

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO EM ESQUIZOFRENIA

Walter Cicarini, Lucinete Duarte, Débora Gomes, Giscele Trindade,

José Antonio dos Santos, Mayra Oliveira,

Michelle Martins, Suellen Ribeiro

Resumo

INTRODUÇÃO: A esquizofrenia é um distúrbio mental, que afeta tanto os homens quanto as mulheres, ela geralmente começa na adolescência ou fase adulta jovem, mas pode começar em idade mais avançada. Clinicamente a esquizofrenia manifesta-se em formas diferenciadas, mas algumas características aparecem de forma habitual, é comum observar incoerência afetiva e de pensamento, afastamento da realidade e atividades delirantes. **OBJETIVO** descrever sobre o tratamento farmacológico da esquizofrenia e as principais dificuldades de adesão. **METODOLOGIA:** baseado através de uma revisão bibliográfica utilizando bases de dados como a Scielo, BVS e utilizou a ferramenta google acadêmico evidenciando os seguintes descritores: tratamento, fármacos, esquizofrenia, adesão. **RESULTADOS:** Apresenta um distúrbio das associações que reagem ao pensamento, por isso o pensamento esquizofrênico não apresenta lógica. É uma doença crônica que evolui em surtos ou crises que são intercalados com períodos de melhoras. As formas mais conhecidas de esquizofrenia são: esquizofrenia paranóide, hebefrênica, catatônica e residual. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** uma pessoa que sofre desse distúrbio tem queda severa no seu desempenho social. O tratamento é feito por medicamentos conhecidos por neurolépticos ou antipsicóticos que reduzem o tempo da duração dos surtos, e permitem que cada vez menos os pacientes voltem a apresentar os sintomas desta síndrome.

Palavras chaves: Esquizofrenia, Distúrbios, farmacologia

Abstract:

INTRODUCTION: Schizophrenia is a mental disorder that affects both men and women. It usually begins in adolescence or young adulthood but may start at an older age. Clinically schizophrenia manifests itself in different forms but some features usually appear, it is common to observe affective and thought incoherence, distancing from reality and delusional activities. **OBJECTIVE:** describe the pharmacological treatment of schizophrenia and the main difficulties of adherence. **METHODOLOGY:** based on a bibliographic review using databases such as Scielo, VHL and used the google academic tool highlighting the following descriptors: treatment, drugs, schizophrenia, adherence. **RESULTS:** it presents a disturbance of associations that react to thought, so schizophrenic thinking has no logic. It is a chronic disease that develops in outbreaks or crises that are interspersed with periods of improvement. The most well-known forms of schizophrenia are: paranoid, hebephrenic, catatonic, and residual schizophrenia. **FINAL CONSIDERATIONS:** A person suffering from this disorder has a severe drop in social performance. The treatment is made by drugs known as neuroleptics or antipsychotics that reduce the duration of outbreaks and allow fewer and fewer patients to return to symptoms of this syndrome.

Key words: schizophrenia, disorders, pharmacological.

Introdução

A **esquizofrenia** é um **distúrbio psíquico** que afeta a consciência do próprio eu, as relações afetivas, a percepção e o pensamento. O termo esquizofrenia significa "cisão das funções mentais" (do grego *schizo* = divisão, cisão; *phrenos* = mente).

Atualmente, a esquizofrenia não é classificada como uma doença e sim como um **transtorno mental** que pode afetar homens e mulheres de várias idades, nacionalidades e diferentes estratos sociais.

É classificada por um conjunto vasto de sintomas, entre os quais se destacam alterações do pensamento, alucinações (sobretudo auditivas), delírios e embotamento emocional com perda de contato com a realidade, causando uma disfunção social crônica.

Atinge cerca de 1% da população e tende a manifestar-se normalmente no final da adolescência, as populações mais afetadas são as rurais e os grupos sociais com baixo nível sócio – econômico e cultural.

