

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
PÓS - GRADUAÇÃO SAÚDE MENTAL III

HELENA PIZZOLATTI DEBIASI

**FATORES QUE DETERMINAM A INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO
FARMACOLÓGICO EM PACIENTES ESQUIZÓFRÊNICOS – REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA**

Orientadora: Prof.Dra. Alexandra Zugno

CRICIÚMA, 2012

Vó Nazarita, essa conquista é pra você.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus e a minha família por estarem sempre ao meu lado e por me apoiarem em todos os momentos.

A arte de ser louco é jamais cometer a loucura de ser um
sujeito normal.

(Raul Seixas).

RESUMO

A esquizofrenia ainda é uma incógnita para a área da saúde mental. Por não ter causa estabelecida, e se tratando somente de hipóteses, o tratamento farmacológico é a primeira escolha para a minimização dos sintomas e de um melhor prognóstico. Conhecer as causas da interrupção do tratamento pelos pacientes e fazer ligação com a literatura é de fundamental importância para desenvolver estratégias e garantir uma maior adesão ao tratamento e conseqüentemente uma melhora na qualidade de vida do portador de esquizofrenia. A revisão bibliográfica possibilitou um achado dos principais fatores responsáveis pela não adesão ao tratamento farmacológico, sendo assim, os resultados da pesquisa permitiram identificar tais fatores e elencar intervenções para que ocorra a estabilização e manutenção do tratamento.

Palavras –chave: Esquizofrenia. Antipsicóticos. Adesão. Tratamento.

ABSTRACT

Schizophrenia is still unknown to mental health. Why have not established cause, and it comes only hypotheses, pharmacological treatment is the first choice for reduction of symptoms and a better prognosis. Knowing the causes of treatment interruption for patients and make the connection with the literature is of fundamental importance to develop strategies and ensure greater adherence to treatment and consequently an improvement in quality of life of patients with schizophrenia. The literature review allowed a finding of the main factors responsible for non-adherence to drug treatment, so the results of the research allowed to identify and rank factors such interventions to occur and stabilization of treatment.

Keywords: Schizophrenia. Antipsychotics. Accession. Treatment.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID 10 – Classificação Internacional de Doenças.

C.O – Complicações Obstétricas.

DSM – IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.

MZ – Monozigóticos.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2.2 EPIDEMIOLOGIA	11
2.2 FISIOPATOLOGIA	13
2.2.1 Fatores Biológicos	14
2.2.2 Fatores Ambientais e Psicossociais.....	15
2.2.3 Complicações Obstétricas	16
1.2.4 Neurodesenvolvimento	17
2.2.5 Hipótese da Dopamina.....	18
1.4 SINAIS E SINTOMAS	19
1.4.1 Alucinações	20
1.4.2 Delírios	20
1.4.3 Comportamento Desorganizado	21
1.4.4 Sintomas Cognitivos.....	21
1.4.5 Sintomas Motores	22
1.4.6 Processos de Pensamento Perturbados.....	22
1.4.7 Sintomas de Humor.....	22
1.5 DIAGNÓSTICO	23
1.6 TRATAMENTO	24
1.6.1 Hospitalização	24
1.6.2 Tratamento Farmacológico	24
1.6.3 Efeitos Adversos	27
1.6.4 Terapia de Grupo.....	28
1.6.5 Psicoterapia Individual	28
1.6.6 Intervenções Psicossociais.....	29
1.6.7 Intervenções Familiares.....	29
1.6.8 Adesão ao Tratamento.....	30
1.7.1 Não adesão e comorbidades.....	31
1.7.2 Não adesão e efeitos adversos	31
1.7.3 Não adesão e suporte familiar	32
1.7.4 Não adesão e entendimento da doença	33
CONCLUSÃO	34
REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é um transtorno mental grave, caracterizado principalmente pela perda cognitiva e o isolamento social. Geralmente os primeiros sintomas ocorrem entre o final da adolescência e a idade adulta. Na maioria das vezes ocorre o aparecimento de alucinações, delírios, e desorganização da linguagem. Bleuler (1960) definiu a esquizofrenia como:

[...] um grupo de psicoses cujo curso pode ser crônico ou intermitente, podendo deter-se ou retroceder em qualquer etapa, mas que não permitiria uma restituição completa em relação ao estado pré-mórbido. A doença se caracterizaria por um tipo específico de alteração do pensamento, dos sentimentos e da relação com o mundo exterior atingindo a personalidade, o processo associativo e os afetos [...]. Haveria uma clivagem entre ideia e afeto, o chamado “complexo ideo-afetivo”. (SILVEIRA, 2009, p. 5)

Segundo as estatísticas, 1% da população mundial sofre de esquizofrenia, independente da classe social, cultura ou etnia, sem distinguir homens ou mulheres.

A esquizofrenia ainda não tem uma causa definida, o DSM – IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) considera esquizofrenia quando no mínimo dois ou mais sintomas se tornam presentes com duração de pelo menos um mês, os sintomas são: delírios; alucinações; discurso desorganizado; comportamento amplamente desorganizado ou catatônico; sintomas negativos (embotamento afetivo, alogia, avolição); disfunções sociais, no trabalho ou no estudo; denotando perdas nas habilidades interpessoais e produtivas. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – IV) preconiza que os sintomas negativos e de *déficit* funcional devem ter duração de pelo menos seis meses. (PONDÉ, 2004)

“Mesmo após séculos sendo estudada, a fisiopatologia da esquizofrenia ainda está longe de ser definida, existem autores que acreditam na “existência de uma predisposição biológica e que o desenvolvimento da doença seja neurotóxico” explica Pondé (2004, p.85).

Roder *et al.* (2001, p.15) defende a idéia de que “a esquizofrenia já não é apenas atribuída a uma causa da área biológica e psicossocial, mas a ação conjunta de muitos fatores individuais que pertencem à área biológica e psicossocial”.

Os fatores biológicos, sociais e psicológicos têm tido grande repercussão na área, alguns autores estudam e acreditam em outras possíveis causas como complicações obstétricas, ambientais, teorias dopaminérgicas, serotoninérgicas.

Devido à grande perda cognitiva, as conseqüências que portadores de esquizofrenia podem vir adquirir, são as mais diversas possíveis, e afetam não apenas o paciente, e sim toda família. Pois, por se manifestar no final da adolescência, é muito difícil para a família compreender.

Frente a isso a inquietação que conduziu o processo da pesquisa foi o seguinte problema: Porque os pacientes esquizofrênicos interrompem o tratamento?

Essa pesquisa se desenvolveu em busca de tal resposta, devido à esquizofrenia ser um transtorno mental muito estudado atualmente, ainda se tem muito a descobrir e a entender sobre ela. Os pacientes esquizofrênicos sofrem várias perdas cognitivas e também com os sintomas presentes na patologia, além de passarem por vários tipos de preconceitos e dificuldades perante a sociedade, por isso, a importância e o enfoque ao tratamento com antipsicóticos.

O objetivo geral deste trabalho é realizar uma revisão bibliográfica, por meio de revisão de literatura a partir de bancos de dados, usando artigos de estudos desde 2000 para investigar a interrupção do tratamento medicamentoso em pacientes esquizofrênicos.

Especificamente os objetivos que nortearam essa pesquisa foram:

- Caracterizar a esquizofrenia.
- Descrever a ação medicamentosa dos antipsicóticos.
- Relacionar os fatores que levam o paciente portador de esquizofrenia a interromper o tratamento.

