaliar riscos (suicídio, integridade física provoca por vezes imperativas, por exemplo). É possível seguir os dez mandamentos de ação em momentos críticos:



As crises costumam se repetir ou serem mais intensas quando o vulnerável usa e abusa de drogas lícitas e ilícitas. Nesses casos, as crises são mais graves, o número de recaídas e hospitalizações aumenta, o prognóstico é pior, a adesão ao tratamento é dificultada, a incidência de suicídio também é maior. Os casos de comorbidade por uso de drogas precisam incluir também tratamento específico nessa direção.

3. Modelo de vulnerabilidade, causas e evolução dos Transtornos Mentais Severos

Em nosso país, aproximadamente 2 milhões de pessoas apresentam transtornos da Esquizofrenia e, no mundo, aproximadamente 70 milhões. O paradigma da vulnerabilidade, além de levar em conta o componente genético na etiologia¹⁰ da Esquizofrenia, dá grande importância ao ambiente no sentido de impedir ou facilitar a emergência do adoecimento. Logo, não existe uma causa, mas causas multifatoriais, detectadas quando se examina a interação entre gene e meio ambiente. Decidi apresentar os argumentos do modelo de herança genética em itens, dada a sua complexidade. Esses itens foram extraídos da apresentação do Dr. Elias e complementadas com informações presentes na publicação de autoria do Dr. Leonardo, já citada (2018).



¹⁰ Etiologia é um ramo de estudo destinado a pesquisar a origem e a causa de um determinado fenômeno.

1. Um grande número de genes agem em conjunto para determinar a vulnerabilidade biológica para a doença e suas mutações podem ocorrer em diferentes etapas do neurodesenvolvimento. Alguém que tenha um parente de terceiro grau com Esquizofrenia tem duas vezes mais chance de manifestar o adoecimento e nove vezes mais chance se o parente for de primeiro grau.
2. A genética da Esquizofrenia parece se caracterizar por um conjunto de centenas de genes que são comuns à população em geral, mas que não acarretam o adoecimento se não ocorrem em conjunto. A incidência da Esquizofrenia também aumenta em pessoas que sejam portadoras de genes raros de alta penetrância. O papel desses dois grupos de genes ainda não é bem conhecido.
3. Mutações (deleções ou duplicações) da parte do citocromo¹¹ (Copy Number Variations ou CNV) têm sido relacionadas às diversas doenças psiquiátricas: Esquizofrenia, Transtorno Bipolar, Autismo, Retardo Mental e outros distúrbios da cognição.
4. A CNV que se tornou protótipo da Esquizofrenia é a deleção do citocromo 22 que pode ser responsável por 1% a 2% dos casos de Esquizofrenia e que 1/3 das pessoas com ela desenvolve a doença (mutação rara, mas de alta penetrância). É, segundo Dr. Leonardo (2018, p. 26), a única mutação confirmada até o momento a introduzir casos esporádicos (não familiares) de Esquizofrenia na população.
5. Alguns genes e mutações conhecidas na Esquizofrenia, como afirma Dr. Leonardo (idem, ibidem) controlam diferentes etapas do neurodesenvolvimento, afetando a conexão neural e a regulação dos sistemas de neurotransmissão. Elas poderiam também explicar alterações anatômicas e funcionais do cérebro de pessoas esquizofrênicas, como aumento dos ventrículos laterais, diminuição do volume de substância branca e cinzenta dos lobos frontais e temporais e prejuízos cognitivos do funcionamento de regiões frontais, embora possam haver outros fatores de risco potencial.
6. O neurotransmissor mais estudado e implicado na Esquizofrenia é a Dopamina. Seu aumento está associado aos sintomas positivos da vulnerabilidade, como delírios e alucinações.
7. O Glutamato é outro neurotransmissor que tem despertado grande interesse dos cientistas. A quetamina e a fenciclidina, antagonistas de receptores do sistema glutamatérgico, induzem sintomas positivos e negativos de Esquizofrenia em indivíduos saudáveis, indicando que na Esquizofrenia pode estar também ocorrendo uma hipofunção glutamatérgica. Esses antagonistas de receptores do sistema glutamatérgico estão sendo estudados para tratamento dos sintomas negativos, hoje pouco responsivos aos antipsicóticos.
8. A Acetilcolina é outro neurotransmissor implicado na Esquizofrenia. A maior presença de tabagismo entre esquizofrênicos e as recentes descobertas de que a nicotina pode melhorar o desempenho de pacientes em certos domínios cognitivos reforçam a possibilidade de haver entre os esquizofrênicos uma disfunção do sistema nicotínico-colinérgico. Os estudos nessa direção estão indicando o potencial terapêutico do agonista de receptores alfa-7 nicotínicos, que poderia ter um efeito positivo sobre os sintomas cognitivos da Esquizofrenia.
9. A Serotonina também está implicada na Esquizofrenia depois que se observaram efeitos psicóticos provocados por drogas como o LSD, dentre outras descobertas.
10. Uma hipótese em curso sobre a etiologia da Esquizofrenia faz a ligação entre quadros de inflamação cerebral e este transtorno. Os resultados de um estudo, publicado em 16 de outubro de 2015, no *American Journal of Psychiatry*, mostram que investigadores britânicos

¹¹ Citocromos ou citocromas são proteínas, geralmente ligadas a uma membrana, que contêm grupos heme e que efectuam o transporte de elétrons.

utilizaram exames de PET scan para avaliar a atividade das células imunes nos cérebros de 56 pessoas. Alguns tinham Esquizofrenia, alguns estavam sob risco de tê-la, e outros não tinham sintomas ou risco da doença. Os resultados mostraram que as células imunes são mais ativas nos cérebros de pessoas com Esquizofrenia e nos daquelas pessoas que estão sob risco aumentado para a doença.

11. Estão sendo desenvolvidos estudos que procuram estabelecer relações entre estados nutricionais e Esquizofrenia. Alguns deles indicam que carências nutricionais do feto podem aumentar a probabilidade do indivíduo desenvolver Esquizofrenia na idade adulta. As carências em Ácido Fólico, Vitamina D, Ferro, Zinco e Cobre assim como o consumo de ácidos gordos polinsaturados da serie n-3 e n-6 devem ser levados em particular atenção. A suplementação destes nutrientes, principalmente de ácido fólico e Ferro, devem ser consideradas quando a gestante não obtém as quantidades necessárias através da alimentação¹².
12. Foram identificados marcadores lipídicos no plasma sanguíneo associados à resposta de indivíduos com Esquizofrenia ao tratamento com antipsicóticos, em pesquisa realizada pelo Laboratório de Neuroproteômica do Instituto de Biologia da Universidade Estadual de Campinas (IB-Unicamp). Com base nos resultados obtidos, o grupo de Martins-de-Souza pretende, no futuro, desenvolver um teste que auxilie psiquiatras a escolher o medicamento mais apropriado para cada indivíduo. Essa estratégia, segundo os pesquisadores, visa aprimorar a resposta dos pacientes aos antipsicóticos, diminuindo as crises psicóticas, mas não garante uma melhora dos efeitos colaterais¹³.

