

Análise qualitativa de variáveis relevantes para a aplicação do programa de terapia psicológica integrada em pacientes com esquizofrenia de três centros do Sul do Brasil

Marilene Zimmer*
Adriana Veríssimo Duncan**
Paulo Belmonte-de-Abreu***

INTRODUÇÃO

Atualmente, dentre os programas de reabilitação oferecidos para pacientes com transtorno esquizofrênico, destaca-se o programa de terapia psicológica integrada para esquizofrenia *Integrated Psychological Therapy* (IPT), desenvolvido por Brenner et al.¹, sendo reconhecido como o primeiro tratamento sistemático manualizado para aplicação em grupos de pacientes com esquizofrenia que combina estratégias psicossociais e cognitivas². A versão alemã do manual do IPT está na quinta edição³, e o mesmo já foi traduzido para 10 idiomas, o que evidencia a aceitação desse programa de terapia cognitivo-comportamental.

O IPT consiste em um programa de psicoterapia cognitivo-comportamental dividido

em cinco subprogramas: diferenciação cognitiva, percepção social, comunicação verbal, habilidades sociais e resolução de problemas interpessoais; cada subprograma, por sua vez, está organizado em uma série de etapas de complexidade crescente. O foco do trabalho psicoterápico dos três primeiros subprogramas se concentra no desenvolvimento de funções cognitivas básicas. Os dois últimos subprogramas focalizam o desenvolvimento de tarefas mais complexas de aquisição de habilidades sociais para correção de interação social inadequada. Esse programa inclui instrução, aprendizagem de modelos, *role-playing*, *feedback* e reforço positivo. Os conteúdos da psicoterapia envolvem situações de diferentes áreas da vida cotidiana, como convivência familiar, interação social, dificuldades de execução de tarefas na vida diária, busca de trabalho, atividades em casa, relacionamento interpessoal, convivência familiar, atividades de lazer e demais relações sociais relevantes para os pacientes. O subprograma de **diferenciação cognitiva** está dividido em três etapas: exercícios com cartões; sistemas conceituais verbais (hierarquias

Estudo realizado no Serviço de Psiquiatria e Medicina Legal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS.

* Psicóloga. Mestre em Psiquiatria Social, Doutora em Ciências Médicas: Psiquiatria, Programa de Esquizofrenia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS.

** Terapeuta ocupacional.

*** Psiquiatra. Professor, Departamento de Psiquiatria, UFRGS, Porto Alegre, RS. Coordenador, Programa Esquizofrenia, HCPA, Porto Alegre, RS.

conceituais, sinônimos, antônimos, definições de palavras); e, por último, estratégias de busca. O subprograma de **percepção social** consiste na descrição e análise de *slides* sobre imagens da vida cotidiana. O subprograma de **comunicação verbal** inclui as seguintes etapas: repetição literal de frases; repetição segundo o sentido de frases autoformuladas; pergunta autoformulada e resposta; o grupo interroga um dos participantes sobre um tema determinado; comunicação livre. O subprograma de **habilidades sociais** consiste na realização de *role-playing* sobre dificuldades sociais dos pacientes, tais como: saber iniciar e manter uma conversa; pedir informações; recusar um pedido de forma assertiva; saber defender seu ponto de vista, bem como aceitar o dos demais. E no último subprograma, o de **resolução de problemas interpessoais**, são tratados problemas individuais dos pacientes, com estratégias passo a passo para buscar alternativas de solução.

Os autores da técnica vêm acompanhando as pesquisas realizadas sobre avaliação do IPT nos últimos 24 anos em diferentes países (Suíça, Estados Unidos, Canadá, Japão, Alemanha, Holanda, Itália e Espanha), onde os estudos publicados avaliam a aplicação do programa completo ou uma combinação de vários subprogramas, totalizando uma amostra de 1.329 pacientes esquizofrênicos, cujos resultados foram apresentados em uma recente meta-análise². Até o segundo semestre de 2005, não foi encontrada nenhuma publicação com referência a estudos controlados sobre a aplicação do IPT realizados no Brasil. Na meta-análise realizada por Muller et al.², os autores encontraram 28 estudos, sendo que 14 foram realizados na Alemanha, seis na Suíça, três na Espanha e um em cada um dos seguintes países: Holanda, Japão, Estados Unidos, Canadá e Inglaterra.