Por se tratar de uma doença crônica e ainda sem cura, é importante delimitar fatores responsáveis pela interrupção do tratamento com antipsicóticos, sendo este o tratamento mais adequado e eficaz para a diminuição dos sintomas, que são os responsáveis por tantos danos e prejuízos na vida do portador do transtorno e da sua família.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS

A história da esquizofrenia passa por várias mudanças ao longo da evolução da humanidade. Na antiguidade ela era entendida como sendo algo sobrenatural e o tratamento consistia em dar um pouco de conforto aos doentes.

No final da idade média as pessoas com transtorno mental eram tidas como “possuídas” e os tratamentos consistiam em exorcismos, espancamentos, privação de alimentos entre outros.

Os pacientes eram completamente isolados, abandonados, excluídos e sem nenhuma condição digna de sobrevivência: “Emil Kraepelin, em 1896, estabeleceu os primeiros critérios para a esquizofrenia, diferenciando a Demência Precoce da Psicose Maníaco Depressiva”. (SHIRAKAWA; CHAVES; MARI, 2001, p. 15-16).

Para Sadock (2007, p.507)

Os pacientes afetados pela *dementia precox* tinham curso deteriorante em longo prazo e sintomas clínicos comuns de alucinações e delírios, já aqueles classificados como portadores de psicose maníaco-depressiva sofriam episódios distintos de doença alternados com período de funcionamento normal.

O termo esquizofrenia que em grego significa “mente dividida” foi utilizado pela primeira vez por Eugen Bleuler, em 1911, para descrever a doença.

Silveira (2009, p.07) descreve que

Com o termo esquizo-frenia, composto pelo verbo grego schízo (que significa separar, clivar) e pelo substantivo grego phrén (espírito, inteligência), Bleuler quer mostrar que o sintoma fundamental desta doença seria a dissociação do psiquismo, e não uma evolução para a deterioração psíquica.

Já no Brasil, o conceito de esquizofrenia, foi expresso em uma tese de Lopes Rodrigues, para um concurso de professor de Psiquiatria em Minas Gerais, no ano de 1926. (CORRÊA, GUSMÃO, 1997, p. 97 *apud* SILVEIRA, 2009).

No passado os pacientes psiquiátricos ficavam hospitalizados por muitos meses e muitas vezes eram abandonados e permaneciam lá por toda a vida. Nos

dias de hoje, os pacientes são atendidos em ambulatórios, e se a hospitalização se faz necessária, em geral, é por poucas semanas.

A reforma psiquiátrica trouxe grandes benefícios para estes pacientes, lutando contra os manicômios e por um tratamento humanizado sempre com o intuito de reinserir o portador na sociedade, foi assim então que surgiram os Centros de Atenção Psicossocial, para prestarem esse tipo de assistência ao paciente e ao familiar. Mas, infelizmente, a idéia de submissão, isolamento e inutilidade do “louco” persiste até hoje.

Palmeira (2010) destaca que:

O tema esquizofrenia foi abordado recentemente de forma clara e educativa, instigando a sociedade a rever preconceitos e estigmas que rondam a doença há mais de um século. Tabus como associá-la à violência, à necessidade de internações prolongadas e à impossibilidade de recuperação ou a atitude de culpar o paciente e a família pela doença precisam ser desmistificados para o bem daqueles que lutam para vencê-la.

Com o avanço das pesquisas, acredita-se que novos medicamentos e estratégias de intervenções serão desenvolvidas com o intuito de evitar o primeiro surto, e minimizar os sintomas de quem já desenvolveu a doença, permitindo assim que o paciente tenha uma vida mais independente e produtiva.

2.2 EPIDEMIOLOGIA

Segundo as estatísticas 1% da população mundial sofre de esquizofrenia, o que significa que uma pessoa em cada cem vai desenvolver a doença durante sua vida.

As prevalências anuais estão entre a faixa de 0,5 a 5,0 em cada dez mil pessoas. O DSM – IV sugere algumas variações geográficas na incidência. Como exemplo, existe um risco mais elevado entre indivíduos nascidos na zona urbana de países industrializados comparados com os que nasceram em zona rural. Isso sugere que a causa ou uma das causas da esquizofrenia está diretamente ligada a fatores ambientais e estressores em pessoas com risco, porém, ainda não existe nada que comprove tais estatísticas e suposições.

A esquizofrenia não distingue classe social, raça, gênero e as taxas de incidência são praticamente iguais em todo o mundo.

Nos homens seu início é mais precoce, entre 10 e 25 anos, já nas mulheres isso ocorre entre os 25 e 35 anos. É comprovado que 90% dos pacientes que estão em tratamento têm entre 15 e 55 anos de idade. Nas crianças, os meninos são duas vezes mais acometidos pela doença comparados com as meninas. (TENGAN, MAIA, 2004)

“O começo da doença é mais precoce no homem do que na mulher. Entretanto, na presença de história familiar positiva para distúrbios psicóticos, a idade de início é mais precoce para homens do que para mulheres” enfatiza Mari; Leitão (2007, p.02).

Um estudo significativo feito sobre a doença, relata que existe uma maior probabilidade de desenvolvê-la pessoas nascidas no inverno e no início da primavera. Uma hipótese para este relato, é que um fator de risco específico da estação, como um vírus, pode interferir nestes casos. A frequência de desenvolver o transtorno pode ser aumentada após a exposição ao vírus *influenza*, o que naturalmente ocorre no inverno (GARCIA, PONDÉ, LIMA, 2004).

Outro dado importante é que entre parentes biológicos de primeiro grau, existe um risco 10 vezes maior de desenvolver a doença, comparado com o resto da população em geral. Parentes de terceiro grau apresentam apenas 2% de chance de desenvolvê-la, e parentes de segundo grau 6%. (GARCIA, PONDÉ, LIMA, 2004).

As estimativas não são exatas, mais até 15% dos pacientes esquizofrênicos tendem a ter o risco de morrer devido a uma tentativa de suicídio e 50% dos pacientes tentam cometê-lo. Este risco aumenta significativamente entre os jovens.

Um dado bastante relevante é que cerca de até 50 % dos pacientes esquizofrênicos tendem a minimizar a ansiedade e a depressão com o abuso e dependência de álcool. Outras substâncias também são freqüentes como a maconha (15 a 25 %) e a cocaína (cerca de 5 a 10 %). É válido ressaltar que 75% dos portadores de esquizofrenia fumam, e uma explicação dada para esta alta prevalência é que as substâncias que contém no cigarro, podem reduzir alguns sintomas positivos, como a alucinação, neste sentido o tabagismo seria uma forma de automedicação inconsciente. Mari; Leitão (2007, p.2) afirma que

Os estudos epidemiológicos realizados no Brasil originam estimativas de incidência e prevalência compatíveis com as observadas em outros países. Não há consistência de possíveis diferenças na prevalência da esquizofrenia entre sexos, independentemente da metodologia empregada nos diferentes levantamentos epidemiológicos.

Os dados epidemiológicos se fazem necessários para originar estimativas de incidência e prevalência da doença em determinado local. Esses dados são utilizados para ajudar a compreender a doença e suas causas.

2.2 FISIOPATOLOGIA

Falar da fisiopatologia é tocar em um ponto chave nos estudos sobre a esquizofrenia. Muitas são as pesquisas e teorias diante do assunto, porém, ainda não se obteve nenhuma causa concreta. Kraepelin já questionava, se a esquizofrenia era uma doença única ou um grupo de doenças contínuas.

