



LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

JOSÉ AGUIAR BRITO

**A EVOLUÇÃO CLÍNICA NO TRATAMENTO DE PESSOAS COM
ESQUIZOFRENIA ENFOCANDO O MODELO ASSISTENCIAL DAS ÚLTIMAS
DÉCADAS NO BRASIL**

São Luís
2010

JOSÉ AGUIAR BRITO

**A EVOLUÇÃO CLÍNICA NO TRATAMENTO DE PESSOAS COM
ESQUIZOFRENIA ENFOCANDO O MODELO ASSISTENCIAL DAS ÚLTIMAS
DÉCADAS NO BRASIL**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

Orientadora: Profa. Mestre Janete Valois Ferreira Serra.

São Luís

2010

Brito, José Aguiar.

A evolução clínica no tratamento de pessoas com Esquizofrenia enfocando o modelo assistencial das últimas décadas no Brasil. José Aguiar Brito. - São Luís, 2010.

52 f.

Monografia (Pós-Graduação em Saúde Mental) – Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2010.

1. Esquizofrenia. 2. Evolução clínica. 3. Tratamento. I. Título.

CDU 616.89-008

JOSÉ AGUIAR BRITO

**A EVOLUÇÃO CLÍNICA NO TRATAMENTO DE PESSOAS COM
ESQUIZOFRENIA ENFOCANDO O MODELO ASSISTENCIAL DAS ÚLTIMAS
DÉCADAS NO BRASIL**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Janete Valois Ferreira Serra (Orientadora)

Mestre em Psicologia Social

Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ

Profa. Rosemary Ribeiro Lindholm

Mestre em Enfermagem Pediátrica

Universidade de São Paulo-USP

À Deus, eterna fonte de luz e de inspiração.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo dom da vida e por iluminar meu caminho não me deixando fraquejar mediante às dificuldades.

À minha família, pelo constante incentivo e apoio.

À Profa. Mestre Janete Valois Ferreira Serra, minha orientadora, pela valiosa contribuição na elaboração deste trabalho.

À Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva, pelas contribuições técnico-científicas.

E, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a elaboração deste trabalho.

“Quando você acreditar em si mesmo e considerar a sua alma divina e preciosa, irá se transformar em um ser capaz de promover milagres”.

Autor desconhecido.

RESUMO

Revisão de literatura sobre a Esquizofrenia objetivando-se estudar a evolução clínica no tratamento de pessoas acometidas pela referida doença, enfocando o modelo assistencial das últimas décadas no Brasil. Com manifestações conhecidas desde o início das civilizações e atualmente conhecida como um dos principais problemas de saúde pública acomete grande parte dos doentes com transtornos psicossociais e às vezes, incapacidade para as atividades laborativas, levando o indivíduo a ter mudanças na forma de pensar e agir. Manifesta-se habitualmente na parte final da adolescência ou no início da vida adulta, sendo o sexo masculino acometido entre 15 e 25 anos de idade, e o sexo feminino, entre 25 e 30 anos. Citam-se como sintomas da referida doença as alucinações, delírios, perturbações do pensamento, dentre outros (Positivos), e ausência de emoções, isolamento social, diminuição da auto-estima, dentre outros (Negativos). Destacam-se também os tipos de Esquizofrenia, suas fases, formas de tratamento, bem como a Reforma Psiquiátrica enquanto processo político e social que nasceu com o objetivo de superar o estigma, a institucionalização e a cronificação dos doentes mentais. Ressaltam-se os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, dentre os dispositivos de atenção à saúde mental, assumindo valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, uma vez que seu surgimento veio demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país.

Palavras-chave: Esquizofrenia. Evolução clínica. Tratamento.

ABSTRACT

Literature review on Schizophrenia aiming to study the clinical treatment of people affected by the disease, focusing on models of care in recent decades in Brazil. With manifestations known from the beginning of civilizations and now known as a major public health problems that affect most of the patients with psychosocial disorders and sometimes incapacity for work activities, leading the individual to have changes in thinking and acting. Usually manifest in the late teens or early adulthood, and affected men between 15-25 years of age and women between 25-30 years. They cite as symptoms of the disease, hallucinations, delusions, thought disorders, among others (Positive), and lack of emotions, social isolation, decreased self-esteem, among others (Negative). It also highlights the types of Schizophrenia, its stages, treatments, and the Psychiatric Reform, while political and social process that was born with the aim to overcome the stigma, institutionalization and chronicity of mental patients. Be highlighted in CAPS (Psychosocial Care Centers), among the devices for mental health care, assuming strategic value to the Brazilian Psychiatric Reform, since its inception has demonstrated the possibility of organizing a network replacing Psychiatric Hospitals in the country.

Key - words: Schizophrenia. Clinic evolution. Treatment

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	- Esquizofrênicos vivem desconectados da realidade.....	16
Figura 2	- Representação de sintomas positivos.....	25
Figura 3	- Representação de sintomas negativos.....	26
Figura 4	- Esquizofrenia paranóide.....	27
Figura 5	- Esquizofrenia catatônica.....	28
Figura 6	- Esquizofrenia residual.....	29
Figura 7	- Esquizofrenia indiferenciada.....	30

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO.....	11
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVO	13
4 METODOLOGIA.....	13
4.1 Revisão de Literatura.....	13
5 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E CONCEITUAL DA ESQUIZOFRENIA.....	14
6 TEORIAS ETIOLÓGICAS DA ESQUIZOFRENIA.....	17
7 SINTOMATOLOGIA E DIAGNÓSTICO DA ESQUIZOFRENIA.....	22
8 TIPOS E FASES DA ESQUIZOFRENIA.....	27
9 O TRATAMENTO DA ESQUIZOFRENIA SOB A ÓTICA MULTIPROFISSIONAL.....	32
10 A REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	40
11 O PAPEL ESTRATÉGICO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS.....	45
12 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIAS.....	48

1 INTRODUÇÃO

Definida pela Organização Mundial de Saúde (1998) como um conjunto de sinais e sintomas progressivos que acomete todas as pessoas indistintamente de sexo, raça, cultura e classes sociais, a Esquizofrenia não é tão facilmente de ser identificada e leva seus portadores, a mudanças na forma de pensar e agir. Mesmo estando presente em toda a história da humanidade, o transtorno não havia sido classificado de modo preciso até o fim do Século XIX, sendo descrita como doença pelo psiquiatra alemão Emil Kraepelin, tendo sido na época denominada de Demência Precoce. Por sua vez, o psiquiatra suíço Eugen Bleuler, no início do Século XX, cunhou o termo Esquizofrenia (mente dividida), por acreditar que a alteração fundamental da doença era a cisão entre pensamento e emoção. Com essa convicção, Gallo (2010) contribui dizendo que a palavra Esquizofrenia vem do grego e significa mente dividida ou desordem mental.

Normalmente se desenvolve em homens ao final da adolescência (próximo dos 20 anos) e em mulheres entre 25 a 30 anos e tão raramente, em crianças e adultos acima de 50 anos de idade. Compreende-se que os jovens passam naturalmente por mudanças de comportamento cujas características são parecidas com as da Esquizofrenia, entretanto, na referida doença essas características permanecem por um tempo maior e tendem a se intensificar. De modo geral, ocorre tão subitamente que se torna difícil entender suas causas, apesar dos estudos e das pesquisas sobre o transtorno, tornando-se provável que ela se desenvolva a partir de fatores genéticos e circunstanciais. Apesar do impacto social, ainda é uma doença pouco conhecida pela sociedade, mas cercada de muitos tabus e preconceitos (ALBANESI, 2009).

Enquanto afecção mental que se caracteriza pelo relaxamento das formas usuais de associação de idéias, baixa de afetividade, autismo e perda de contato vital com a realidade, a Esquizofrenia se constitui num grave problema de saúde pública na medida em que afeta as emoções, o pensamento, as percepções e o comportamento do indivíduo e, por se apresentar de forma complexa e multifatorial, se torna uma doença incapacitante e crônica. Sendo a mais comum das enfermidades mentais, Castro; Furegato (2008) justifica que se caracteriza “pelo sentido defeituoso da realidade, alterações na harmonia e inadequação do

raciocínio e afeto, e, muitas vezes, alucinações e idéias delirantes”. Vale ressaltar que os programas político-sociais de reinserção dos doentes mentais na sociedade simplesmente ignoram o seu sofrimento, bem como as necessidades de sua família.

Vislumbra-se, pois, a necessidade de melhor assistência a esse paciente, considerando-se que programas governamentais se consagrem como uma exigência no investimento do sistema de saúde. Tais medidas são indispensáveis para que se possa preservar o seu desempenho social (estudo, trabalho, profissão) e conseqüentemente, de seus familiares, possibilitando assim, a construção de novas relações, realização de projetos e novas alternativas para melhorar sua qualidade de vida.

2 JUSTIFICATIVA

A Esquizofrenia é uma doença mental com manifestações conhecidas desde o início das civilizações, levando grande parte dos doentes a transtornos psicossociais e às vezes, incapacidade para as atividades laborativas. Sendo considerada atualmente um dos principais problemas de saúde pública e, sendo entendida como uma doença de longa duração, justifica-se a necessidade de realização desta pesquisa objetivando-se estudar a evolução clínica no tratamento de pessoas com a referida doença, bem como as mais variadas formas de tratamento, enfatizando-se a Reforma Psiquiátrica, que se inscreve nesse processo como condição mediadora, cujo desafio maior consiste na conquista e na construção de avanços para atuação da assistência em saúde mental no Brasil, possibilitando dessa forma, melhorias na qualidade de vida dos portadores, bem como a prevenção desta patologia.

Identificada praticamente em todo mundo e atingindo todas as classes sociais e raças, considera-se incontestável a verbalização de conhecimentos que venham proporcionar mudanças na condição de vida ou amenizar os riscos pelos quais, os pacientes portadores de Esquizofrenia estão dispostos. Justifica-se, pois, a relevância e viabilidade desse estudo na medida em que se tem consciência da gravidade social do problema, vislumbrando-se a necessidade de ações de melhor assistência psiquiátrica, com vistas a contribuir para a efetivação propriamente dita do princípio básico de cidadania dos chamados doentes mentais. Priorizou-se este

tema, por considerar a Esquizofrenia uma grande ameaça à vida, e por suas causas serem ainda, um enigma não resolvido.

3 OBJETIVO

Estudar a evolução clínica no tratamento de pessoas com Esquizofrenia enfocando o modelo assistencial das últimas décadas no Brasil.

4 METODOLOGIA

A pesquisa realizada trata-se de uma revisão de literatura.

4.1 Revisão de Literatura

Consideram-se como referencial para a estruturação da revisão os passos propostos por Castro (2001).

