

ESQUIZOFRENIA: A EVOLUÇÃO DO DIAGNÓSTICO E OS TRATAMENTOS UTILIZADOS NO BRASIL

SCHIZOPHRENIA: THE EVOLUTION OF DIAGNOSIS AND THE TREATMENTS USED IN BRAZIL

ANA FLÁVIA SALGADO RODRIGUES GOMES¹, GUSTAVO DE PAULA CAMPOS¹, DEBORAH EVELYN MIRANDA MEDEIROS PEDROSA¹, ANA KAROLINA CARVALHO DE ANDRADE¹, MARIA CECÍLIA ATAÍDE GOMES¹, LÚCIA MEIRELES LOBÃO^{2*}

1. Acadêmico do curso de graduação do curso de Medicina da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga; 2. Professora Doutora, Construção e Socialização do Conhecimento do curso Medicina da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga.

* Rua G, 205, Paraíso, Ponte Nova, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35430-302. lu.mlobao@gmail.com

RESUMO

Responsável por atingir de 0,2 a 2% da população, a Esquizofrenia, que possui etiologia multifatorial, sofreu inúmeras modificações quanto ao seu diagnóstico e suas intervenções terapêuticas. Os estudos sobre a evolução da doença assentaram-se na criação do atual protocolo de diagnóstico da Esquizofrenia. O presente artigo tem como objetivo fazer uma revisão bibliográfica do diagnóstico, visando o paciente e seu grau de hostilidade, além de descrever a evolução desse diagnóstico. O estudo recorreu-se às bases de dados *PubMed* e *Scielo*, dos anos de 2000 a 2019, sem restrição de idioma, utilizando os descritores: esquizofrenia e diagnóstico. Os resultados nos levaram a sete artigos. Após a análise dos dados referidos, elucidaram-se os critérios, os sinais e sintomas para um diagnóstico conciso e particular, bem como a descrição exata do tratamento para cada paciente, respeitando sua singularidade.

PALAVRAS-CHAVE: Esquizofrenia, sintomas, diagnóstico, tratamento.

ABSTRACT

Responsible for reaching 0.2 to 2% of the population, Schizophrenia, which has a multifactorial etiology, has undergone numerous modifications regarding its diagnosis and therapeutic interventions. Studies on the evolution of the disease were based on the creation of the current protocol for the diagnosis of schizophrenia. This article aims to make a bibliographic review of the diagnosis, aiming at the patient and his degree of hostility, and describe the evolution of this diagnosis. The study used the *PubMed* and *Scielo* databases, from 2000 to 2019, without language restriction, using the keywords: schizophrenia and diagnosis. The results led us to seven articles. After analyzing the referred data, the criteria, signs and symptoms for a concise and particular diagnosis were elucidated, as well as the exact description of the treatment for each patient, respecting their uniqueness.

KEYWORDS: Schizophrenia, symptoms, diagnosis, treatment.

1. INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é responsável pela ocupação, no Brasil, de “30% dos leitos psiquiátricos hospitalares ou cerca de 100 mil leitos-dia” segundo Pádua¹. Além disso, é a segunda maior causa das primeiras consultas psiquiátricas ambulatoriais e quinta na manutenção de auxílio-doença. Ela atinge entre 0,2 a 2% da população e possui etiologia heterogênea, havendo estudos que defendem participação tanto genética, quanto do ambiente, Lima² avalia que este transtorno psiquiátrico tem, entre as suas principais características, alterações na afetividade, comportamento, vontade, percepção, *insight*, linguagem, relações interpessoais, vida escolar, ocupacional, entre outros.

Alves³ discorre amplamente sobre as distorções funcionais, que ocorrem em vários graus e de forma simultânea na esquizofrenia. Segundo as autoras, a motivação, os estados afetivos e os processos cognitivos, além de várias outras funções, dos pacientes diagnosticados se encontram alterados. No que se refere ao conteúdo do pensamento dos esquizofrênicos, é verificada uma fragmentação, com presença da perda das associações lógicas, que se expressa de forma incoerente, vaga, circunstancial e repetitiva. Da mesma forma, a percepção deste paciente também se encontra alterada e o principal distúrbio perceptivo detectado são alucinações, desde auditivas - escuta de vozes quando o paciente está sozinho e não há ninguém por perto – até alucinações visuais (visões irreais), olfativas (odores diferentes) ou táteis (sensação de “formigamento”).