De acordo com Muller et al.², dos 28 estudos, somente nove utilizaram o IPT completo; nos demais, foi utilizada a combinação de alguns subprogramas; e, em quatro estudos, foram acrescentadas outras técnicas ao IPT. Existem sólidas evidências, derivadas de estudos controlados, indicando os benefícios do IPT na melhora do funcionamento cognitivo e social e na redução da severidade de alguns sintomas da esquizofrenia²⁻¹¹.

Um dos autores (M. Zimmer) recebeu treinamento diretamente com Roder no período de 1994-96, durante o mestrado em reabilitação psicossocial, realizado em Barcelona, Espanha. Desde então, a primeira autora vem trabalhando

com a aplicação desse programa em pacientes esquizofrênicos e com treinamento sobre a técnica para profissionais da saúde em cursos de extensão, seguido de supervisão e discussão de casos. Entretanto, temos experimentado algumas dificuldades quanto à adaptação do IPT completo para a realidade de cada grupo de pacientes. Devido a essas dificuldades, decidimos reunir o material dos técnicos que trabalham com o IPT e realizar uma avaliação das percepções dos pacientes, através da análise de conteúdo dos registros dos treinamentos, cujos resultados representam o principal foco do presente artigo.

Desde 1999, desenvolvemos um programa de reabilitação psicossocial, cujo início foi no Instituto de Capacitação e Reorientação Ocupacional (ICARO), em Porto Alegre (RS), onde era utilizado o modelo da abordagem cognitivo-comportamental proposta pelo IPT¹. Nesse mesmo período, teve início o processo de tradução do manual do IPT para o português, com revisão técnica da primeira autora (M. Zimmer) e acompanhamento de Roder.

O processo de desinstitucionalização dos doentes mentais no Brasil é recente, se comparado com o de outros países, visto que falta a implementação de políticas de tratamento e de reabilitação, que, embora existam, não estão sendo colocadas em prática; faltam também estudos para orientar e avaliar as abordagens de intervenção psicossocial que vêm sendo utilizadas na comunidade brasileira¹². Em 2002, diante da ausência de modelos de reabilitação psicossocial testados, a autora principal (M. Zimmer) iniciou, juntamente com o grupo de pesquisa do Programa de Esquizofrenia (Prodesq) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), a realização de um ensaio clínico randomizado, para avaliar a eficácia do IPT, bem como adaptação da técnica para a nossa realidade do Sul do Brasil.

Foi realizado um primeiro estudo sobre a utilização do IPT⁹, com uma amostra de 35 indivíduos, para avaliar a efetividade dessa técnica em uma amostra de pacientes de um serviço de reabilitação psicossocial de Porto Alegre. Apesar de algumas limitações de um estudo naturalístico, foi possível verificar a melhora dos pacientes esquizofrênicos, comparando as medidas antes e depois da intervenção, até a perda de seguimento dos mesmos (perda de seguimento porque os pacientes receberam alta da instituição na qual estavam recebendo atendimento psicossocial e ambulatorial ou porque desistiram do tratamento).

Os índices de melhora foram verificados quanto ao funcionamento geral e sociocupacional, avaliados pela Escala de Avaliação de Funcionamento Geral e pela Escala de Avaliação de Funcionamento Social e Ocupacional, ambas do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR – Fourth Edition – Text Revision* (DMS-IV-TR).

Nas reuniões de supervisão de aplicação do IPT, a partir de 2002, junto às equipes do ICARO, do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do HCPA e do CAPS de Tubarão (SC), foi possível constatar que somente poucos pacientes consideravam importante ou se sentiam motivados a participar de todas as etapas do IPT. A partir das discussões de casos, começamos a identificar que vários fatores poderiam estar associados a essas dificuldades: heterogeneidade dos participantes quanto a condições clínicas, gravidade dos sintomas, tempo de evolução da doença, idade e condições socioculturais; e talvez o fator mais importante fosse o aspecto cultural, devido à origem da técnica, desenvolvida na Alemanha, na década de 80, com todas as implicações culturais e temporais que isso pode envolver.

O objetivo principal do presente estudo foi avaliar os principais aspectos da aplicação da técnica IPT, através da análise de conteúdo das verbalizações dos pacientes, em grupos de discussão realizados após sessões terapêuticas da técnica. Com este estudo pretendemos fundamentar as estratégias que temos utilizado para trabalhar com o IPT e gerar evidências para a seleção de etapas que devem ser priorizadas na elaboração do programa de treinamento, tendo em vista a estrutura técnica da mesma, como modelo formal de tratamento para pacientes com esquizofrenia.