Teve atenção muito rápida, nas apresentações, o foco no tratamento farmacológico da Esquizofrenia, destacando-se os antipsicóticos típicos e os atípicos, além daqueles de longa duração. Sobre esta questão voltaremos adiante ainda de forma sucinta. Há uma explicação bem detalhada na publicação recente já referida neste relato e sobre este tema (Palmeira, L.: 2018, pp. 31-33).

O importante é que a pesquisa na área tem avançado bastante. Um exemplo: pesquisadores da Universidade de Harvard analisaram quase 65 mil pessoas (28.799 eram diagnosticadas com Esquizofrenia e 35.896 não eram) para decifrar que traços genéticos estariam fortemente associados à doença. Descobriram que um fator importante, responsável pelos sintomas é um fenômeno chamado poda sináptica, que, como o nome diz, corta as sinapses (comunicação entre os neurônios) com o objetivo de eliminar células estranhas ou pouco utilizadas. É uma espécie de limpeza neurológica. Os cientistas descobriram que a variação do gene C4, que codifica duas proteínas, a C4A e a C4B, é responsável pela disfunção dessa atividade, fazendo com que, nos esquizofrênicos, essas podas sejam excessivas. Os cientistas ainda não sabem quais os motivos que levam à variação do gene C4¹⁴.

Alguns achados objetivos dão suporte a um modelo etiológico da Esquizofrenia que se popularizou na década de oitenta do século XX, denominado de *Modelo Estresse-Diástese*. Nesse modelo, a Esquizofrenia é vista como resultado, de um lado, da genética que regula a sensibilidade do indivíduo frente aos fatores ambientais e, de outro, do ambiente que regula a expressão dos genes que predis põem a doença.

As contribuições de Andreasen e outros cientistas vem confirmando a importância do modelo de vulnerabilidade ao estresse para compreender não só episódios agudos da doença, mas também para entender que déficits cognitivos interrelacionados aos aspectos patológicos fazem parte não apenas dos sintomas agudos, mas são indicadores de vulnerabilidade à Esquizofrenia.

Quando surge um episódio psicótico agudo? Quando o indivíduo se depara com um esgotamento dos processos cognitivos frente ao estresse, acarretando distúrbio da neurotransmissão, particularmente da Dopamina, hiper-reatividade autonômica e aumento do estado de tensão, progressiva deficiência no processamento dos estímulos sociais o que levaria finalmente aos sintomas prodrômicos psicóticos e aos do funcionamento social e ocupacional. Essa realidade disfuncional realimentaria o estresse, dificultando ainda

¹² P. R. S.P. da Nova. *O papel da terapia nutricional no tratamento da Esquizofrenia*. Monografia. Universidade Católica Portuguesa. Escola Superior de Biotecnologia, Porto, 2014.

¹³ Cf. http://www.grupoepossivel.com.br/Epossivel/noticias/Tratamento_aprimorado_RevistaFAPESP_15_jun_2018.pdf

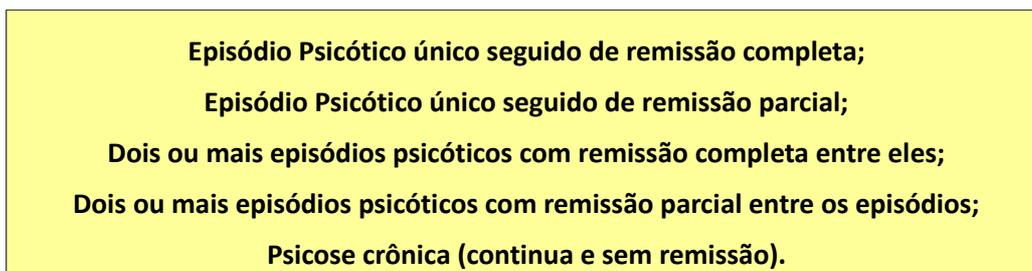
¹⁴ Fernandes, A.L. Descoberto o gene que pode causar Esquizofrenia. *Superinteressante*. Verificar: <https://super.abril.com.br/saude/descoberto-o-gene-que-pode-causar-a-esquizofrenia/>

mais a capacidade de resiliência do vulnerável e sobrecarregando o ambiente familiar.

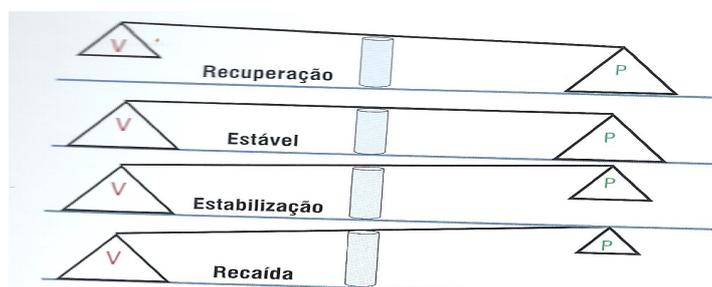
Nesse modelo de compreensão de manifestação da Esquizofrenia são consideradas peças-chave tanto a medicação antipsicótica quanto as intervenções psicossociais. Em outras palavras, segundo Dr. Leonardo (2018, p. 28), a Esquizofrenia é vista dentro de um *continuum* entre um estado mais disfuncional (com predomínio da vulnerabilidade) e a recuperação (onde os fatores de prevenção prevalecem).

3.1 Possíveis evoluções da Esquizofrenia

Existe um quadro heterogêneo de evolução da Esquizofrenia. A Organização Mundial da Saúde considera cinco estágios de evolução¹⁵:



Durante o encontro Dr. Leonardo exibiu um quadro que dá uma ideia da vulnerabilidade como *continuum* entre um estado de maior disfuncionalidade e maior recuperação. Quando os Fatores de vulnerabilidade e estresse – V (estresse familiar, eventos da vida, estigma, prejuízos cognitivos) são menores que os Fatores de Proteção – P (habilidades sociais e de enfrentamento, trabalho, apoio familiar, tratamento comunitário, farmacoterapia otimizada, reabilitação) a evolução é melhor.



Fonte: Palmeira, L. 2018, p.29¹⁶

4. Tratamentos farmacológicos e psicossociais dos Transtornos Mentais Severos

Definir o que é recuperação no campo da doença mental não é consenso entre os profissionais e pesquisadores da área. Para nosso uso enfatizaremos a concepção de recuperação pessoal, entendida como um processo em que a pessoa “vai se recuperando” (*in recovery*), ao contrário da recuperação funcional ou clínica onde a pessoa atende os critérios operacionais (*recovery from*). A recuperação pessoal é mais um processo de transformação que abre janelas de oportunidades para que o vulnerável olhe para si mesmo de outros modos, revendo crenças, imagens cristalizadas, sentimentos e hábitos que possam ter contribuído para o adoecimento. Em sua jornada ela precisa construir uma visão mais positiva de si mesmo em detrimento das suas fragilidades e dificuldades.