Além dos distúrbios apresentados, os indivíduos esquizofrênicos também podem ter ilusões (percepção de objetos reais de modo distorcido) ou despersonalização (sensação de que o seu corpo está sofrendo modificações). Também são observados distúrbios motores, tais com catatonia (alterações intensas da motricidade caracterizadas por imobilidade e comportamento indiferente ao ambiente), movimentos estereotipados (repetitivos e sem

Edição Especial do 1º Congresso Regional de Medicina da FADIP

propósito), atividades motoras incontrolláveis e agitação, sendo as duas últimas as mais frequentes, segundo Alves³.

Até o momento, não existe uma forma de se realizar a prevenção da esquizofrenia. Desta forma, Pádua¹ aponta que o foco está no tratamento precoce e continuado, bem como na reabilitação ativa do paciente, por meio de drogas neurolépticas ou antipsicóticas. O uso continuado destes fármacos, em doses ajustadas para cada paciente, “possibilita uma redução no tempo de hospitalização e a manutenção dos pacientes por mais tempo em seus lares”. As autoras destacam, porém, que apesar das drogas significarem um grande avanço no tratamento da esquizofrenia, a taxa de resposta fica entre 60 e 80%.

Com base nas informações já conhecidas e difundidas sobre esse transtorno, é interessante investigar como e quando surgiram os primeiros diagnósticos de esquizofrenia, bem como a sua evolução ao longo dos anos até chegar ao atual protocolo de diagnóstico da esquizofrenia. Assim, esse trabalho se justifica também pelo grau de hostilidade do transtorno, apontando para a necessidade de uma avaliação precisa e assertiva, visando o direcionamento do paciente para um tipo de tratamento, uma vez que a esquizofrenia pode se manifestar em vários graus e estágios. Portanto, a presente pesquisa teve como objetivo geral apresentar o protocolo de diagnóstico da esquizofrenia, ainda, descrever a evolução do diagnóstico do transtorno ao longo dos anos e apresentar as formas de tratamento utilizadas no Brasil.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo se baseia no método de revisão bibliográfica, cujas bases foram retiradas das plataformas de dados *Scielo* e *Pubmed*. O período da pesquisa foi de agosto de 2018 e junho de 2019, atendendo aos critérios de inclusão que foram artigos dos anos de 2000 a 2019, na língua portuguesa e inglesa, textos online e em textos completos. Como estratégias para melhor avaliação dos textos, foram utilizados os seguintes descritores: esquizofrenia, sintomas, diagnóstico e tratamento. Esse levantamento reuniu 28 artigos e após análise dos resumos, foram selecionados 9 artigos com maior pertinência para elucidação dos objetivos propostos e desenvolvimento do projeto.

3. DESENVOLVIMENTO

A evolução do diagnóstico

Em 1893, Kraepelin classificou os transtornos mentais, baseados no modelo médico, distinguindo a existência de doenças com etiologia, sintomatologia, curso e resultados comuns. Assim, antes de ser conhecido como esquizofrenia, o transtorno desenvolvido no início da vida do indivíduo e que,

quase sempre, levava a problemas psíquicos, foi nomeado demência precoce. Entre os sintomas característicos, Kraepelin identificou alucinações, perturbações em atenção, compreensão e fluxo de pensamento, esvaziamento afetivo e sintomas catatônicos. “A etiologia era endógena, ou seja, o transtorno surgia devido a causas internas” segundo Silva⁴.

Décadas mais tarde, Bleuler criou o termo “esquizofrenia”, indicando a existência de uma cisma entre pensamento, emoção e comportamento nos indivíduos afetados, que veio a substituir na literatura a demência precoce. Visando explicar melhor essa teoria relativa às cismas,

Foram descritos *sintomas* fundamentais (ou primários) específicos da esquizofrenia que se tornaram conhecidos como os quatro “As”: associação frouxa de idéias, ambivalência, autismo e alterações de afeto. Bleuler também descreveu os sintomas acessórios, (ou secundários), que incluíam alucinações e delírios (SILVA, 2014)

Em 1948, Schneider aponta os chamados “sintomas de primeira ordem” (SPO), como sonorização do pensamento; escuta de vozes; vivências de influência corporal; roubo e/ou influência de pensamento e percepção delirante. Os SPO foram muito importantes para a psiquiatria britânica, tendo influenciado na elaboração do diagnóstico de esquizofrenia realizado pelo Present State Examination (PSE), que é a “base para o exame de pacientes com esquizofrenia em 9 países” segundo Elkis⁵. O autor explica que o PSE deu origem, posteriormente, ao Estudo Piloto Internacional da Esquizofrenia (IPSS), patrocinado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e que visava verificar variantes da esquizofrenia.