- **Formulação da pergunta:** O que a literatura descreve sobre a evolução clínica no tratamento de pessoas com Esquizofrenia enfocando o modelo assistencial das últimas décadas no Brasil?.
- **Localização e seleção dos estudos:** Foram considerados para o estudo publicações nacionais e periódicos indexados, impressos e virtuais, específicos da área (livros, monografias, dissertações, artigos, dentre outros).
- **Período:** 1993 a 2010.
- **Coleta de dados:** Foram coletados dados referentes à Esquizofrenia, considerando-se sua historicidade, teorias etiológicas, diagnóstico e sintomatologia, tipos e fases, bem como seu tratamento sob a ótica multiprofissional, a Reforma Psiquiátrica e o papel dos Centros de Atenção Psicossocial.

- **Análise e apresentação dos dados:**

Contextualização histórica e conceitual da Esquizofrenia;

Teorias etiológicas da Esquizofrenia;

Diagnóstico e sintomatologia da Esquizofrenia;

Tipos e fases da Esquizofrenia;

O tratamento da Esquizofrenia sob a ótica multiprofissional;

A Reforma Psiquiátrica;

O papel estratégico dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.

5 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E CONCEITUAL DA ESQUIZOFRENIA

A Esquizofrenia é uma doença com origem fundamentalmente fisiológica, que se caracteriza por um desequilíbrio entre os sistemas funcionais de duas moléculas que interligam as células do cérebro: a dopamina e a serotonina. Foi inicialmente descrita com o termo "Dementia Praecox", mas passou a ser conhecida como Esquizofrenia. O termo deriva do grego e significa "cisão da mente". Historicamente, a definição desta doença foi criada por Emil Kraepelin, em 1896, que chegou à sua classificação baseando-se nos sinais do desenvolvimento da Esquizofrenia em estado relativamente precoce (Praecox) e da progressiva deterioração dos doentes (Dementia) (BARRETO, 2008).

Segundo Bruno et al (2006), as perturbações psicóticas, particularmente a Esquizofrenia, encontram-se presentes em todas as culturas e que, as primeiras referências a esta patologia remontam às sociedades egípcias. Estava materialmente assentado no "Livro Egípcio dos Corações" dos papiros de Ebers (2000 A.C.), que os sintomas psicóticos eram considerados como provenientes do coração e do útero, associados aos vasos sanguíneos, materiais fecais e purulentos, venenos e demônios. Em 1400A.C. a civilização Hindu, nos seus principais textos do hinduísmo, considerava a saúde como "um equilíbrio estável de cinco elementos (Buthas) e três humores (Dosas), referindo que o seu desequilíbrio levaria à loucura". Em 1000 A.C. os chineses, no livro "O Clássico da Medicina Interna do Imperador Amarelo", descreveram os sintomas da insanidade, da demência e das

convulsões. Nestes textos a possessão demoníaca e sobrenatural era frequentemente implicada na origem dos sintomas psicóticos.

Bruno et al (2006) também descrevem que as classificações mais sistematizadas e precisas das perturbações mentais começaram a surgir durante os Séculos I e II A.C. São Tomás de Aquino (1225-1274) abordou este tema, considerando a doença mental como um estado em que o homem perdia a razão, ficando fora de si (Amens), delirante, violento e inacessível a uma relação humana (furiosus). Ficava desta forma, reduzido a um estado animal, perdendo a alma espiritual, sede da razão, a qual possibilitava desligar-se do material e chegar ao conhecimento de Deus.

A primeira descrição da Esquizofrenia, enquanto doença do sistema nervoso surge em 1674, sendo o médico Thomas Willis, responsável pela descrição anatômica do polígono vascular de Willis na base do cérebro, cuja descrição da doença foi observada em adolescentes e adultos jovens, a qual transformava crianças “inteligentes, animadas e positivas” em adolescentes “obtusos”. Desde esta data passam-se cerca de 150 anos até surgirem os primeiros escritos descritivos dos médicos franceses Jean Esquirol e Philippe Pinel. Uma contribuição importante foi dada por Hecker em 1871, descrevendo um quadro clínico caracterizado por uma deterioração mental e comportamentos regressivos, que surgiram em indivíduos jovens e que denominou de hebefrenia (BRUNO et al., 2006).

Cerca de três anos mais tarde, Kahlbaum acrescenta outra forma clínica designada por catatonia, onde predominavam as perturbações motoras e do comportamento. Na sexta edição do Tratado de Psiquiatria (1893) foi acrescentado mais uma nova forma clínica desta “demência precoce” – a paranóide. No século XX o psiquiatra suíço Eugen Bleuler (1911) introduziu a designação de Esquizofrenia. A palavra Esquizofrenia deriva do grego e etiológicamente corresponde a *schizein*, fenda ou cisão, e *phrenós*, que significa pensamento. Os limites da Esquizofrenia nem sempre foram claros e consensuais (BRUNO et al., 2006).

Bruno et al (2006), descreveu um quadro clínico em que ocorrem simultaneamente sintomas típicos da Esquizofrenia e sintomas da linha afetiva. Segundo estes autores, esta seria uma forma atípica de Esquizofrenia a qual acabou por designar como esquizo-afetiva. Os referidos autores ressaltam ainda que quando se fala de Esquizofrenia não se pode ignorar o movimento “anti psiquiatria”

que ficou associado a esta doença. Este movimento consistia no encerramento de grandes hospitais psiquiátricos que proliferavam naquela época por todo o mundo, os quais eram considerados por diversos autores “como verdadeiras prisões de indivíduos”.

Segundo Bruno et al (2006) os principais aspectos teóricos deste movimento baseavam-se na negação da existência da doença mental, incluindo a própria Esquizofrenia. Era considerada como um estilo de vida e não como uma doença mental. Deste modo, existia uma dicotomia entre os doentes mentais, que eram oprimidos por um sistema totalitário, e os opressores, que tinham como agentes os psiquiatras. Para este movimento a doença mental não tem uma natureza biológica, mas sim, social, política e legal. O doente mental é assim rotulado pela sociedade, só pelo fato de quebrar as regras por ela imposta.

Figura 1 - Esquizofrênicos vivem desconectados da realidade.



Fonte: Sheryl Maree Reily/Getty Images.

6 TEORIAS ETIOLÓGICAS DA ESQUIZOFRENIA

Ainda não existe nenhum fator específico causador da Esquizofrenia, no entanto há estudos e evidências de que esta seria decorrente de fatores biológicos, genéticos e ambientais, onde existem várias teorias sendo estudadas como: teoria bioquímica, teoria do fluxo sanguíneo cerebral, teoria da biologia molecular, teoria genética, teoria do estresse, teoria das drogas, teoria nutricional, teoria viral e a teoria social (FARIA; CHICARELLI, 2008).

▪ Teoria genética

Sabe-se que a probabilidade de um indivíduo vir a sofrer de Esquizofrenia aumenta se houver um caso desta doença na família. No caso de um dos pais sofrer de Esquizofrenia, a prevalência da doença nos descendentes diretos é de 12%. Na situação em que ambos os pais se encontram atingidos pela doença, esse valor sobe para 40%. No entanto, mesmo que não haja qualquer familiar afetado, isso não significa que não venha a existir um elemento da família com Esquizofrenia. Sabe-se ainda, que cerca de 81% dos doentes com Esquizofrenia não têm qualquer familiar em primeiro grau atingido pela doença e cerca de 61% não têm sequer um familiar afetado. Apesar dos fatores genéticos desempenharem um papel importante na etiologia da doença não são, por si só, decisivos (BRUNO et al., 2006).

Os autores Araripe Neto; Bressan; Busatto Filho (2007) contribuem afirmando que a prevalência da Esquizofrenia em diferentes populações é estimada em torno de 1%. Entre parentes de primeiro grau de um paciente esquizofrênico, o índice gira em torno de 10%. A taxa de concordância para gêmeos monozigóticos é de 44%, o que implica o fato de que ser gêmeo monozigótico de um paciente esquizofrênico constitui o maior fator de risco isolado para Esquizofrenia. Esses dados mostram uma correlação direta entre carga genética e risco para Esquizofrenia. A herdabilidade para Esquizofrenia é estimada em 0,83, uma das mais altas taxas entre todas as doenças psiquiátricas. No entanto, esses dados mostram concomitantemente que a carga genética, vista isoladamente, não determina o desenvolvimento da doença, favorecendo um modelo aditivo de interação entre fatores genéticos e ambientais.

Com valiosa contribuição, o pesquisador norte-americano Kallmann, referência na investigação do componente genético da Esquizofrenia, afirma que:

Se a doença fosse fundamentalmente de origem genética, os gêmeos monozigóticos (os quais compartilham o mesmo material genético) deveriam apresentar aproximadamente a mesma tendência em apresentar a doença, o que é chamado de “concordância”. No entanto, essa concordância ocorre somente em cerca de 50% desses gêmeos monozigóticos. Já entre os gêmeos dizigóticos, a incidência da doença é de cerca de 10 a 15%, a mesma presente nos parentes de primeiro grau. Se a causa da Esquizofrenia fosse apenas devida a anormalidades genéticas, portanto, a concordância deveria ser de 100%, o que não acontece. De qualquer forma, esse índice de 50% indica uma forte influência dos componentes genéticos na manifestação da patologia (SENA, 2010).

Ainda com relação à hipótese genética, Sena (2010) afirma que foi localizado em 1988 um gene no cromossomo 5 que estaria supostamente associado à Esquizofrenia, embora o resultado não tenha sido conclusivo. Portanto, até o momento, os estudos de ligação gênica têm demonstrado apenas outras regiões cromossômicas sugestivas (por exemplo, nos cromossomos 6, 13 e 22), ou seja, ainda não foi possível identificar os genes responsáveis pela doença. Alguns autores têm proposto, adicionalmente, a existência de marcadores biológicos para a Esquizofrenia. Dessa forma, alguns distúrbios de movimentos oculares (tal como o nistagmo: oscilações repetidas e involuntárias rítmicas de um ou ambos os olhos), os quais estão presentes em 70% dos pacientes esquizofrênicos e em apenas 8% da população normal, poderia ser considerado um marcador biológico para a doença, reforçado pelo fato do distúrbio também se manifestar em 45% dos parentes não esquizofrênicos de primeiro grau, complementa o autor.

Para Sena (2010) a constatação de que alguns pacientes esquizofrênicos sem a manifestação desses distúrbios possuem pais que os apresentam, levou à formulação de um modelo chamado de traço latente. Esse modelo propõe que a transmissão genética deste traço pode produzir a Esquizofrenia, os distúrbios oculares ou ambos. Acredita-se, adicionalmente, que esse traço latente possa representar um processo patológico que acomete determinados sítios cerebrais. Entretanto, em virtude das muitas imprecisões dessa hipótese, a busca por informações genéticas mais incisivas continua sendo um dos principais focos na pesquisa sobre a Esquizofrenia, principalmente na era das investigações genômicas.

