

**FACULDADE LABORO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO**

GILSON MARTINS BANDEIRA

**FATORES DE RISCO RELACIONADOS À ESQUIZOFRENIA:
revisão de literatura**

**SÃO LUÍS – MA
2013**

GILSON MARTINS BANDEIRA

**FATORES DE RISCO RELACIONADOS À ESQUIZOFRENIA:
revisão de literatura**

Monografia apresentada ao Curso de Medicina do Trabalho da Faculdade Laboro – Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de especialista em Medicina do Trabalho

Orientadora: Profª Drª. Mônica Elinor Alves Gama

**SÃO LUÍS – MA
2013**

Bandeira, Gilson Martins

FATORES DE RELACIONADOS À ESQUIZOFRENIA: revisão bibliográfica/Gilson Martins Bandeira. - São Luís, 2014.

Impresso por computador (fotocópia)

Monografia apresentada ao curso de especialização em Medicina do Trabalho da Faculdade Laboro/Universidade Estácio de Sá, como requisito para obtenção do Título de Especialista em Medicina do Trabalho. - .2014

Orientador:xxxxxxxxxx

1.Esquizofrenia. 2.Diagnóstico. 3.Tratamento. I. Título

CDU-616.895.8:615.86+616-72

GILSON MARTINS BANDEIRA

**FATORES DE RISCO RELACIONADOS À ESQUIZOFRENIA:
revisão de literatura**

Monografia apresentada ao Curso de Medicina do Trabalho da Faculdade Laboro – Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de especialista em Medicina do Trabalho

Orientadora: Prof^a Dr^a. Mônica Elinor Alves Gama

Aprovado em ___/___/___.

Banca Examinadora

Prof^a Mônica Elinor Alves Gama
Doutora em Medicina
Universidade São Paulo - USP

1º Examinador

2º Examinador

RESUMO

Considerada um dos principais problemas de saúde pública da atualidade, a esquizofrenia vem exigindo um investimento do sistema de saúde e causando grande sofrimento para o portador e sua família. Trata-se de um transtorno mental que pode atingir homens ou mulheres em diferentes faixas etárias. Dada a importância da esquizofrenia no cotidiano de muitas pessoas, trata-se de uma doença que acomete praticamente em várias faixas etárias, a detecção precoce da esquizofrenia é uma forma de tratar os sintomas com mais eficácia. Através de uma metodologia na revisão de literatura apresenta-se esta pesquisa, focando na esquizofrenia, buscando autores que forneçam embasamento teórico sobre o tema, bem como, histórico, manifestações clínicas, diagnóstico, tratamento e prevalência. Os resultados obtidos foram suficientes para agregar conhecimento sobre a doença e assim buscar melhores cuidados diante desse transtorno mental. Sugere-se que este estudo acrescente no conhecimento da esquizofrenia e que os profissionais envolvidos possam buscar atender todos os critérios de assistência ao cliente portador da mesma.

Palavras – chave: Esquizofrenia. Diagnóstico. Tratamento.

ABSTRACT

Considered one of the major public health concern, schizophrenia has required an investment in the health system and causing great suffering to the bearer and his family. It is a mental disorder that can strike men and women in different age groups. Given the importance of schizophrenia in everyday life for many people, it is a disease that affects virtually all age groups, early detection of schizophrenia is a way to treat the symptoms more effectively. Through a methodology in the literature review presents this research, focusing on schizophrenia, seeking authors to provide theoretical background on the topic, as well as historical, clinical manifestations, diagnosis, treatment and prevalence. The results were enough to add knowledge about the disease and thus seek better care before this mental disorder. It is suggested that this study will add knowledge of schizophrenia and the professionals involved can seek meet all the criteria for assistance to the patient in the same client.

Key – words: Schizophrenia. Diagnosis. Treatment.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	OBJETIVOS	9
3	METODOLOGIA	10
4	REVISÃO DE LITERATURA	11
4.1	Considerações Gerais sobre a Esquizofrenia	11
4.2	Histórico da Esquizofrenia	12
4.3	Manifestações Clínicas da Esquizofrenia	14
4.4	Fisiopatologia da Esquizofrenia.....	16
4.4.1	Fatores de risco relacionados a Esquizofrenia.....	17
4.5	Diagnóstico.....	17
4.6	Tratamento	18
4.7	Importância da Família no Tratamento da Esquizofrenia	20
4.8	Prevalência	21
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
	REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

Muitos transtornos mentais foram se desencadeando ao longo do tempo, mesmo com o desenvolvimento da sociedade, observa-se cada vez mais a necessidade de se diagnosticar alterações psíquicas, que surgem silenciosamente e podem ser causadoras de vários problemas sociais em um ambiente.

A esquizofrenia possui baixa incidência, trata-se de uma doença com longa duração, acumula-se, ao longo dos anos, no entanto, observou-se que houve um aumento no número de indivíduos portadoras desse transtorno, com diferentes graus de comprometimento e de necessidades. Considerada um dos principais problemas de saúde pública da atualidade, a esquizofrenia vem exigindo um investimento do sistema de saúde e causando grande sofrimento para o portador e sua família (GIACON; GALERA, 2006).

Diante do acometimento da esquizofrenia, o indivíduo pode evidenciar sintomas de alucinações, sentimentos de inferioridade, irritação, dentre outros, ocasionando um transtorno mental com desorganização das ideias e sem razão.