O conceito de esquizofrenia sofreu uma expansão e, porque não dizer, uma abertura. Com estudos predominantemente nos Estados Unidos, com Meyer e Sullivan. Segundo Elkis⁵, Sullivan interpretava os conceitos de Bleuler sob a ótica da psicanálise. O autor elucida os trabalhos de destaque, como

Kasanim com a psicose esquizoafetiva, que abolia a dicotomia kraepeliniana, ou como Hoch e Polatin, que aproximaram a esquizofrenia dos transtornos de personalidade por meio do conceito de esquizofrenia “pseudoneurótica”, levando muitos pacientes, que hoje seriam diagnosticados como bipolares ou com transtornos de personalidade, a serem diagnosticados como esquizofrênicos (ELKIS, 2000).

A abertura do conceito de esquizofrenia também pode ser compreendida com a elaboração da segunda edição do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II), realizada pela Associação Psiquiátrica Americana, em 1968. Segundo Elkis⁵, o conceito se torna mais amplo, com pouca descrição dos sintomas e considerando psicótico qualquer paciente incapaz de realizar as necessidades da vida diária.

Na década de 70, nota-se uma restrição no conceito. Pesquisadores da Universidade de Washington publicaram os diagnósticos estruturados, restringindo os critérios para a classificação ‘esquizofrenia’ e retomando de sintomas elucidados por Bleuler e

Edição Especial do 1º Congresso Regional de Medicina da FADIP

Schneider. Também incluíram o período mínimo de doença de 6 meses, que para Elkis⁵, é uma releitura do conceito evolutivo de Kraepelin. Esses critérios são especificados, segundo o autor, no DSM-III, publicado em 1980. As DSM publicadas posteriormente, “incluindo a edição revisada da DSM-III (DSM-III-R) (1987) e o DSM-IV (1994), mantiveram basicamente o mesmo algoritmo diagnóstico, fazendo com que o conceito de esquizofrenia do DSM se tornasse um dos mais restritos do mundo” segundo Elkis⁵.

Para Araújo⁶, a elaboração do DSM-V, em 2013, trouxe critérios importantes para a elaboração do diagnóstico da esquizofrenia. Para eles, o DSM-5 abandonou a divisão da esquizofrenia em subtipos: paranóide, desorganizada, catatônica indiferenciada e residual. “Os subtipos apresentavam pouca validade e não refletiam diferenças quanto ao curso da doença ou resposta ao tratamento”, segundo Araújo⁶. As alterações no diagnóstico também exigem que o episódio de grande alteração no humor do paciente, decorrente de depressão ou mania, “esteja presente durante a maior parte do curso da doença, após o preenchimento do Critério A de Esquizofrenia”, de acordo com Araújo⁶.

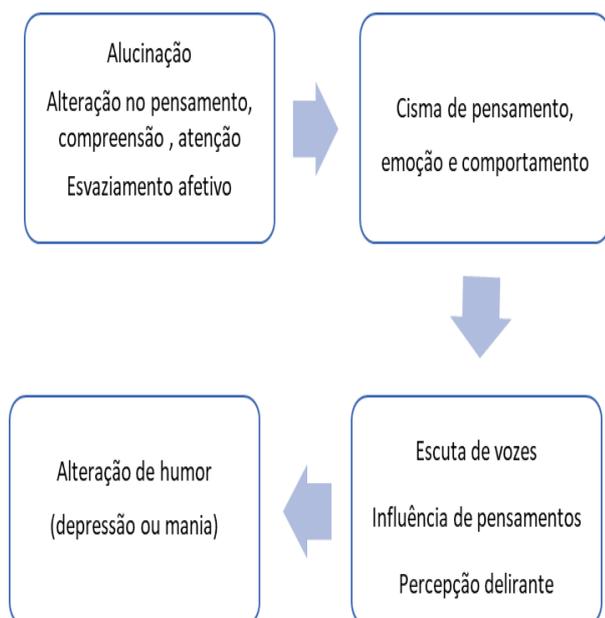


Figura 1. Esquema da evolução do diagnóstico da esquizofrenia.
Fonte: Gustavo de Paula Campos

O tratamento do transtorno

Os sintomas da esquizofrenia se classificam como positivos e negativos. Os positivos são “caracterizados por distorção do funcionamento normal de funções psíquicas” como discorre Alves². Esses sintomas são delírios, alucinações, pensamentos incoerentes, agitação psicomotora e afeto incongruente. Já os sintomas negativos, segundo Alves e Silva³, se caracterizam pela perda das funções psíquicas, como deficiências intelectuais e de memória, pobreza de discurso, embotamento afetivo, incapacidade de sentir

prazer (anedonia), isolamento social e falta de motivação.