- **Teoria neurobiológica**

As teorias neurobiológicas defendem que a Esquizofrenia é essencialmente causada por alterações bioquímicas e estruturais do cérebro, em especial com a disfunção dopaminérgica, embora alterações noutros neurotransmissores estejam também envolvidas. A maioria dos neurolépticos (antipsicóticos) atua precisamente nos receptores da dopamina no cérebro, reduzindo a produção endógena deste neurotransmissor. Exatamente por isso, alguns sintomas característicos da Esquizofrenia podem ser desencadeados por fármacos que aumentam a atividade dopaminérgica (ex.: anfetaminas). Esta teoria é parcialmente comprovada pelo fato de a maioria dos fármacos, utilizados no tratamento da Esquizofrenia (neurolépticos), atuarem através do bloqueio dos receptores (BRUNO et al., 2006).

Cortese (2004) considera, em parte, a teoria mais aceita devido ao sucesso das medicações e justifica: “as pessoas com Esquizofrenia sofrem de um desequilíbrio neuroquímico, portanto falhas na comunicação celular do grupo de neurônios envolvidos no comportamento, pensamento e senso-percepção”.

- **Teoria viral**

A possibilidade do envolvimento de um vírus, neste caso um vírus da gripe, na etiologia da Esquizofrenia foi levantado na sequência de um aumento do número de casos de Esquizofrenia em indivíduos cujas mães estiveram sujeitas à infecção por este vírus. Segundo esta teoria os indivíduos sujeitos a uma gripe materna teriam um risco aumentado de virem a sofrer de Esquizofrenia. Contudo os estudos realizados não permitiram confirmar uma relação direta entre a infecção viral e a Esquizofrenia. Os retrovírus também foram envolvidos na origem da Esquizofrenia. A sua influência seria feita através da incorporação do genoma e da alteração da expressão dos genes do hospedeiro. Há autores que defendem que estes retrovírus, em alguns casos, provocariam alterações neuroquímicas (Esquizofrenia tipo I), enquanto noutros dariam origem a uma encefalite produzindo uma degeneração neuronal e alterações estruturais (Esquizofrenia tipo II) (BRUNO et al., 2006).

Segundo Cortese (2004) a teoria de que a infecção por um vírus conhecido ou desconhecido desencadeie a Esquizofrenia em pessoas predispostas foi muito

estudada. Hoje essa teoria vem sendo abandonada por falta de evidências, embora muitos autores continuem considerando-a como possível fator causal.

- **Teoria associada ao neurodesenvolvimento**

A hipótese neurodesenvolvimentista baseia-se na possibilidade de a doença ter origem numa perturbação do desenvolvimento ou maturação do cérebro no período peri-natal. Após ter ocorrido esta anomalia no neurodesenvolvimento cerebral, existiria um período de latência entre a constituição das lesões cerebrais e o aparecimento da Esquizofrenia. Deste modo as lesões surgiriam precocemente, mas a doença só se manifestaria mais tarde, neste caso no final da adolescência ou no início da vida adulta. Durante o segundo trimestre da gravidez, ocorrem uma série de eventos importantes no desenvolvimento cerebral, nomeadamente a migração celular para o neocórtex dos neurônios jovens. Ocorrendo nesta fase um importante crescimento cerebral. Esta hipótese assenta na possibilidade de surgir, nesta fase do desenvolvimento, uma perturbação da migração neuronal resultante de fatores genéticos ou ambientais. Ainda segundo esta teoria, as complicações obstétricas poderiam constituir um fato de risco no aparecimento da Esquizofrenia. Os principais fatores de risco envolvidos foram a prematuridade, o baixo peso à nascença, a utilização de fórceps à nascença e outras complicações causadoras de hipoxia (BRUNO et al., 2006).

Cartese (2004) a chama de Teoria Biológica Molecular e diz: “Especula-se a respeito de anomalias no padrão de certas células cerebrais na sua formação antes do nascimento”. Esse padrão irregular pode direcionar para uma possível causa pré-natal da Esquizofrenia ou indicar fatores predisponentes ao desenvolvimento da doença. Por sua vez, Araripe Neto; Bressan; Busatto Filho (2007) esclarecem:

A proliferação neuronal e das células da glia, a migração celular, a diferenciação morfológica e bioquímica e a formação de sinapses dependem de complexas interações intracelulares com o ambiente celular, as quais determinam cada fase do processo de desenvolvimento cerebral. Esses eventos são definidos pela carga genética individual, mas podem ser modulados por fatores ambientais. Uma variação genética ou um fator ambiental podem levar a uma cadeia de eventos, em que ocorrendo numa fase sensível, por sua vez, podem determinar um desenvolvimento cerebral alterado, eliciando uma estrutura mais vulnerável ao surgimento e perpetuação da psicose e/ou de outros sintomas que compõem a Esquizofrenia.

- **Teoria familiar**

As teorias familiares, surgidas na década de 50 do Século XX, apesar de terem bastante interesse histórico, são as que menos fundamento científico tem, baseando-se umas no tipo de comunicação entre os vários elementos da família e aparecendo outras mais ligadas às estruturas familiares. As primeiras abordagens teóricas sobre o envolvimento da família na origem da Esquizofrenia foram centralizadas na relação mãe/filho, uma vez que este elemento era considerado o mais importante no processo da socialização da criança. As várias observações clínicas dessa relação acabaram por revelar a existência de um número elevado de casos em que as mães dos doentes com Esquizofrenia tinham em comum o fato de serem super protetoras e dominadoras relativamente aos seus filhos. Com esta atitude, estas mães acabariam por impossibilitar um desenvolvimento adequado do ego da criança numa perspectiva do desenvolvimento inspirada nas ideias psicanalíticas de Freud. Foi assim que surgiu o conceito de “mãe esquizofrênica”, sugerido pelo psicanalista Fromm-Reichmann em 1948 (BRUNO et al., 2006).

- **Teoria psicanalítica**

As teorias psicanalíticas ou de relação precoce têm como base a teoria freudiana da psicanálise, e remetem para a fase oral do desenvolvimento psicológico. Nesta a ausência de gratificação verbal ou da relação inicial entre mãe e bebê conduz igualmente a personalidades “frias” ou desinteressadas (ou indiferentes) no estabelecimento das relações. A ausência de relações interpessoais satisfatórias estaria assim na origem da Esquizofrenia (BRUNO et al., 2006)

7 SINTOMATOLOGIA E DIAGNÓSTICO DA ESQUIZOFRENIA

Para Machado (2010) a Esquizofrenia é uma doença da personalidade que afeta a zona central do eu e altera toda a estrutura vivencial. Culturalmente, o esquizofrênico representa o estereótipo do "louco", um indivíduo que pode produzir grande estranheza social devido ao seu desprezo para com a realidade. Age como alguém que rompeu as amarras da concordância cultural, o esquizofrênico “menospreza a razão e perde a liberdade de escapar às suas fantasias.

O início pode ser súbito e a doença manifestar-se rapidamente, evoluindo em escassos dias ou semanas, ou por outro lado, apresentar-se de forma mais lenta, demorando vários meses ou até anos para que seja possível ser feito o diagnóstico, passando despercebida aos pais, familiares e amigos. O aparecimento tardio, embora raro, observa-se num maior número de casos no sexo feminino. Este fato foi associado com o efeito antidopaminérgico dos estrogênios (KOCH; ROSA, 2005).

Com muita propriedade Louzã Neto (2000) afirma que o diagnóstico da Esquizofrenia é feito pelo especialista a partir das manifestações da doença, não havendo, portanto, nenhum tipo de exame de laboratório (exame de sangue, Raio X, Tomografia, Eletroencefalograma, dentre outros) que “permita confirmar o diagnóstico da doença. Muitas vezes o clínico solicita exames, mas estes servem apenas para excluir outras doenças que podem apresentar manifestações semelhantes à Esquizofrenia”.

Bruno et al (2006) descrevem que um terço dos indivíduos que se tornam esquizofrênicos, tem dificuldades antes dos cinco anos de idade, incluindo acidentes perinatais, atraso da marcha, dificuldades alimentares, perturbações da linguagem e perturbações do comportamento. Dos seis anos à puberdade, o trabalho escolar é medíocre, em dois terços dos futuros doentes, com perturbações da linguagem, perturbações psicomotoras, dificuldades de socialização, atraso do desenvolvimento afetivo e idéias bizarras. Todas estas perturbações acentuam-se no momento da puberdade, com dificuldades de inserção, conflitos familiares ou sociais e insucessos na aprendizagem. As autoras acima ainda esclarecem:

Para além destas alterações do comportamento, o adolescente sente-se muitas vezes perplexo, desconcentrado, sentindo dificuldade em descrever aquilo que se está a passar. Com alguma frequência o jovem ou adolescente, passa longos períodos de tempo em frente ao espelho a observar o seu corpo revelando a presença de alterações do seu esquema corporal que podem surgir associadas à vivência psicótica. Isto não acontece só ao nível do corpo, mas também na consciência de si próprio, apresentando neste caso sentimentos de despersonalização. O indivíduo responde a estas experiências disruptivas através de uma série de mecanismos de defesa que passam pela negação e isolamento. Um terço dos futuros doentes é considerado pelos seus professores como desagradáveis, anti-sociais, tristes, afetivamente inadaptados, emotivos, negativistas, egocêntricos e não terminam as tarefas iniciadas.

Por sua vez, Koch; Rosa (2010) garantem que para fazer o diagnóstico, o médico realiza uma entrevista com o paciente e sua família “visando obter uma história de sua vida e de seus sintomas o mais detalhada possível” e são categóricos em afirmar que até o presente momento não existem marcadores biológicos próprios dessa doença nem exames complementares específicos, embora existam evidências de alterações da anatomia cerebral demonstráveis em exames de neuro-imagem e de metabolismo cerebral, sofisticados como a tomografia computadorizada, a ressonância magnética, dentre outros. Informações contidas no Manual Merck (2010) confirmam:

Não existe uma prova de diagnóstico definitiva para a Esquizofrenia. O psiquiatra elabora o diagnóstico baseando-se numa avaliação da história da pessoa e da sua sintomatologia. Para estabelecer o diagnóstico de Esquizofrenia, os sintomas devem durar pelo menos 6 meses e associar-se à deterioração significativa do trabalho, dos estudos ou do desenvolvimento social. A informação procedente da família, dos amigos e dos professores é com frequência importante para estabelecer quando a doença começou.

Por outro lado, Campos (2008) adverte que para o diagnóstico de Esquizofrenia, deve - se levar em consideração:

1. Distúrbio de Memória de Evocação - a pessoa tem dificuldade para se lembrar do passado, e quando lembra, essa lembrança tem lacunas.
2. Distúrbio de Memória de Fixação - A pessoa não consegue fixar sua atenção naquilo em que se lembra de seu passado.
3. Distúrbio de Senso Percepção - A pessoa vê ou ouve coisas que não existem, ou não estão presentes - assim - o comando de vozes imperiosas, a visão de pessoas mortas e assim por diante.