Segundo Campos (2001) a esquizofrenia trata-se de um transtorno psíquico grave que apresenta características clínicas: alterações do pensamento, alucinações, delírios e perda de contato com a realidade. Sabe-se através de algumas estatísticas, que a esquizofrenia atinge 1% da população mundial, manifestando-se habitualmente entre os 15 e os 25 anos, nos homens e nas mulheres, podendo igualmente ocorrer na infância ou na meia-idade.

Tratando-se da esquizofrenia, muitos pacientes foram discriminados no decorrer da história, atualmente, esta doença ocupa espaço entre vários membros da sociedade, no qual exige acompanhamento médico, uso de terapia medicamentosa e auxílio familiar.

A esquizofrenia trata-se de um transtorno causado por diversos fatores biopsicossociais que interagem, criando situações, as quais podem ser favoráveis ou não ao aparecimento do transtorno. Outros fatores como os biológicos podem está ligados à genética e/ou aqueles que são devidos a uma lesão ou anormalidade de estruturas cerebrais e deficiência em neurotransmissores. Na esquizofrenia incluem-se também os fatores psicossociais são aqueles ligados ao indivíduo, do ponto de vista psicológico e de sua interação com o seu ambiente social, tais como:

ansiedade muito intensa, estado de estresse elevado, fobia social e situações sociais e emocionais intensas. Portanto, os indivíduos com predisposição podem desenvolver a doença quando estimulados por fatores biológicos, ambientais ou emocionais (GIACON; GALERA, 2006).

Conforme Giacon (2009) a esquizofrenia causa grande transtornos familiares, principalmente quando ocorre o primeiro episódio da doença, fazendo com que a família conviva numa situação de estresse que desorganiza todo o grupo familiar. No entanto, com o tratamento farmacológico garante melhoras nos sintomas da esquizofrenia, fazendo com que o portador saia do conflito psíquico.

Este estudo apresenta o conceito da esquizofrenia e os fatores ligados a essa patologia, considerada uma das mais graves doenças neuropsiquiátricas, pretende-se apresentar através da literatura uma revisão sobre o tema. Os objetivos incluem identificar as principais características ou comportamentos dos pacientes acometidos por esquizofrenia, formas do diagnóstico, tratamento e prevalência.

Tal pesquisa visa ainda obter resultados que possam ser utilizados pelos órgãos de saúde competentes no desenvolvimento de uma nova visão sobre os casos de esquizofrenia, dessa forma poder-se contribuir para o conhecimento a cerca do tema visando melhores cuidados, evidenciar os sintomas, formas de tratamentos e cuidados da esquizofrenia, além de servir como material base para formulação de futuros projetos de saúde pública.

2 OBJETIVOS

Estudar as principais características ou comportamentos de pacientes acometidos por esquizofrenia, formas de diagnóstico, tratamento e prevalência, considerando literatura especializada.

3 METODOLOGIA

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

3.1 Revisão de Literatura

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

Formulação da Pergunta: o que a literatura descreve sobre a esquizofrenia?

Localização e seleção dos estudos: foram considerados no estudo publicações nacionais e periódicos indexados, impressos e virtuais, específicas da área (livros, monografias, dissertações e artigos), sendo pesquisados ainda dados em base de dados eletrônica tais como Google Acadêmico, Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde e do *Scielo Eletronic Library Online* (SCIELO).

Período: 2000 a 2011.

Coleta de dados: Foram coletados relativos a esquizofrenia, como um breve histórico sobre a doença, manifestações clínicas, tratamento, diagnóstico e prevalência. Levando em consideração a opinião de autores renomados no assunto e ainda a base de dados disponibilizadas em acervos digitais e impressos.

Análise e apresentação dos dados:

Literatura interpretativa sobre a esquizofrenia;

Considerações Gerais sobre a esquizofrenia;

Histórico;

Manifestações Clínicas e Fatores de Risco;

Diagnóstico;

Tratamento e Prevalência;

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Considerações Gerais sobre a Esquizofrenia

A esquizofrenia é uma das mais graves doenças neuropsiquiátricas, possui alto grau de incapacidades e deterioração da qualidade de vida dos portadores, além de sobrecarregar o convívio dos familiares com o portador e ainda representa para a sociedade uma doença com altos custos (GAMA et al., *apud* SILVA, 2009).

Os transtornos mentais sempre tiveram registros na saúde mundial, com o desenvolvimento da humanidade foi possível buscar metodologias que diagnosticasse e tratassem as doenças mentais, vistas até então como algo negativo que vislumbrasse impurezas, no entanto, a medicina destacou como transtornos, no qual poderiam acometer qualquer indivíduo.

A esquizofrenia é caracterizada clinicamente por sintomas em todas as áreas de funcionamento psicológico, incluindo conteúdo e processos do pensamento, fala, percepções, comportamento, afeto e funcionamento do ego. Trata-se de uma doença mental grave e de difícil compreensão. É a mais incapacitante das doenças mentais, pois o indivíduo acometido pode não se recuperar totalmente, não ter condições para trabalho e sofrer discriminação na esfera social (DURÃO, 2004 p.4).

A esquizofrenia é uma doença de caráter devastador, que não atinge somente o portador da doença, mas também a família que se vê reclusa e impotente diante desse transtorno. No entanto, no passado não muito distante, não havia meios de controlar a doença, hoje com o avanço científico, principalmente o farmacológico, é disponibilizado uma gama de drogas que alcançassem o controle da esquizofrenia.

Na atualidade os portadores de esquizofrenia estão sendo beneficiados devido a descoberta de medicações cada vez mais eficazes, estas medicações atuam na diminuição dos sintomas, possuem efeitos colaterais diminuídos e são menos prejudiciais (DURÃO, 2004).