Nesse processo existe um trabalho do vulnerável e de sua família. O vulnerável precisa se engajar em seu tratamento, ganhando assim a autoria do seu processo de recuperação. Ele participa das decisões sobre o suporte que recebe, aprende a manejar o estresse, a usar sua rede de apoio, a zelar pelo seu bem-estar e seus relacionamentos. O resultado desse compromisso com a saúde gera resiliência e empoderamento.

O caminho para a recuperação passa pelas atitudes de esperança e otimismo, de empoderamento,

¹⁵ Palmeira, L. (2018, p. 16)

¹⁶ Adaptação de Lieberman, R.P. *Recovery from disability. Manual of Psychiatric Rehabilitation*. Washington: American Psychiatric Publishing Inc, 2008, p. 38-87.

autorresponsabilidade, *insight* e determinação, força espiritual, autoajuda e suporte social. O que se entende por recuperação? Remissão dos sintomas; vida independente; amizades; harmoniosas relações familiares; atividades de trabalho e/ou escolares; recreação independente/lazer.

Os fatores que levam a recuperação ou a inibem, segundo a tabela que se segue:

Fatores que apoiam	Esfera	Fatores que inibem
Otimismo e esperança Determinação de ficar melhor Enfrentamento através de atividades, lazer, diversão, espiritualidade, natureza, arte e música, sono, dieta e exercícios	Pessoal	Uso de álcool e substâncias psicoativas Isolamento social influenciando a percepção de normalidade Dificuldade para articular a experiência Estresse, recaída e desemprego
Suporte prático e emocional Facilitar a procura por ajuda e por engajamento Fé na recuperação Facilitar o teste de realidade Fornecer empatia, compreensão e informação de apoio	Família e Amigos	Altos níveis de emoção expressada Ser rejeitado/excluído Ser tratado como uma pessoa constantemente frágil Negar-se a discutir a doença Pressão para aceitar o diagnóstico Fofoca e discriminação
Acolhedor/conciliador Acessível Ambiente prazeroso Colaborar com empoderamento através de relacionamentos consistentes e confiáveis Informações que aumentem a esperança e possibilitem escolhas saudáveis	Serviços de Saúde Mental	Medicamentos com muitos efeitos colaterais Atraso na oferta de tratamentos efetivos Visão pessimista e estigmatizada sobre a recuperação Super-estimar expertise profissional, sintomas e medicação
Oportunidades de inclusão social e reciprocidade Acesso a alimentação, moradia e vestuário Atividades significativas disponíveis na comunidade	Sociedade	Estigma afetando a busca por ajuda, a auto-estima, a confiança e a inclusão social Obstáculos culturais Racismo, pobreza e desvantagem social

Fonte adaptada de O'Keeffe, et al. 2016¹⁷. In: Palmeira, L (2018, p. 11)

4.1. Tratamentos Farmacológicos

Os tratamentos farmacológicos em relação à Esquizofrenia se iniciaram na década de cinquenta do século XX, quando de forma acidental descobriram-se as propriedades antipsicóticas da clorpromazina. O primeiro antipsicótico de alta potência surgiu em 1958, o Haloperidol. Toda uma primeira geração de antipsicóticos, mais tarde definidos como típicos, variavam em sua potência e eram eficazes no tratamento dos sintomas positivos da Esquizofrenia evitando recaídas e internações. Seus efeitos colaterais, no entanto, eram inúmeros dentre eles a bradicinesia, uma espécie de lentificação psicomotora, que pode comprometer o funcionamento do paciente.

O maior avanço no tratamento farmacológico ocorreu, no entanto, nos anos de 1970, quando a clozapina foi descoberta, tornando-se o primeiro antipsicótico de segunda geração. As pesquisas com a clozapina foram interrompidas depois que oito pessoas faleceram de agranulocitose (baixa dos glóbulos brancos). Sua ação eficaz e a raridade com que se mostraram os efeitos mais graves levaram-na a ser de novo usada. As pesquisas continuaram e, como resultado, outras substâncias foram identificadas, como a amisulprida, a risperidona, a olanzapina dentre outras. Esse grupo de antipsicóticos foi chamado de atípico, pois causava menos efeitos chamados de extrapiramidais¹⁸.

Em 2002 surgiu um novo grupo de antipsicóticos, como por exemplo o aripiprazol, considerado o

¹⁷ O' Keeffe, et al. *A provisional qualitative analysis of the meaning of and influences on recovery according to people diagnosed with a first episode psychosis 20 years ago and their family members/partners*. Florence. SIRS, 2016.

¹⁸ Os sintomas ou efeitos colaterais extrapiramidais são diversos transtornos do movimento, o principal é conhecido como discinesia tardia (movimentos musculares irregulares e involuntários, geralmente na face) e pode ser resultado do consumo de antagonistas dopaminérgicos, geralmente medicamentos antipsicóticos. Verificar: https://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema_extrapiramidal

primeiro “estabilizador de dopamina”. Esses medicamentos possuem diferenças entre si e provocam efeitos a longo prazo, como obesidade, diabetes tipo 2, síndrome metabólica e doenças cardiovasculares.

Merecem destaque, ainda, os antipsicóticos injetáveis, principal abordagem para o tratamento de pacientes que não aderem totalmente ou aderem parcialmente ao tratamento com medicações. Eles vem sendo disponibilizados no Brasil desde 2012.

Outros medicamentos são utilizados de forma combinada com os antipsicóticos no tratamento da Esquizofrenia, dependendo da situação de cada vulnerável. Como por exemplo, os anticolinérgicos, que tratam efeitos colaterais como tremores, rigidez muscular, distonias e outros sintomas causados pela medicação; os estabilizadores de humor, que tratam das alterações de humor; os antidepressivos, usados nos casos em que aparecem associados à Esquizofrenia; os ansiolíticos e hipnóticos, que tratam insônia, sintomas de ansiedade, episódios de agitação.

Na recente publicação do Dr. Leonardo, já referida (2018), aparece além do histórico da emergência das medicações, que utilizamos nesta síntese, tabelas descrevendo os antipsicóticos comercializados no Brasil, seus efeitos adversos, com comentários esclarecedores sobre cada um deles (p. 33-37).

4.2. Tratamentos Psicossociais

Os tratamentos psicossociais são diversos e usados de acordo com a necessidade do vulnerável e de suas famílias. São, portanto, tratamentos personalizados, centrados em objetivos pessoais e incluem a participação do indivíduo nos seus objetivos de recuperação. Podem ser citados, como exemplos, os seguintes:

Intervenções por pares – onde vulneráveis mais recuperados interagem com outros em diferente estágio de recuperação. Essas intervenções também são utilizadas com familiares de vulneráveis.

Tratamento comunitário assertivo – atendimento integral por equipe interdisciplinar, disponível 24 horas, sete dias por semana, para atuar na comunidade. Sua prioridade são os casos mais graves, incluindo alternativas de internação, se necessário.