Garcia; Pondé; Lima (2004, p.38) partiu da “hipótese de que a esquizofrenia representa uma doença única, a qual se expressa por meio de manifestações clínicas diferentes em caráter e intensidade.

Sadok (2007, p.513) também afirma que a patologia em questão é uma doença única, mas ressalta que “a categoria diagnóstica inclui um grupo de transtornos com sintomas comportamentais um tanto semelhantes, mas com causas heterogêneas”.

É evidente que não é apenas uma única causa responsável pelo desenvolvimento da doença. Um grande número de estudos genéticos demonstra que a predisposição genética, contribui cerca de 50%, ficando os fatores ambientais responsáveis pelos outros 50%. Essa combinação entre fatores genéticos e ambientais levaria a pessoa a atingir um limiar, dando assim, o estímulo que faltava para que a doença se iniciasse. (GARCIA; *et al.*, 2004).

Este limiar também pode ser visto no modelo de diástase-estresse, que acredita existir a integração entre fatores biológicos, psicossociais e ambientais. Assim sendo, uma pessoa vulnerável a desenvolver a doença (diástase) , quando, afetada por um estressor poderá vir a desenvolver a esquizofrenia (SADOK, 2007).

Deste modo, se faz claro que existem fatores causais da doença, porém, é necessário, que haja certo tipo de estímulo seja ele ambiental, biológico ou psicológico para que ela venha a se desenvolver.

Para Tengan e Maia (2004)

Na esquizofrenia, os fatores biológicos são primários, e os fatores psicossociais têm influência muito importante. O componente genético é comprovado por estudos de família, adoção e gêmeos. Atualmente, pesquisas mais refinadas em biologia molecular e técnicas moleculares mapeiam os genes que tornam os indivíduos suscetíveis à esquizofrenia.

Como ainda não se tem uma causa concreta, muitas pesquisas estão sendo realizadas para que ela seja definida, com a finalidade de que entendendo a causa o tratamento seja realizado de uma maneira mais correta e menos agressiva, pois os antipsicóticos amenizam os efeitos da doença mas em contra partida aparecem efeitos adversos que muitas vezes são tão impossibilitantes como os da doença.

2.2.1 Fatores Biológicos

A base dos estudos biológicos é em gêmeos monozigóticos (MZ) adotados. Esses estudos têm demonstrado de uma forma muito clara que realmente existe uma contribuição genética nas causas da esquizofrenia.

Se a genética é responsável por 50% no desenvolvimento da doença, ficam os questionamentos referentes à quantidade de genes que estão envolvidos, quais são eles, onde se localizam e como é a interação entre si, entre fatores exógenos e endógenos? (GARCIA; *et al* 2004).

O fato de gêmeos monozigóticos apresentarem taxa de discordância entre si de 50% para esquizofrenia, implica uma interação pouco clara entre o ambiente e o desenvolvimento do transtorno. (SADOK, 2007).

Avaliando esses dados, a conclusão em que se chega, é que, mesmo entre gêmeos MZ, que possuem 100% dos genes iguais, ainda se tem a chance de que um gêmeo desenvolva a esquizofrenia e o outro não.

Garcia; Pondé; Lima (2004, p.41) enfatizam que

Se de um lado a predisposição genética é incontestável, do outro lado, a própria genética abre espaço para os fatores ambientais, os quais também explicariam a expressão da doença em um gêmeo MZ e não no outro, apesar de ambos terem exatamente os mesmos genes.

Ainda Garcia; Pondé; Lima (2004, p.40) apontam que “[...] a herança genética, apesar de necessária não é suficiente para que o indivíduo desenvolva a doença, pois a concordância média em gêmeos MZ é de 50%, o que deixa metade das causas para fatores ambientais”.

Sadok (2007, p. 519), menciona que

Em estudos sobre gêmeos monozigóticos adotados, observou-se que aqueles criados por pais adotivos, têm esquizofrenia na mesma taxa que seus irmãos gêmeos criados pelos pais biológicos. O achado sugere que a influência genética é mais decisiva do que ambiental.

Resumindo, e mesmo com as discordâncias de autores, o que prevalece é que esses dados nos mostram concomitantemente que a carga genética, isoladamente, não é fator determinante no desenvolvimento da doença, favorecendo a idéia de interação entre fatores genéticos e ambientais.

É importante enfatizar que estes estudos que pretendem compreender a genética estão apenas começando a ser compreendidos, e, portanto, muitas respostas ainda serão desvendadas com a evolução da ciência e dos estudos sobre o assunto.

2.2.2 Fatores Ambientais e Psicossociais

Os fatores ambientais interagem com o indivíduo desde o momento em que este foi concebido até a sua morte, e como já foi falado, esse fatores são responsáveis por desencadear a esquizofrenia e também por fazer com que ocorram as recidivas. A maior parte desses fatores ainda não foi determinada. Quando comentado sobre fatores ambientais, precisa-se levar em consideração que a própria predisposição que o indivíduo possui, pois isso vai fazer com que ele selecione ou construa ambientes que são mais apropriados com os seus genótipos. (GÁRCIA, *et al* 2004).

Um entendimento dessa interação entre gene e ambiente, futuramente, irá nos propiciar, um tratamento mais racional, aumentando assim o prognóstico da doença. Existem também estudos que nos trazem a idéia de que a esquizofrenia atinge pacientes individuais, ou seja, cada sujeito carrega consigo sua própria constituição psicológica, enfatizando a importância de compreender como a doença afeta e altera a psique do paciente.

2.2.3 Complicações Obstétricas

Algumas literaturas trazem essas complicações não como uma causa, mas como uma associação que ajudaria no desenvolvimento da esquizofrenia, ou seja, essas complicações obstétricas não são necessárias e também não são suficientes, porém, se estiverem presentes este risco aumenta para o aparecimento da doença.

Já em 1978, McNeil & Kaij chegaram à conclusão de que “complicações obstétricas (CO) são um fator de risco para a esquizofrenia naqueles indivíduos que tem uma predisposição genética”, mencionou Garcia, *et al* (2004, p.43).

Nestes estudos, pode ser visto que indivíduos que sofreram CO eram duas vezes mais susceptíveis a desenvolver a esquizofrenia.

O risco para esquizofrenia associada à CO foi de 5,75% em comparação com aqueles indivíduos sem CO relevantes.

Por outro lado, 97% dos indivíduos que sofreram complicações no parto não desenvolveram esquizofrenia (BUKA *et al.*, 1993 *apud* NETTO, BRESSAN, FILHO, 2007).

Foi realizada recentemente uma revisão literária, onde se concluiu que “baixo peso ao nascer” é sim um fator de risco moderado, mas definitivo para esquizofrenia. Kunugi & Nanko (2001). McDonald e Murray, 2000 *apud* Netto, Bressan, Filho (2007) concluiu que

A definição de complicações obstétricas é bastante diversa, englobando eventos ocorridos durante a gravidez ou o parto, o que dificulta a interpretação desses dados. A idéia central é de que essas complicações levariam a um dano ao cérebro que predisporia ao desenvolvimento da esquizofrenia, sobretudo por meio de insultos hipóxico/ isquêmicos.

As complicações obstétricas ganharam maior ênfase nos últimos tempos, pois, acredita-se que delimitando elas, os pacientes que se encontram no grupo de risco, podem quem sabe evitar essas complicações, diminuindo assim as chances de desenvolver a doença ao longo dos anos.

