

Curso de Capacitação
Saúde Mental



Módulo 3:
Clínica da atenção psicossocial

Unidade 4:
ESQUIZOFRENIA





Saúde Mental

Helio Elkis

Copyright @ UFMA/UNA-SUS, 2013

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO.

Universidade Federal do Maranhão - UFMA
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS

Praça Gonçalves Dias Nº 21, 1º andar, Prédio de Medicina (ILA)
da Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Site: www.unasus.ufma.br

Adaptação:

Janete Valois Ferreira Serra

Normalização:

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva. CRB 13ª Região Nº Registro – 453.

Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA

Esquizofrenia/Hélio Elkis. - São Luís, 2013.

20f. : il.

1. Psiquiatria. 2. Transtorno psiquiátrico. 3. Esquizofrenia. 4. UNASUS/UFMA. I. Oliveira, Ana Emília digueiredo de. II. Salgado, Christiana Leal. III. Castro Jr., Eurides Florindo. IV. Tavares, Hermano. V. Machado, Patrícia Maria Abreu. VI. Dias, Rodrigo da Silva. VII. Título.

CDU 616.89

Autor

Hélio Elkis

Médico Psiquiatra. Professor Associado do Departamento e Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP. Coordenador do Projesq – Programa de Esquizofrenia do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP .

Apresentação

A Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) é um programa desenvolvido pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde (MS), que cria condições para o funcionamento de uma rede colaborativa de instituições acadêmicas e serviços de saúde e gestão do SUS, destinada a atender as necessidades de formação e educação permanente do Sistema Único de Saúde. A concepção e implantação do programa é interfederativa.

Este livro faz parte do Curso de Capacitação em Saúde Mental, destinado aos profissionais de saúde que atuam no CAPS, PSF, NASF e nos demais Dispositivos da Rede de Assistência a Saúde Mental do SUS. É uma iniciativa pioneira na área da Saúde Mental, que utiliza as tecnologias educacionais para disponibilizar um programa de qualificação profissional, gerando, no exercício de sua prática, novas competências e posturas adequadas ao modelo de atenção.

A Universidade Federal do Maranhão - UFMA, por meio da UNA-SUS, e em parceria com o Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-FMUSP), estão associando as tecnologias educacionais interativas e os recursos humanos necessários para disponibilizar a este curso materiais educacionais de alta qualidade, que facilitem e enriqueçam a dinâmica do ensino- aprendizagem.

A rede colaborativa, proposta pela UNA-SUS, funciona por meio do intercâmbio de experiências, compartilhamento de material instrucional e cooperação para o desenvolvimento e a implementação de novas tecnologias educacionais em saúde. É uma rede compartilhada de apoio presencial ao processo de aprendizagem em serviço e intercâmbio de informações acadêmicas dos alunos para a certificação educacional compartilhada. Dessa forma é possível levar a cada trabalhador de saúde oportunidades de aprendizado, como material para auto-instrução, cursos livres e de atualização, cursos de aperfeiçoamento, especialização e até mesmo mestrados profissionais. O uso de técnicas de educação a distância minimiza a necessidade de deslocamento da cidade ou da região do trabalhador.

Esperamos que o leitor aprecie este material instrucional, tanto quanto a equipe UNA-SUS apreciou a sua elaboração e produção.

Abrace esse desafio e seja bem-vindo a este curso!!!!

Ana Emília Figueiredo de Oliveira, Ph.D.