PRINCIPAIS QUESTÕES

As principais questões desta pesquisa foram: a percepção dos pacientes sobre os diversos aspectos abordados na técnica; quais são os aspectos da técnica do IPT que podem interferir na motivação e continuidade do tratamento; o que leva os pacientes esquizofrênicos a abandonar o treinamento com o IPT; e se é possível aplicar um programa, desenvolvido em outro país, da comunidade européia, com diferente cultura, sistema de ensino e estrutura familiar e alta estruturação social, em pacientes cobertos pelo Sistema Único de Saúde do Brasil, de acesso universal, porém com diferente mescla étnica, social e cultural.

MÉTODO

Participantes

Participaram do estudo 22 pacientes adultos, com idade média de 39,05 (desvio padrão – DP = 7,09), todos alfabetizados, com diagnóstico de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo, de acordo com DSM-IV, provenientes de três instituições diferentes do Sul do Brasil, perfazendo três grupos assim distribuídos: 1) grupo de treinamento com o IPT no ICARO, com 10 pacientes; 2) grupo do CAPS/HCPA, com oito pacientes; 3) grupo do CAPS/Tubarão, com quatro pacientes. Todos os pacientes apresentavam um quadro de estabilidade dos sintomas (ausência de delírios e alucinações), recebendo tratamento com neurolépticos, e um quadro crônico. Foram excluídos os casos que apresentavam sintomatologia ativa (presença de delírios, alucinações e pensamento desorganizado), abuso de substância e outro diagnóstico associado, como retardo mental e transtorno de conduta. Todos os pacientes que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Procedimentos de coleta de dados

Os dados foram coletados no período de 2002 a 2004, nos grupos em que foi aplicado o IPT, acima configurados. Nas três instituições que participaram deste estudo (ICARO, CAPS/HCPA e CAPS/Tubarão), os pacientes foram agrupados de acordo com a capacidade de funcionamento global, definida através de entrevista clínica pelo psicólogo responsável. Ao final de cada etapa do programa IPT, foram realizados grupos de discussão, onde era solicitado aos pacientes que fizessem uma avaliação dos exercícios trabalhados: o que mais gostaram, o que acharam dos exercícios, qual o grau de dificuldade que encontraram, o que não conseguiram fazer e quais aspectos positivos consideraram mais importante para cada um. Para os que não participavam ativamente da execução das tarefas, era solicitado que comentassem tais motivos. Foram registradas todas as informações junto com o diário de acompanhamento do treinamento. Após 3 meses de tratamento, observou-se que os pacientes já não se mostravam motivados para continuar os exercícios. Então, foi solicitado que cada um escrevesse e/ou verbalizasse o que mais gostava no treinamento e o que achava menos interessante. Nos casos dos pacientes que não

conseguiram escrever, eram registradas as verbalizações na forma literal em que eram enunciadas.

Procedimentos de análise dos dados

Com base nas discussões da equipe de profissionais nas reuniões de supervisão de aplicação do IPT, nas quais refletia-se sobre os possíveis motivos da desistência dos pacientes, foram definidas, *a priori*, as seguintes categorias para análise dos dados: 1) repetição e monotonia; 2) dificuldades para realizar alguns exercícios; 3) falta de utilidade prática para alguns exercícios; e 4) necessidade de saber mais sobre a doença. Também foram agrupados os comentários sobre os aspectos positivos do IPT.

Foram reunidos os textos de transcrição das verbalizações dos participantes, obtidos junto aos profissionais dos três centros. A análise de conteúdo desses textos foi feita segundo Bardin^{13,14}, seguindo o critério de agrupamento semântico, para exemplificar ou identificar as categorias pré-determinadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto aos dados sociodemográficos, a idade média dos pacientes foi de 39,05 anos

(DP = 7,09); 54,5% tinham concluído a quinta série do ensino fundamental; e 36,36% tinham entre 5 e 8 anos de escolaridade, sendo que todos os pacientes eram alfabetizados.

Não foram registradas perdas durante o período de 3 meses do estudo.

As principais críticas dos pacientes foram em relação aos primeiros subprogramas do IPT (tabela 1): diferenciação cognitiva (que compreende exercícios de classificação dos cartões de acordo com classes e categorias – formas geométricas, cores, números e dias da semana – e exercícios sobre definição e classificação de palavras – encontrar sinônimos e antônimos e descrever palavras de acordo com as circunstâncias); e comunicação verbal (que consiste em exercícios sobre repetição literal de frases, elaboração de perguntas com respostas, fórum de discussão sobre temas pré-definidos e entrevistas entre os participantes). As verbalizações dos pacientes com relação a essas etapas foram agrupadas segundo as seguintes categorias:

Repetição e monotonia

Os exercícios dos subprogramas de diferenciação cognitiva e comunicação verbal são vivenciados como repetitivos e monótonos, como mostra a fala dos pacientes: “Não gosto dos exercícios com os cartões, é sempre

Tabela 1 - Percepção subjetiva dos pacientes sobre os subprogramas do IPT

Subprogramas	Aspectos positivos	Aspectos negativos	Sugestões	Decisão
Diferenciação cognitiva	Bom para pensar	Repetitivo, parece coisa de criança, cansativo, chato, difícil a parte de definir palavras	Retirar as etapas de definição de palavras	Manter somente a etapa de exercícios com cartões
Percepção social	Ajuda a se concentrar	Sem comentários negativos	Mostrar mais fotos	Manter todas as etapas do subprograma
Comunicação verbal	Melhora a concentração e a memória	Repetitivo, difícil ler, difícil escrever, pouca utilidade prática	Fazer só a parte das frases	Manter a etapa de repetição literal de frases
Habilidades sociais	Ajuda a perder timidez, aprende a conversar, é bom conversar em grupo	Sem comentários negativos	Manter	Manter todas as etapas do subprograma
Resolução de problemas interpessoais	Ensina como resolver os problemas em casa, melhora o comportamento, as coisas parecem mais fáceis	Sem comentários negativos	Manter	Manter todas as etapas do subprograma
Necessidade de saber mais sobre a doença	Seria bom a gente conversar sobre a doença esquizofrenia, a gente poderia aprender como acontece	Pode incomodar ficar falando dos problemas da gente	Incluir uma sessão de conversa sobre a doença	Incluir uma sessão de psicoeducação

repetido”; “Acho sem graça fica separando cartão, é muito chato”; “Fico cansado de separar essas carta”; “Me cansa ficá esperando o R escolher as carta”; “Eu gostaria de fazer outras coisas, isso é cansativo”.

Dificuldades para realizar alguns exercícios

Os participantes dos grupos dos três centros que participaram deste estudo manifestaram ter dificuldade na execução dos exercícios onde era necessário escrever frases ou tomar notas de instruções de tarefas para casa. Isso pode ser exemplificado através das seguintes verbalizações: “Eu não gosto de escrevê, minha letra não é boa”; “Eu aprendi a lê e escrevê, mas não sei juntá as palavra, é muito difícil”; “Essa coisa de sabê sobre palavras é melhor pra quem estuda”; “Eu nunca fui bom nisso, era melhor ter um dicionário”; “É mais fácil dá um papelzinho anotado que a mãe faz pra mim em casa”; “Fica mais fácil se tu dissesse pra nós”; “Não dá, não sei escrevê, faz tempo que eu fui no colégio”; “Eu estudei, mas nunca aprendi a escrevê direito, é muito difícil”; “Não consigo lê, os olhos ficam embaralhado, por causa do remédio”; “Eu sinto dor de cabeça, tem que fazê muita força pra lê”; “Isso aqui é muito difícil”; “Essa atividade é muito difícil, porque faz a gente pensá”.

Falta de utilidade prática para alguns exercícios

Os pacientes, na sua maioria, questionavam a execução das etapas de diferenciação cognitiva e comunicação verbal, que se referem aos exercícios citados anteriormente, porque não encontravam utilidade para os mesmos no seu dia-a-dia. Os questionamentos, registrados através de suas opiniões, giram em torno de “Para que serve esse tipo de trabalho?”; “Pra que serve esse monte de listas?”; “Isso parece brincadeira de criança, eu não quero fazê”; “Acho que isso não serve pra nada, é só faz de conta”.

Necessidade de saber mais sobre a doença

Em várias sessões, os pacientes manifestaram preocupação e interesse sobre a doença, o que pode ser identificado pelas seguintes verbalizações: “Nós podíamos ficar falando da doença em vez desse jogo”; “É, a gente podia falá dos remédios que fazem mal”;

“Outro dia eu li que a esquizofrenia é um problema que não tem cura, mas eu não acredito nisso”; “Eu acho que é bom a gente aprendê, eu queria sabê mais da doença, o que é que eu tenho?”; “Eu acho que era melhor a gente ficar falando dos problemas da doença”.