Pensamentos distantes, confusos e até mesmo sem noção da realidade, a esquizofrenia possui inúmeras manifestações clínicas, atingindo o sistema nervoso central de forma acentuada, no qual o portador age de forma a desencadear sintomas incoerentes aos de uma pessoa sã consciência.

As características clínicas da esquizofrenia são de um transtorno psicológico, que age nas distorções no curso, na forma e no conteúdo do

pensamento, levando ao sentimento de que os atos mais íntimos do sujeito são conhecidos pelos outros, levando-o a desencadear delírios explicativos, a ponto de que forças naturais ou sobrenaturais trabalhem de forma a influenciar suas idéias e ações. Portanto, o portador de esquizofrenia começa a ter a visão de si próprio como pivô de tudo o que acontece a sua volta (ideia de auto referência) (BRASIL, 2011).

Estudos sobre a esquizofrenia contribuíram de forma acentuada na relação da doença com a hereditariedade, no entanto, confirma-se ainda que a doença seja de causa inexplicada, o que pode resultar no acometimento de qualquer indivíduo.

O fato da esquizofrenia ser um transtorno psiquiátrico está tipicamente ligada a fatores da vida dos portadores, um desses fatores diz respeito a faixa etária, o acometimento ocorre em indivíduos de diferentes raças e classes sociais, o diagnóstico baseia-se inteiramente na história psiquiátrica e no exame psíquico, pois inexitem exames laboratoriais específicos. Ocorre uma queda dos ideais e valores, em que o jovem encontra-se perplexo e discordante frente ao mundo e tenta dar um sentido, através da reconstrução desse mundo fragmentado, com a formação dos delírios (BRASIL, 2011).

4.2 Histórico da Esquizofrenia

Os primeiros relatos sobre as doenças graves em relação a psicoses funcionais crônicas são relatadas inicialmente na literatura humana. Os portadores de psicoses eram considerados pessoas que tinham poderes sobrenaturais, eram temidos e recusados pela sociedade. Os médicos gregos foram os primeiros a escreverem a respeito do conceito de que a doença mental era resultado de forças naturais. *Morel*, em 1860, descreveu uma insanidade progressiva no jovem e propôs o termo de *deménce precoce*, que significa demência precoce (CONLEY; KELLY, 2001 *apud* DURÃO, 2004).

As doenças mentais sempre causaram preocupação na saúde em nível mundial, principalmente devido as complicações que podem causar ao indivíduo portador de algum transtorno, no caso da esquizofrenia, é notável como uma doença que acompanha a humanidade há vários séculos, no entanto, somente em meados do XVII houve maior ênfase nessa área.

Uma das primeiras descrições da esquizofrenia foi feita por *Emil Kraepelin* em 1896, que nomeou como Demência Precoce. Somente em 1911, que foi dado o

nome para esquizofrenia por *Eugene Bleuer*, caracterizado como principal sintoma da patologia a desorganização do pensamento (TEXEIRA, 2005 *apud* SILVA, 2009).

Os registros em torno da esquizofrenia apontam para casos isolados na sociedade já alguns séculos, no momento inicial muitas comunidades indicavam para um problema destinado ao estado espiritual do indivíduo esquizofrênico, o que foi elucidado posteriormente como um transtorno mental.

Conforme Vallares e Samaia (2011), a esquizofrenia já tinha relatos pelos psiquiátricos europeus, no final do século XIX, nesse período foi dado que a esquizofrenia apresentava um caráter hereditário. Em 1916 foi realizado o primeiro estudo em famílias, procurando demonstrar essas observações clínicas, por *Ernst Rüdin*, na Alemanha.

Geralmente se afirma que o conceito de esquizofrenia tem origem no seu ancestral, o de demência precoce, proposto por Kraepelin na 4ª edição de seu tratado (e não na 5ª, como é geralmente aceito). Kraepelin observou pacientes jovens que, após um período psicótico, sofriam um "enfraquecimento psíquico" (*verblödung*, em alemão), mas não necessariamente tornavam-se dementes. Isso provavelmente explica que, apesar do nome da doença, observava-se uma evolução favorável em mais de um quarto dos casos (ELKIS, 2011 p.1).

Nos dias atuais, a esquizofrenia constitui uma das maiores causas de internação nos hospitais psiquiátricos. Os leitos ocupados por portadores de esquizofrenia ainda são considerados altos, cerca de cinquenta por cento dos leitos, haja vista, que a cada ano surgem cinquenta novos casos de esquizofrenia para cada 100.000 habitantes o que representa no Brasil, cerca de 75.000 novos doentes por ano (Kaplan *et al.* 2002 *apud* DURÃO, 2004).

Seguramente a esquizofrenia faz parte da sociedade desde sempre, apesar de uma prevalência considerada baixa, a doença pode atingir cerca de 1% da população mundial, comprometendo o rendimento escolar, o ambiente de trabalho e até mesmo o convívio familiar.

A esquizofrenia envolve um conjunto de manifestações clínicas ligadas a uma desordem mental, relacionadas à ocorrência de delírio ou alucinações auditivas frequentes, discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatônico, ou afeto embotado ou inapropriado (CARDOSO *et al.*, 2002).