Coordenadora Geral UNA-SUS/UFMA

Christiana Leal Salgado, MSc

Coordenadora dos Cursos- Saúde Mental UNA-SUS/UFMA

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	08
TIPOS DE ESQUIZOFRENIA	06
Paranoide	06
Tipo Desorganizado	06
Catatônica	06
Residual.....	06
Indiferenciada.....	06
CAUSAS DA ESQUIZOFRENIA	06
Influências Biológicas	06
Influências Comportamentais	06
Influências Emocionais e Cognitivas	06
Influências Sociais	06
SINTOMAS	07
Sintomas Positivos	07
Sintomas Negativos.....	07
Sintomas do Tipo Desorganizado	07
Alterações Cognitivas	07
DIAGNÓSTICO.....	10
Diagnóstico Diferencial.....	10
Instrumento de Avaliação	10
Curso e Evolução da Doença.....	10
Leitura Complementar	10
TRATAMENTO	11
Tratamento Medicamentoso.....	11
Você Sabia.....	11
REFERÊNCIAS	13

INTRODUÇÃO

Esquizofrenia é um sofrimento psíquico grave, caracterizado pela alteração no contato com a realidade e desorganização do pensamento ou consciência.

Por comprometer os anos mais produtivos da vida da pessoa, ocasiona graves consequências emocionais: para o ambiente familiar, na vida financeira e social, além de limitações nas rotinas domésticas.

É um transtorno crônico que incide em 1% da população. Estudos epidemiológicos apontam que se bem tratados 60% dos pacientes tem uma boa recuperação. Podendo ocorrer em diversas culturas e populações. Acometendo, principalmente, jovens e adultos em idade escolar ou no início da vida profissional (ELKIS, 2012).

Apesar de se manifestar em ambos os sexos ela se difere em relação a idade de início. No sexo

masculino ocorre entre 15 a 25 anos e no sexo feminino entre 25 a 35 anos (LIMA, 2011).

O abuso e dependência de substância psicoativa é a condição psiquiátrica mais prevalente associada à esquizofrenia. Mais de 1/3 das pessoas com esquizofrenia fumam, onde 30% a 50% reúnem critérios para diagnóstico de abuso e dependência de álcool, de 15% a 25% para maconha e de 5% a 10% para cocaína (ALMEIDA, 2010).

Ao longo da vida o risco é de 10% para quem tem irmão com esquizofrenia, 18% para aqueles com irmão gêmeo dizigótico e 50% irmão gêmeo monozigótico. Nesses casos chegam a 80% quando se considera o ambiente e 50% quando os dois pais tem esquizofrenia. Entretanto, 85% das pessoas com esquizofrenia não tem parentes próximos com a doença (ELKIS, 2012).

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

Paranoide

- Delírios de grandeza ou de perseguição;
- Alucinações (especialmente auditivas);
- Apresentam desconfiança, são mais retraídos e podem apresentar quadros de agressividade.

Tipo Desorganizado

- Fala e/ou comportamento desorganizados;
- Emotividade imatura (emoções inapropriadas);
- Crônica e sem remissão.

Catatônica

- Alternância entre imobilidade e excesso de agitação;
- Respostas motoras incomuns (hipertonia do tônus postural, rigidez);
- Maneirismos faciais ou corporais bizarros (muitas vezes imita-se outras pessoas).

Residual

- Presença de pelo menos um episódio esquizofrênico;
- Apresenta sintomas como isolamento social, pensamentos incomuns, inatividade, embotamento afetivo.

Indiferenciada

- Sintomas de diversos tipos que, caso considerados em conjunto, não se enquadram precisamente em uma categoria específica.

CAUSAS DA ESQUIZOFRENIA

INFLUÊNCIAS BIOLÓGICAS

- Tendência herdada (genes múltiplos) para o desenvolvimento da doença;
- Complicações pré-natais e no parto - infecção viral durante gravidez/lesão no parto afetam as células cerebrais da criança;
- Química cerebral (anormalidades nos sistemas de dopamina e glutamato);
- Estrutura cerebral (ventrículos aumentados).

INFLUÊNCIAS EMOCIONAIS E COGNITIVAS

- Estilos de interação com o excesso de críticas, hostilidade e envolvimento emocional exagerado podem provocar a reincidência.

INFLUÊNCIAS COMPORTAMENTAIS

- Sintomas Positivos
- Sintomas que parecem refletir um excesso ou distorção das funções normais.
- Sintomas Negativos
- São sintomas que parecem refletir uma diminuição ou perda de funções normais.