Até a chegada dos anos 50, poucos eram os recursos utilizados no tratamento de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais. Segundo Silva⁴ a única solução era confiná-los em grandes hospitais ou asilos, de onde muitos não podiam mais sair. Um fator fundamental na mudança do tratamento, foi a introdução de medicamentos antipsicóticos. O primeiro a ser utilizado foi a clorpromazina, representando uma revolução no “tratamento dos pacientes esquizofrênicos, já que resultou em melhora significativa de 50-75% e quase 90% destes indivíduos apresentaram algum benefício clínico decorrente do uso deste fármaco”, segundo Silva⁴.

Alves e Silva³ relatam que, além dos efeitos terapêuticos, os antipsicóticos também ocasionaram consideráveis efeitos colaterais neurológicos e, assim, ficaram conhecidos como neurolépticos. Posteriormente, surgiram “as drogas antipsicóticas atípicas, que produzem menos efeitos colaterais motores do que os antipsicóticos típicos ou clássicos” além disso, evidenciam que, mesmo com estruturas químicas distintas, as drogas antipsicóticas clássicas possuem efeitos muito semelhantes.

Elas diminuem ou eliminam os sintomas positivos da esquizofrenia, atuando por exemplo na agitação psicomotora dos pacientes deixando-os menos impulsivos e agressivos. Aliviam também outros sintomas como delírios, alucinações e desorganização do pensamento. Porém, não afetam os sintomas negativos, e até produzem alguns sintomas semelhantes a eles, tais como indiferença, perda de iniciativa e reduzida expressão emocional (ALVES, 2001, p. 18).

Por outro lado, as autoras Alves e Silva³ também elucidam os antipsicóticos atípicos, que possuem propriedades clínicas e farmacológicas diferentes das drogas clássicas, sendo responsáveis por mudanças no conceito tradicional de bloqueio dos receptores D2 do sistema dopaminérgico mesolímbico, possibilitando “novas hipóteses sobre os mecanismos biológicos de origem da esquizofrenia”.

Na visão de Pádua¹, atualmente existe relevante número de antipsicóticos, que diferentes tipos de efeitos colaterais, mas com potência análoga se utilizadas em doses equivalentes. Para os autores, “a clozapina parece ser uma exceção, possui uma eficácia superior aos demais antipsicóticos evidenciada em diferentes meta-análises”. Mas, como existem diferenças em relação à eficácia, tolerância e custo para cada indivíduo, a escolha do medicamento acaba sendo feita dentro do contexto de médico e paciente.

Tratando-se de uma doença crônica, Pádua¹ destaca que a utilização de drogas antipsicóticas deve ser continuada e, se de 6 a 8 meses de tratamento com boa resposta, pode ser estudada a redução da dose ou o uso de antipsicóticos com liberação prolongado, conhecido como medicação depot. Esta também é, segundo os autores, uma boa alternativa para pacientes que possuem baixa adesão ao tratamento.

Além dos fármacos, o Protocolo Clínico e

Diretrizes Terapêuticas de Esquizofrenia⁷ - Portaria SAS/MS nº 364, de 9 de abril de 2013 - afirma que “existe ampla evidência de que o uso de antipsicóticos é superior a seu não uso” (Portaria 364, 2013, p. 2). O documento ainda pontua que as intervenções não farmacológicas, como a eletroconvulsoterapia ou a estimulação magnética transcraniana, e as psicossociais, como a terapia cognitivo-comportamental e terapia familiar sistêmica, são tão potenciadores do tratamento da esquizofrenia como os antipsicóticos.

4. DISCUSSÃO

A esquizofrenia representa uma das doenças psiquiátricas mais graves e desafiadoras, cujos sintomas são refletidos na vida afetiva, social, familiar e financeira do paciente. As consequências, entretanto, podem ser abrandadas quando se tem o diagnóstico precoce e a doença é melhor compreendida pela família e pela sociedade como um todo.

Para maior aceitação e compreensão, a informação sobre sintomas, etiologia, tratamento e o modo de viver melhor com a doença constitui importante ferramenta para abrandar o sofrimento e para melhor reabilitação do paciente.