As principais características estão ligadas ao pensamento de grandeza e perseguição, acompanhadas de delírios e alucinações auditivas, surto agudo, ausência de sintomas catatônicos desorganizados, menor

embotamento afetivo e completa que o portador apresenta grande risco suicida e de agressão devido aos delírios, alucinações e agitação (NOGUEIRA *et al* 2002, p. 56 *apud* XAVIER, 2010 p.3)

De uma forma geral, o distúrbio mental denominado como esquizofrenia compete de complicações psíquicas envolvendo o desenvolvimento de pesquisas voltadas ao conhecimento da doença e assim contribuindo para melhor uso das terapias medicamentosas, dentre outros.

O conceito de alucinação é apresentado por Bueno (2009 p.5) que afirma “as alucinações são experiências de percepção sem fundamentação na realidade. As alucinações podem ser auditivas, táteis, gustativas, somáticas, visuais, olfativas, sendo as alucinações auditivas as mais frequentes.

4.3 Manifestações Clínicas da Esquizofrenia

As manifestações clínicas da esquizofrenia são compostas por alucinações, especialmente as auditivas, sensação de perseguição ou de ameaça, em muitos casos é freqüente a percepção perturbada em relação a cores ou sons que podem aparecer excessivamente vívidos ou alterados e um detalhe irrelevante de um simples objeto podem ser mais importantes que o próprio objeto como um todo (BRASIL, 2011).

A evolução do quadro clínico torna-se quando o pensamento se torna vago, elíptico e obscuro e sua expressão em palavras, algumas vezes faz-se incompreensível. Ocorrem também interrupções no curso do pensamento e o paciente pára de falar no meio de uma frase, percebidos por ele como retirados de sua cabeça por um agente exterior (BRASIL, 2011). Outro comportamento observado é o humor, que torna-se superficial ou incongruente, ambivalência afetiva, o afeto inadequado ou embotado, perturbação da vontade, manifestando como inércia, negativismo ou estupor. A evolução do esquizofrênico segue um curso crônico, podendo ocorrer, também, recuperação, principalmente se não houver recidivas após o primeiro surto (BRASIL, 2011).

Outra manifestação clínica que acomete o portador de esquizofrenia são os delírios, estes são crenças errôneas mantidas a despeito de fortes evidências em contrário. Os delírios mais comuns são de perseguição, nos quais o indivíduo pensa que outros o estão espiando ou planejando prejudicá-lo de algum modo. Também

comuns são delírios de referência nos quais objetos, eventos ou outras pessoas são vistos como apresentando algum significado particular para a pessoa. Há ainda os delírios de identidade, nos quais acreditam ser outra pessoa (BUENO, 2009).

Sabe-se que as causas da esquizofrenia não está bem estabelecidas, no entanto, há uma predisposição genética que pode ser desencadeada pela interação de fatores biopsicossociais. Desta forma, indivíduos com uma predisposição podem desenvolver a doença quando estimulados por estes fatores. O portador de esquizofrenia pode apresentar uma ampla sintomatologia, porém a sua expressão varia de indivíduo para indivíduo (GIACON, 2009).

Segundo Giacon (2009 p.13) enfatiza que “a idade de início varia entre 15 a 35 anos. Após o primeiro surto psicótico, o doente experimenta períodos de crises e remissão, progredindo para uma deterioração do funcionamento do indivíduo e da família”. Há estimativas apresentadas que registraram apenas 5% dos portadores com esquizofrenia que apresentam um único surto durante toda vida, a maioria apresenta vários surtos, grande parte no início da doença.

Os sintomas da esquizofrenia podem ser classificados como positivos e negativos. São considerados sintomas positivos aqueles cujas manifestações são anormais e acrescentam às funções mentais normais, consistem nas distorções no conteúdo, nas formas de pensamento e percepção. Os sintomas negativos consistem naqueles cujas manifestações subtraem ao comportamento normal o mínimo esperado. As alterações ocorrem nas dimensões de afeto, volição, definição de si mesmo, relações interpessoais e, em alguns casos, no comportamento psicomotor (TAYLOR, 1992 *apud* DURÃO, 2004 p.13).

Na atualidade, os sintomas observados na esquizofrenia vêm sendo agrupados em sintomas: positivos (delírios, alucinações, desorganização do pensamento), negativos (diminuição da vontade e da afetividade, o empobrecimento do pensamento e o isolamento social), cognitivos (dificuldade na atenção, concentração, compreensão e abstração) e afetivos (a depressão, a desesperança, e as idéias de tristeza, ruína e, inclusive, autodestrutivas) (DURÃO, 2004).

Os transtornos esquizofrênicos são classificados na área médica através do CID 10, este define os transtornos esquizofrênicos como distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados (ZANETTI, 2006).

4.4 Fisiopatologia da Esquizofrenia

Conforme Pereira e Guimarães (2007), já algum tempo que é discutido a hipótese da dopaminérgica oferecer investigações importantes sobre a esquizofrenia. Nos últimos 25 anos esse esforço resultou em terapias farmacológicas que fazem com o que haja a redução de vários sintomas da esquizofrenia. Porém, a atividade cerebral da esquizofrenia teve ampla compreensão, principalmente pela desordem cerebral que a doença provoca.

Segundo Pereira e Guimarães (2007) considera-se a heterogeneidade de sintomas observada nos pacientes esquizofrênicos, isso pode ser decorrente de etiologia ampla. Esta ampla magnitude resulta em formas diversas de mecanismos fisiopatológicos ou de diferenças constitucionais inatas atuando em conjunto com fatores ambientais.