1.2.4 Neurodesenvolvimento

A hipótese do neurodesenvolvimento propõe a presença de mudanças neurológicas desde o nascimento. Para Garcia, *et al* (2004, p.84), são aspectos que apontam para a hipótese do neurodesenvolvimento:

Elevadas taxas de problemas na gravidez ou nascimento e exposição a vírus; [...] *déficits* neuropsicológicos de parentes do primeiro grau de esquizofrênicos. Evidência de perda do volume cerebral antes do surto em alguns esquizofrênicos.

São propostos três modelos com a finalidade de explicar como algum tipo de alteração no neurodesenvolvimento poderia levar a um quadro de esquizofrenia.

A hipótese das alterações precoces, afirma que se existir essa alteração no período intra-uterino, isso afetaria diretamente no processo normal de neurodesenvolvimento, resultado em uma poda sináptica deficiente ou em excesso.

A abordagem pelo neurodesenvolvimento vem sendo mais estudada e pode ser compreendida por dois aspectos: desenvolvimento normal de início, submetido a uma lesão no período mais crítico do desenvolvimento (trauma perinatal, infecção viral congênita), alterando a citoarquitetura; ou desenvolvimento já de início alterado, não aparente nos primeiros anos e evidenciado durante a maturação por algum fator estressor. Esta segunda hipótese explica por que, dos indivíduos submetidos às mesmas condições patogênicas, apenas aqueles com vulnerabilidade maior evoluem para esquizofrenia. (TENGAN, MAIA, 2004).

Outra hipótese é a das alterações tardias, que diz que a anomalia ocorre somente na adolescência, durante a poda sináptica.

A última é a proposta integrativa, que acredita que a doença é resultante de uma cascata de efeitos, uma disfunção nos processos precoces e tardios da maturação cerebral, mediada geneticamente, interagindo com fatores adversos humorais ou também psicossociais durante a adolescência e a idade adulta. (GARCIA, *et al* 2004).

Esta idéia do neurodesenvolvimento é “apoiada por estudos com imagens cerebrais mostrando atrofia cortical e aumento do volume dos ventrículos cerebrais”. [...] “Estudos de cérebros esquizofrênicos após a morte mostram evidências de neurônios corticais mal colocados e com morfologia anormal”. (RANG *et al* 2007, p.546).

Lara, *et al* (2004, p. 287) enfatiza que

[...] há varias evidências apontando anormalidades estruturais no cérebro desses pacientes. Os resultados anatômicos mais consistentes mostram um aumento do volume ventricular, o que reflete uma diminuição de tecido cerebral. Outros achados incluem atrofas focais ou difusas no neocórtex e diminuição de estruturas do lobo temporal medial (principalmente hipocampo) e do tálamo. Estima-se que haja uma diminuição de 5 a 10% da massa cinzenta. [...] refletindo uma diminuição de metabolismo nessas regiões.

Os estudos mostram que essas alterações existem, mas ainda não se sabe ao certo em como essas alterações implicariam no desenvolvimento da esquizofrenia. Várias hipóteses existem, e acredita-se que com o avanço da ciência, no futuro essas alterações nos ajudem a entender o curso da doença, tentando quem sabe encontrar a cura.

2.2.5 Hipótese da Dopamina

Essa teoria sugere de uma forma simples, que a esquizofrenia é resultante de um excesso de atividade dopaminérgica. Esta hipótese evoluiu devido a duas questões. A eficácia da maioria dos antipsicóticos está muito relacionada à sua atuação como antagonistas do receptor de Dopamina D₂, e também por que os agentes que elevam a atividade dopaminérgica são psicotomiméticos.

Sadok (2007, p. 514) afirma que “um papel significativo da dopamina na fisiopatologia da esquizofrenia é consistente com estudos que mediram concentrações plasmáticas do principal metabólito da dopamina, o ácido homovanílico”.

Essa alta concentração do ácido homovanílico em pacientes que não estão em tratamento resultaria em um agravamento dos sintomas psicóticos, contudo, com o tratamento, essas concentrações tendem a baixar o que levaria a melhora dos sintomas. Outra variante da hipótese da dopamina (ABI-DARGHAM & LARUELLE, 2005) sugere que a esquizofrenia reflete um desequilíbrio entre excessiva ativação dos receptores D₂ nas regiões subcorticais (causando sintomas positivos) e ativação deficiente dos receptores D₁ corticais (causando sintomas negativos). (RANG *et al*, 2007, p.547).

Outros autores também acreditam que essa hipótese é baseada na idéia de que a patologia está associada a uma hiperatividade dopaminérgica. É o que acredita Lara, *et al*, (2004, p.289) quando relata que

As evidências que sustentam tal hipótese mostram que fármacos que aumentam a atividade dopaminérgica, como anfetaminas, são capazes de induzir os sintomas positivos da doença em pessoas previamente saudáveis.

É apropriado ressaltar, que mesmo a dopamina estando indiscutivelmente envolvida, os detalhes da sua ação, ainda estão longe de serem compreendidos, mas ela continua sendo estudada e aperfeiçoada, sendo que cada vez mais são identificados novos receptores.

1.4 SINAIS E SINTOMAS

Os três principais cursos da doença são: um episódio ou surto único com boa recuperação, surtos repetidos com recuperação parcial e um curso progressivo levando a debilidade crônica. (LARA *et al* 2004, p. 286).

Os sintomas característicos podem ser conceitualizados como enquadrando-se em duas amplas categorias – positivos e negativos. Os sintomas positivos parecem refletir um excesso ou distorção de funções normais, enquanto os sintomas negativos parecem refletir uma diminuição ou perda de funções normais (DSM – IV, 2008, p. 304).

Os sintomas positivos incluem distorções ou exageros no raciocínio lógico, da percepção, da linguagem e comunicação e do controle comportamental. Alucinações e delírios são uns dos sintomas positivos mais comuns, além do discurso desorganizado. Em contra partida, os sintomas negativos mais presentes são o embotamento afetivo (envolvem a restrição na expressão emocional), alogia (uma diminuição ou falha no pensamento), avolição (iniciação do comportamento dirigido a um objeto alterado), auto-higiene precária, retraimento social, falta de motivação, catatonia, ausência de fala.

A esquizofrenia com início na infância tem algumas particularidades quando comparada à de início na fase adulta. Quando iniciada antes dos 12 anos de idade, está fortemente associada a problemas de comportamento. Essas crianças têm sido descritas como socialmente desadaptadas, estranhas e isoladas, além de apresentarem distúrbios de comportamento e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. (TENGAN, MAIA, 2004).

1.4.1 Alucinações

As alucinações podem ser visuais, auditivas, olfativas, gustativas e táteis, no entanto as mais comuns são as auditivas, vozes de comando, acusatórias, ameaçadoras. Duas ou mais vozes podem conversar entre si comentando e/ou criticando a vida ou os pensamentos do paciente. (DSM-IV, 2008)

Essas alucinações são muito freqüentes e características do portador de esquizofrenia. O tratamento é muito importante nesse ponto, pois, é somente com ele que se consegue amenizar esses sintomas, que são os responsáveis por rotular o paciente esquizofrênico como “louco”.

1.4.2 Delírios

Delírios podem ser definidos como idéias errôneas, ou como uma forma de interpretação equivocada. Eles variam entre delírios místicos, persecutórios, de referências, de grandeza, somáticos entre outros.