As verbalizações dos pacientes, descritas nas quatro categorias anteriores, permitem afirmar que os pacientes sentem dificuldade de participar de atividades mais teóricas, como discussão de significado de palavras, elaboração de frases e escrever pequenos textos. Em várias experiências com os diferentes grupos de pacientes, que foram reunidos em cada uma das três instituições de acordo com o grau de cronicidade e comprometimentos da doença, tentou-se trabalhar com as etapas de sinônimos e antônimos, definição de palavras e escrever perguntas e respostas. Foi possível evidenciar uma baixa motivação, desinteresse, bem como dificuldades de execução das tarefas, principalmente de escrita e leitura. Nenhum paciente era analfabeto, visto que 39,06% tinham completado a quinta série do ensino fundamental, e 36,36% tinham entre 5 e 8 anos de escolaridade. Levando em conta que a idade média dos pacientes era de 39,05 (DP = 7,09) anos, eles estavam afastados dos estudos há cerca de 25 a 30 anos, não tendo, na maioria dos casos, o hábito de leitura e/ou escrita. Na organização dos grupos de treinamento, tomou-se o cuidado de agrupar os pacientes de acordo com a homogeneidade das características, tanto em nível de sintomas como de condições cognitivas, e foi possível observar que, quanto menor o nível de escolaridade, mais difícil se tornava motivá-los para as tarefas de comunicação verbal; os pacientes também se queixavam que tinham dificuldades com leitura e escrita.

Devido ao pequeno número de participantes em cada instituição, nem sempre foi possível ter um grupo completamente homogêneo, principalmente quanto ao nível de escolaridade. Os que haviam concluído o ensino médio ou iniciado uma faculdade não gostavam dos exercícios com os cartões e os de comunicação verbal, sendo que a principal queixa desses pacientes era de que não encontravam utilidade prática para esse tipo de exercícios.

Diante da repetição de comentários críticos e diminuição da participação dos pacientes, tomava-se nota e, a cada sessão, procurava-se explicar com mais detalhes o significado e a importância de seguir etapas; cada exercício

era apresentado detalhadamente, onde se ressaltava a importância de cada um e quais os benefícios que poderiam trazer. Pelos relatos dos pacientes, foi possível perceber que, embora se queixassem dos exercícios com cartões, tinham dificuldades de concentração e não conseguiam repetir as instruções; quando era solicitado que separassem os cartões considerando três critérios (por exemplo: separar cartões com círculo, da cor azul e com dois dígitos), atrapalhavam-se na execução da tarefa. Dessa forma, os cartões foram utilizados como introdutório nas sessões, onde eram aplicados alguns desses exercícios, e depois se passava para outro subprograma, como percepção social e comunicação verbal. Essa estratégia faz parte da técnica do IPT, o que possibilita trabalhar com exercícios de subprogramas diferentes em uma mesma sessão, buscando melhorar a motivação e participação dos pacientes nos diferentes grupos.

Foi possível observar que os pacientes entendem as instruções, mas não gostam de participar de algumas etapas; preferem os exercícios práticos, como os dos subprogramas de percepção social, habilidades sociais e, mais especificamente, os de resolução de problemas interpessoais. Antes do início desses subprogramas, era solicitado que cada um pensasse em suas principais dificuldades no dia-a-dia, para que fosse possível selecionar os temas que iriam ser trabalhados nas sessões através de *role-playing*, caracterizando-se como a primeira tarefa que deveriam realizar em casa. Quase todos os pacientes apresentavam uma pequena lista de dificuldades que encontravam no dia-a-dia. Para aqueles que não completavam essa tarefa por escrito, era pedido que comentassem suas dificuldades, e suas verbalizações eram registradas.

Com base nas verbalizações dos pacientes, pôde-se observar que um grande número tinha curiosidade ou necessidade de saber mais sobre a doença. Em razão dessa necessidade, nos grupos do ICARO e do CAPS/HCPA, foi organizado um material em transparências para retroprojeter de fácil entendimento, com desenhos e poucos textos explicativos sobre esquizofrenia, que foi extraído de um programa de psicoeducação para familiares, proposto por Sotillo¹⁵, com base na teoria de Leff¹⁶. No grupo do CAPS/Tubarão, não foi preparado nenhum material audiovisual, mas o assunto foi abordado na forma de discussão em grupo, onde eram respondidas

as dúvidas dos pacientes, bem como explicados os principais aspectos da esquizofrenia e as principais abordagens de tratamentos recomendadas.