Ao contrário do que por vezes se pensa, Bruno et al (2006) considera que Esquizofrenia não é dupla personalidade. Apresenta um conjunto de sintomas bastante diversificado e complexo, dificultando assim, sua compreensibilidade. Tais sintomas envolvem aspectos ligados ao pensamento, à percepção, ao rendimento

cognitivo, à afetividade, a déficits interpessoais e a uma perda de contato com a realidade.

Atualmente são aceites pela generalidade da comunidade psiquiátrica em todo o mundo, dois sistemas de classificação da Esquizofrenia. O primeiro da Organização Mundial de Saúde e o segundo, protagonizado pela Associação Americana de Psiquiatria: sintomas positivos e negativos. O fato de apresentarem esses nomes não significa que são bons ou ruins; os **positivos** se referem às formas distorcidas ou exageradas de atividade normal enquanto que os **negativos** se referem aos que apresentam ausência de comportamentos normais (McGRATH, 2010). Segundo o DSM-IV - TR (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), a Esquizofrenia é um misto de sinais e sintomas característicos (tanto positivos, quanto negativos), que persistem pelo período mínimo de seis meses, e devem incluir pelo menos dois dos sintomas positivos no período de um mês (ASSOCIATION AMERICAN PSYCHIATRIC, 2002; VERZOLA, 2010).

- **Sintomas positivos**

São também chamados Produtivos e estão presentes com maior visibilidade na fase aguda da doença. Menezes (2000); Machado (2010) dizem que nesses sintomas “as idéias não se encaixam na realidade. São essencialmente alucinações, delírios e perturbações do pensamento (discurso e pensamento desorganizado; dificuldade em organizar idéias e ter um discurso perceptível), **além do comportamento agressivo**”. (Grifo nosso). Segundo Bruno et al (2006) “os delírios são idéias individuais do doente que não são partilhadas por um grande grupo, [...] normalmente predominam os temas de perseguição ou de ameaça para o doente”. Os referidos autores discorrem também sobre os delírios de roubo e divulgação do pensamento, onde os doentes acham que é possível alguém adivinhar suas idéias e pensamentos, assim como os delírios de controle, que ocorre quando o doente acredita que alguém controla os seus movimentos e emoções, ser perseguido, traído pela mulher ou marido, prestes a ser envenenado.

Para Santana (2009) o tipo de delírio mais freqüentemente encontrado na Esquizofrenia é o tipo paranóide ou de referência, ou seja, com temática de perseguição ou prejuízo no primeiro caso e de que todos se referem ao paciente, por

exemplo, rádios, vizinhos, televisão, dentre, no segundo caso. A autora discorre ainda sobre os delírios bizarros citando como exemplo “a crença de que um estranho retirou seus órgãos internos e os substituiu pelos de outra, sem deixar quaisquer cicatrizes ou ferimentos”. Destaca como exemplo de delírio não-bizarro “a falsa crença de estar sob vigilância policial”.

Sobre alucinações Bruno et al (2006); Santana (2009) também concordam que elas podem ser de qualquer esfera sensorial (auditivas, visuais, tácteis, olfativas e sinestésicas), embora estas últimas sejam mais raras.

Noutros casos verifica-se uma discordância afetiva, quando surge uma inadequação entre o afeto e o discurso podendo-se dar como exemplo “o fato de o indivíduo se rir enquanto relata uma desgraça que aconteceu na sua vida”. A ambivalência afetiva pode também surgir durante o período psicótico, coexistindo neste caso uma sobreposição de afetos contraditórios (amo-te, odeio-te) (BRUNO et al., 2006).

Figura 2 – Representação de sintomas positivos.



Fonte: http://Esquizofrenia-enf.blogspot.com/2006_02_01_archive.html

- **Sintomas negativos**

Para Campos (2004) esses sintomas “refletem redução nas funções normais, provavelmente devido à perda de células nervosas e freqüentemente ocorrem cedo no processo da doença e vêm a ser menosprezados”, uma vez que são freqüentemente considerados insuficientes para motivar um tratamento. Os sintomas negativos podem co-existir com os sintomas positivos e tipicamente persistem após serem tratados os sintomas positivos.

Sobre esses sintomas Machado (2010) também discorre que eles impedem a pessoa de praticar funções normais; é resultado da diminuição das capacidades mentais. Por exemplo, em casos graves, o indivíduo quando se está a vestir, pode ficar baralhado e questionar-se sobre o que deverá calçar primeiro, se a meia ou o sapato. Pode ainda refletir-se na ausência de emoções e isolamento social. São confundidos, muitas vezes, com a depressão, a diferença é que na depressão estes sintomas diminuem ou desaparecem com medicação adequada e na Esquizofrenia, isso não acontece. Segundo Campos (2004) os sintomas negativos tendem a ser mais comuns em pacientes mais velhos do que nos mais jovens.

Para Menezes (2000) os sintomas negativos são, geralmente, de déficits, ou seja, a pobreza do conteúdo do pensamento e da fala, embotamento ou rigidez afetiva, incapacidade de sentir emoções, incapacidade de sentir prazer, isolamento social, diminuição de iniciativa.

Figura 3 - Representação de sintomas negativos.



Fonte: http://esquizofrenia-enf.blogspot.com/2006_02_01_archive.html

8 TIPOS E FASES DA ESQUIZOFRENIA

Segundo Kaplan; Sadock; Grebb (1997), a Esquizofrenia é classificada em subtipos, a saber:

- **Paranóide** - tipo mais comum e com melhor prognóstico. Caracterizado pelo delírio de perseguição, de grandeza e alucinações auditivas geralmente relacionadas a um único tema. O indivíduo está sempre tenso, desconfiado, às vezes hostil, lembrando-se que o início dos sintomas geralmente é mais tardio. Bom prognóstico, quanto ao funcionamento ocupacional e capacidade de vida independente.

Galvêas (2003) define “Paranóia” como uma das formas de psicopatia (doença psíquica) caracterizada pelo “aparecimento de ambições suspeitas, que se acentuam evoluindo para delírios persecutórios e de grandeza – estruturados sobre base lógica”. Logo, a “Esquizofrenia Paranóide” é vista como uma significativa perda de contato vital com a realidade, através do relaxamento das formas usuais de associação de idéias, que toma forma (ou aspecto) de paranóia, vista, por sua vez, como um aparecimento de ambições desmedidas (suspeitas) que evoluem, geralmente, para mania de grandeza (megalomania) aliada a delírios persecutórios.

Figura 4 – Esquizofrenia paranóide.



- **Desorganizada ou Hebefrênica** - tem como sintomas mais comuns os problemas de concentração, raciocínio, discurso infantil e falta de emoções. Apresenta distúrbio social extremo. De acordo com Mirtes (2007) há predomínio dos sintomas afetivos e as alterações do pensamento e que, as ideias delirantes, embora presentes, não são organizadas. Em alguns doentes pode ocorrer uma irritabilidade marcada associada a comportamentos agressivos. Existe um contato muito pobre com a realidade. Segundo Santana (2009) o discurso desorganizado pode ser acompanhado por atitudes tolas e risos sem relação adequada com o conteúdo do discurso. A desorganização comportamental pode levar a uma severa perturbação na capacidade de executar atividades da vida diária, por exemplo: tomar banho, vestir-se ou preparar refeições.

- **Catatônica** - é a menos freqüente. Segundo Kaplan; Sadock; Grebb (1997) os portadores apresentam grave transtorno psicomotor e a falta de fala. Podem permanecer em posturas bizarras por longos períodos de tempo (pseudoflexibilidade cérea), podendo também apresentar períodos de “excitação catatônica, que é um estado de intensa agitação psicomotora, com movimentos frenéticos e desprovidos de finalidade, podendo ser acompanhados de verbalizações incoerentes ou gritos contínuos”. Os referidos autores admitem que era mais comum antes do advento dos antipsicóticos e que atualmente é bastante rara. Oportunamente Mirtes (2007) lembra que esse tipo de Esquizofrenia é caracterizado pelo “predomínio de sintomas motores e por alterações da atividade, que podem ir desde um estado de cansaço e acinético até a excitação”.

Figura 5 – Esquizofrenia catatônica.



Fonte: <http://esquizofrenia-enf.blogspot.com/2006/02/esquizofrenia-catatnico.html>

- **Residual ou deambulatória** - caracterizada pela cronicidade, o indivíduo apresenta história de pelo menos um episódio anterior com sintomas psicóticos proeminentes, incluindo “isolamento social, comportamento excêntrico e descuido da higiene e aparência pessoal, fala empobrecida ou excessivamente elaborada, pensamento ilógico ou apatia” (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

Conforme afirma Mirtes (2007) nesta forma de transtorno “existe um predomínio de sintomas negativos, os doentes apresentam um isolamento social marcado por um embotamento afetivo e uma pobreza ao nível do conteúdo do pensamento”.

Figura 6 – Esquizofrenia residual.



Fonte: <http://esquizofrenia-enf.blogspot.com/2006/02/esquizofrenia-residual.htm>

- **Indiferenciada** - Apesar de apresentar sintomas esquizofrênicos não preenchem critérios para nenhum dos subtipos ou podem preencher critérios de mais de um subtipo. O comportamento é claramente psicótico, com evidencia de delírios, alucinações, incoerência e comportamento bizarro. Para Santana (2009) a característica essencial da Esquizofrenia no tipo indiferenciado é a presença de sintomas que satisfazem o critério principal da Esquizofrenia, mas não satisfazem os critérios para os tipos paranóide, desorganizado ou catatônico. Apresenta-se habitualmente, “um desenvolvimento insidioso com um isolamento social marcado e uma diminuição no desempenho laboral e intelectual. Observa-se nestes

doentes, certa apatia e indiferença relativamente ao mundo exterior” (MIRTES, 2007).

Figura 7 – Esquizofrenia indiferenciada.



Fonte: <http://esquizofrenia-enf.blogspot.com/2006/02/esquizofrenia-indiferenciada.html>

Campos (2004); Koch; Rosa (2010) também mencionam os Transtornos **Esquizofreniforme** e o **Esquizoafetivo**, mesmo não sendo considerados como Esquizofrenia. Campos (2001) lembrar que tanto na CID 10 como no DSM IV, estão descritos os subtipos clínicos de Esquizofrenia e de forma resumida pontua:

Quadro 1 – Subtipos clínicos de Esquizofrenia.