Os delírios que expressam uma perda de controle sobre a mente ou o corpo geralmente são considerados bizarros; eles incluem a crença de que pensamentos foram retirados por alguma força externa (“extração de pensamentos”), que pensamentos estranhos foram colocados na mente (“inserção de pensamento”) ou que o corpo ou as ações do indivíduo estão sendo manipulados por alguma força externa (“delírios de controle”) (DSM – IV, 2008, p.305).

Na esquizofrenia, os delírios persecutórios são os mais comuns. O paciente acredita estar sendo monitorado, perseguido, ameaçado, enganado. Delírios de referência também são encontrados nestes pacientes, e são manifestados na crença em certos comentários, letras de músicas, eles acreditam que essas referências são diretamente para eles. Existem também os delírios bizarros, característicos da doença. Eles são completamente incompreensíveis e estão totalmente fora dos padrões de normalidade da sociedade.

1.4.3 Comportamento Desorganizado

Manifesta-se de várias maneiras, afeta atividades básicas do dia a dia, como falta de higiene, por exemplo. O paciente pode tornar-se desleixado, vestindo-se de uma maneira imprópria, como vestir várias roupas em um dia de calor, também pode apresentar um comportamento sexual alterado geralmente aumentado e pode apresentar também uma agitação sem motivo qualquer.

É muito comum os pacientes deixarem de lado coisas básicas como o cuidado com a aparência, com a saúde e com sua própria higiene. Tornando-se muitas vezes com o aspecto de sujo, causando conseqüentemente certa repulsa entre os amigos, familiares e o meio social em que pertence.

1.4.4 Sintomas Cognitivos

Esses sintomas são fundamentais para o diagnóstico da doença. São extremamente característicos de portadores de esquizofrenia.

O comprometimento no funcionamento social é um importante sintoma da esquizofrenia e pode ocorrer tanto na forma de isolamento social quanto na forma de inadequação afetiva e comportamental. Esse tipo de comprometimento, embora esteja também presente em outros transtornos mentais, é muito mais marcante na esquizofrenia, podendo surgir ao longo de todo o curso do transtorno, persistir a despeito do tratamento antipsicótico, tendendo à estabilidade ou mesmo à piora com a evolução do quadro. Além disso, o prejuízo do funcionamento social aumenta as taxas de recaída da esquizofrenia, tornando imprescindível o desenvolvimento de intervenções que melhorem essas funções (TONELLI E ALVAREZ, 2009).

Esses sintomas cognitivos seriam efeitos de uma sobrecarga de estímulos, o que acarretaria em uma ampliação excessiva da atenção. Holmes (2001, p.238-289) explica que

Muitas pessoas que sofrem de esquizofrenia carecem de habilidades de barrar estímulos internos e externos irrelevantes. É como se o filtro que a maioria de nós possui para eliminar estímulos estranhos lhe faltasse ou estivesse estragado. Conseqüentemente, as pessoas com esquizofrenia são forçadas a prestar atenção a tudo ao seu redor e dentro delas, e sentem como se estivessem inundadas por uma sobrecarga de percepções, pensamentos e sentimentos.

Os sintomas cognitivos são os mais degradantes da doença, pois, o isolamento causado por esses sintomas, acarreta em um isolamento social, o que

faz com que o portador deixe de possuir uma vida social, muitas vezes isso afeta até o relacionamento familiar.

1.4.5 Sintomas Motores

Resumem-se na diminuição da reação ao ambiente, podem permanecer por horas em uma mesma posição, adotando posturas bizarras sem se dispersarem, da mesma forma, podem apresentar uma excitação sem propósito.

Todos esses sintomas nos pacientes causam uma enorme alteração na relação entre o eu - mundo, essa perda é indiscutivelmente marcante na vida do paciente, pois ele passa pela experiência de perder o controle sobre si mesmo, uma invasão sobre sua intimidade. Eles afetam de maneira brusca as relações interpessoais, afetam no trabalho, nos estudos entre outros.

1.4.6 Processos de Pensamento Perturbados

As frases usadas por portadores de esquizofrenia geralmente se apresentam corretamente em relação à gramática, porém, os pensamentos são desorganizados e sem sentidos, esses pensamentos são descritos como fugas de idéias. Isso pode ser explicado por um “afrouxamento” das ligações dos pensamentos, de modo que os pensamentos tornam-se irrelevantes. (HOLMES, 2001).

1.4.7 Sintomas de Humor

O embotamento é o principal sintoma de humor presente no esquizofrênico, eles tendem a não reagir da maneira esperada quando expostos em situações ambientais e interpessoais. Por outro lado, eles podem apresentar uma reação total de euforia em casos de tristezas. Conclui-se então que essas emoções são inapropriadas.

Como exemplo, podemos citar casos em que algum familiar próximo do paciente venha a falecer, este por sua vez, mostra-se alegre ou eufórico, uma reação incomum e imprópria para a ocasião.

1.5 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico em esquizofrenia ainda é muito complexo, não existe nenhum sinal ou sintoma clínico específico que caracterize a doença. Todos os sintomas presentes na esquizofrenia também podem ser encontrados em outros transtornos mentais. Devido a isto o diagnóstico é estabelecido por exclusão, ou seja, descartando outros transtornos que tenham os mesmos sintomas.

O papel do psiquiatra neste contexto em especial, é indiscutivelmente importante e decisivo, é a partir deste diagnóstico que será realizado todo o planejamento do tratamento.

A história do paciente é fundamental nesta parte, pois é a partir dela que o profissional irá se orientar. Ainda não existem exames que são conclusivos, testes psicológicos e exames de neuroimagem podem ser realizados, porém com uma contribuição mínima para a realização do diagnóstico. Portanto “o diagnóstico é o reconhecimento de uma constelação de sinais e sintomas associados com prejuízo no funcionamento ocupacional ou social”, conclui DSM – IV (2008, p. 304).

Atualmente são usados dois sistemas operacionais para analisar os critérios e assim poder diagnosticar o paciente. O DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais, 4ª edição) e o CID 10 (Classificação Internacional de Doenças).

O DSM-IV considera esquizofrenia quando sintomas, tanto positivos como negativos se fazem presentes por um mês, com alguns sinais persistentes por seis meses ou mais.

O CID 10 exige que sintomas como roubo do pensamento, delírios e alucinações persistentes e sintomas negativos, tais como, pobreza do discurso, apatia, retraimento social devem persistir por quase todo o período de um mês, para que o diagnóstico de esquizofrenia seja concluído.

Conforme a predominância dos sintomas, a esquizofrenia é classificada em subtipos, quais sejam: paranóide, catatônica, desorganizada ou hebefrênica, indiferenciada (em que não há predominância de um grupo de sintomas) e residual. (LARA *et al*, 2004, p. 286).

1.6 TRATAMENTO

Como as causas ainda não são definidas, e estão embasadas em torno de hipóteses ambientais, genéticas, psicossociais e químicas, o tratamento varia entre esses polos, ou seja, assim como o tratamento farmacológico é usado e indicado para corrigir problemas químicos, outras estratégias também são eficazes no tratamento como a psicoterapia.

O tratamento tem como objetivo o controle do quadro, já que o mesmo ainda não possui cura. Ele busca minimizar os sintomas e evitar o aparecimento de recidivas, tentando fazer com o que a vida do paciente fique a mais próxima da realidade, reincidindo o mesmo no meio social e familiar.