Muitos pacientes ficam sem o tratamento adequado e somente recebem o diagnóstico quando surtam e são levados para internação, em hospitais psiquiátricos. Situações dessa natureza e gravidade podem ser evitadas com informação. É necessário falar do assunto, veicular informação, disseminar o preconceito.

Nesse aspecto, todos os profissionais da saúde, envolvidos nos vários protocolos para tratamento da doença (farmacológicos, terapêuticos, psicossociais), hoje considerados como eficazes, exercem papel fundamental para reproduzir as necessárias informações sobre a doença, principalmente junto aos familiares do paciente, e propiciar melhor qualidade de vida aos portadores dessa patologia, promovendo um tratamento multidisciplinar mais eficaz

Durante essa fase do tratamento, procura-se discutir com os familiares o que se conhece e o que não se conhece sobre a esquizofrenia, incluindo questões de diagnóstico e prognóstico, principais sintomas e comportamentos de indivíduos com esquizofrenia, a importância do tratamento farmacológico, as perspectivas de duração do tratamento e a importância da família para o tratamento (SCAZUFCA, 2000,p.52).

Para o poder público tais práticas constituem, inclusive, uma redução de custos no tratamento, vez que, quando o paciente é diagnosticado precocemente e recebe adequadamente os cuidados necessários, abrangendo todos os aspectos já indicados, as internações serão cada vez menos indicadas.

O tratamento domiciliar, ao lado da família, diminui o sofrimento trazido pela doença. É menos doloroso e produz melhor resultado. Os familiares são o porto seguro do doente, que em meio às angústias e sintomas, carecem de carinho e apoio.

Por outro lado, a reabilitação ativa do paciente

envolve, em última instância, a possibilidade, em determinados casos, de sua inserção ou reinserção no mercado de trabalho, respeitadas suas limitações.

5. CONCLUSÃO

A evolução do diagnóstico da esquizofrenia ao longo dos anos permitiu um melhor entendimento sobre os sintomas e as características que configuram esse transtorno. Esse avanço possibilitou, aos profissionais envolvidos no diagnóstico, o direcionamento de tratamentos mais assertivos e, conseqüentemente, uma melhor adaptação dos pacientes que sofrem do transtorno. Sendo clinicados de forma mais eficiente e eficaz, as possibilidades de controle dos sintomas aumentam consideravelmente, permitindo, inclusive, a readaptação, ou até a ressocialização, de alguns pacientes. Vale destacar que o tratamento será ministrado pelo profissional de acordo com o diagnóstico, com a realidade e com a resposta de cada paciente. Dependendo da resposta, o tratamento poderá ser reavaliado e reelaborado, visando o bem-estar do indivíduo esquizofrênico.

REFERÊNCIAS

- [1] Pádua AC, Gama CS, Lobato MI, Abreu PB. Esquizofrenia: diretrizes e algoritmo para o tratamento farmacológico. *Psicofármacos: Consulta Rápida*; Porto Alegre, Artmed. 2005; p.343.
- [2] Lima AB, Espíndola CR. Esquizofrenia: Funções Cognitivas, Análise do Comportamento e Propostas de Reabilitação. *Revista Subjetividades*, Fortaleza. 2015; 15(1): 105-112.
- [3] Alves CRR, Silva MTA. A esquizofrenia e seu tratamento farmacológico. *Rev. Estudos de Psicologia*, PUC-Campinas, v. 18, n. 1, p. 12-22, janeiro/abril 2001.
- [4] Silva RCB. Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia USP*. 2006; 17(4):263-285.
Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v17n4/v17n4a14.pdf>>.
Acesso em 02 de agosto de 2019.
- [5] Elkis H. A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2000; 22 (Supl I): 23-6.
Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s1/a09v22s1.pdf>>.
Acesso em: 02 de agosto de 2019.
- [6] Araújo AC, Neto FL. A nova classificação americana para os Transtornos Mentais - o DSM-5. *Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.* 2014; XVI(1):67-82.
Disponível em:
<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v16n1/v16n1a07.pdf>>. Acesso em 02 de agosto de 2019.
- [7] Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 364, de 9 de abril de 2013. Regulamenta o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Esquizofrenia. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 abr. 2013.
Disponível em:
<<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/abr/02/pcdt-esquizofrenia-livro-2013.pdf>>. Acesso em

Edição Especial do 1º Congresso Regional de Medicina da FADIP

14 de agosto de 2019.

- [8] Scazufca M. Abordagem familiar em esquizofrenia: subtítulo do artigo. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo. 2000; 22(1):50-52.