O aparecimento da doença é mais precoce em indivíduos do sexo masculino (entre os 15 e os 25 anos) e mais tardia em pessoas do sexo feminino (entre os 25 e os 30 anos).

Apresenta diferentes tipos da doença sendo elas classificadas em:

Tipo Paranóide	é a forma mais comum de esquizofrenia e também a que tem melhor prognóstico. As características essenciais são ideias delirantes dominantes e persecutórias ou alucinações auditivas.
Tipo Desorganizado ou Hebefrênica	apresenta um prognóstico mais sombrio e é característico o comportamento desorganizado, através dos seus comportamentos inadequados e irritabilidade, poderão ter atitudes agressivas.
Tipo Catatônico	pouco frequente, é reversível graças à ação de fármacos, existe alteração da atividade psicomotora, que pode ir desde à imobilidade motora à atividade motora excessiva.
Tipo Residual	o diagnóstico não é muito preciso, na medida em que não existe um predomínio de sintomas positivos, o foco situa-se na sintomatologia do tipo negativo, evidenciando pobreza do discurso ou avolição e isolamento social.

FONTE: adaptado, 2019

Os sintomas pouco específicos deste transtorno incluem, perda de energia, iniciativa e interesses, humor depressivo, isolamento, comportamento inadequado, negligência com a

aparência pessoal e higiene, podem surgir e permanecer por algumas semanas ou até meses antes do aparecimento de sintomas mais característicos da doença.

Os aspectos mais característicos são alucinações e delírios, transtornos de pensamento e fala, perturbação das emoções e do afeto, déficits cognitivos e avolição e anedonia.

Os distúrbios do comportamento na esquizofrenia incluem comportamento grosseiramente desordenado e comportamento catatônico. A catatonia é definida como um conjunto de movimentos, posturas e ações complexas cujo denominador comum é a sua involuntariedade. Os fenômenos catatônicos incluem: estupor, catalepsia, fazer posturas e caretas, negativismo e ecopraxia.

A anedonia ou perda da capacidade de sentir prazer, foi proposta como a característica central ou cardinal da esquizofrenia, temos a anedonia física, e anedonia social.

Pacientes com esquizofrenia apresentam alterações cognitivas como déficits em atenção, memória e resolução de problemas.

Os delírios são os sintomas principais da esquizofrenia, são crenças errôneas, habitualmente envolvendo a interpretação falsa de percepções ou experiências, os de perseguição são os mais comuns, o doente acredita que está a ser atormentado, seguido, enganado, espionado ou ridicularizado.

As alucinações, outro sintoma típico, mas não exclusivo da esquizofrenia, podem ocorrer em qualquer modalidade sensorial, ou seja, auditivas, visuais, gustativas e tácteis. As mais comuns são do tipo auditivas, em primeiro lugar, e visuais em seguida.

OBJETIVO

Descrever sobre o tratamento farmacológico da esquizofrenia e as principais dificuldades de adesão.

Metodologia:

Este trabalho foi baseado através de uma revisão bibliográfica utilizando bases de dados como a Scielo, BVS e utilizou a ferramenta google académico evidenciando os seguintes descritores: tratamento, fármacos, esquizofrenia, adesão.

RESULTADO

As causas da esquizofrenia são ainda desconhecidas, uma das supostas causas pode ser por origem genética ou por uma hipótese dopaminérgica.

Por ser uma doença de desordem hereditária, o paciente que possui um parente com esquizofrenia, é um fator de risco mais consistente e significativo para o desenvolvimento da doença.

Já a teoria dopaminérgica da esquizofrenia foi baseada na observação de que certas drogas tinham habilidade em estimular a neurotransmissão da dopamina (DA). Constatou-se que a droga psicoestimulante anfetamina, quando administrada em doses altas e repetidas, causa uma psicose tóxica com características muito semelhantes às da esquizofrenia paranóide em fase ativa. Sabe-se que essa droga atua nos terminais dopaminérgicos aumentando a liberação de DA, além de impedir sua inativação na fenda sináptica, por inibir o mecanismo neuronal de recaptação existente na membrana pré-sináptica. Assim, é possível que os sintomas esquizofreniformes, sejam devidos ao excesso de atividade dopaminérgica determinado pela anfetamina. Com efeito, essas manifestações cedem rapidamente após a administração de neurolépticos bloqueadores dos receptores dopaminérgicos, sobretudo do tipo D2, ricamente distribuídos nos gânglios da base.