Contrastando com os aspectos críticos descritos nas categorias acima, nossos achados evidenciam que os pacientes são capazes de destacar os aspectos positivos da técnica. Foi possível observar que, nos exercícios de percepção social, habilidades sociais e resolução de problemas, o crescimento da participação e a melhora dos pacientes eram percebidos por eles mesmos, como se pode verificar por seus comentários: “Esse trabalho faz a gente pensá”; “A mãe diz que eu tô mais calmo, não fico andando de um lado pro outro”; “Agora eu consigo vê TV, antes eu não conseguia ficá sentado”; “É bom a gente conversá com o grupo, eu gosto, a gente entende melhor as coisa”; “Eu gostei, é bom a gente tá aqui, tá me ajudando a entendê as coisa”; “Eu gosto de debate, a gente aprende com a idéia dos outros”. Em todos os grupos, foi percebido o crescimento do entusiasmo dos pacientes para realizar as tarefas, e a justificativa para tal mudança era de que eles encontravam maior utilidade para os exercícios, visto que poderiam lhes ajudar nos problemas reais do dia-a-dia.

Quanto às discussões sobre o tema da doença (psicoeducação) incluídas nos grupos do ICARO e do CAPS/HCPA, os pacientes manifestaram sua satisfação através das seguintes verbalizações: “Eu fiquei aliviado de saber que outras pessoas também sentem o que eu sinto”; “Agora eu entendo que esses pensamentos que eu tenho são da doença”; “Tudo isso que foi mostrado aí eu tenho”; “Eu achava que os remédios é que deixavam a gente assim”. As sessões onde foram abordados os aspectos da doença passaram a ser as mais elogiadas pelos pacientes, porque, segundo as verbalizações deles, essa etapa tinha lhes ajudado a entender muitas coisas sobre a doença; e foi percebido, em todos os grupos, que os pacientes passaram a se interessar mais pelas tarefas, demonstrando maior motivação para participar da execução das atividades e melhor integração grupal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, procuramos analisar as percepções dos pacientes sobre sua participação em um treinamento estruturado com base no manual do IPT, para podermos propor adaptações dessa técnica para a nossa realidade brasileira.

Através da análise qualitativa dos registros, cujos achados fundamentam o foco principal do presente artigo, foram encontrados aspectos muito relevantes para entender a participação dos pacientes no tratamento com essa abordagem desenvolvida em um país europeu. São evidentes as diferenças culturais entre diferentes países, embora o Sul do Brasil tenha muita influência da cultura européia. Não estamos habituados à utilização de programas altamente estruturados, com seguimento de etapas pré-definidas e com complexidade crescente. Por outro lado, consideramos de fundamental importância o estudo de técnicas que nos possibilitem avaliar os programas de reabilitação psicossocial, principalmente para atender pacientes com esquizofrenia. Em nosso julgamento, o esforço para implementar e manter uma intervenção para esquizofrenia requer o conhecimento de atividades específicas e objetivos similares aos utilizados por outros centros que alcançaram resultados positivos. Por isso nosso interesse em adaptar a técnica do IPT: para facilitar sua utilização no Brasil.

Destacamos como pontos fortes da técnica do IPT as orientações para avaliar e elaborar lista de problemas, instruir/educar o paciente sobre os objetivos do modelo cognitivo e sua importância no treinamento das habilidades comportamentais, incluindo automanejo através da recordação de instruções e exercícios práticos de tarefas para serem realizados no ambiente dos pacientes.

De acordo com as evidências dos achados deste estudo, foi possível verificar que as etapas de diferenciação cognitiva e comunicação verbal apresentam níveis de dificuldade para sua execução, sendo estas apresentadas como justificativas para o baixo índice de motivação e participação dos pacientes nos grupos de treinamento.

Nas reuniões de supervisão entre os três centros que trabalhavam com o IPT, surgiu a necessidade de testar a aplicação dessa técnica, com a exclusão das etapas de diferenciação cognitiva e comunicação verbal e inclusão de uma etapa adicional de psicoeducação, abordando temas sobre a doença, em reforço ao que já foi sugerido em um estudo realizado recentemente na Espanha¹⁰.

Por consenso dos técnicos dos três centros, decidiu-se manter os exercícios com cartões do subprograma de diferenciação cognitiva, com o objetivo de treinar a concentração, atenção, memória e foco nas atividades. Embora os pacientes tenham

criticado essa etapa, parece-nos que a utilização desses exercícios é de fundamental importância para se lograr a melhora do funcionamento cognitivo. Dessa forma, foi sugerido aplicar essa etapa como introdutória das sessões, ou seja, aplicar alguns desses exercícios com o objetivo de melhorar a concentração para as atividades seguintes.

Nossos achados evidenciam que as diferenças culturais podem interferir na aplicação do IPT. Entretanto, os resultados positivos relatados pelos próprios pacientes, de melhora no seu funcionamento do dia-a-dia, aliados às críticas formuladas pelos mesmos, motivam-nos a continuar buscando a adaptação dessa técnica para as características de nossos pacientes.