A maioria dos estudos com cérebros de esquizofrênicos *post-mortem* revela uma diminuição no peso cerebral e um aumento no volume dos ventrículos, além de anormalidades da matéria branca, volume hipocampo reduzido e localização irregular de células corticais. As alterações estruturais macroscópicas encontradas em cérebros de esquizofrênicos podem refletir a vulnerabilidade congênita subjacente a esta doença (PEREIRA; GUIMARÃES, 2007 p.187).

Para Silva (2009 p.18) “as hipóteses acerca da fisiopatologia da esquizofrenia estão relacionadas com os neurotransmissores cerebrais. As teorias mais importantes são a dopaminérgica, a serotoninérgica e a glutamatérgica”.

As diversas alterações está correlacionada com a expressão clínica dos sintomas da esquizofrenia. Uma das alternativas para identificar as lesões cerebrais localizadas, são indicadas como anormalidades em regiões frontais, límbicas e temporais. Esses achados apontam para a conclusão de que a esquizofrenia é uma doença de múltiplas regiões cerebrais. Embora o processo fisiopatológico subjacente aos distúrbios neuropsiquiátricos da esquizofrenia seja pouco compreendido, o curso clínico desta doença e uma série de investigações através da pesquisa básica provêem direções para a formulação de modelos fisiopatológicos que podem ser testados empiricamente. Diversos modelos experimentais são utilizados tanto em humanos como em animais para se investigar as bases neuroquímicas e neurofisiológicas de sintomas desta desordem, assim como dos efeitos colaterais dos antipsicóticos (PEREIRA; GUIMARÃES, 2007).

4.4.1 Fatores de Risco Relacionados com a Esquizofrenia

Através de vários estudos, foi possível averiguar que a esquizofrenia denota de vários fatores de risco, envolvendo desde questão genética, uso de tóxicos e até a ocorrência de outros transtornos, como a depressão, por exemplo.

Em relação à questão genética, em meados do século XIX já haviam relatos de pacientes esquizofrênicos sendo da mesma família, para elucidar com mais ênfase, *Ernst Rüdin* em 1916, realizou um estudo familiar no qual comprovou tal afirmação. A partir a classe científica começou a relacionar a doença com casos próximos ou familiares.

Vallada Filho e Samaia (2000) acrescentam quanto ao fator de risco referente as condições pré-natais e perinatais, no qual estudo elucidaram eventos ocorridos durante o desenvolvimento cerebral, especialmente no período pré-natal ou perinatal, à esquizofrenia.

Enfatiza-se também o fator de risco relacionado ao uso de entorpecentes, que vem chamando a atenção cada vez mais da classe médica e científica. Alguns autores relacionam o uso precoce de drogas, dentre elas, a maconha tem sido perturbador e em muitos casos precede ao aparecimento de sintomas esquizofrênicos.

Soares-Weiser et. al., (2003) afirmam que a maconha pode possibilitar para o desenvolvimento de sintomas esquizofrênicos em indivíduos vulneráveis, iniciando por distúrbios mentais, tal como, alucinações, dificuldades de aprendizagem, falta de raciocínio lógico, dentre outros. No entanto, ainda há a necessidade de mais estudos que possam comprovar com maior evidência tal fator de risco.

4.5 Diagnóstico

Segundo Silva (2009 p.25) “o diagnóstico da esquizofrenia e não deve ser feito na presença de sintomas depressivos ou maníacos nítidos, a menos que seja claro que os sintomas esquizofrênicos precederam o transtorno afetivo”.

Para Xavier (2010) devem ser observados os sintomas ao nível de diagnóstico, como: afirma que as principais características estão ligadas ao pensamento de grandeza e perseguição, acompanhadas de delírios e alucinações auditivas, surto agudo, ausência de sintomas catatônicos desorganizados, menor

embotamento afetivo e completa que o portador apresenta grande risco suicida e de agressão devido aos delírios, alucinações e agitação. Uma das melhores estratégias para o diagnóstico é a pesquisa clínica.

A CID - 10 (OMS, 1993) tem como critérios diagnósticos para o Transtorno os seguintes: sensibilidade excessiva a contratempos e rejeições; tendência a guardar rancores persistentemente, isto é, recusa a perdoar insultos e injúrias ou desafetos; desconfiança e tendência invasiva a distorcer experiências por interpretar erroneamente ações amistosas de outrem como hostis; um combativo e obstinado senso de direitos pessoais, em desacordo com a situação real; suspeitas recorrentes, sem justificativa, com respeito à fidelidade sexual do cônjuge ou parceiro sexual; tendência a experimentar auto-valorização excessiva, manifestada em atitudes persistentes de auto-referência; preocupação com explicações "conspiratórias", não substanciadas, para o que ocorre. Estão excluídos Esquizofrenia e Transtornos Delirantes (FOCCHI, 2000 p.5).

Segundo Fochhi (2000 p. 5) "o diagnóstico diferencial deve ser feito com esquizofrenia (há sintomas psicóticos persistentes), com transtorno delirante, tipo (há delírios persecutórios persistentes) e com outros transtornos de personalidade".

4.6 Tratamento da Esquizofrenia

Segundo Durão (2004) o tratamento da esquizofrenia é realizado com várias drogas, as medicações são antipsicóticos, Uma dessas conhecidas medicações é a clozapina.

O haloperidol decanoato, a pipotiazina, o zuclopentixol e o penfluridol são antipsicóticos que atendem bem o quadro esquizofrênico inicialmente, são utilizados a partir da década 60 e conferem ação prolongada no tratamento da esquizofrenia.