Sabe-se ainda que o efeito antipsicótico de drogas como a clopromazina e o haloperidol deve-se a ação dessas drogas em bloquear a atividade dopaminérgica.

Os antipsicóticos representam o principal tratamento para pacientes com esquizofrenia. A descoberta dos antipsicóticos de primeira geração (APG), na década de 1950, trouxe grande benefício para pacientes com esquizofrenia, na medida em que tais medicamentos mostraram eficácia no combate aos sintomas psicóticos e, como consequência, possibilidade de tratamento em regime ambulatorial e redução da permanência hospitalar, bem como do número de internações. Com a reintrodução no mercado da clozapina, nos anos 1990, e o surgimento de outros antipsicóticos de segunda geração (ASG) – amisulprida, aripiprazol, entre outros, houve um progresso ainda maior, uma vez que os ASG se mostram, em sua maioria, mais eficazes que os APG quanto à redução da psicopatologia ou quanto à redução do número de recaídas e consequentes hospitalizações.

Um dos maiores problemas enfrentados no tratamento da esquizofrenia é o da adesão ao tratamento, entre as várias estratégias que tem sido utilizadas para melhorar a adesão ao

tratamento na esquizofrenia, o uso de antipsicóticos convencionais de ação prolongada, tais como o haloperidol decanoato, a pipotiazina, o zuclopentixol e o penfluridol, sempre representou uma importante opção terapêutica no tratamento da esquizofrenia, desde a década de 1960. Eles atuam mantendo níveis plasmáticos estáveis de antipsicóticos, melhorando a adesão e prevenindo recaídas. De fato, a prevenção de recaídas representa uma das principais metas no tratamento da esquizofrenia e por isso é considerada uma das mais importantes medidas de desfecho utilizadas para avaliar a eficácia de um antipsicótico.

No entanto, o uso crônico de antipsicóticos de primeira geração pode estar associado ao desenvolvimento de quadros extrapiramidais (por exemplo, discinesia tardia) e, neste sentido, os antipsicóticos de depósito convencionais podem não representar a melhor opção de tratamento, apesar de sua comprovada eficácia.

Por outro lado, também já é comprovado que o uso em longo prazo de antipsicóticos de segunda geração está associado a menor risco de desenvolvimento de sintomas extrapiramidais. Nesse caso, o desenvolvimento de um antipsicótico de depósito de segunda geração para ser usado em pacientes que aderem pouco ao tratamento representa um grande avanço no combate à evolução da esquizofrenia.

Os antipsicóticos típicos podem produzir o aparecimento de efeitos adversos extrapiramidais. Estes incluem a síndrome de Parkinson, reações distônicas agudas, acatisia, acinesia e síndrome neuroléptica maligna. A incidência desses efeitos é bastante elevada, chegando até a 90 % em alguns estudos, e costuma ocorrer nas primeiras semanas de tratamento. O efeito adverso motor mais temido dos neurolépticos é a *discinesia tardia*. Ela é caracterizada por movimentos estereotipados involuntários, principalmente da face, como sucção com os lábios, movimentos laterais da mandíbula e movimentos anormais da língua. A discinesia tardia pode aparecer após anos de tratamento com neurolépticos.

Os neurolépticos atuam também na periferia do organismo, afetando o *sistema nervoso autônomo*. Assim, bloqueiam os receptores da acetilcolina, do tipo muscarínico, levando a sintomas como secura da boca e da pele, midríase e dificuldade de acomodação visual, taquicardia, constipação intestinal e retenção urinária.

