



Opinião

**REDE MUNICIPAL
DE SAÚDE
MENTAL****Patrício Ferreira**
Médico Psiquiatra

Esquizofrenia

Temida, devastadora e incapacitante, a esquizofrenia, apesar dos avanços nas terapias farmacológicas, é ainda hoje sinónimo de mau prognóstico.

Afetando cerca de 1% da população, numa incidência estável ao longo dos anos, a esquizofrenia, assim batizada por Eugen Bleuler (1857-1939), psiquiatra Suíço, já teve outras designações como por exemplo "A Demência precoce".

Esta primeira designação veio agrupar uma série de quadros clínicos observados e descritos por psiquiatras clássicos, de doenças que se iniciavam em idade jovem, começando mais cedo nos indivíduos do sexo masculino do que no sexo feminino e que cursavam com uma perda de capacidades várias que envolviam a cognição, os afetos e com surgimento de alterações da forma e do conteúdo do pensamento, com interpretações erradas da realidade, bem como alterações da sensopercepção, sendo as alucinações auditivas muito frequentes em alguns subtipos da doença.

É geralmente pela segunda década de vida que se iniciam os sintomas, podendo ser mais fáceis de identificar embora menos específicos da doença, como são exemplo os delírios e as alucinações, ou então mais específicos, mas mais difíceis de perceber, como a perda de associação de ideias ou o embotamento afetivo.

Várias teorias etiológicas têm sido apontadas, desde causas genéticas a psicodinâmicas, mas nenhuma até agora, conseguiu ainda de forma definitiva, explicar o porquê do surgimento desta afeção. O papel das vias dopaminérgicas e a sua desregulação tem sido a teoria onde assentam as opções terapêuticas atuais, embora outros neurotransmissores sejam estudados como responsáveis ou pelo menos mediarem alguns dos sintomas.

O papel das drogas, tema recorrente quando se fala em esquizofrenia, não é claro ainda o seu papel na origem dos sintomas, mas sabe-se hoje que o seu consumo está associado a um pior prognóstico.

O estigma ainda existe em relação á esquizofrenia, catalogando está população de doentes como perigosos e agressivos, quando na realidade a taxa de perigosidade e agressividade é bem maior na população não doente.

Para além do uso cada vez mais precoce dos antipsicóticos e destes serem cada vez mais modernos, isto é com menor perfil de efeitos secundários, o prognóstico varia de doente para doente, e uma boa integração na sociedade, a reabilitação das capacidades remanescentes, tem servido para melhorar a qualidade de vida dos doentes com esquizofrenia, que no passado pouco mais lhes era oferecido do que os isolar ou institucionalizar.

É sabido e consensual que quantos mais surtos o doente tiver, maior a deterioração funcional, não adquirindo funcionamento prévio. E o maior preditor de recaída é a não adesão a terapêutica, tão frequente nesta patologia.

O juízo crítico ou noção de estar doente na esquizofrenia é quase sempre ausente e assim o responsável pelos abandonos da terapêutica e consequentemente recaída.

Apesar de vivermos na era da psiquiatria comunitária, há, e sempre haverá casos em que a institucionalização é inevitável, tal a dependência e deterioração nos casos mais graves, que mesmo com estruturas familiares presentes para prestação de cuidados, não o conseguem fazer de forma permanente.

As famílias destes pacientes necessitam também de uma particular atenção. A psicoeducação sobre a patologia é mandatória, mas também a avaliação psicopatológica dos mesmos é fundamental, pois como familiares e cuidadores estão muitas vezes presentes neles próprios sintomas depressivos e ansiosos reativos à dificuldade em perceber e lidar com os doentes com esquizofrenia.