Caracterizado por ser um medicamento antipsicótico atípico, a clozapina possui características que o distingue das outras drogas neurolépticas clínicas, tem um amplo espectro de atividades suprimindo tanto os sintomas positivos (alucinações e delírios) como os negativos (diminuição da vontade e da afetividade, empobrecimento do pensamento e isolamento social) da esquizofrenia, isto é, com baixa incidência de efeitos extrapiramidais, mas com risco elevado de agranulocitose (DURÃO, 2004).

No entanto, a terapia farmacológica somente é incluída ao paciente posteriormente ao resultado de uma análise criteriosa sobre o comportamento do

indivíduo, evidenciando um perfil esquizofrênico sobre a atual situação mental que se encontra o mesmo.

Conforme Zemdegs et al., (2010) a esquizofrenia é considerada uma desordem psiquiátrica complexa e debilitante cujo tratamento de base é realizado com medicamentos antipsicóticos.

Num primeiro episódio psicótico, o tratamento farmacológico deve ser introduzido com cautela pelo maior risco de desenvolvimento de sintomas extrapiramidais (SEP). Recomenda-se a introdução da medicação antipsicótica em baixas doses, seguida de ajuste gradual, sempre com cuidadosa explicação ao paciente. Como primeira escolha, devem ser utilizados preferencialmente os antipsicóticos de segunda geração (ASGs). Alternativamente, recomenda-se o uso de antipsicóticos de primeira geração (APGs) no limite inferior da faixa terapêutica. Essa recomendação é baseada principalmente na melhor tolerabilidade e no risco reduzido de discinesia tardia dos antipsicóticos atípicos (ZEMDEGS *et al.* 2010 p.2).

Na atualidade, a risperidona é o primeiro antipsicótico de segunda geração disponível no mercado que pode ser administrado intramuscularmente, em intervalos de duas semanas. Trata-se de um fármaco diferente dos antipsicóticos de depósito convencionais, que têm como veículo ésteres dos medicamentos e ácidos graxos de cadeia longa, a risperidona de ação prolongada é constituída de uma suspensão aquosa de microesferas (obtida após reconstituição por meio de veículo aquoso), sendo que cada uma das microesferas é composta, por sua vez, por uma matriz de risperidona e um copolímero cuja base é de carboidratos biodegradáveis. As microesferas são gradualmente hidrolisadas no local da injeção, provendo liberação contínua e previsível de risperidona (HARRISON; GOA, 2004 *apud* NETO ARARIPE, 2007).

A terapia farmacológica para o tratamento da esquizofrenia deve ser inicialmente devido as exacerbações psicóticas agudas estão associadas ao grande sofrimento emocional e à possibilidade substancial de comportamentos de risco. Os medicamentos com ação antipsicótica devem ser guiados experiência prévia, considerando a resposta terapêutica em relação aos efeitos colaterais relatados pelo paciente (ZEMDEGS et al., 2010).

Apesar do uso de muitas drogas no tratamento da esquizofrenia, deve-se ainda atentar para os efeitos colaterais que podem ser monitorados com consultas ao paciente, fazendo que o mesmo relate eventuais eventos, como cefaleia, dor abdominal, anorexia, dentre outros.

Para manutenção do tratamento garantido deve ser seguido de melhoras no bem estar do portador de esquizofrenia: garantir que a remissão ou o controle dos sintomas seja sustentado; que o paciente mantenha ou melhore seu nível de funcionamento e sua qualidade de vida; que as exacerbações de sintomas ou as recidivas sejam efetivamente tratadas; que a monitorização dos efeitos adversos seja feita continuamente. O quadro estabilizado para a maioria das pessoas com esquizofrenia são através das intervenções psicossociais, que podem ser recomendadas como um tratamento complementar, com função de serem úteis para a efetividade do tratamento farmacológico, podendo melhorar a evolução (FALKAI et al., 2011).

Na atualidade um dos grandes problemas relacionados ao tratamento da esquizofrenia diz respeito à adesão ao tratamento, observa-se a não aceitação do paciente diante dos sintomas evidentes da esquizofrenia, muitos enfatizam que pode ser passageiro, no entanto, não bem isso que ocorre na maioria dos casos, o uso farmacológico deve empregado assim que possível, a fim de evitar consequências.

Segundo Carreira e Moura (2009) o tratamento de pacientes com esquizofrenia devem ser avaliados e assistidos por uma equipe multiprofissional, composta por médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, enfermeira com especialização em psiquiatria e assistente social. Caso os pacientes apresentem sintomas de psicose, esse deve ser atendidos em locais especializados e fazerem usos de medicação farmacológica, ambiente psicossocial e intervenções com participação da família.

A intervenção psicossocial consiste no tratamento do paciente através de atividades sociais e ocupacionais, e tem como objetivo promover recuperação e melhor aceitação da doença onde o atendimento domiciliar é quase sempre melhor e alternativo (CARREIRA; MOURA 2009, p.6).

A finalidade do tratamento psicossocial é reintegrar o paciente com esquizofrenia no ambiente social, buscando o retorno do mesmo as atividades cotidianas e despertando aos poucos a importância do seu retorno ao convívio.

4.7 Importância da Família no Tratamento da Esquizofrenia

De acordo com Villares (2001) a família possui o primeiro lugar no tratamento e adaptação social para o portador de esquizofrenia. Esta possui ainda

uma função central na vida dos portadores de esquizofrenia, pois os membros convivem e mantêm contato regular com o doente identificando no início algum problema e assim podem buscar o tratamento, ainda são os responsáveis pela administração das medicações prescritas pelos médicos.