1.6.1 Hospitalização

Nos dias de hoje, a internação é usada somente em último caso, quando já se esgotaram as alternativas, porém, quando o paciente encontra-se em surto ela geralmente se faz necessária. A internação também é válida para fins de diagnósticos e estabilização da medicação, e, em casos de pacientes suicidas é utilizada como forma de segurança.

“No Brasil, a esquizofrenia ocupa 30% dos leitos psiquiátricos hospitalares, ou cerca de 100 mil leitos-dia, e representa o segundo lugar das primeiras consultas psiquiátricas ambulatoriais (14%) e o quinto lugar na manutenção de auxílio-doença”. (LARA, *et al* 2004, p.285).

A internação deve ser evitada, tendo como preferência o tratamento ambulatorial, que engloba desde prevenções de recaídas até a adaptação da família e do doente com a doença.

1.6.2 Tratamento Farmacológico

Com o avanço das pesquisas, atualmente, existem mais de 20 fármacos antipsicóticos, e suas diferenças são pequenas.

Basicamente, são classificados em antipsicóticos típicos e atípicos. Os principais antipsicóticos típicos ou de primeira geração são: clorpromazepina e o

haloperidol, flufenazpina ,flupentixol, clopentixol. E os atípicos ou de segunda geração são: clozapina, risperidona, sertindol, quetiapina, amissulprida, aripiprazol, zotepina. A principal diferença entre eles está nos efeitos adversos. (RANG, 2007).

Enquanto os antipsicóticos de primeira geração atuam em várias áreas do cérebro os de segunda geração são mais específicos, minimizando assim os efeitos adversos. Outra diferença bastante relevante quanto se faz a escolha do tratamento é em relação ao custo - benefício. Os antipsicóticos atípicos são muito mais caros em relação aos outros, que são fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como exemplo o haloperidol.

Nos últimos anos, tem surgido um número importante de neurolépticos (atípicos) com eficácia comprovada e menores efeitos adversos, porém sua utilização no tratamento das psicoses infantis ainda é restrita. O haloperidol, uma droga já utilizada há vários anos, continua sendo uma boa escolha para o tratamento das psicoses infantis (dose de 0,02 a 0,12 mg/kg/dia). Apesar de terem efeitos colaterais, como sintomas extrapiramidais e acatisia, estes são facilmente controlados, e são drogas extremamente seguras. Outra boa opção seria a risperidona, que apresenta um risco de discinesia tardia bem inferior ao haloperidol. A olanzapina também tem sido utilizada no tratamento das psicoses infantis, com boa resposta. (TENGAN, MAIA, 2004).

O tratamento farmacológico é responsável pelo controle dos sintomas e pela estabilização da doença. Diminuindo os sintomas, o paciente apresenta grandes chances de levar uma vida normal.

1.6.2.1 Antagonistas dos Receptores de Dopamina

Esses medicamentos são eficazes principalmente diminuindo os sintomas positivos. Existem dois pontos negativos no uso desses fármacos, primeiro que somente 25% apresentam uma melhora significativa no funcionamento mental, e segundo, eles estão associados a vários efeitos adversos incômodos. Os principais são acatisia, e sintomas semelhantes aos do parkinsonismo. (SADOK, 2007).

Os principais fármacos dessa categoria são o haloperidol e a clorpromazina.

- a) haloperidol, é um antipsicótico: serve para tratar distúrbios de comportamento não psicótico e para tratamento de psicoses. Agem bloqueando receptores pós-sinápticos da dopamina.

- b) clorpromazina, é usado para tratamento da esquizofrenia e psicoses. Ele bloqueia os impulsos gerados pela dopamina nas sinapses nervosas.

A atividade antipsicótica deriva da inibição da neurotransmissão dopaminérgica. São efetivos quando aproximadamente 80% dos receptores D₂ do cérebro estão ocupados. Eles também bloqueiam receptores noradrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos, com os diferentes medicamentos tendo efeitos diferentes sobre esses sistemas de receptores (SADOCK, *et al* 2007, p.184).

”A clorpromazina tem a extraordinária propriedade de induzir um estado de indiferença a situações de estresse”. (SCHATZBERG, NEMEROFF, 2002, p. 85).

1.6.2.2 Antagonistas da Serotonina – Dopamina

Esses fármacos “[...] interagem com subtipos diferentes de receptores da dopamina em relação aos antipsicóticos – padrão e afetam os receptores serotoninérgicos e glutamatérgicos” (SADOK, 2007, p.534).

Seus efeitos adversos são menores em relação à outra categoria, além de serem mínimos e na maioria dos casos não produz sintomas extrapiramidas, o que é comum nos antipsicóticos típicos. Seus principais fármacos no tratamento de esquizofrenia incluem a Clozapina, Risperidona, Olanzapina e Ziprasidona.

- a) Clozapina: Usada para tratamento de esquizofrenia em pacientes resistentes aos antipsicóticos clássicos. Interfere com a dopamina ligando-se aos seus receptores.

A clozapina recebeu aprovação para uso em seres humanos, apesar de seus raros mas potencialmente fatais efeitos colaterais adversos, porque 1) um número crescente de estudos sugeriu sua eficácia antipsicótica em pacientes esquizofrênicos fora isso refratários ou não respondendo ao tratamento e 2) ela tem um incidência muito reduzida de discinesia tardia em comparação com as medicações antipsicóticas típicas (SCHATZBERG, NEMEROFF, 2002, p.104).

- c) Risperidona: É usado em casos de psicoses. O mecanismo de ação ainda não foi definido. É antagonista dos receptores da serotonina. Ela se mostrou eficaz tanto para os sintomas positivos quando para os negativos.

“Está associada a menor ganho de peso em comparação a olanzapina ou clozapina” (TEG, DEMETRIO, 2006, p.46).

Risperidona é um antagonista seletivo das monoaminas cerebrais, com propriedades únicas. Apesar de a Risperidona ser um antagonista D₂ potente, o que é considerado como ação responsável pela melhora dos sintomas positivos da esquizofrenia, o seu efeito depressor da atividade motora e indutor de capacidade é menos potente do que os neurolépticos clássicos. O antagonista balanceado serotoninérgico e dopaminérgico central pode reduzir a possibilidade de desenvolver efeitos extrapiramidais e estende a atividade terapêutica sobre os sintomas negativos e afetivos da esquizofrenia.

- d) Olanzapina: é eficaz no tratamento de esquizofrenia. Sua ação também não é muito compreendida, acredita-se que ela aja como antagonista da dopamina e da serotonina.

Aproximadamente 85% da olanzapina é absorvida pelo trato gastrointestinal. É administrada em uma dose ao dia. Leva consistentemente a aumento de peso maior e mais freqüente do que os outros antipsicóticos atípicos. Esse efeito não é dependente da dose e continua com o tempo. (SADOCK, SADOCK, SUSSMAN, 2007, p.303).

A olanzapina também pode ser encontrada em apresentação injetável.

- d) Ziprasidona: Serve para o tratamento e estabilização da patologia. Acredita-se que o efeito antipsicótico acontece por ele bloquear receptores de serotonina e de dopamina.

1.6.3 Efeitos Adversos

São efeitos indesejáveis, ou tóxicos, esses efeitos podem ser tão intensos a ponto de serem excluídos da terapêutica.

- a) Distonia Aguda: São movimentos involuntários como agitação, espasmos musculares, muitas vezes acompanhados por sintomas da doença de Parkinson. São mais intensos na primeira semana de uso do fármaco e tendem a diminuir no decorrer do tempo. (RANG, 2007). Os sintomas se manifestam por meio de crises oculógiras, torcicolo, profusão da língua, caretas, contrações nas mãos ou nos braços.