INFLUÊNCIAS SOCIAIS

- Ausência de suportes no ambiente familiar;
- A cultura influencia a interpretação da doença e dos sintomas (alucinações, delírios).

SINTOMAS

Kraepelin já alertava para a complexidade do transtorno, há uma variedade de tipologia, de sintomas e de causas da esquizofrenia.

O conjunto de sintomas pode-se classificar como:

Positivos - manifestações excessivas ou deformadas do comportamento normal. Por exemplo: os delírios e as alucinações.

Negativos - envolve comprometimentos cognitivos e de motivação, alterações no comportamento normal, distanciamento emocional e social, apatia, empobrecimento do pensamento da expressão verbal e desorganização no discurso (BARLOW, 2008).

Nem todos os portadores de esquizofrenia apresentam os mesmos sintomas. Os sintomas variam de pessoa para pessoa e podem ser cíclicos. Os mais comuns incluem:

DELÍRIOS

ALUCINAÇÕES

DISCURSO DESORGANIZADO

PROBLEMAS COMPORTAMENTAIS

Sintomas Positivos

- **Delírio** é uma crença da pessoa em que a maioria das pessoas considera como deformação da realidade. São frequentes os delírios de grandeza (acreditar que vai acabar com a fome no mundo, etc.), delírios de perseguição (acreditar que existem pessoas lhe perseguindo). As pessoas que deixam de ter delírios apresentam melhoram e se tornam menos depressivos (BARLOW, 2008).
- **Alucinações** são percepções reais de eventos sem que existam no ambiente (ver e ouvir coisas que outras pessoas ao redor não percebem). A alucinação auditiva é a mais frequente. As pessoas com alucinação auditiva ouvem sua própria voz ou pensamentos e não reconhecem a diferença e acreditam serem vozes de outras pessoas (BARLOW, 2008).

Sintomas Negativos

- **Abulia** - É a dificuldade de iniciar ou continuar uma atividade ou pouco interesse em realizar tarefas básicas do dia a dia.
- **Alogia** - Caracteriza-se pela ausência ou dificuldade na expressão verbal, respostas breves de pouco conteúdo e parece desinteressada na conversa.

- **Anedonia** - É a falta de prazer, indiferença em relação às atividades que normalmente são consideradas prazerosas;
- **Embotamento Afetivo** - Caracteriza-se pela dificuldade de exteriorizar sentimentos como

se espera. Mesmo que não reajam abertamente a situações emocionais, respondem internamente. Estudos apontam que mesmo demonstrando tem dificuldade de expressar emoções e que têm sim sentimentos.

Sintomas do Tipo Desorganizado

- **Discurso Desorganizado** - Diz-se que quando uma pessoa está com discurso desorganizado é difícil compreender o que está incomodando-a. Percebe-se que ela tem dificuldade de *insight*, que algumas vezes mudam de assunto para outro repentinamente sem ligação, ou falam de forma ilógica.
- **Emotividade Inapropriada** - Quando as pessoas riem ou choram em ocasiões inapropriadas, acumulam objetos ou agem de modo incomum em público.

Alterações cognitivas

Estas alterações podem ser consequência de disfunções neuronais. As principais revisões da literatura sustentam a ideia de que uma percentagem significativa de doentes com esquizofrenia apresenta déficit em vários domínios cognitivos, em especial, nos domínios da memória verbal, da vigilância e atenção, da memória de trabalho, do quociente intelectual, da linguagem e do funcionamento executivo (VAZ-SERRA, 2010).