Terapias de adesão – são terapias breves, de quatro a oito sessões, focadas na adesão, redução do estigma e solução dos problemas relacionados à medicação, usando técnicas de entrevista motivacional.

Arteterapia – terapias que usam a arte (Pintura, teatro, música e dança) para trabalhar a expressão e a comunicação, ampliando e melhorando a conexão social

Acompanhamento terapêutico (AT)– no qual o terapeuta participa das atividades combinadas com o vulnerável no seu cotidiano, oferecendo um atendimento no ambiente social do seu cliente.

Terapia Cognitivo-Comportamental para Psicose (TCCp) – Técnica de terapia individual que visa estabelecer ligações entre pensamentos, sentimentos e ações do vulnerável, estimulando a reavaliação de suas percepções e crenças, ampliando seu processo de conscientização. Tem colaborado com sucesso no sentido da redução das hospitalizações, melhoria dos sintomas.

Terapia de remediação cognitiva – Seu foco está na melhoria de desempenho cognitivo do vulnerável e de outras funções como habilidades sociais e de vida diária. Pode ser realizada individualmente ou em grupo.

Treinamento de habilidades sociais – Visa melhorar a interação do vulnerável com outras pessoas, e na sua independência em relação às tarefas rotineiras. Há evidência que pode melhorar sintomas negativos.

Reabilitação vocacional – Com duas modalidades, uma de suporte ao emprego e outra para treinamento vocacional. No primeiro caso, é providenciada a alocação do vulnerável em vaga de emprego disponível, oferecendo suporte contínuo. Neste caso, o vulnerável começa trabalhando poucas horas por semana e vai gradativamente ampliando sua jornada até, se possível, alcançar uma jornada plena. Já o treinamento vocacional inclui intervenções que visam preparar o vulnerável para o trabalho. Em 2017, Olga Leão, integrante da equipe do IPUB, que realiza o trabalho de formação de grupo de pares com familiares de esquizofrênicos, iniciou o *Projeto Possibilidades*, em que numa ação de parceria com empresas (por enquanto, uma rede de cinemas e uma loja que comercializa roupas femininas), colabora na inserção do vulnerável e no seu acompanhamento na experiência de trabalho.

A apresentação da questão da reabilitação vocacional levantou a questão da legislação que dá apoio ao vulnerável no sentido da sua inclusão social de diferentes formas, incluindo sua inserção no trabalho. Essa legislação foi apresentada por Olga Leão e Silvana Barreto.

4.3 Políticas de garantia de direitos às pessoas portadoras de transtornos mentais e suas famílias

Se temos interesse em reivindicar os direitos dos portadores de transtornos mentais e de suas famílias, precisamos conhecer o arcabouço legal que já existe, está em vigor, e pode nos apoiar. São questões relativas à inclusão, proteção, direito ao trabalho, aos benefícios da Previdência Social, aos processos de Decisão Apoiada, Interdição e Curatela. Seguem informações para sua pesquisa, organizadas por tema e em ordem crescente da data de publicação do dispositivo legal. Pesquisa criteriosa e completa pode ser realizada pela internet, sendo também possível, de acordo com o interesse e necessidade, efetuar o respectivo *download*. Importante lembrar que qualquer medida protetiva precisa contar com orientação jurídica especializada. Recomenda-se pesquisar dúvidas junto ao site www.pcdlegal.com.br.

CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA A ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA PESSOAS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA

Decreto 3.956 de 8 de outubro de 2001

ARTIGO 1

A Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, apensa por cópia ao presente Decreto, será executada e cumprida tão inteiramente como nela se contém.

ARTIGO 2

São sujeitos à aprovação do Congresso Nacional quaisquer atos que possam resultar em revisão da referida Convenção, assim como quaisquer ajustes complementares que, nos termos do art. 49, inciso I, da Constituição, acarretem encargos ou compromissos gravosos ao patrimônio nacional.

ARTIGO 3

Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Lei 13.146 de 6 de julho de 2015 – Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Em vigor a partir de janeiro de 2016.

ARTIGO 1

É instituída a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania.

Parágrafo único. Esta Lei tem como base a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, ratificados pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo no 186, de 9 de julho de 2008, em conformidade com o procedimento previsto no § 3o do art. 5o da Constituição da República Federativa do Brasil, em vigor para o Brasil, no plano jurídico externo, desde 31 de agosto de 2008, e promulgados pelo Decreto no 6.949, de 25 de agosto de 2009, data de início de sua vigência no plano interno.

ARTIGO 2

Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

§ 1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará: (Vigência)

I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;

II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;

III - a limitação no desempenho de atividades; e

IV - a restrição de participação.

§ 2º O Poder Executivo criará instrumentos para avaliação da deficiência.

ARTIGO 6

A deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa, inclusive para:

I - casar-se e constituir união estável;

II - exercer direitos sexuais e reprodutivos;

III - exercer o direito de decidir sobre o número de filhos e de ter acesso a informações adequadas sobre reprodução e planejamento familiar;

IV - conservar sua fertilidade, sendo vedada a esterilização compulsória;

V - exercer o direito à família e à convivência familiar e comunitária; e

VI - exercer o direito à guarda, à tutela, à curatela e à adoção, como adotante ou adotando, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas.

ARTIGO 85 – A curatela afetará tão somente os atos relacionados aos direitos de natureza patrimonial e negocial.

§ 1º A definição da curatela não alcança o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto.

§ 2º A curatela constitui medida extraordinária, devendo constar da sentença as razões e motivações de sua definição, preservados os interesses do curatelado.

§ 3º No caso de pessoa em situação de institucionalização, ao nomear curador, o juiz deve dar preferência a pessoa que tenha vínculo de natureza familiar, afetiva ou comunitária com o curatelado.

DIREITO A REABILITAÇÃO PROFISSIONAL E EMPREGO

Decreto 129 de 22 de maio de 1991- Promulga a Convenção nº 159, da Organização Internacional do Trabalho - OIT, sobre Reabilitação Profissional e Emprego de Pessoas Deficientes

ARTIGO 1

1 - Para efeitos desta Convenção, entende-se por "pessoa deficiente" todas as pessoas cujas possibilidades de obter e conservar um emprego adequado e de progredir no mesmo fiquem substancialmente reduzidas devido a uma deficiência de caráter físico ou mental devidamente comprovada.

2 - Para efeitos desta Convenção, todo o País Membro deverá considerar que a finalidade da reabilitação profissional é a de permitir que a pessoa deficiente obtenha e conserve um emprego e progrida no mesmo, e que se promova, assim a integração ou e reintegração dessa pessoa na sociedade.

3 - Todo País Membro aplicará os dispositivos desta Convenção através de medidas adequadas às condições nacionais e de acordo com a experiência (costumes, uso e hábitos) nacional.

4 - As proposições desta Convenção serão aplicáveis a todas as categorias de pessoas deficientes.

Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999 - Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, e dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência

ARTIGO 3

Para os efeitos deste Decreto, considera-se:

I - deficiência - toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano;

II - deficiência permanente - aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos;

III - incapacidade - uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

DIREITO AOS BENEFÍCIOS DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

Lei 8.213 de 24 de julho de 1991- Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.

Da Habilitação e da Reabilitação Profissional

ARTIGO 93

A empresa com 100 (cem) ou mais empregados está obrigada a preencher de 2% (dois por cento) a 5% (cinco por cento) dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência, habilitadas, na seguinte proporção:

I - até 200 empregados.....	2%;
II - de 201 a 500.....	3%;
III - de 501 a 1.000.....	4%;
IV - de 1.001 em diante.	5%.
V - (VETADO). (Incluído pela Lei nº 13.146, de 2015)	

INTERDIÇÃO E CURATELA – Novo Código de Processo Civil Brasileiro – Lei 10.406 de 10/01/2002

Capítulo XV – Dos procedimentos de jurisdição voluntária - SEÇÃO IX

ARTIGO 747 – Da interdição

A interdição pode ser promovida:

I – pelo cônjuge ou companheiro;

II – pelos parentes ou tutores;

III – pelo representante da entidade em que se encontra abrigado o interditando;

IV – pelo Ministério Público.

Parágrafo único. A legitimidade deverá ser comprovada por documentação que acompanhe a petição inicial.

ARTIGO 748

O Ministério Público só promoverá interdição em caso de doença mental grave:

I – se as pessoas designadas nos incisos I, II e III do art. 747 não existirem ou não promoverem a interdição;

II – se, existindo, forem incapazes as pessoas mencionadas nos incisos I e II do art. 747

DIREITO À DECISÃO APOIADA Novo Código de Processo Civil Brasileiro – Lei 10.406 de 10/01/2002

ARTIGO 1783-A

A tomada de decisão apoiada é o processo pelo qual a pessoa com deficiência elege pelo menos 2 (duas) pessoas idôneas, com as quais mantenha vínculos e que gozem de sua confiança, para prestar-lhe apoio na

tomada de decisão sobre atos da vida civil, fornecendo-lhes os elementos e informações necessários para que possa exercer sua capacidade. (Incluído pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

§ 1º Para formular pedido de tomada de decisão apoiada, a pessoa com deficiência e os apoiadores devem apresentar termo em que constem os limites do apoio a ser oferecido e os compromissos dos apoiadores, inclusive o prazo de vigência do acordo e o respeito à vontade, aos direitos e aos interesses da pessoa que devem apoiar. (Incluído pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

§ 2º O pedido de tomada de decisão apoiada será requerido pela pessoa a ser apoiada, com indicação expressa das pessoas aptas a prestarem o apoio previsto no caput deste artigo. (Incluído pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

§ 3º Antes de se pronunciar sobre o pedido de tomada de decisão apoiada, o juiz, assistido por equipe multidisciplinar, após oitiva do Ministério Público, ouvirá pessoalmente o requerente e as pessoas que lhe prestarão apoio. (Incluído pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

§ 4º A decisão tomada por pessoa apoiada terá validade e efeitos sobre terceiros, sem restrições, desde que esteja inserida nos limites do apoio acordado. (Incluído pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

§ 5º Terceiro com quem a pessoa apoiada mantenha relação comercial pode solicitar que os apoiadores contra-assinem o contrato ou acordo, especificando, por escrito, sua função em relação ao apoiado. (Incluído pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

§ 6º Em caso de negócio jurídico que possa trazer risco ou prejuízo relevante, havendo divergência de opiniões entre a pessoa apoiada e um dos apoiadores, deverá o juiz, ouvido o Ministério Público, decidir sobre a questão. (Incluído pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

§ 7º Se o apoiador agir com negligência, exercer pressão indevida ou não adimplir as obrigações assumidas, poderá a pessoa apoiada ou qualquer pessoa apresentar denúncia ao Ministério Público ou ao juiz. (Incluído pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

§ 8º Se procedente a denúncia, o juiz destituirá o apoiador e nomeará, ouvida a pessoa apoiada e se for de seu interesse, outra pessoa para prestação de apoio. (Incluído pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

§ 9º A pessoa apoiada pode, a qualquer tempo, solicitar o término de acordo firmado em processo de tomada de decisão apoiada. (Incluído pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

§ 10º O apoiador pode solicitar ao juiz a exclusão de sua participação do processo de tomada de decisão apoiada, sendo seu desligamento condicionado à manifestação do juiz sobre a matéria. (Incluído pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

§ 11º Aplicam-se à tomada de decisão apoiada, no que couber, as disposições referentes à prestação de contas na curatela. (Incluído pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

Recomenda-se a pesquisa ao site da Defensoria Pública do Rio de Janeiro:

<http://www.defensoria.rj.def.br/>

Atendimento ao cidadão: 129

(21) 2332-6224 (SEDE)

Av. Marechal Câmara, 314 - CEP 20020-080 - Centro, RJ

4.4. A Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (RAPS)



A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi criada pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011, com o objetivo de atender pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. RAPS está presente nos seguintes programas:

- I Atenção Básica em Saúde**
- II Atenção Psicossocial Especializada**
- III Atenção de Urgência e Emergência**
- IV Atenção Residencial de caráter transitório**
- V Atenção Hospitalar**
- VI Estratégias de desinstitucionalização**
- VII Reabilitação Psicossocial**

Por atenção básica em saúde entende-se: a unidade básica de saúde; a unidade de apoio à saúde da família; o consultório de rua; apoio aos serviços do componente; atenção residencial de caráter transitório e centros de convivência e cultura.

A atenção psicossocial especializada incluem os centros de atenção psicossocial em suas diferentes modalidades.

A atenção de urgência e emergência funciona através do SAMU (192); das salas de estabilização; das UPAS 24 horas e portas hospitalares de atenção e urgência; prontos-socorro e unidades básicas de saúde.

A atenção residencial de caráter transitório apresenta unidades de acolhimento e os serviços de atenção em regime residencial.

A atenção hospitalar compreende as enfermarias especializadas em hospitais gerais e os serviços hospitalares de referência para pessoas com transtornos mentais e/ou adicção em álcool e drogas.



As estratégias de desinstitucionalização, incluem os Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa de volta para casa. O Programa De Volta Para Casa dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pela Lei 10.708, de 31 de julho de 2003, para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais, com com dois anos ou mais de internação¹⁹.

Este Programa atende ao disposto na Lei 10.216, de 06.04.2001, que no Art. 5º, determina que os pacientes há longo tempo hospitalizados, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida.

As estratégias de reabilitação psicossocial focalizam iniciativas de geração de trabalho e renda, além de empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Uma atenção específica foi oferecida no encontro aos Centros de Atenção Psicossocial.

4.4.1. Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPs)

Os CAPs foram criados para funcionar como instituição substitutiva dos hospitais psiquiátricos no país. É um serviço aberto e comunitário do SUS, para tratar pessoas que sofrem de transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e persistentes e outros quadros.