Este estudo teve pontos fortes, como a participação de três diferentes centros que utilizaram a técnica do IPT, os quais oferecem serviços especializados, com equipe multidisciplinar e serviço ambulatorial para pessoas com diagnóstico do espectro da esquizofrenia.

Com base neste estudo, foi realizado um ensaio clínico randomizado com pacientes com diagnóstico de esquizofrenia do Ambulatório de Esquizofrenia e Demências do Prodesq, no HCPA, utilizando o IPT, com a exclusão das etapas onde é necessário executar tarefas de leitura e escrita e dos subprogramas de diferenciação cognitiva e comunicação verbal (citados anteriormente) e a inclusão de psicoeducação, para testar a viabilidade de adaptação da técnica através desses critérios. Esses resultados são discutidos em outro artigo, em fase de publicação¹⁷.

Finalizando, também se faz necessário destacar a necessidade de estudos controlados de comparação entre o IPT e outras intervenções, em amostras maiores de indivíduos brasileiros com diagnóstico de esquizofrenia, para testar mais especificamente os efeitos dessa abordagem em nossa realidade, visto que, em nosso país, não foram encontrados estudos publicados sobre a avaliação dessa técnica.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho recebeu apoio em forma de bolsa de estudos através do: CNPq - CAPES – ICCTI - FAPERGS, Ministério da Educação, Brasil. Nossos agradecimentos a Profa. Maria Lucia Tiellet (PUCRS), Graciela I. de Jou (PUCRS), equipe do CAPS/HCPA, equipe do CAPS/Tubarão.

REFERÊNCIAS

1. Roder V, Brenner HD, Hodel B, Kienzle N. Terapia integrada da esquizofrenia. São Paulo (SP): Lemos; 2002.
2. Müller DR, Roder V, Brenner HD. Effektivität des Integrierten Psychologischen Therapieprogramms für schizophrenen Erkrankte Eine Metaanalyse über 28 unabhängige Studien. *Nervenarzt* 2005; 3 August. Disponível em: <http://www.springerlink.com/hstiw145hrd1u255cw1caj2/app/home/contribution.asp>.
3. Roder V, Brenner HD, Muller D, Lachler M, Zorn P, Teisch T, et al. Development of specific social skills training programs for schizophrenia patients: results of a multicentre study. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;105(5):363-71.
4. Penn DL, Mueser KT. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1996;153(5):607-17.
5. Mojtabai R, Nicholson RA, Carpenter BN. Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia: a meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophr Bull*. 1998;24(4):569-87.
6. Spaulding WD, Reed D, Sullivan M, Richardson C, Weiler M. Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation. *Schizophr Bull*. 1999;25(4):657-76.
7. Roder V, Zorn P, Muller D, Brenner HD. Improving recreational, residential, and vocational outcomes for patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2001;52(11):1439-41.
8. Penadés R, Boget T, Catalán R, Bernardo M, Gastó C, Salamero M. Cognitive mechanisms, psychosocial functioning, and neurocognitive rehabilitation in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2003;63(3):219-27.
9. Zimmer M, Godoy LA, Godoy JSP, Belmonte-de-Abreu PS. Mudança no funcionamento social e ocupacional de portadores de esquizofrenia e transtorno de humor, expostos ao Programa de psicoterapia Cognitivo-Comportamental derivado de Roder: um estudo naturalista de 3 anos. *Rev Bras Psicoter*. 2003;5(1):3-18.
10. Lemos Giráldez S, Vallina Fernández O, García Saiz A, Gutiérrez Perez AM, Alonso MS, Ortega Fernández JA. Evaluación de la efectividad de la terapia psicológica integrada en la evolución a largo plazo de pacientes con esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr*. 2004;32(3):116-77.
11. Pomini V. The IPT integrative program schizophrenia patients: new perspectives. *Rev Med Suisse Romande*. 2004;124(4):209-12.
12. Villares CC. Adaptação transcultural de intervenções psicossociais na esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22(Supl 1):53-5.
13. Flick U. Uma introdução à pesquisa qualitativa. 2. ed. Porto Alegre (RS): Bookman; 2004.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. 3. ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
15. Sotillo Zevallos C, Albuquerque F, Noli I, Cabra M, Martínez A, Guillén R. Manual para la capacitación a personal de salud en el programa psicoeducativo a familiares de pacientes esquizofrénicos crónicos. Peru: Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi; 1995.
16. Leff J. Can long-stay psychiatric patients be socially integrated into the community? *La Rehabilitación Psicossocial Integral en la Comunidad y con la Comunidad*. 1995;1:98-101.
17. Zimmer M, Duncan AV, Belmonte-de-Abreu P. A 12-week randomized controlled study of the cognitive-behavioral IPT program (Integrated Psychological Therapy Program) with positive effect in social functioning on schizophrenic patients. *Rev Bras Psiquiatr*. (no prelo).