Segundo Monteiro e Louzã (2007), os déficits cognitivos, estudos conduzidos no primeiro episódio com pacientes não tratados, indicaram déficits cognitivos prévios ao desenvolvimento da doença. Em estudo de revisão realizado por Torrey (2002) sobre pacientes nunca tratados com medicação antipsicótica, os achados neuropsicológicos indicaram déficits de memória e de aprendizagem, atenção, abstração, linguagem, funcionamento executivo e velocidade psicomotora. Os resultados dos pacientes nunca tratados, comparados aos dos pacientes medicados previamente, foram similares.

As alterações cognitivas da esquizofrenia têm elevada prevalência, são contínuas e apresentam elevada gravidade. Essas alterações podem estar presentes mesmo antes do primeiro surto psicótico. O prejuízo intelectual e o desempenho escolar inferior estão presentes antes do surgimento da doença, acentuam-se nos 3 a 5 primeiros anos após o início da doença e, em seguida, permanecem relativamente estáveis (LIEBERMAN apud FERREIRA JUNIOR, 2012).

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é essencialmente clínico, deve ser definido a partir da presença de sintomas psicóticos. É importante a realização de uma detalhada anamnese que contemple o estado psicopatológico atual, a personalidade pré-mórbida, os antecedentes pessoais e familiares (clínico e psiquiátrico) e o abuso de substâncias.

Além disso, alguns exames laboratoriais são essenciais para auxiliar no estabelecimento do diagnóstico (ELKIS, 2012).

Um dos instrumentos utilizados para auxiliar no diagnóstico da Esquizofrenia é o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM IV.

LEITURA COMPLEMENTAR

Conheça mais sobre o assunto clicando em: CID 10 – Esquizofrenia
http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f20_f29.htm

Diagnóstico Diferencial

Nem todo transtorno psicótico é esquizofrenia. Vários transtornos mentais podem apresentar sintomas psicóticos por isso é necessário a realização de uma anamnese detalhada do paciente para

Exames físicos e neurológicos, hemograma completo, funções tireoidianas e hepáticas, eletroencefalograma, presença de substâncias psicoativas na urina, tomografia ou ressonância magnética do encéfalo, cálcio e cobre séricos, sorologia para sífilis e HIV são aspectos importantes para a definição do diagnóstico (ELKIS, 2012).

a identificação de outros quadros semelhantes.

Além desses exames o autor acima avisa que se deve estar atento às medicações que produzem sintomas psicóticos, tais como: antivirais, antibióticos, antiparkinsonianos, psicoestimulantes (anfetaminas), ansiolíticos, antidepressivos, anticonvulsivantes, corticosteroides e substâncias psicoativas (cocaína e ecstasy).

Instrumentos de Avaliação.

A Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale-BPRS) foi criada em 1962 por Overall e Gorham (ELKIS, et al.1998).

É composta por 18 itens ou sintomas que podem ser agrupados em quatro dimensões.

Psicótica (delírios e alucinações)

Negativa (retraimento emocional e embotamento afetivo)

Depressão e ansiedade (humor depressivo e ansiedade)

Cognitiva (comprometimento da capacidade de discernimento da própria doença e perda da capacidade de abstração e memória)

ITENS DA ESCALA BREVE DE AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA (BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE – BPRS)	
Nº	Sintomas do BPRS
01	Preocupação somática
02	Ansiedade
03	Retraimento afetivo
04	Desorganização conceitual
05	Sentimentos de culpa
06	Tensão
07	Maneirismos e postura
08	Ideias de grandeza
09	Humor depressivo
10	Hostilidade
11	Desconfiança
12	Comportamento alucinatório
13	Retardo motor
14	Falta de cooperação com a entrevista
15	Alteração do Conteúdo do pensamento
16	Afeto embotado
17	Excitação
18	Desorientação

(ELKIS, et al.1998)

CRITÉRIOS DE OPERACIONALIZAÇÃO DE GRAVIDADE DO ITEM DESORGANIZAÇÃO CONCEITUAL

Desorganização Conceitual: Grau de incompreensibilidade da fala. Incluir qualquer tipo de desordem formal de pensamento (ex.: associações incoerentes, fuga de ideias, neologismos).