Segundo o Portal do Ministério da Saúde²⁰ existem as seguintes modalidades:

- CAPS I: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.
- CAPS II: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- CAPS i: Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- CAPS adicção à Álcool e Drogas: Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- CAPS III: Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.
- CAPS adicção à Álcool e Drogas: Atendimento e 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

¹⁹ Cf. <http://pvc.datasus.gov.br/>

²⁰ Cf. <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/centro-de-atencao-psicossocial-caps>

Na página <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/centro-de-atencao-psicossocial-caps> é possível solicitar endereços e telefones dos CAPs mais próximos à residência na cidade em que nos encontramos. Para efeito de ajuda, também podemos consultar outros sites. Eis os recomendados no encontro:

Associação de Terapia de Família do Rio de Janeiro (ATF-RJ)

Dispõe de um atendimento social que funciona para atender a população do Rio de Janeiro e adjacências. São Terapeutas de Família Associados Titulares da instituição, que atendem em seus próprios consultórios a preços especiais para tornar este tratamento mais acessível financeiramente àqueles em busca de ajuda especializada. Direcionado a famílias e casais, tais atendimentos são oferecidos em diversos bairros, facilitando assim, também, as condições de acesso à população. Para participar, basta se inscrever através do e-mail socialatfrj@atfrj.org.br, comparecer à sede da ATF para uma primeira entrevista de triagem e receber seu encaminhamento para o profissional que irá acompanhá-lo.

Site: <https://atfrj.org.br/2017/atendimento-social/>

Pode ser encontrada no facebook Lista de Serviços de Psicologia e Psiquiatria gratuitos ou de baixo custo tanto na cidade do Rio de Janeiro, quanto de Niterói. Consulte: www.facebook.com/amanda.salomone

Residências Terapêuticas

As residências terapêuticas foram pensadas para responder às necessidades de pessoas com transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não, com número variável de até oito pessoas. Cabe ao Processo de Reabilitação Psicossocial buscar acompanhar o processo de entrada e de estadia, procurando inserir o morador na rede de serviços, instituições e organizações sociais presentes na comunidade onde o Serviço Residencial Terapêutico está inserido. Existe uma publicação do Ministério da Saúde que explica o que são, o que fazem e onde estão localizados esses serviços²¹.

Ofertas do IPUB²²

Ambulatório Geral

O IPUB oferece serviço de ambulatório geral, com triagem às segundas-feiras, às 8 horas da manhã (embora as pessoas cheguem bem antes para pegar a senha) e atende até seis pessoas por vez.

Terapia de Família

Os serviços de terapia de famílias são oferecidos às sextas-feiras, sendo que a primeira triagem é realizada a partir das 8:45 hs.

Programa de Estudos e Assistência ao uso indevido de drogas (PROJAD)

O Projad funciona às quartas-feiras, a partir das 8 horas da manhã e atende até seis pessoas ou familiares.

É importante ressaltar que existem mecanismos de participação e controle social no Sistema Único de Saúde (SUS) através dos Conselhos Gestores Locais, da Ouvidoria (1746), dos Conselhos de Saúde nas quais podem estar presentes entidades representativas de usuários. Convém acrescentar que os Programas e Benefícios Sociais também podem estar acessíveis aos pacientes com transtornos mentais, tais como o Programa de Volta para Casa (PVC), o Programa Bolsa Família e o Programa de Previdência. Maiores informações sobre este último podem ser encontrada por telefone (135) e internet: www.inss.gov.br.

5. Conceito de Emoção Expressa e sua importância

²¹ Cf. *Residências Terapêuticas – Para quem precisa de cuidados em saúde mental o melhor é viver em sociedade*. Publicação do Ministério da Saúde. Brasília, 2004, 20p. <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>

²² Cf. : www.ipub.ufrrj.br

A Emoção Expressa (ou Emoção Expressada) é a medida global das emoções, atitudes e comportamentos demonstrados pelos membros de uma família face a alguém com transtorno mental. Já está comprovada a relação entre o nível de emoção que a família expressa e a evolução da Esquizofrenia. Existem alguns componentes importantes da emoção expressa: comentários críticos, hostilidade, controle excessivo, superenvolvimento afetivo, superproteção, permissividade. Às vezes, o familiar expressa mais de um componente na relação com o vulnerável.

O contato direto do familiar com o vulnerável e os níveis de emoção expressa acarretam não apenas as recidivas dos vulneráveis, mas também a sobrecarga emocional do familiar. Ambientes de alto nível de emoção expressa são identificados como fortes preditores de recaídas psicóticas e internações hospitalares dos vulneráveis, além de piores prognósticos em relação à evolução do transtorno. Um dos objetivos principais da intervenção familiar consiste em diminuir a Emoção Expressa, no sentido de prevenir as recidivas psicóticas. É importante frisar que geralmente as recaídas não ocorrem espontaneamente. De acordo com o modelo "Stress – Vulnerabilidade", os doentes com Esquizofrenia têm maior vulnerabilidade para acontecimentos "estressantes" que podem desencadear uma psicose aguda. O estresse psicossocial é um importante fator de recaída em doentes que recebem tratamento farmacológico adequado.

É importante que o familiar identifique se alguns dos padrões característicos estão ocorrendo e reflita sobre suas atitudes e sentimentos. Uma recomendação geral é que cada um possa dedicar parte de seu tempo às atividades que proporcionem prazer, uma válvula de escape para o estresse. Ter um período sozinho, para se cuidar, fazer atividades físicas, ter uma leitura agradável ou para relaxar e refletir sobre si mesmo. Buscar atividades sociais e de lazer que incluam o paciente também ajuda a aliviar as tensões e a reaproximar as pessoas. Conversar, trocar idéias e experiências, buscar soluções em conjunto e dividir melhor a sobrecarga, buscando a união de todos para enfrentar as dificuldades do dia-a-dia.

A terapia de família na Esquizofrenia é um dos tratamentos complementares de maior eficácia, com repercussão direta no estado clínico do paciente. Existem vários trabalhos científicos que comprovam seus efeitos na adesão ao tratamento médico, na redução de recaídas e de hospitalizações, na melhoria da qualidade de vida e autonomia do paciente. Para os familiares, a terapia pode ajudá-los a reduzir o estresse, a trabalhar melhor seus sentimentos e angústias, superando a sensação de culpa e/ou fracasso, a identificar preconceitos e atitudes errôneas e os auxilia na busca de soluções para os problemas cotidianos.

O modelo de terapia que mais tem se mostrado eficaz na Esquizofrenia é o da psicoeducação de família, que acrescenta à terapia informações sobre a doença. Oferecer conhecimento teórico é imprescindível para ajudar o familiar a compreender melhor seu paciente, reavaliando julgamentos e atitudes. Esta importante etapa educativa o prepara para a etapa seguinte, a terapia propriamente.