SUBTIPOS CLÍNICOS			
DSM IV	295.30 Tipo Paranóide	CID 10	F20. 0 Esquizofrenia paranóide
	295.10 Tipo Desorganizado		F20. 1 Esquizofrenia hebefrênica
	295.20 Tipo Catatônico		F20. 2 Esquizofrenia catatônica
	295.90 Tipo Indiferenciado		F20. 3 Esquizofrenia indiferenciada
	295.60 Tipo Residual		F20. 4 Depressão pós-esquizofrênica
			F20. 5 Esquizofrenia residual
			F20. 6 Esquizofrenia simples
			F20. 8 Outra esquizofrenia
			F20.9 Esquizofrenia, não especificada

▪ Fases da Esquizofrenia

A divisão dos sintomas esquizofrênicos em agudos e crônicos é algo artificial. Sintomas crônicos, sobretudo o embotamento afetivo, podem surgir desde o início da doença, enquanto sintomas típicos da fase aguda podem permanecer cronicamente ativos em alguns casos, mesmo mediante a aplicação do tratamento medicamentoso adequado (LAFER, 2010).

✚ Fase aguda ou inicial

Nesta fase, Lafer (2010) inclui formas variadas de delírios, alucinações e distúrbio.

Os **Delírios** e as **Alucinações**, Lafer (2010) esclarece que isoladas ou em associação com delírios, são sintomas freqüentes na fase aguda da Esquizofrenia.

O autor acima citado relata sobre os **Distúrbios do pensamento** considerando o fenômeno mais comum é o da incoerência: há perda da associação lógica dos elementos do discurso que, em casos extremos, se torna completamente incompreensível. Mudanças de tópico para tópico ocorrem sem motivo aparente, levando à perda de objetividade das idéias. Tais fenômenos são freqüentemente chamados de "desagregação do pensamento" ou "descarrilamento".

Considerando também os **Distúrbios afetivos**, dentre eles, o mais típico na fase aguda da Esquizofrenia é o da incongruência afetiva, que se caracteriza por idéias acompanhadas de conteúdos afetivos incompatíveis e muitas vezes antagônicos a elas – por exemplo, o indivíduo sorri ao contar sobre sua revolta por ter sido trazido à força ao hospital. Risos sem motivo e mudanças bruscas de um estado afetivo para outro também podem ocorrer (LAFER, 2010).

✚ Crônica, estabilização ou manutenção

Segundo Lafer (2010); Sena (2009), o sintoma mais característico nesta fase é o embotamento afetivo: “a expressão de afetos é ausente ou bastante diminuída, a pessoa parece indiferente, apática, inexpressiva e não responde emocionalmente aos conteúdos propostos pelo entrevistador”. Sintomas crônicos também ocorrem na esfera do pensamento. Por haver pobreza do discurso (o paciente fala pouco) ou,

ainda, pobreza do conteúdo do discurso (o paciente fala normalmente ou até em excesso, mas de forma vaga, dispersiva e pouco informativa). São ainda característicos do estado crônico o empobrecimento conativo (perda dos impulsos para a ação, inatividade), a desatenção e o isolamento social.

9 O TRATAMENTO DA ESQUIZOFRENIA SOB A ÓTICA MULTIPROFISSIONAL

McGrath (2010) reconhece que a reintegração de um esquizofrênico na sociedade tende a ser difícil, considerando-se que o transtorno normalmente se desenvolve quando a pessoa já tem profissão e é auto-suficiente. O referido autor admite também que:

A maioria não se casa, não forma família, nem se dá bem no trabalho. Infelizmente, 5% dos esquizofrênicos acabam virando moradores de rua. Estes fatores podem contribuir para a alta porcentagem de esquizofrênicos que cometem suicídio (10%). No entanto, a estatística considera apenas casos de suicídio consumado. A estatística exata dos esquizofrênicos que tentam o suicídio é desconhecida, mas acredita-se que fique entre 18 e 55%.

Por sua vez Barboza (2010) contribui esclarecendo que o efeito desta doença é devastador do aspecto humano no que concerne ao pensamento, emoção e expressão. Não existe vislumbre de cura, porém, “com o tratamento adequado, pode reduzir significativamente os sintomas e as reincidências de surtos em mais de 50%. Novas drogas parecem estar melhorando este índice”. O tratamento prévio da Esquizofrenia, durante os primeiros sintomas, “pode aumentar os índices de remissão de 50% para 80 a 85 %”.

Atualmente a Esquizofrenia faz parte das maiores causas de internação em hospitais psiquiátricos. Aproximadamente “50% dos leitos são ocupados por pacientes com essa enfermidade, isso porque a cada ano surgem 50 novos casos de Esquizofrenia para cada 100.000 de habitantes, o que representa no Brasil cerca de 75.000 novos doentes por ano” (DURÃO; SOUZA, 2006). Com essa compreensão, Machado (2010) admite que seja imperativo reconhecer o início da Esquizofrenia e pontua algumas atitudes que facilitam esse reconhecimento:

Dificuldade em dormir, alternância do dia pela noite ou, mais raramente, dormir demais;
 Isolamento social, indiferença em relação aos outros;
 Perda das relações sociais que mantinha;
 Períodos de hiperatividade e outros de inatividade;
 Dificuldade de concentração chegando a impedir o prosseguimento nos estudos;
 Dificuldade de tomar decisões e de resolver problemas comuns;
 Preocupações não habituais com ocultismos, esoterismo e religião;
 Hostilidade, desconfiança e medos injustificáveis;
 Reações exageradas às reprovações dos parentes e amigos;
 Deterioração da higiene pessoal;
 Viagens ou desejo de viajar para lugares sem nenhuma ligação com a situação pessoal e sem propósitos específicos;
 Envolvimento com escrita excessiva ou desenhos infantis sem um objetivo definido;
 Reações emocionais não habituais ou características do indivíduo;
 Falta de expressões faciais (Rosto inexpressivo);
 Diminuição marcante do piscar de olhos ou piscar incessantemente;
 Sensibilidade excessiva a barulhos e luzes;
 Comportamento estranho como recusa em tocar as pessoas, penteados esquisitos; Ameaças de automutilação e ferimentos provocados em si mesmo;
 Mudanças na personalidade;
 Abandono das atividades usuais;
 Incapacidade de expressar prazer, de chorar ou chorar demais injustificadamente, rir sem motivo;
 Abuso de álcool ou drogas.

Oportunamente Bruno et al (2006) pondera que o tratamento bem sucedido com medicações antipsicóticas pode “aliviar os sintomas da doença de forma que os indivíduos possam levar vidas bem próximas do normal e, produtivas do ponto de vista pessoal e de trabalho”; entretanto, o tratamento completo da Esquizofrenia requer abordagens farmacológicas, psicológicas e sociais, dependendo do estágio da doença. Com essa mesma compreensão, Mirtes (2007) se pronuncia dizendo que:

Existem várias abordagens terapêuticas na intervenção ao doente esquizofrênico, que na maioria dos casos tem indicação de um tratamento interdisciplinar: o acompanhamento médico-medicamentoso, a psicoterapia, a terapia ocupacional (individual ou em grupos), a intervenção familiar e a psicoeducação são os procedimentos indicados para estes doentes.

No que se refere às diretrizes gerais para se tratar a Esquizofrenia, Barboza (2010) diz que o Instituto Nacional de Saúde Mental e a Agência de Seguros de Pesquisa e Saúde organizaram suas recomendações para tratamento em sete categorias: (1) medicações com anti-psicóticos; (2) medicações adicionais para depressão, ansiedade ou hostilidade; (3) terapia com eletroconvulsivos; (4)

tratamentos psicológicos; (5) intervenções familiares; (6) reabilitação vocacional; (7) tratamento intensivo comunitário. E alertam que:

[...] pacientes que recebem drogas antipsicóticas e outros tratamentos durante os seus primeiros episódios e os cinco anos seguintes a estes, são freqüentemente menos hospitalizados e requerem menos tempo para controlar plenamente os sintomas, desde que procurem ajuda rapidamente. Um estudo comprovou que a intervenção de controle prévio da Esquizofrenia, reduziu o diagnóstico de surtos. Entretanto os pacientes suportam uma média de 10 meses com sintomas sérios antes de receber tratamento e a pesquisa indica que mais da metade dos indivíduos com Esquizofrenia recebe cuidados inadequados. Particularmente, afro-americanos são menos passíveis de receber bom tratamento.

▪ **Tratamento farmacológico**

Até ao início da década de 1950, o tratamento farmacológico era bastante limitado e pouco eficaz. O arsenal terapêutico ficava assim praticamente limitado aos opióides, barbitúricos, brometos e anti-histamínicos. Estes fármacos, por sua vez, limitavam-se a controlar a ansiedade e a agitação de alguns dos doentes. Na década de 50 surgiram os primeiros medicamentos antipsicóticos. Sua ação farmacológica faz-se sentir “através do bloqueio no cérebro dos locais de atuação do neurotransmissor designado como Dopamina. Sendo desta forma diminuída a atividade desta substância. Este bloqueio ao nível da via dopaminérgica mesolímbica provoca uma diminuição dos sintomas positivos da doença (alucinações, delírios, dentre outros)” (BRUNO et al., 2006).

O tratamento da Esquizofrenia teve início com a descoberta do antipsicótico fenotiazínico, a clorpromazina. Novos medicamentos foram surgindo e a primeira geração dos antipsicóticos clássicos inclui a clorpromazina e o haloperidol. Estes medicamentos reduzem a agitação, agressão e delírios do indivíduo esquizofrênico. São efetivos na redução dos sintomas positivos (psicóticos) com pouca melhora dos sintomas negativos e déficits cognitivos. O mecanismo de ação está associado ao bloqueio de receptores dopaminérgicos D2 (GUIZZO, 2009).

Por outro lado, o bloqueio das restantes vias dopaminérgicas dão origem a alguns dos seus efeitos indesejáveis: “agravamento dos sintomas negativos, aumento da prolactina (galactorreia) e efeitos extrapiramidais”. Bruno et al (2006) reconheceu que apesar da sua eficácia no controle dos sintomas positivos, este grupo de medicamentos tinha “pouca atividade sobre os sintomas negativos da

doença e os seus efeitos secundários eram, por vezes, bastante incômodos e pouco toleráveis”.

Na década de 90, surgiu uma nova geração de antipsicóticos, designados por “Novos Antipsicóticos ou Atípicos”. São igualmente eficazes no controle dos sintomas positivos e negativos da doença, de terem menos efeitos secundários, principalmente ao nível dos efeitos extrapiramidais e de serem, melhor tolerados pelos doentes. O mecanismo de ação de alguns neurolépticos atípicos, através do antagonismo de vários receptores, nomeadamente, dopaminérgicos, colinérgicos, histaminérgicos, alfa-adrenérgicos, serotoninérgicos, deixa antever a grande complexidade e interação dos vários neurotransmissores e dos seus receptores na fisiopatologia desta doença (BRUNO et al., 2006). Afirma esses autores que:

Os neurolépticos têm um efeito não só na fase aguda da doença como na fase de manutenção, prevenindo o aparecimento de novos surtos psicóticos. Ao fim de um ano, cerca de 60% dos doentes recaem. Este valor desce para cerca de 15%, se estiverem medicados com neurolépticos.