NÃO incluir mera circunstancialidade ou fala maníaca, mesmo que acentuada.

NÃO pontuar a partir de impressões subjetivas do paciente (ex.: “Meus pensamentos estão voando”, “Não consigo manter o pensamento”, “Meus pensamentos se misturam todos”). Pontuar SOMENTE a partir de observações feitas durante a entrevista.

Pontuação	Aspectos observados para pontuação
00	Não observado
01	Muito leve - Levemente vago, todavia de significação duvidosa
02	Leve - Frequentemente vago, mas é possível o prosseguimento da entrevista.
03	Moderado - Ocasionalmente faz afirmações irrelevantes; uso infrequente de neologismos.
04	Moderadamente grave - Aspectos descritos acima, porém mais frequentes.
05	Grave - Desordem formal de pensamento presente durante a maior parte da entrevista, tornando-a muito difícil de compreender.
06	Muito grave - Poucas informações coerentes podem ser obtidas.

Curso e evolução da doença

A fase **pré-mórbida** que precede a doença, já podem ser observados retardo no desenvolvimento motor e na aquisição da fala; na **prodrômica** surgem alguns sintomas de alteração de personalidade, de pensamento e humor.

Na fase chamada **progressiva** é iniciada com o primeiro episódio de psicose e podem ocorrer recaídas e consequentes internações; e por fim, a **crônica**, na qual há o predomínio dos sintomas negativos e perda cognitiva (BARLOW, 2008).

O prognóstico, a longo prazo, é incerto. Atualmente 20% das pessoas terão nova crise, 60% irão desenvolver sintomas crônicos que poderão interferir de forma significativa na vida familiar e profissional do paciente e os demais terão um curso intermediário (ALMEIDA, 2010).

TRATAMENTO

No tratamento considera-se a evolução da doença e a precocidade do diagnóstico, ou seja, como foi o início do tratamento e a condução do primeiro episódio. Esta doença pode requerer cuidados psiquiátricos por toda vida.

TIPOS DE TRATAMENTO	
Terapia individual, grupal ou familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Auxilia o paciente e a família a compreender a doença e os fatores que causam os sintomas. • Ensina aptidões de comunicação às famílias. • Proporciona recursos para lidar com os desafios emocionais e práticos.
Treinamento de aptidões sociais	<ul style="list-style-type: none"> • Pode ocorrer em ambiente hospitalar ou comunitário. • Ensina ao portador do transtorno aptidões de ordem social, cuidados pessoais e vocacionais.
Medicação	<ul style="list-style-type: none"> • Indica-se medicamentos antipsicóticos no tratamento da esquizofrenia a fim de reduzir as manifestações alucinatórias e delirantes. • O tratamento medicamentoso precisa ser contínuo para produzir eficácia. • Dosagens irregulares podem agravar os sintomas existentes e criar novos sintomas.

Tratamento medicamentoso

Baseia-se no uso de antipsicóticos que podem atenuar os sintomas, aumentar a adaptação psicossocial do paciente e melhorar o seu bem-estar subjetivo (FALKAI, 2006).

Nicolino (2011) comenta que os pacientes que aderem ao uso de medicamentos referem ter grande temor em vivenciar crises psicóticas, pois devido a experiências anteriores acreditam que sem a medicação podem perder o controle e apresentar comportamentos de heteroagressão e autoagressão, estando vulneráveis às tentativas de suicídio e, até mesmo à morte.

Por outro lado, adesão a tratamentos medicamentosos é um processo complexo que envolve uma multiplicidade de fatores, entre os quais se destacam aqueles diretamente ligados ao paciente.

Elkis (2012) aponta que deve ser usado a monoterapia e recomenda que após o diagnóstico deve-se fazer uso de um antipsicótico de segunda geração, preferencialmente por 04 a 06 semanas, somente se a pessoa não responder ao tratamento.