A terapia pode ser individual (com um ou mais membros de uma mesma família) ou em grupo (várias famílias). Ela analisa as situações práticas do dia-a-dia e como cada um lida com os conflitos e soluciona os problemas, propondo uma reflexão. Ela pode recorrer a qualquer momento à etapa educativa para corrigir equívocos que porventura persistirem. Essa reflexão é essencial para que o familiar esteja mais receptivo às novas maneiras de lidar com o estresse e adquira maior habilidade no manejo e na solução das situações, reduzindo assim a sobrecarga e melhorando a qualidade do relacionamento familiar.

As características diferenciadoras do familiar que tem informação e atitude adequada, no sentido de criar baixos níveis de emoção expressa são os seguintes: ele reduz o tempo de contato direto com o vulnerável; respeita as necessidades do vulnerável; não nega a vulnerabilidade e trabalha contra o estigma do transtorno em si e nos outros; diminui sua expectativa em relação ao funcionamento social do vulnerável, amplia sua rede social.

O Programa de Apoio aos Familiares e vulneráveis, promovido pelo IPUB, baseia-se no método de resolução de problemas ou *solving problems*. Sua proposta é melhorar a comunicação e, dessa forma, criar as características citadas anteriormente que distinguem um familiar informado e apoiado que se exercita em conviver da melhor maneira com a vulnerabilidade e o vulnerável.

6. Movimento dos Familiares e Usuários dos Serviços de Saúde Mental no Brasil

Coube a Juliano Moreira (1873-1933) divulgar Kraepelin no país. Ao questionar o uso indiscriminado do conceito de degenerescência ele apontava, como principal motivo desta distorção, a educação. Dessa forma, deslocava o conceito do plano físico para o social. Sua hipótese dele era a de que no choque do indivíduo com

uma educação inadequada estaria a origem da degeneração. A colônia Juliano Moreira, fundada em 1924, numa área rural de Jacarepaguá com sete milhões de metros quadrados, foi local de trabalho da expositora durante um longo tempo.

Foto de um dos pavilhões da Colônia Juliano Moreira



Fonte: Artigo: Colônia sofre perda de memória²³

Esse hospital-colônia chegou a abrigar, já na década de quarenta do século XX, mais de mil pacientes e acabou configurando, nas representações da cidade, um espaço de opressão de inúmeros doentes mentais, que sofriam com tratamento despersonalizado, tendo que permanecer em grandes filas internas para atendimento e onde os profissionais de saúde não possuíam condições de trabalho favoráveis.

A discussão em torno da Reforma Psiquiátrica, que introduz o tema da desinstitucionalização do atendimento ao doente mental, provoca a aglutinação de esforços em torno de reivindicações tais como a melhoria de condições de assistência aos doentes mentais, melhora das condições de trabalho aos profissionais da saúde e o repúdio à mercantilização da saúde. No final da década de setenta começam a surgir inúmeros movimentos sociais, como o movimento das associações de moradores, o movimento das comunidades eclesiais de base, o movimento das associações de docentes do ensino superior e nesse caldo efercescente é que surge, em 1979, a primeira associação de familiares de doentes mentais no país: a Sociedade de Serviços Gerais para a integração pelo trabalho (SOSINTRA)²⁴

²³ Fonte: http://www.amafreguesia.org/wp-content/uploads/2016/05/Col%C3%B4nia_Juliano_Moreira.jpg

²⁴ Para organizar as informações sobre as associações de familiares de vulneráveis utilizamos a dissertação de W. da S. Souza. *Associações de usuários e familiares frente à implantação da política de saúde mental no município do Rio de Janeiro (1991-1997)*. Ministério da Saúde. Fiocruz. ENSP, DCS, Rio de Janeiro, 1999.



A SOSINTRA surge com o intuito dos familiares de vulneráveis, na época chamados de doentes mentais, se associarem e se apoiarem mutuamente nas suas necessidades de oferecer um melhor atendimento aos seus entes queridos. Mais tarde a ela se juntam usuários dos serviços de saúde mental. O que movia a SOSINTRA são os laços de solidariedade e ajuda mútua. Ela denominava os doentes mentais de “problematizados” e acabou fazendo algumas parcerias importantes e colaborando ativamente na organização da I Conferência Nacional de Saúde Mental (1986) e da I Conferência Estadual de Saúde Mental (1987). A SOSINTRA não está mais ativa.

Em 1991 surgia outra associação de familiares de doentes mentais, a Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais do Brasil (AFDM). Ela surge com a preocupação com o projeto de lei 3.657, do Deputado Paulo Delgado (PT-MG) de 1989, que propunha a extinção progressiva dos manicômios e a sua substituição gradativa por recursos territoriais e assistenciais extra-hospitalares, além de regulamentar a internação compulsória. Em que pese os esforços da AFDM, depois de uma primeira derrota na Câmara, o projeto com algumas modificações foi aprovado em 1999.

Palestra
**LIDANDO COM A CRISE :
O PAPEL DA FAMÍLIA**
PSIQUIATRA FILIPE TEODORO

Aniversário da Afdm-RN

04 de maio de 2017 - quinta-feira
8h - Auditório Hospital Severino Lopes
Encerramento
Café da Manhã de Confraternização

AFDM-RN

Fonte: <http://hpspl.blogspot.com/2017/05/palestra-gratuita-sobre-como-lidar-com.html>

Em suas críticas, como afirma Waldir da Silva Souza (1999: 123-153), a AFDM argumenta que o processo de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica, ao provocar uma redução no número de leitos, acabou levando a uma privatização dos mesmos sem oferecer nenhuma outra forma de serviço em troca. Para esta associação o que deve ser feito é, ao invés de reduzir o número de leitos, realizar o que denomina de “serviços assistenciais complementares”, tais como: centros de convivência, pensões comunitárias, lares

abrigados, hospital-dia - tanto público quanto privado, mas que tenham no hospital psiquiátrico seu principal componente de ação terapêutica.

Em 1992 foi criada a Associação dos Parentes e Amigos da Colonia Juliano Moreira (APAJOCUM). Membros da sua diretoria ocuparam assento no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, como representante dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa associação faziam parte, além dos familiares, técnicos em saúde.

Essas Associações Civis foram atores novos no cenário do debate político em torno da saúde mental no país. Na avaliação do autor do estudo citado (1999) essas organizações, ao realizarem pressão nas instâncias colegiadas, definidoras do rumo das políticas em saúde/saúde mental, via a apresentação de propostas e da defesa de seus interesses, acabam funcionando como *inputs* para os formuladores de política, isto é produzem estímulos na área das políticas públicas, possibilitam a geração de consenso acerca da agenda reformadora para as políticas de saúde mental presente nas propostas do Movimento da Reforma Psiquiátrica.