Convém ressaltar que vários outros antipsicóticos são utilizados e comercializados no Brasil para o tratamento de Esquizofrenia.

▪ **Electroconvulsivoterapia**

A electroconvulsivoterapia foi introduzida como técnica de tratamento da Esquizofrenia, em 1938, por Cerletti e Bini, cujo objetivo consistia em “induzir, através de um estímulo elétrico, uma crise convulsiva no doente”. Ao longo dos anos este tipo de tratamento foi condenando, considerando-se desumano e bárbaro. A realidade é que, este procedimento, não só na data da sua introdução como ainda hoje, se revela como uma forma de tratamento eficaz na Esquizofrenia (BRUNO et al., 2006).

Na aplicação da electroconvulsivoterapia, recorre-se à anestesia geral, ao relaxamento muscular e a uma monitorização rigorosa dos principais sinais vitais. Sendo que o risco para o doente é muito baixo, apresentando uma taxa de mortalidade de 1 para 10000. Os principais efeitos secundários correspondem a “náuseas, cefaléias, dores musculares, alterações cognitivas, principalmente da memória. Contudo, estes efeitos normalmente são moderados e transitórios” (BRUNO et al., 2006). Os referidos autores esclarecem que, apesar de não ser

considerado um tratamento de primeira linha, várias são as situações em que o seu uso é nomeadamente indicado:

Situações refratárias à terapêutica farmacológica, nas formas de Esquizofrenia catatônica, em depressões severas com elevado risco de suicídio ou acompanhadas de sintomas psicóticos, dentre outras. Existem ainda situações em que o seu uso se torna indispensável, designadamente quando a terapêutica farmacológica se encontra contra-indicada ou desaconselhada, como por exemplo, na gravidez. Habitualmente são programadas 6 a 12 sessões [...], com uma frequência de duas a três vezes por semana, podendo ser repetidas se houver justificação clínica.

Bruno et al (2006) ainda considera como principais contra-indicações relativas da aplicação deste tipo de tratamento: “doenças cardiovasculares, como a presença de um enfarte recente, insuficiência cardíaca congestiva, alterações da condução cardíaca, aneurismas, assim como uma lesão tumoral intracraniana”.

Não se pode esquecer que o Eletrochoque ou Eletroconvulsoterapia (ECT) é regulamentado pelo Conselho Federal de Medicina. Constitui-se num tratamento cercado de estigma e preconceito, embora seja eficaz e com indicações precisas, como na catatonia, sendo realizado em circunstâncias totalmente diferentes do passado, com anestesia, monitoramento do paciente e com baixo risco para a saúde. E Justifica-se que:

É um tratamento antigo na psiquiatria, utilizado indiscriminadamente para vários transtornos, inclusive de forma errada, como medida punitiva para pacientes com mau comportamento. Isso fez com que o ECT fosse cercado de tabus. Outros tratamentos polêmicos, como a lobotomia e o choque insulínico já foram banidos da medicina, mas o eletrochoque permanece como uma alternativa de tratamento, inclusive para a Esquizofrenia (ENTENDENDO, 2009).

Utilizado atualmente no mundo inteiro (com exceção de poucos países que o proibiram por questões políticas), “o principal efeito colateral do ECT é sobre a memória, podendo provocar amnésia durante o período do tratamento, mas com recuperação posteriormente. É aplicado sob anestesia, com o paciente monitorado clinicamente através de aparelhos que medem seus batimentos cardíacos, pressão arterial e saturação de oxigênio. Através do estímulo elétrico, o ECT “provoca uma liberação maciça de neurotransmissores no cérebro, o que melhora o quadro mental do paciente após algumas sessões” (ENTENDENDO, 2009).

▪ Psicoterapia

No entendimento de Bruno et al (2006) a “psicoterapia é um tratamento psicológico, complementar ao farmacológico e que ajuda o doente a elaborar e a integrar a sua experiência psicótica”. Nesta fase, o doente vive com grande angústia, levando-o a sentir-se só e deprimido. Várias abordagens psicoterapêuticas foram utilizadas no tratamento da Esquizofrenia, entretanto, os resultados eram pouco animadores ou de eficácia reduzida.

As referidas autoras afirmam que “as psicoterapias dinâmicas influenciadas pela psicanálise de Freud acabaram por não revelar eficácia no tratamento”. Enquanto que “a psicoterapia cognitivo-comportamental é uma técnica utilizada no tratamento da Esquizofrenia com algum sucesso no que diz respeito ao tratamento dos sintomas positivos da doença, designadamente nas ideias delirantes e nas alucinações”.

Para Carreira; Moura (2009) na psicoterapia são utilizadas abordagens educativas, suportivas, interpessoais ou dinâmicas visando recuperar o individuo no nível psíquico, interpessoal e social. Enfatizam também que “a psicoterapia isolada, é menos eficiente para pacientes esquizofrênicos” embora seja de extrema importância a utilização de tratamento psicoterápico, como forma auxiliar no tratamento da Esquizofrenia. Insere-se nesse contexto o profissional terapeuta que deverá “ser uma ponte entre o paciente e a realidade, uma imagem real, não-virtual e o representante de uma realidade melhor”. Por sua vez, Shirakawa (2000) acrescenta que a psicoterapia deve ter por finalidade “melhorar os sintomas, prevenir as recaídas e evitar a institucionalização, além de, nos momentos de crise, ajudar a encarar uma internação necessária como medida protetora”.

Segundo Shirakawa (2000) a psicoterapia pode ser realizada de forma individual ou em grupo. A individual deve priorizar o apoio ao doente, por se tratar de pessoa “com dificuldades específicas que necessitam de suporte que o capacite a obter melhora em sua qualidade de vida, não sendo recomendadas psicoterapias baseadas em interpretações, com várias sessões por semana e por longos anos”.

Na psicoterapia de grupo, Shirakawa (2000) recomenda que o terapeuta deva ser ativo e monitorar o ambiente do grupo, devendo “buscar temas, estimular e organizar a conversação, oferecer suporte e proteção, favorecendo a coesão

grupal”. Nessa modalidade, o Grupo Operativo (GO), se constitui naquele em que o terapeuta organiza a discussão em torno dos assuntos agendados pelos próprios participantes. Este grupo passa a ter função psicopedagógica para capacitar o portador da doença “a ficar instruído a respeito de suas limitações, ajudando-o na adaptação social e contribuindo para conciliar sua situação de doença com as posturas de convivência que o universo social requer”.

Por sua vez, Bahls; Zacar (2006) enfoca o papel do psicólogo esclarecendo que “se fundamenta no manejo dos estressores psicossociais, no desenvolvimento das habilidades do paciente e no trabalho com sua família”. Acrescenta também que de acordo com a compreensão psicopatológica da doença e dos aspectos específicos de cada situação entre o paciente e sua família, cabe ao psicólogo “estabelecer um desenho terapêutico a ser aplicado por meio das técnicas específicas. O acompanhamento psicológico necessita centrar-se no aumento das habilidades do paciente, no apoio e na cooperação da família e na diminuição dos distúrbios funcionais da patologia”.

▪ **Assistência de enfermagem**

Assumindo significativa representatividade na concepção multiprofissional do tratamento da Esquizofrenia, Giacon; Galera (2006), insere a assistência de enfermagem com vistas a:

Implementar avaliações biopsicossociais com atenção às características culturais do paciente, criar e implementar planos para melhorar as condições de saúde do paciente e de sua família, orientar paciente e família sobre as características da doença, do tratamento e sobre os recursos disponíveis, promover e manejar, dentro da saúde mental, os efeitos da doença através do ensino, da pesquisa, proporcionando adequado aconselhamento à família e ao paciente, manejar e coordenar sistemas de integração de cuidados que integrem as necessidades do paciente e da família, promovendo um entendimento e uma melhor aceitação da doença, o que leva à melhor adesão ao tratamento e uma melhor reabilitação social.

Giacon; Galera (2006) tornam claro que a enfermagem psiquiátrica está fundamentada no relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente, através do qual observa os aspectos biopsicossociais do ser humano. No aspecto biológico, observa efeitos colaterais da medicação e acompanha a saúde geral do jovem paciente e de sua família. No campo psicossocial, pode se envolver em diversas atividades, tais

como a visita domiciliária, a coordenação de grupos de pacientes em oficinas e outros temas.

O atendimento de enfermagem consiste em ações que visam à melhora da qualidade de vida do paciente e de sua família como um todo, de acordo com as características do paciente e da sua família, a fim de colaborar para a sua reintegração social, controlar o surgimento de novos surtos, e tornar todos os envolvidos mais participativos no tratamento do paciente, cooperando e colaborando com o mesmo (GIACON; GALERA, 2006).

- **Apoio familiar**

Para Carreira; Moura (2009), a intervenção familiar associada à farmacoterapia, pode ser capaz de reduzir os índices de recaída em uma média anual de 40 a 53%, para uma média de 2 a 23%, sendo altamente indicada no 1º episódio esquizofrênico, na intenção de promover a informação à família sobre a doença, seus sintomas, seu tratamento, suas crises e outras dúvidas que a família venha ter, a fim de reduzir estigmas e preconceitos.

Partindo-se desse entendimento, os referidos autores recomendam que a equipe multidisciplinar deva primeiramente conhecer a família, suas crenças, religião, medos, limitações, inseguranças, entre outros fatores, a fim de ajudar a família a se adaptar com a nova situação, bem como ser orientado sobre a maneira de agir, para que haja colaboração para o tratamento, estabilização e melhora do paciente e, o mesmo possa ter uma melhor inclusão, para uma melhor qualidade de vida da família como um todo. Inserido nesse contexto, Murta (2007) também se pronuncia:

A família é quem acompanha, avalia e supervisiona diariamente o tratamento de seus componentes doentes, onde ela mesma, na maioria das vezes, é quem expõe o problema do doente, o encaminha para um profissional. Pois quando há um indivíduo doente em uma família todos os outros membros são afetados. Afirma também que a falta de assistência e informação à família e aos portadores de doença mental, gera tratamento ineficaz, que conseqüentemente evolui para internações desnecessárias.