Atualmente, os esforços concentram-se na busca de antipsicóticos com menos efeitos extrapiramidais e que sejam eficazes no tratamento dos sintomas negativos da esquizofrenia, denominados *antipsicóticos atípicos*, a exemplo da clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona e mais recentemente o aripiprazol.

A clozapina foi o primeiro antipsicótico que tratou os sintomas da esquizofrenia de forma efetiva com apenas um risco mínimo de induzir efeitos colaterais motores extrapiramidais.

Na clínica, a clozapina é igual ou superior aos antipsicóticos clássicos na melhoria dos sintomas positivos da esquizofrenia, mas também mostra efeitos em sintomas negativos. Além disso, 60% dos pacientes que não respondem a neurolépticos típicos podem apresentar melhora com o seu uso.

CONSIDERACOES FINAIS

Podemos concluir que a esquizofrenia é a patologia que mais desperta atenção e interesse em psiquiatra, e também a que mais tem sido estudada, é uma doença que dura a vida toda, a maioria dos portadores de esquizofrenia vão necessitar de cuidados médicos e medicação pelo resto de sua vida. Algumas pessoas, mesmo tomando a medicação regularmente, podem ter uma recaída dos sintomas psicóticos. É muito importante que elas possam reconhecer que estes estão voltando, e procurar ajuda imediatamente. Antes do aparecimento de sintomas como delírios ou alucinações, é comum aparecerem sintomas menos específicos como irritabilidade, insônia e depressão.

A esquizofrenia ainda gera muitas dúvidas, angústias e preconceitos em seus portadores, familiares, amigos e em toda a sociedade. Mesmo profissionais específicos da área de saúde mental, apresentam dificuldade ao se deparar com um diagnóstico de esquizofrenia, devido a sua evolução, tantas vezes de difícil manejo, e as implicações decorrentes de sua frequente cronicidade.

Todos os profissionais da saúde, tem que sempre conhecer a fundo o comportamento psiquiátrico para que possa assistir de forma holística o paciente esquizofrênico, enfatizando o cuidado humanizado.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, R.C.S. **Esquizofrenia**: uma revisão.2006.13P. Artigo de revisão (Curso de Psicologia). Unifesp, São Paulo. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51772006000400014

BORBA, Letícia de Oliveira et al. **Adesão do portador de transtorno mental à terapêutica medicamentosa no tratamento em saúde mental**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 52, e 03341, 2018. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342018000100425&lng=en&nrm=iso . access on 16 Oct. 2019. Epub June 25, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017006603341> .

CASTRO, B.F. J; AMARAL, M. B; GUIMARÃES, I.B. et al. **Alterações cognitivas na esquizofrenia: atualização**, 2010.7p. Artigo de revisão (Curso de especialização em psiquiatria). Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG), Belo Horizonte
https://www.janssenpro.com.br/login?destination=node/1631&utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=JanssenPro&utm_content=Neuro_Trinza_ESQ&gclid=Cj0KCCQjw_5rtBRDxARIsAJfxvYBnFj88krQ6IZw8cRiNXMNUyy9fmPNFyCTquUCzn4Arl10CNkxZCy0aAqYjEALw_wcB

GRILO, R. **Esquizofrenia: breves noções**.2012. 14p.Artigo Científico (Curso de Especialização em Psicoterapia). Faculdade de Psicologia, São Paulo.

MIASSO, Adriana Inocenti; MIAMOTO, Cristina Saemi et al. **Adesão, conhecimento e dificuldades relacionados ao tratamento farmacológico entre pessoas com esquizofrenia**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2015 abr./jun.;17(2): Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.27636>

VALIENGO, Leandro et al . **Schizophrenia Treatment with electric Transcranial Stimulation (STARTS): design, rationale and objectives of a randomized, double-blinded, sham controlled trial**. Trends Psychiatry Psychother., Porto Alegre , v. 41, n. 2, p. 104111, June 2019 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223760892019000200104&lng=en&nrm=iso . access on 16 Oct. 2019. Epub June 19, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0047> .