A expositora fez questão de ressaltar que em sua exposição o que desejou enfatizar é o acesso de lutas de familiares, técnicos e profissionais da saúde pela reivindicação dos direitos dos portadores de transtornos mentais e suas famílias, focalizando a importância do maior protagonismo da sociedade civil através das citadas organizações no movimento da luta antimanicomial dos anos oitenta no século XX. Acrescentou que se hoje já existe alguma garantia legal, não existe a garantia de fato, o que exige a vigilância permanente dos interessados.

Hoje a interlocução das associações de familiares pode ser feita preferencialmente com duas associações em plena atividade, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), que recebeu essa denominação em 2011, trinta e dois anos após ter sido criada como Associação Brasileira de Pós Graduação em Medicina Social e Saúde Pública (1979). Ela é mais voltada para apoiar os profissionais da saúde e instituições dedicados a prestação de serviços em saúde pública e coletiva²⁵. Outra organização civil citada no encontro foi a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), criada em 2007. Dentre suas principais finalidades estão o apoio na articulação entre centros de treinamento, ensino, pesquisa e serviços de saúde mental; o fortalecimento das entidades-membro e a ampliação do diálogo entre as comunidades técnica e científica e destas com serviços de saúde, organizações governamentais e não governamentais e com a sociedade civil²⁶

7. A importância dos Grupos de Apoio, Método de Solução de Problemas e Entrevista Motivacional/Leap

A última exposição teve como objetivo apresentar a proposta da equipe do IPUB que conduz o projeto Entrelaços, limitado à prestação de serviços e associações de familiares, que se poia no Modelo Psicoeducacional e de solução de problemas.

O projeto Entrelaços recebe a cada dois anos familiares que necessitam de informação e apoio para lidar com vulneráveis. O ciclo de preparação das famílias que chegam é de dois anos e ocorre a partir de etapas, tais como: Recepção e Avaliação; Seminários (realizados em oito semanas, aos sábados); Formação de Grupos multifamiliares com 6 a 8 famílias em encontros quinzenais por um período de nove meses; Grupos entre pares na comunidade, que funcionam por tempo indeterminado e é coordenado por familiares e vulneráveis.

Os Seminários Psicoeducacionais tem como base o Método LEAP²⁷ com seus princípios: ouvir, ter empatia, concordar em discordar e criar parceria. Dentro do Processo Comunicacional temos alguns estilos que podem ser observados: o de *acompanhar*, aonde há mais escuta, um pouco de pergunta e um pouco de informação; o de *direcionar*, no qual predomina a informação, a intensidade de perguntas é razoável e há uma baixa escuta e o de *giar* aonde existe um equilíbrio entre a escuta, a pergunta e a informação.

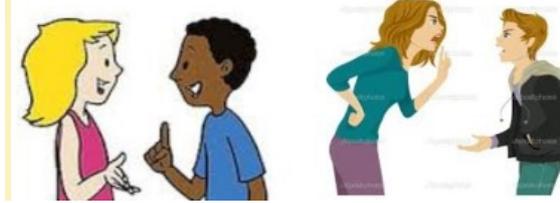
²⁵ Cf. www.abrasco.org.br/site/sobreaabrasco/

²⁶ Cf. www.abrasme.org.br/conteudo/view?ID_CONTEUDO=636

²⁷ Cf. www.grupoepossivel.com.br/Epossivel/encontros.php (Encontro do Grupo É possível no dia 27/05/2017).

Método LEAP

- Listen - Ouvir
- Empathize – Para criar empatia
- Agreement – Para poder concordar em discordar, em ter pontos de vista diferentes
- Partnership – Para formar uma parceria



O que se pretende com esse modelo de processo comunicacional no qual há um equilíbrio? O que se almeja é a conversa que impulsiona a mudança de comportamento. É preciso, num primeiro momento, estimular o compromisso com a mudança (a trajetória da mudança compreende: desejo habilidades, motivos e necessidades).

Com a escuta do vulnerável há maior chance do seu comprometimento com o tratamento, pois ele vive, de início, a ambivalência entre aderir ou não ao tratamento. Essa adesão é um trabalho, em primeiro lugar, de respeito ao que pensa e sente o vulnerável e de apoio para que ele transite progressivamente do lado que recusa para o lado que aceita cuidar-se.

Os princípios em que se baseia essa comunicação é o desejo de ser colaborativo, privilegiar uma decisão compartilhada, ser evocativo e honrar a autonomia, independente do desfecho. O Método Leap está apoiado em diálogos que permitem que a discordância ocorra sem haver ruptura, havendo menor nível de tensão e de conflito e maior nível de informação, de condução do diálogo, chance de cooperação e probabilidade de retorno ao diálogo.

Existem atitudes que colaboram nesse tipo de comunicação, como a postura afetiva, o colocar-se no lugar do outro, a evitação de confronto, o adiamento das opiniões, o tom conciliador, a sabedoria em discernir quando emitir um ponto de vista, a firmeza em não quebrar a confiança, conhecer e compreender as demandas do vulnerável. No diálogo guiado por esta perspectiva segue-se a regra dos três C: causa → comportamento → consequência.

É importante oferecer *feedbacks positivos* ao vulnerável, mas de um modo geral essa atitude é bem-vinda para todos. No início da formação dos grupos multifamiliares as famílias elaboram seu genograma²⁸, abrindo espaço para apresentar-se. Com a discussão que se instala cria-se a oportunidade para reconfiguração do problema, há um encorajamento para a troca de experiências e com essa prática o problema se redimensiona. O grupo é um estímulo à criação de uma rede de suporte social.

O desejo de mudanças muitas vezes é obstaculizado por uma visão limitada e negativa do problema. Por esse motivo, é importante ajudar o outro a falar de uma forma diferente sobre a sua questão, atribuindo novos sentidos à sua própria realidade. É importante focar no aqui/agora, isto é, no que se pode fazer para mudar o jeito de pensar e agir nos seus conceitos. Chamar atenção para as exceções (Em que momento foi diferente?). A ideia é romper a narrativa dominante, expandindo possibilidades.

Existe um poder na conversação vivida com essa intenção, pois ela não se fixa na desesperança, não foca no diagnóstico, e na qual seus participantes cultivam a mente do iniciante, mantendo a curiosidade para (re)aprender. Nessa intencionalidade nós conseguimos lembrar que as pessoas podem e vão mudar e aonde cada um toma para si que as coisas podem ser diferentes.

Os princípios específicos dessa conversação passam por reconhecer o ponto de vista do outro; perguntar sobre o que o outro deseja; identificar recursos positivos; pensar no passo a passo e separar o problema da pessoa.

²⁸ O genograma é a representação gráfica da família. Nele são representados seus diferentes membros, o padrão de relacionamento entre eles e as suas principais morbidades. Podem ser acrescentados dados como ocupação, hábitos, grau de escolaridade e dados relevantes da família, entre outros, de acordo com o objetivo do profissional. Enfim, é um diagrama no qual está representada a estrutura familiar. A demonstração gráfica da situação permite que o indivíduo pare e reflita sobre a dinâmica familiar, os problemas mais comuns que a afligem e o enfrentamento do problema pelos membros da família.