- b) Discinesia Tardia: Apresenta-se depois de meses ou anos de uso do fármaco. É incapacitante e irreversível. Consiste em movimentos involuntários da face e da língua, mas também afeta extremidades e tronco. (RANGE, 2007). Esses movimentos podem variar drasticamente, mostrando melhora durante o sono, e piora em momentos de ansiedade.
- c) Acatisia: Considerado o sintoma extrapiramidal mais desconfortável. Apresenta-se na forma de inquietação. Essa inquietude pode ser nas pernas e na impossibilidade de permanecer parado no mesmo lugar.
- d) Disfunções sexuais: Pacientes em uso de antipsicóticos apresentam uma taxa bastante significativa nas disfunções sexuais. A impotência e a perda da libido é o fator de maior incomodo entre os pacientes. (SHIRAKAWA, 2007). Problemas com ejaculação também podem ocorrer. Nestes casos em que a disfunção sexual se faz presente é preciso avaliar o quanto o efeito causa de incomodo no paciente, para que o tratamento não seja interrompido.

1.6.4 Terapia de Grupo

Os grupos têm orientações comportamentais, psicodinâmicas e principalmente apoio. Os grupos voltados para o apoio parecem ser os mais benéficos. (SADOK, 2007)

O terapeuta tem a função de incentivar e orientar o paciente para que este participe de ações que irão auxiliá-lo na manutenção de aspectos básicos, porém necessários para a sua vida, tratando as dificuldades e eventuais incapacidades.

1.6.5 Psicoterapia Individual

Estudos sobre os efeitos da psicoterapia individual no tratamento da esquizofrenia produziram dados de que a terapia é útil e seus efeitos se somam aos tratamentos farmacológicos. "Na psicoterapia com um paciente esquizofrênico, é fundamental desenvolver uma relação que o paciente veja como segura" enfatizou (SADOK, 2007, p.538).

Ela deve priorizar o apoio, pois o paciente possui dificuldades específicas necessitando assim de suporte para melhorar sua qualidade de vida.

1.6.6 Intervenções Psicossociais

As intervenções psicossociais mostram grande eficácia em relação à adesão ao tratamento farmacológico.

Outra característica da intervenção psicossocial é que ela busca a recuperação e aceitação da doença, a quebra de estigma, através da participação em atividades grupais, com direção orientada. Através dos grupos, há um período de avaliação, culminando na oportunidade para o mútuo apoio durante a transição da recuperação dos sintomas agudos psicóticos, promovendo um conceito individual dos pacientes sobre a doença e proporcionando uma melhor adaptação da psicose. Conseqüentemente, um melhor conforto ao paciente. (GIACON, GALERA, 2006, p.4).

Essas intervenções procuram reinserir o paciente da sociedade, fazendo com que o mesmo não interrompa suas ações e continue evoluindo na medida do possível.

1.6.7 Intervenções Familiares

A terapia familiar surgiu para melhorar os níveis de estresse que os familiares vivem por conviver com o paciente psiquiátrico. A importância e o peso que a família tem sobre o paciente pode influenciar diretamente no tratamento e conseqüentemente na estabilização do quadro do paciente.

A intervenção familiar do tipo sistêmico é a mais recomendada nesse período. Através dela é possível promover educação sobre a doença, seus sintomas, suas crises, seu tratamento, suas delimitações, além de ajudar o grupo a enfrentar melhor o impacto da doença, promovendo também a redução do estigma. (GIACON, GALERA, 2006, p.5).

A família possui papel fundamental no tratamento do paciente, os membros da família quando interessados em ajudar, sempre encorajam o portador da doença. É muito importante que a família esteja e saiba como conviver e lidar com o paciente na sua totalidade.

1.6.8 Adesão ao Tratamento

A adesão ao tratamento em pacientes esquizofrênicos é muito baixa, isso inclui inúmeros fatores como, efeitos adversos, o nível de escolaridade, condições psicológicas e sociais, aceitação e entendimento da doença dentre outros. “Perda de insight e negação são comumente citados como as razões principais de não-adesão ao tratamento medicamentoso” (OLFSON *et al.*, 2006, *apud* SHIRAKAWA, 2007, p.23).

Essa adesão é necessária, devido que, se não existir tratamento não vai existir melhora no quadro clínico do paciente, e o prognóstico da doença também será muito inferior comparado com aqueles pacientes que estão em tratamento, além de que, em cada surto que o portador apresenta acarretará em perdas funcionais muitas vezes irreversíveis.

1.7 FATORES DETERMINANTES PARA A NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO

Como podemos constatar a interrupção do tratamento é umas das principais causas responsáveis pela reinternação hospitalar, isso significa que quando o paciente apresenta um número pequeno ou menor de hospitalizações, pode-se dizer que ele provavelmente está aderindo ao tratamento da maneira esperada e desejada.

Na esquizofrenia, a não adesão à medicação é um dos principais problemas clínicos no curso da doença, como se demonstra pelo aumento de números de recaídas, de re-hospitalização, tempo de remissão e tentativas de suicídio (LEUCHET e HERES,2006 *apud* SHIRAKAWA, 2007, p.87-88).

Diversos são os fatores que levam o paciente a interromper o tratamento. Durante a pesquisa, vários foram citados, alguns com altas prevalências e outros com índices baixos, porém todos significativos, tendo em vista a importância do tratamento com antipsicóticos.

Cardoso e Galera, (2008) seleciona alguns fatores determinantes quando diz que:

Entre estes fatores podemos destacar: a não aceitação da doença e descrença quanto aos benefícios do tratamento, a ocorrência de efeitos colaterais pelo uso da medicação, a falta de *insight*, a severidade da doença, o alcoolismo e abuso de drogas, aceitação da doença e medo de reinternação (recaídas), o tratamento com medicações de depósito, a baixa complexidade do esquema terapêutico, o estabelecimento de aliança terapêutica entre o profissional de saúde e paciente.

No decorrer da doença a não adesão acaba se desenvolvendo de forma gradual e tem uma relação direta com o agravamento do transtorno.

1.7.1 Não adesão e comorbidades

A literatura traz evidências dessa relação entre não adesão e comorbidades. “Aproximadamente um terço dos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia não aderente ao tratamento têm histórico de comorbidade com abuso ou dependência de álcool”. (WILK *et al.* 2006 *apud* SHIRAKAWA, 2007, p.28). O uso de substâncias psicoativas também pode estar ligado à interrupção do tratamento.

O abuso de drogas é considerado a condição psiquiátrica comórbida mais prevalente associada a esquizofrenia. Segundo Fowler *et al.* (1998), 27% dos pacientes nos últimos seis meses e 60% ao longo da vida abusam ou são dependentes de substâncias psicoativas. Inúmeros estudos têm demonstrado forte correlação entre não-adesão ao tratamento medicamentoso e abuso de substâncias psicoativas, mas pouco se sabe sobre essa correlação. (SHIRAKAWA, 2007, p. 27).

Muitos pacientes começam o tratamento e até conseguem manter certa estabilidade durante algum tempo, porém, sem um acompanhamento adequado, acabam voltando a usar substâncias psicoativas lícitas e/ou ilícitas, o que acaba por interromper o tratamento com antipsicóticos.