10 A REFORMA PSIQUIÁTRICA

A reforma psiquiátrica e psiquiatria andam juntas desde o próprio nascimento da psiquiatria. Os reformuladores da revolução Francesa que delegaram à pinel a tarefa de humanizar e dar um sentido terapêutico aos hospitais gerais, onde os loucos encontravam-se recolhidos junto com outros marginalizados da sociedade. Delgado (1992; 1997a, b; 2001); Tenório (1996; 2001; 2002) observam que as iniciativas reformadoras prosseguiram ao longo do século XIX, visando agora dar orientação científica aos estabelecimentos especializados. Na virada do século XX, a reforma passou a se orientar pela crítica à insuficiência de asilo, produzindo, por exemplo, o modelo de colônias agrícolas. Também a consolidação da estrutura manicomial do estado da era de Vargas deu-se como um desafio o reformista e o "fugaz movimento da psiquiatria comunitária entre os anos 60 e 70" é outra iniciativa do reformista no campo da saúde mental.

Nascido do reclame da cidadania do louco, o movimento central de Reforma Psiquiátrica Brasileira desdobrou-se em um amplo e diversificado escopo de práticas e saberes. A importância analítica de se localizar a cidadania como um valor fundante e organizador deste processo está em que a reforma é, sobretudo um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política o social o cultural e as relações com o jurídico, e é obra de atores diferentes entre si.

O movimento atual da reforma psiquiatria tem como período germinativo a luta mais ampla pela redemocratização do país, na segunda metade da década de 1970. No entanto duas referências anteriores mantêm relação com o que aconteceria depois: o modelo das comunidades terapêuticas e o movimento da psiquiatria comunitária preventiva (TEXEIRA, 1993).

▪ **Modelo das comunidades terapêuticas**

A experiência das comunidades terapêuticas que teve, no Brasil, vicejou na virada da década de 1960 para a de 1970, tem como ponto de contato com o movimento atual de reforma o fato de ter sido "uma reação às estruturas tradicionais do aparato asilar psiquiátrico. Tratava-se a grosso modo da tentativa de construção a partir de psicanálise, de um novo modelo discursivo/ organizacional que comande

e remodele as ações do cotidiano hospitalar. A psicanálise portanto, para tornar instituições e equipes objetos de interpretação. Os méritos deste movimento Teixeira observa que retrata de uma experiência que discute as questões da cidadania mental num momento em que este conceito sequer estava em pauta” (TEXEIRA, 1993; TENÓRIO, 2002).

- **O movimento da psiquiatria comunitária e preventiva**

Como proposta alternativa à prevalência do asilo, tido como segregador e iatrogênico propunham-se que a psiquiatria devia se organizar segundo o programa mais amplo de intervenção na comunidade visando a evitar o adoecimento mental. Tratava-se não apenas de detectar precocemente as situações críticas, de modo a resolvê-las sem que chegassem à internação, mas de organizar o espaço social de modo a prevenir o adoecimento mental. As idéias de comunidade onde havia doença tinham, naturalmente, grande exemplo. No entanto, apesar da aceitação inicial dessas teses no Brasil, os riscos da psiquiatria social foram logo apontados (DELGADO, 1992; TENÓRIO, 2002).

Na segunda metade da década de 1970, seguem as denúncias de fraudes no sistema financeiro dos serviços, denúncias de abandono, da violência e dos maus-tratos a que eram submetidos os pacientes internados nos grandes hospícios do país. Em 1978 é criado o movimento dos trabalhadores em saúde mental (MTSM), combinando reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário fizeram avançar a luta anti-manicomial. A década de 1980 marca a chegada dos protagonistas e do programa do movimento sanitário, a gestão efetiva dos serviços e das políticas públicas. As iniciativas foram basicamente duas: racionalização humana e moralização do asilo; criação de ambulatórios como alternativa ao hospital de intervenção. No entanto, reforma do asilo e ambulatorização “não tiveram impacto significativo sobre a qualidade do atendimento, e êxito escasso na mudança hegemonia asilar” (DELGADO, 1992).

Segundo Tenório (2002) o movimento da Reforma Psiquiatria Brasileira teve como ponto de virada dois eventos do ano de 1987: a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental que representa, portanto o fim de trajetória sanitarista, de transformar apenas o sistema de saúde, e o início da trajetória de desconstruir no cotidiano das

instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura. E chamada desinstitucionalização, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Outro evento foi o II encontro nacional dos trabalhadores em saúde mental que foi decidido durante a I conferência, pelas constatações de que a perspectiva sanitária de incorporar as propostas reformistas nas políticas oficiais vinha sendo anulada pela resistência da iniciativa privada da estrutura moniconial, da burocracia estatal e do conservadorismo psiquiátrico.

A ação na cultura passa a ocupar um lugar estratégico no agora denominado movimento da luta antimanicomial que se trata de chamar a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o louco e a loucura. A participação dos agora chamados “usuários” dos serviços de saúde mental (em lugar de pacientes) e de seus familiares nas discussões, encontros e conferências passa a ser uma característica marcante do processo. Ainda na perspectiva de ampliação dos movimentos, é instituído o dia 18 de maio como dia nacional de luta Antimanicomial. Substituir na psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados abertos e de natureza comunitária ou territorial, esta é a tarefa da reforma psiquiátrica (TENÓRIO, 2002).

O Ministério da Saúde considera a Reforma Psiquiátrica como um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005).

Por sua vez, Murta (2007) torna claro que com a reforma psiquiátrica foi possível “criar equipes multidisciplinares para dar suporte aos pacientes, fazendo com que novos espaços fossem adquiridos para a abertura de convênios proporcionando assim uma melhor convivência do doente na sociedade”. Foi instituída pela “Lei Federal 10.216 em 6 de abril de 2001 baseada na construção de um novo estatuto para portadores de doenças mentais, oferecendo a eles um modelo onde poderiam considerar-se cidadãos respeitados”. Ou seja, “visa tratar o doente mental de forma igualitária tentando outros recursos que não precisassem mantê-los em clínicas longe da sociedade considerada com boa saúde mental”.

Ao final do ano de 2001, realizou-se, em Brasília, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, convocada logo após a promulgação da Lei 10.216, sendo sua etapa nacional realizada em dezembro do mesmo ano, da qual fizeram parte 1.480 delegados, entre representantes de usuários, familiares, movimentos sociais e profissionais de saúde. A etapa municipal e estadual envolveu cerca de 23.000 pessoas, com a presença ativa de usuários dos serviços de saúde e de seus familiares (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005). Ficam pactuados democraticamente os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental no Brasil, consolidando-se a Reforma Psiquiátrica como política de governo, conferindo aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, bem como defender a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas e estabelecer o controle social, como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005).

No processo de delineamento da política de saúde mental no Brasil, o Ministério da Saúde descreve a história da Reforma Psiquiátrica, subdividindo-a em períodos, conforme se apresenta abaixo:

- **Crítica do modelo hospitalocêntrico (1978-1991)**

Para o Ministério da Saúde, o ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em no país. Neste período, são de especial importância o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. O Ministério da Saúde afirma que foi esta intervenção, com repercussão nacional, “que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico” (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005).

- **Implantação da rede extra-hospitalar (1992-2000)**

Em conformidade com o Ministério da Saúde, a partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Também esclarece que neste período inicia-se a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005).

Neste período, o processo de expansão dos CAPS e NAPS é descontínuo. As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Afirma o Ministério da Saúde que é no contexto da “promulgação da Lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade”. Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país, entendendo-se que “a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante O autor acima citado explica que neste mesmo período, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, com a criação do Programa “De Volta para Casa”, para a qual, uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica é construída, além de uma política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos. Realiza-se, em 2004, o primeiro Congresso Brasileiro de

Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, reunindo dois mil trabalhadores e usuários de CAPS. Este processo caracteriza-se por “ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, para efetivar a construção da transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, para um modelo de atenção comunitária”.

11 O PAPEL ESTRATÉGICO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS

Dentre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, os CAPS têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, uma vez que seu surgimento veio demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. Dentre as funções dos CAPS, o Ministério da Saúde destaca:

Prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. [...] organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. [...] são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território. [...] devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005).

Diz ainda que compete aos CAPS “acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território”. Começaram a surgir nas cidades brasileiras na década de 80 e passaram a receber uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde a partir do ano de 2002, momento no qual estes serviços experimentam grande expansão. São serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas “com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005).

Oportunamente, o Ministério da Saúde torna a ressaltar que “o perfil populacional dos municípios é sem dúvida um dos principais critérios para o

planejamento da rede de atenção à saúde mental nas cidades, e para a implantação de Centros de Atenção Psicossocial”. No entanto, lembra: Deve ser compreendido apenas como um orientador para o planejamento das ações de saúde, sendo o “gestor local, articulado com as outras instâncias de gestão do SUS, quem terá condições mais adequadas para definir os equipamentos que melhor respondem às demandas de saúde mental de seu município” (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005).

Argumentando ainda sobre os CAPS, o Ministério da Saúde esclarece que a posição estratégica dos mesmos, como articuladores da rede de atenção de saúde mental em seu território, é, por excelência, “promotora de autonomia, uma vez que articula os recursos existentes em variadas redes: sócio-sanitárias, jurídicas, sociais e educacionais, dentre outras”. Os CAPS, no processo de construção de uma lógica comunitária de atenção à saúde mental, oferecem então os recursos fundamentais para a reinserção social de pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005).

12 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com as argumentações acima descritas, tornou-se evidente que a Esquizofrenia é uma doença que assume significativa representatividade na medida em que acomete grande parte da população. Levando-se em consideração sua gravidade e evolução, pode-se perceber certa dificuldade em diagnosticá-la precocemente, fazendo com que o tratamento e o prognóstico dos portadores desse transtorno não sejam eficazes. Ainda gera muitas dúvidas, angústias e preconceitos em seus portadores, familiares, amigos e em toda a sociedade, considerando-se que seja de difícil manejo, dada suas implicações decorrentes da freqüente cronicidade.

A Esquizofrenia é uma doença grave e debilitante que pode interferir nas relações familiares, provocar sentimentos negativos, como raiva, medo e angústia, pela sensação de impotência que os sintomas trazem. Suas causas são variadas, porém, relatos epidemiológicos indicam que o risco de desenvolver a doença pode estar associado a fatores genéticos e ambientais.

A administração de medicamentos, o apoio psicológico e familiar, a reabilitação vocacional, dentre outros recursos, desempenham papel fundamental no cuidado às pessoas esquizofrênicas, tornando-se um dos pontos essenciais para a recuperação. Destaca-se a importância dos profissionais da saúde como conhecedor do comportamento psiquiátrico para auxiliar no tratamento do paciente esquizofrênico, enfatizando o cuidado humanizado, uma vez que essa doença dura a vida toda. Considera-se de grande importância a Reforma Psiquiátrica dada à possibilidade de criar equipes multidisciplinares para dar suporte aos pacientes, fazendo com que novos espaços sejam adquiridos para a abertura de convênios proporcionando assim, melhor convivência do doente na sociedade. Elegem-se os CAPS, em conformidade com suas diferentes modalidades, como prestadores de atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos, preservando-se e fortalecendo os laços sociais do usuário.