O cotidiano familiar é marcado por uma permanente imprevisibilidade e pelas questões: "Quando será a próxima crise?" ou "Quanto tempo vai durar essa fase boa?". Além disso, os familiares têm que redimensionar as expectativas quanto ao futuro de seu familiar doente e quanto ao próprio futuro face à demanda de cuidados que gera custos e perdas para todos. Também precisam auxiliar o doente a lidar com suas perdas e com o empobrecimento de sua vida social, afetiva e profissional. Tudo isso constitui a experiência do "fardo" ou sobrecarga familiar (VILLARES, 2011 p.1).

O reconhecimento da importância dos familiares na realização de serviços com os portadores de esquizofrenia deve ser uma visão dos profissionais da saúde. planejadores de serviços de saúde concordam sobre a importância de se prover serviços aos familiares de portadores de esquizofrenia, contribuir para a continuação dessa prática conduz a um desenvolvimento correto para a convivência dos portadores de esquizofrenia (VILLARES, 2011).

O envolvimento da família no processo de reabilitação do portador de esquizofrenia é de participar com ajuda na adesão ao tratamento, consultas médicas e ressocialização do paciente. Todavia, o portador de esquizofrenia ainda necessita da ajuda de uma equipe multiprofissional de saúde tanto para facilitar sua interação com o doente mental como para propiciar a integração do paciente à sociedade (DURÃO, 2004).

4.8 Prevalência da Esquizofrenia

Após vários estudos sobre a esquizofrenia, considera-se que esta patologia é uma doença relativamente comum. Ao longo da via, sua prevalência é de aproximadamente um caso a cada 100 pessoas (1%) na população geral, mas essa estimativa pode variar de acordo com a metodologia utilizada nos diferentes estudos. Em casos mais abrangentes ou restritivos de diagnósticos, a incidência média da esquizofrenia relatada em estudos epidemiológicos pode variar entre 0,11 e 0,24 por 1.000 indivíduos. Não há distinção de sexo entre os acometidos por esquizofrenia, as taxas médias para homens e mulheres são aproximadamente

similares, mas a idade média de início é cerca de 5 anos maior para as mulheres do que para os homens (ZEMDEGS *et al.* 2010).

De uma forma geral, os transtornos mentais sempre tiveram presente durante a evolução da humanidade, marcados principalmente pelo preconceito, desconhecimento e falta de atenção.

O homem tende a desenvolver a esquizofrenia mais precocemente do que a mulher. Contudo, na presença de história familiar positiva para distúrbios psicóticos, a idade de início é mais precoce para homens e para mulheres. As mulheres apresentam um curso mais brando da esquizofrenia e, portanto, um melhor prognóstico e uma melhor possibilidade de adaptação social (MARI; LEITÃO, 2000 *apud* SILVA, 2009 p.24).

Por se tratar de uma doença de alta cronicidade, a esquizofrenia prevalece entre a população cerca de 0,5% a 1%, sendo a incidência de aproximadamente quatro casos novos em cada dez mil habitantes, por ano (ZANETTI, 2006).

Os transtornos mentais atingem tanto crianças, adultos e idosos, o que pode agregar maiores problemas a saúde mundial, elevando o acometimento de complicações, dentre elas, depressão, transtorno bipolar e outros.

Segundo Zanetti (2006 p.16) “no Brasil, ela atinge 1,8 milhão de pessoas e estima-se que em 2006, 50 mil casos novos devam ser diagnosticados. Não existe um consenso sobre as causas e podemos considerar que a hereditariedade é um fator importante”.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A esquizofrenia é considerada um das mais comuns dos tipos de esquizofrenia, trata-se de um transtorno mental que acomete indivíduos de faixas etárias. Trata-se de uma doença da atualidade, que gera vários custos ao Sistema Único de Saúde (SUS). A importância da família no tratamento e acompanhamento do paciente com esquizofrenia é indicada como um prognóstico.

O tratamento da doença envolve uma análise física e mental do paciente, abordado seu comportamento, observando relatos de alucinações, confusão mental, dentre outros.

Nesse estudo, foi verificado que a esquizofrenia denota um transtorno mental de causa inespecífica, sobretudo, há indícios da hereditariedade ser uma das causas de maior positividade.

Contudo, sugere-se que este estudo possa servir de subsídios para fonte de pesquisa sobre o tema, requerendo aos profissionais da saúde agregar conhecimento e assim desenvolver melhores cuidados diante da esquizofrenia. Sendo assim, os objetivos propostos durante a pesquisa foram alcançados.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Gilson Holanda. **Acolhimento e tratamento de portadores de esquizofrenia na Atenção Básica**: a visão dos gestores, terapeutas, familiares e pacientes. 2010. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-06042011-154156/>>. Acesso em: 27 dezembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A saúde dos adolescentes: competências e habilidades**. Transtornos Psiquiátricos. Sheila Abramovithc; Maria Lúcia Moreira. Textos do Ministério da Saúde. Brasília – DF. 2011. Disponível: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/.../textos.../tc_11.html. Acesso: 03 de dezembro de 2013.

BUENO, Gonçalves Bianca. **A manifestação da Esquizofrenia em Pi**. 2009. Disponível: <http://bibi.org/box/2005/julho/Pi.pdf>. Acesso: 03 de dezembro de 2013.