1.7.2 Não adesão e efeitos adversos

Os efeitos adversos são um dos principais fatores relacionados a não adesão ao tratamento. Eles geralmente são incômodos e causam mal estar nos pacientes. Isso faz com que diminua o interesse do paciente em relação ao tratamento farmacológico.

Os antipsicóticos possuem eficácia comprovada no tratamento da esquizofrenia. Quanto mais cedo for feito o diagnóstico e o início do tratamento, maiores serão as chances de um prognóstico diferenciado, pois em cada surto que o paciente apresenta, ele tem morte neural, isso explica o porquê de muitas vezes o tratamento não acabar totalmente com os sintomas. Mas na sua totalidade, eles minimizam de forma muito eficaz toda a sintomatologia, possibilitando uma vida normal ao portador da doença.

Os efeitos colaterais foram a razão para a descontinuidade do tratamento em 80% dos pacientes não-aderentes intencionalmente. Estudo constatou que os pacientes podem considerar o desconforto ocasionado pelos sintomas da doença tão intensos quanto os acarretados pelos efeitos adversos dos antipsicóticos. (NICODELLI *et al* 2010)

Os profissionais de saúde precisam estar atentos ao aparecimento desses efeitos, para que estes sejam minimizados e/ou eliminados o mais rápido possível, com ações multidisciplinares.

1.7.3 Não adesão e suporte familiar

Para que o paciente tenha uma boa adesão ao tratamento com antipsicóticos é necessário que ele sinta algum benefício ou melhora no seu quadro, além de ter uma supervisão diária da família.

À partir dos dados obtidos durante as pesquisas, o que pode ser observado, relatado e analisado, é que esta supervisão familiar tem um peso muito significativo quando se trata de adesão ou interrupção do tratamento.

Vários estudos realizados comprovam a importância da família diante do tratamento da reabilitação do paciente.

De acordo com NICE (2003), um *guideline* desenvolvido pelo The Royal College of Psychiatrists & The British Psychological, com recomendações relacionadas ao manejo e tratamento da esquizofrenia, as intervenções familiares têm uma forte evidência científica no que diz respeito à diminuição das taxas de internação, melhora do ajustamento social e adesão ao tratamento. (SHIRAKAMA, 2007, p.70).

Em muitos casos o que acontece é a ausência familiar, os pacientes portadores de esquizofrenia acabam sendo abandonados em hospitais psiquiátricos ou mesmo na rua por seus familiares.

1.7.4 Não adesão e entendimento da doença

Muitos pacientes não possuem conhecimento sobre sua patologia, não sabem sua progressão e nem o porquê das medicações. Boa parte desses pacientes já apresenta déficits cognitivos significativos, o que dificulta ainda mais esse entendimento. Devido a isso, é de suma importância esclarecer de forma clara e objetiva o transtorno e conseqüentemente o seu tratamento quando é feito o diagnóstico.

Segundo Nicolino *et al*/2010

Observou-se, também, conhecimento insuficiente sobre a esquizofrenia e sobre o tratamento medicamentoso entre os pacientes, sendo que alguns não sabiam sequer mencionar o nome do transtorno e outros afirmaram não ter o hábito de questionar sobre a esquizofrenia e tratamento.

É dever do profissional de saúde esclarecer todas as dúvidas que surgirem em torno da doença, como também do tratamento medicamentoso, ressaltando a sua importância. Esse esclarecimento se faz necessário para que informações e interpretações equivocadas sejam evitadas para não comprometer o tratamento.

Outra situação bastante comum é a negação do transtorno. Muitos portadores de esquizofrenia entendem a patologia, sabem sua evolução, mas se negam a aceitar serem portadores. É fundamental nestes casos possuir um bom suporte familiar e terapêutico.

CONCLUSÃO

A esquizofrenia ainda é um desafio para a área da psiquiatria, pois muito se investiga, e pouco se concretiza devido suas peculiaridades.

O tratamento farmacológico é sem dúvida uma das principais ferramentas para se obter sucesso na estabilização do quadro. Para tanto, é necessário que este paciente tenha adesão ao tratamento.

O propósito da pesquisa foi de investigar quais eram os fatores responsáveis pela interrupção do tratamento farmacológico, já que isto é uma prática tão comum entre os pacientes. Com a pesquisa foi possível elencar alguns desses fatores, e verificar o quão complexo é a adesão ao tratamento farmacológico, pois, este é influenciado por múltiplas crenças, experiências e fatos vivenciados pelos portadores.

REFERÊNCIAS

CID -10. Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento

GARCIA, Rosa; PONDÉ, Milena; LIMA, Manuela Garcia. **Atualização em psicoses**. 1. Ed. São Paulo: PhoENIX,2004. 270 p.

MALTA,Stella Maria T.C; ATTUX,Cecília; BRESSAN,Rodrigo Affonseca. **Esquizofrenia: Integração Clínico-terapêutica**.São Paulo: Atheneu,2007.186p.

PALMEIRA, Leonardo. **Os Tabus da Esquizofrenia**. [online] Disponível na internet via WWW. URL

<http://www.abpbrasil.org.br/medicos/clipping/exibClipping/?clipping=12194>

Arquivo capturado em 17 de Agosto de 2010.

RODER,Volker; BRENNER, Hans Dieter; HODEL, Battina; KIENZLE,Norbert. **Terapia Integrada da Esquizofrenia**. 1. Ed. São Paulo: Lemos,2001. 264 p.

SADOCK, Benjamin James; ALCOTT Sadock Virginia. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SADOCK,Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott;SUSSMAN, Norman.**Manual de Farmacologia Psiquiátrica de Kaplan & Sadock**. 4. ed. Porto Alegre : Artmed,2007.400 p.

SCHATZBERG,Alan F; NEMEROFF, Charles B. **Fundamentos de Psicofarmacologia Clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A. 2002.543 p.

SILVEIRA, Renato Diniz. **Psicanálise e psiquiatria nos inícios do século XX: a apropriação do conceito de esquizofrenia no trabalho de Hermelino Lopes Rodrigues**. [online] Disponível na internet via WWW. URL

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141547142009000300013&script=sci_abstract&tlng=pt. Arquivo capturado em 17 de Agosto de 2010.

SHIRAKAWA, Itiro; CHAVES, Ana Cristina; MARI, Jair J. **O desafio da esquizofrenia**. São Paulo: Lemos 2001.

RANG,H.P;DALE,M.M;RITTER,J.M;FLOWER,R.J.**FARMACOLOGIA**. 6.Ed. Rio de

Janeiro: Elsevier,2007.829p.

RISPERIDONA,Bula. [online] Disponível na internet via WWW. URL <http://www.eurofarma.com.br/versao/pt/produtos/index.asp?medicamento=2> . Arquivo capturado em 24 de Novembro de 2010.

TENG,Chei-Tung; DEMETRIO, Frederico Navas. **Psicofarmacologia Aplicada. Manejo Prático dos Transtornos Mentais**. São Paulo:Atheneu,2006.364p.

TEGAN, Sérgio K. e MAIA, Anne K.. **Psicoses funcionais na infância e adolescência**. [online] Disponível na internet via WWW. URL <http://www.scielo.br/pdf/%0D/jped/v80n2s0/v80n2Sa02.pdf>. Arquivo capturado em 12 de setembro de 2010.

NICOLINO, Paula S; VEDANA, KELLY G. G; MIASSO, Adriana I; CARDOSO,Lucilene. **Esquizofrenia: adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno e terapêutica medicamentosa**. São Paulo: Ver Esc Enferm USP,2011.