REFERÊNCIAS

ALBANESI, Maura de. Esquizofrenia: saiba o que é e como tratar. São Paulo: Rádio Mundial, 2009. Disponível em: <http://radiomundial.com.br/assuntosabordados/?id=6550>. Acesso em: 12 abr. 2010.

ARARIPE NETO, Ary Gadelha de Alencar; BRESSAN, Rodrigo Affonseca; BUSATTO FILHO, Geraldo. Fisiopatologia da esquizofrenia: aspectos atuais. **Rev. Psiq. Clín.** v. 34, supl. 2, p. 198-203, 2007. Disponível em: < <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s2/198.html>>. Acesso em: 12 abr. 2010.

ASSOCIATION AMERICAN PSYCHIATRIC. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR)**. Porto Alegre: ArtMed, 2002. 880 p.

BAHLS, Saint-Clair; ZACAR, Flavia Maria Hasegawa. As intervenções psicossociais no tratamento da esquizofrenia. **RUBS**, Curitiba, v.2, n.1, p.24-33, jan./mar. 2006. Disponível em: <http://rubs.up.edu.br/arquivos/rubs/RUBS%20VI/ARTIGO%202.pdf>. Acesso em: 5 maio. 2010.

BARBOSA, Jorge. **Perturbações mentais**: psicologia. 2010. Disponível em: < <http://somostodosum.ig.com.br/clube/artigos.asp?id=19448>>. Acesso em: 12 abr. 2010.

BARRETO, Octaviano Moniz. A doença mental na mulher. Set. 2008. Disponível em: <http://ttartnews.blogspot.com/2008/09/doena-mental-na-mulher.html>. Acesso em: 9 maio. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental e economia solidária**: inclusão social pelo trabalho. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. _____. Ministério da Justiça. **Reforma psiquiátrica e manicômios judiciários**: relatório final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. In: CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: 15 anos depois de Caracas. OPAS, Brasília, nov. 2005.

BRUNO, Ana Isabel et al. Parentalidade e Esquizofrenia. **FARO**, out. 2006.

BUSSATO FILHO, G. A anatomia estrutural e funcional da esquizofrenia: achados de neuropatologia e neuroimagem. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, n.22, p.9-11, 2000.

CAMPOS, Fábio Sinisgalli Romanelo. **Esquizofrenia**. 2001. Disponível em: <<http://www.psiquiatriageral.com.br/esquizofrenia/texto1.htm>>. Acesso em: 12 abr. 2010

CAMPOS, Magnus Amaral. **Esquizofrenia paranoide**. jan. 2008. Disponível em: <http://pt.shvoong.com/humanities/philosophy/763132-esquizofrenia-paran%C3%B3ide/>. Acesso em: 22 abr. 2010.

CAMPOS, Shirley de. **Sintomas da Esquizofrenia**. 2004. Disponível em: <<http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/13253>>. Acesso em: 12 abr. 2010.

CARREIRA, Georgia Oliveira; MOURA, Pérola Aparecida Silva de. **Esquizofrenia: uma abordagem geral com enfoque na assistência de enfermagem e familiar**. 2009. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/26876/1/ESQUIZOFRENIA-Uma-abordagem-geral-com-enfoque-na-assistencia-de-enfermagem-e-familiar/pagina1.html>>. Acesso em: 19 abr. 2010.

CASTRO, A. A. A formulação da pergunta. In: _____. **Revisão sistemática com e sem metanálise**. São Paulo: AAC, 2001. Disponível em: <http://metodologia.org>. Acesso em: 25 maio. 2010.

CASTRO, S.A.; FUREGATO, A.R.F. Conhecimento e atividades da enfermagem no cuidado do esquizofrênico. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 4, p.957-65. 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a08.htm>. Acesso em: Acesso em: 19 abr. 2010.

CORTESE, Leonardo. **Esquizofrenia: transtornos relacionados por semelhanças ou classificação**. 2004. Disponível em: <<http://www.psicosite.com.br/tra/psi/esquizofrenia.htm>>. Acesso em: 12 abr. 2010.

DALGALARRONDO, P. Diagnóstico diferencial. In: CAETANO, D.; FROTA-PESSOA, O.; BECHELLI, L. P. C. (ed.). **Esquizofrenia: atualização em diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Atheneu, 1993. p. 31– 38.

DELGADO, Pedro Gabriel. No litoral do vasto mundo: lei 10.216 e a amplitude da reforma psiquiátrica. In: VENANCIO; CAVALCANTI (org.). **Saúde mental: campo, saberes e discursos**. Rio de Janeiro: Ipub-Cuca, 2001.

_____. A psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial. **Saúde em Foco: informe epidemiológico em saúde coletiva**, ano 6, n. 16, p. 41-3. 1997a.

_____. Papel estratégico das unidades psiquiátricas em hospital geral na reforma psiquiátrica brasileira. **Cadernos Ipub**, Rio de Janeiro, n. 6, p. 9-19. 1997b.

_____. **As razões da tutela**: psiquiatria, justiça e cidadania do louco na Brasil. Rio de Janeiro: Te-Cor, 1992.

DURÃO, A.M.S.; SOUZA, M.C.B.M. Cotidiano de portadores de esquizofrenia, após uso de um antipsicótico atípico e acompanhamento em grupo: visão do familiar. **Rev. Latino Americana Enfermagem Ribeirão Preto**, v.14, n. 4. ago. 2006.

ENTENDENDO a Esquizofrenia: como tratar?. 2009. Disponível em: < http://www.entendendoaesquizofrenia.com.br/conteudo.php?get_id=188>. Acesso em: 20 maio. 2010.

FARIA, Ellen Filgueiras de; CHICARELLI, Alessandra Maria. Assistência de enfermagem ao paciente portador de Esquizofrenia: o desafio do cuidado em saúde mental. **TECER Revista Científica do Instituto Metodista Izabela Hendrix**, Belo Horizonte, MG, n. 3, nov. 2009. Disponível em: <http://proacad.metodistademinas.edu.br/tecer/TEXTOS_TECER3/ARTIGOS_TECER3.ht>. Acesso em: 12 abr. 2010.

GALLO, Antonio. **A Esquizofrenia e o tratamento holístico**: módulos I e II. Disponível em: < <http://somostodosum.ig.com.br/clube/artigos.asp?id=19448>>. Acesso em: 12 abr. 2010.

GALVÊAS, Elias Celso. **Esquizofrenia paranóide**: abordagem clínica. 2003. Disponível em: < http://maxpages.com/elias/Esquizofrenia_Paranoide>. Acesso em: 10 maio. 2010

GIACON, B. C. C.; GALERA, S. A. F. Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência da enfermagem. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, v. 40, n.2, p. 286-91, jun. 2006. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 10 abr. 2010.

GUIZZO, Renato. **Esquizofrenia**: aspectos neurobiológicos básicos. Instituto de Neurociências e Comportamento, 2009. Disponível em: <http://www.inec-usp.org/cursos/cursosIV/cursosIV.htm>. Acesso em: 9 maio. 2010.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. **Compêndio de Psiquiatria**: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997

KOCH, Alice Sibille; ROSA, Dayane Diomário da. Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. **ABC da Saúde**. 2005. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?189>. Acesso em: 12 abr. 2010.

LAFER, Beny. **Formas de Esquizofrenia**. Disponível em: <http://www.einstein.br/SGPO/FormulariosExternos/EspacoSaudeDoencas/wFrmlmpressaoDoenca.aspx?SGDODOen=57>. Acesso em: 19 abr. 2010.

LOUZÃ NETO, M.R. Manejo clínico do primeiro episódio psicótico. **Rev Bras Psiquiatr.**, v.22, supl.1, p.45-6. 2000.

MACHADO, Ana Rita. **Esquizofrenia**. Disponível em: < <http://mapadocrime.com.sapo.pt/esquizofrenia.html> >. Acesso em: 16 abr. 2010.

MANUAL MERCK. **Esquizofrenia e delírio**. cap. 91: distúrbios da saúde mental. Disponível em: <www.msd-brazil.com>. Acesso em: 23 abr. 2010.

McGRATH, Jane. **Como funciona a esquizofrenia**. Tradução de HowStuffWorks Brasil. Disponível em: <http://saude.hsw.uol.com.br/esquizofrenia1.htm>. Acesso em: 10. abr. 2010.

MENEZES, P.R. Prognóstico da esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatria**, São Paulo, v.22, n.1, maio. 2000.

MIRTES, Wellya. **Tipos de Esquizofrenia**: revisão. 2007. Disponível em: < <http://pt.shvoong.com/medicine-and-health/1625136-tipos-esquizofrenia/> >. Acesso em: 19 abr. 2010.

MURTA, Genilda Ferreira. **Saberes e práticas**: guia para ensino e aprendizado de enfermagem. 3. ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2007. v.4.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Divisão de Saúde Mental. **A Esquizofrenia**: informação para as famílias. Lisboa: Associação Comunitária de Saúde de Loures Ocidental, 1998. Disponível em: <http://cubano.ws/info-atual/esquizofrenia>. Acesso em: 30 mar. 2010.

_____ (coord). **Classificação de transtorno mental e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 83-107.

SANTANA, Taís Fernanda Maimoni Contieri. **Esquizofrenia**: um olhar da saúde mental. 2009. Disponível em: <http://www.webartigos.com/articles/15912/1/ESQUIZOFRENIA-UM-OLHAR-DA-SAUDE-MENTAL/pagina1.html>. Acesso em: 19 abr. 2010.

SENA, Ligia Moreiras. **Esquizofrenia**. Disponível em: < http://www.ibb.unesp.br/departamentos/Farmacologia/material_didatico/Profa_Mirtes/ESQUIZOFRENIA/ESQUIZOFRENIA_LIGIA_SENA.pdf >. Acesso em: 15 abr. 2010.

SHIRAKAWA, Itiro. Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.22, n.1, p. 56-8, maio. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-4446200000500019&script=sci_arttext&tlng=en

TEIXEIRA, Manoel Olavo L. **O cristal de várias faces**: a psicanálise, o campo de saber psiquiátrico e o modelo das comunidades terapêuticas. 1993. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993. (mimeo.)

TENÓRIO, Fernando. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

_____. Conhecer para cuidar: o primeiro censo da população de internos em hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos Ipub**, Rio de Janeiro, n. 3, p. 171-96. 1996.

_____. A reforma psiquiátrica brasileira: da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, RJ, v. 9, n.1, p.25-59, jan./abr. 2002.

VERZOLA, Izabel Cristina. **O conhecimento de profissionais da saúde que atuam em hospital geral acerca da esquizofrenia**. 2010. 98f. Monografia (Graduação em Psicologia) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2010. Disponível em: <http://inf.unisul.br/~psicologia/wp-content/uploads/2010/08/TCC%20Izabel%20Verzola.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2010.