Todavia, caso o paciente continue a apresentar resultados ruins, durante o tratamento, deve-se tentar outra medicação e em último caso a utilização da clonazepina. Alertando ainda, que alguns

aspectos devem ser levados em consideração como: o risco de suicídio, sintomas catatônicos, risco de agitação ou violência, sintomas depressivos e efeitos colaterais, inclusive com a introdução de medicamentos não psicóticos para combater tais manifestações.

Para Nicolino (2011) os efeitos colaterais, ocasionados pelo uso de medicamentos, se destacam como motivos da não continuidade no tratamento. Quatro, entre cinco pacientes, são identificados como não aderentes à medicação.

Já Barlow (2008) aponta outros motivos para a não adesão ao tratamento como ausência de resultados satisfatórios, relacionamento negativo médico-paciente, custo da medicação, apoio social reduzido, dificuldades de acesso público aos medicamentos.

VOCÊ SABIA?

O tratamento medicamentoso é essencial, mas não o suficiente. Outras intervenções tem favorecido uma melhor compreensão da relação paciente-família-sociedade que minimizam os impactos dos sintomas na qualidade de vida dos pacientes e seus familiares. Dentre as muitas abordagens estão se beneficiando com treinamento de habilidades, terapias de família (trabalham a comunicação intrafamiliar que podem favorecer recaídas, etc.), trabalhos com as emoções expressas, diferentes abordagens terapêuticas (terapia cognitiva-comportamental, psicoeducação familiar etc.).

REFERÊNCIAS

BARLOW, David H. **Psicopatologia: uma abordagem integrada**. São Paulo: Cengage learning, 2009.

DALTIO, C.S.; MARI, J.J.; FERRAZ, M.B. Estudos farmacoeconômicos e carga da doença em esquizofrenia. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 2007, 34 Supl. 2:208-12.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f20_f29.htm>. Acesso em: 28 jun. 2013.

ELKIS, Helio. **Esquizofrenia**. São Luís: UMA-SUS, UFMA, 2012.

_____. Análise fatorial da versão em português do BPRS ancorado (BPRS-A) em pacientes com esquizofrenia refratária. **Rev. Psiq. Clín.** 1998, 25: 334-336.

FALKAI, P. et al. Diretrizes da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica para o tratamento biológico da esquizofrenia. Parte 1: tratamento agudo. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 2006, 33 Supl.: 7-64.

FERREIRA, Junior. et al. Alterações cognitivas na esquizofrenia. **Revista de Psiquiatria**. Rio Grande do Sul. 2010, 32(2).

HOCKENBURY, Sandra E.; Hockenbury, Don H. Distúrbios psicológicos In: **Descobrimos a Psicologia**. São Paulo: Editora Manole, 2003.

LIMA, I.C.S.; SILVA, M.E.D.C.; VALLE, A.R.M.C. et al. Relação do cuidador e da sociedade com a pessoa com esquizofrenia. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental online**. 2011, Supl.: 84-91. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1944/pdf_528>. Acesso em: 20 jun. 2013.

MONTEIRO, Luciana de Carvalho; LOUZÃ, Mário Rodrigues. Alterações cognitivas na esquizofrenia: consequências funcionais e abordagens terapêuticas; Cognitive deficits in schizophrenia: functional consequences and therapeutic approaches. **Rev. psiquiatr. clín.** São Paulo, 2007, 34.supl. 2: 179-183.

NICOLINO, P.S. et al. Esquizofrenia: adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno e terapêutica medicamentosa **Revista da Escola de Enfermagem**. São Paulo: USP 2011, 45(3):708-15

PORTAL DA PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM IV**. Disponível em: <<http://virtualpsy.locaweb.com.br/dsm.php>>. Acesso em: 28 jun. 2013

VAZ-SERRA, Adriano. et al. Cognição, cognição social e funcionalidade na esquizofrenia, **Acta Médica Portuguesa**. 2010, 23(6):1043-1058