RESUMO

Objetivos: São dois os propósitos deste estudo: apresentar as principais dificuldades que temos encontrado com a aplicação do programa de terapia psicológica integrada para esquizofrenia Integrated Psychological Therapy (IPT), desenvolvido na Alemanha, e fundamentar as estratégias que temos utilizado para adaptar essa técnica à nossa realidade brasileira.

Método: Abordagem qualitativa, com análise de dados, através do conteúdo das verbalizações dos pacientes, em grupos de discussão realizados após sessões terapêuticas da técnica, com três grupos de pacientes diagnosticados de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo, de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, provenientes de três instituições diferentes, que trabalham com a aplicação do IPT – Instituto de Capacitação e Reorientação Ocupacional, Centro de Atenção Psicossocial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Centro de Atenção Psicossocial de Tubarão (SC) –, totalizando 22 pacientes.

Resultados: Foram levantadas as seguintes categorias: repetição e monotonia; dificuldades de execução de alguns exercícios; falta de utilidade prática de alguns exercícios; e necessidade de saber mais sobre a doença. Também foram encontrados aspectos positivos da técnica relatados pelos pacientes.

Discussão: Os resultados evidenciam aspectos muito relevantes para entender a motivação dos pacientes para a adesão ao tratamento com essa abordagem desenvolvida em um país europeu. Nossos achados sugerem que as diferenças culturais podem interferir na aplicação do IPT quanto à sua estruturação; entretanto, a melhora de funcionamento, como relatado pelos próprios pacientes, motiva-nos a continuar buscando a adaptação dessa técnica para as características de nossos pacientes. Contudo, são necessários outros estudos no futuro, como ensaio clínico controlado, para avaliar mais especificamente a efetividade da adaptação do IPT para pacientes brasileiros.

Descritores: Esquizofrenia, tratamento cognitivo-comportamental, terapia psicológica integrada, reabilitação psicossocial.

ABSTRACT

Objectives: This study aims at (1) presenting the main difficulties in the application of the integrated psychological therapy (IPT) program for schizophrenia developed in Germany; and (2) documenting the strategies used to adapt this technique to the Brazilian reality. **Method:** Qualitative approach with data analysis through the examination of the contents of patients' verbalizations in discussion groups carried out after IPT therapy sessions with three groups of patients with schizophrenia or schizoaffective disorder

diagnosis, according to DSM-IV. These patients came from three different institutions that work with IPT: Instituto de Capacitação e Reorientação Ocupacional (Capacitation and Occupational Rehabilitation Institute), Centro de Atenção Psicossocial (Center for Psychosocial Care) at Hospital das Clínicas de Porto Alegre, and Centro de Atenção Psicossocial (Center for Psychosocial Care) in Tubarão (SC, Brazil), including a total of 22 outpatients.

Results: The following categories were determined: repetition and monotony; difficulty in doing some exercises; lack of practical usefulness in doing some exercises; and need of knowing more about the disease. Positive aspects related to the technique were also reported by the patients.

Discussion: The results reveal very relevant aspects for the understanding of the outpatients' compliance to a treatment developed in a European country. Our findings suggest that cultural differences may interfere with the application of IPT in terms of its structure. However, improvement in functioning, as related by the outpatients, motivates us to continue

searching for the adaptation of this technique to our patients' characteristics. Nevertheless, further studies, such as controlled clinical trials, are necessary to assess the effectiveness of the IPT adaptation to Brazilian patients.

Keywords: *Schizophrenia, cognitive-behavioral treatment, IPT, psychosocial rehabilitation.*

Title: *Qualitative analysis of relevant variables for the application of the Integrated Psychological Therapy Program (IPT) in patients with schizophrenia in three Southern Brazilian Centers*

Correspondência:

Marilene Zimmer

Rua Baronesa do Gravataí, 344/101 - Menino Deus

CEP 90160-070 – Porto Alegre, RS

Tel.: (51) 3226.7518, (51) 8122.4840

E-mail: marilenezimmer@gmail.com

Copyright © Revista de Psiquiatria
do Rio Grande do Sul – SPRS