CAMPOS, Romanelo Sisisgalli. **Esquizofrenia**. Universitário de Presidente Prudente e Hospital São João. 2001. Disponível: www.esquizofrenia.com.br Acesso: 03 de dezembro de 2013.

CARDOSO, Nogueira Mauro; COSENZA, Alvarenga Rafael; FRANCO, Argemiro Ricardo; ASSUNÇÃO, Ávila Ada. **Um Caso Clínico de esquizofrenia paranóide e possíveis implicações com o trabalho**. Casos Clínicos Psiquiatria 2002; 4(1,2):22-27. Disponível: www.abpbrasil.org.br. Acesso: 05 de dezembro de 2013.

CARREIRA, Oliveira de Georgia; MOURA, Silva Aparecida Pérola de. **Esquizofrenia: uma abordagem geral, com enfoque na assistência de enfermagem e familiar**. 2009. Disponível: <http://www.webartigos.com.br>. Acesso: 03 de dezembro de 2013.

DURÃO, Sertori Maria Ana. **Grupo de Acompanhamento de pacientes e familiares de portadores de esquizofrenia medicados com clozapina**: o impacto sobre o cotidiano de suas vidas. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. São Paulo. 2004. Disponível: www.usp.com.br Acesso: 25 de novembro de 2013.

ELKIS, Hélio. **A evolução do conceito de esquizofrenia neste século**. Revista Brasileira Psiquiátrica, São Paulo, 2011. Disponível: <<http://www.scielo.br>>. Acesso: 25 de novembro de 2013.

FALKAI, Peter; WOBROCK, Thomas; LIEBERMAN, Jeffrey; GLENTHOJ, Birte; GATTAZ, Hans-Jurgen Molle. **Diretrizes da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica para o tratamento biológico da esquizofrenia**. Parte 1: tratamento agudo. Revista Psiquiátrica Clínica, São Paulo, 2011. Disponível: <http://www.scielo.br>. Acesso: 25 de novembro de 2013.

FOCCHI, Azevedo de Rubino Guilherme. **Transtorno de personalidade paranóide. Uma revisão.** São Paulo. 2000. Disponível: www.priory.com. Acesso: 28 de novembro de 2013.

GIACON, Bianca Cristina Ciccone; GALERA, Sueli Aparecida Frari. **Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem.** Revista Escolar Enfermagem. USP, São Paulo, v. 40, n. 2, junho 2006. Disponível: <<http://www.scielo.br>. Acesso: 03 de dezembro de 2013.

_____, Bianca Cristina Ciccone. **Ajustamento familiar nos primeiros cinco anos de diagnóstico de esquizofrenia.** Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto. 2009. Disponível: www.usp.com.br Acesso: 25 de novembro de 2013.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Andrade Maria de. **Metodologia Científica.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

NETO ARARIPE, Alencar Gadelha Aray. BRESSAN, Affonseca Rodrigo; FILHO BUSATTO, Geraldo. **Fisiopatologia da esquizofrenia: aspectos atuais.** Revista de Psiquiatria Clínica. 2007. Disponível: <http://urutu.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s2/198.html>. Acesso: 29 de dezembro de 2013.

PEREIRA, Issy de Castro Carolina Ana; GUIMARÃES, Belluz Bel Del Aparecida Elaine. **Dopamina, Óxido Nítrico e suas Interações em Modelos para o Estudo da Esquizofrenia.** Universidade de São Paulo. 2007. Disponível: www.scielo.com.br. Acesso: 25 de novembro de 2013.

SILVA, Santos Kelly. **A Esquizofrenia e a sistematização da assistência de enfermagem ao paciente portador da doença.** Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Enfermagem. Faculdade de Imperatriz (FACIMP). Imperatriz (MA). 2009.

SOARES-WEISER, Karla; WEISER, Mark; DAVIDSON, Michael. **Uso de maconha na adolescência e risco de esquizofrenia.** Revista Brasileira Psiquiatria, São Paulo, v. 25, n. 3, setembro, 2003. Disponível:<<http://www.scielo.br>. Acesso: 29 de novembro de 2013.

VALLADA FILHO, Homero P; SAMAIA, Helena. **Esquizofrenia: aspectos genéticos e estudos de fatores de risco.** Revista Brasileira Psiquiátrica, São Paulo, 2000. Disponível:<<http://www.scielo.br>. Acesso: 25 de novembro de 2013.

VILLARES, Cecília C. **Adaptação transcultural de intervenções psicossociais na esquizofrenia.** Revista Brasileira Psiquiátrica, São Paulo, 2011. Disponível: <<http://www.scielo.br>. Acesso: 27 de novembro de 2013.

XAVIER, Medeiros Wallace. **Reinserção de um servidor público na equipe após diagnóstico da Esquizofrenia.** XIX Congresso Internacional de Saúde Mental. Belo Horizonte (MG). 2010. Disponível: <http://www.madres.org/documentos/doc20110113130046.pdf>. Acesso: 25 de novembro de 2013.

ZANETT, Guidorizzi Carolina Ana. **A família e o processo de adoecimento do portador de esquizofrenia: um estudo de caso etnográfico.** Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto. 2006. Disponível: www.usp.com.br. Acesso: 25 de novembro de 2013.

ZEMDEGS, Juliane Costa Silva; PIMENTEL, Gustavo Duarte; PRIEL, Margareth Rose. **Ácidos graxos ômega 3 e tratamento da esquizofrenia.** Revista Psiquiátrica Clínica, São Paulo, v. 37, n. 5, 2010. Disponível: <http://www.scielo.br>. Acesso: 25 de novembro de 2013.