



**Artigo Original**

## **A terapêutica medicamentosa pode alterar o prognóstico da esquizofrenia? A perspectiva de pacientes e familiares**

*Can drug therapy to change the schizophrenia's prognostic? The patient and family perspective*

**Kelly Graziani Giacchero Vedana<sup>1</sup>**

**Adriana Inocenti Miaso<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Doutoranda, Universidade de São Paulo

<sup>2</sup> Professora Doutora, Universidade de São Paulo

**RESUMO** - Nosso objetivo nesse estudo foi compreender as perspectiva de pessoas com esquizofrenia e familiares acerca do impacto da farmacoterapia sobre o prognóstico do transtorno. Empregamos a abordagem qualitativa, com referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados e pressupostos do Interacionismo Simbólico. Participaram do estudo 36 pessoas com esquizofrenia em tratamento ambulatorial e 36 familiares. Utilizamos a entrevista gravada para obtenção dos dados, que foram coletados no período de 2008 a 2010. Verificamos entre os indivíduos a expectativa de que a farmacoterapia acarretasse a cura, estabilização ou a piora do estado mental do paciente. Tais expectativas eram mutáveis e envolviam conhecimentos, experiências, desejos e sentimentos diversos. Consideramos que a perspectiva do usuário sobre o curso do transtorno merece ser abordada pela equipe de saúde com destreza e empatia, para que pacientes e familiares possam enfrentar a realidade da cronicidade da esquizofrenia da melhor maneira possível.

**Palavras-chave:** Esquizofrenia; Adesão à medicação; Família; Relações Interpessoais; Prognóstico

**ABSTRACT** – The aim of this study was to understand schizophrenia people and their families perceptions about pharmacotherapy impact into disorder. We employ a qualitative approach, by Grounded theory from symbolic interactionism assumptions. 36 schizophrenic peoples was included and their families. We used the recorded interview to obtain data collected between 2008 to 2010. We observed among individuals expect that pharmacotherapy entailed a cure, stabilization or worsening in mental state, such expectations were changing and involving knowledge, experiences, desires, and different feelings. We consider the user perspective on the disorder deserve to be treated by the health team with skill and empathy for patients and family members can face to chronicity of schizophrenia reality in the best possible way.

**Keywords:** Schizophrenia; Medication adherence; Family; Interpersonal Relationship; Prognosis.

### **1. INTRODUÇÃO**

A esquizofrenia é um transtorno psicótico maior, ou grupo de transtornos, onde fatores biopsicossociais provocam a desorganização de diversos processos mentais e geram uma variedade de respostas clínicas<sup>1,2</sup>.

Trata-se de um transtorno que acomete cerca de 1% da população, compromete diversos aspectos da vida do seu portador e representa uma importante carga em termos financeiros e sociais, não somente para o paciente, mas para a família, cuidadores e para a sociedade como um todo<sup>3-5</sup>.

O conhecimento do prognóstico da esquizofrenia é importante para a prática clínica e para o planejamento de serviços de saúde<sup>6</sup>. O transtorno tem curso crônico e recorrente, sendo potencialmente incapacitante<sup>4,7</sup>. Os medicamentos antipsicóticos são eficazes para o controle da esquizofrenia<sup>6,8-10</sup>. Estas drogas podem atenuar os sintomas, aumentar a adaptação psicossocial do paciente e melhorar o seu bem-estar subjetivo<sup>4</sup>.

Estes efeitos benéficos dos fármacos justificam a necessidade do uso contínuo dos mesmos no tratamento da esquizofrenia. Entretanto, esta é a perspectiva dos profissionais de saúde, baseados nos

conhecimentos teóricos que orientam sua prática clínica e pesquisas apontam que, frequentemente pacientes e profissionais da saúde diferem em suas concepções sobre a eficácia da terapêutica medicamentosa e seu impacto na qualidade de vida<sup>11,12</sup>.

No contexto da desinstitucionalização, pacientes e familiares são convidados a atuarem como protagonistas no tratamento. E o são, de fato, visto que a etapa final da terapêutica medicamentosa de pacientes em tratamento ambulatorial fica sob a responsabilidade de pacientes e familiares.

Pesquisas que investiguem o cotidiano destes indivíduos enfocando suas perspectivas em relação ao impacto da terapêutica medicamentosa sobre o curso do transtorno podem promover uma compreensão empática e abrangente destes atores sociais.

**Autor correspondente**

**Kelly Graziani Giacchero Vedana**

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo

Ribeirão Preto, SP – CEP: 14040-900..

Email: [kellygiacchero@eerp.usp.br](mailto:kellygiacchero@eerp.usp.br)

Artigo encaminhado 02/04/2011

Aceito para publicação em 30/05/2011

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

No presente estudo, foi empregado como referencial teórico o Interacionismo Simbólico. Este referencial teórico é uma perspectiva da psicologia social que enfoca a interação entre os indivíduos<sup>13-14</sup>.

Para os interacionistas, o comportamento (comportamento externo observável e experiência interna) é direcionado pelas definições que o indivíduo faz da realidade. Tais definições, por sua vez são provenientes das interações sociais, onde indivíduos ativos se influenciam mutuamente no presente<sup>15</sup>. Embora as definições de cada situação ocorram no presente, o passado, o futuro e as emoções são utilizados pelo indivíduo para atribuir significados aos objetos<sup>14</sup>. De acordo com o Interacionismo Simbólico ao definir a realidade, o indivíduo aplica a memória do passado na situação presente, define o futuro e imagina os efeitos de cada ato antes de realizá-lo.

Relacionando o Interacionismo Simbólico com a temática da pesquisa, temos que, em um processo interacional e dinâmico, a pessoa com esquizofrenia dá significado à terapêutica medicamentosa. Ao construir o significado do tratamento medicamentoso, o paciente define o futuro e imagina os efeitos do seguimento da farmacoterapia. Este significado determina a tomada de decisão em relação ao tratamento medicamentoso.

Nosso objetivo nesse estudo foi compreender as perspectiva de pessoas com esquizofrenia e familiares acerca do impacto da farmacoterapia sobre o prognóstico do transtorno.

## 3. PERCURSO METODOLÓGICO

Este artigo é parte de um projeto amplo que formulou uma teoria substantiva sobre o significado da terapêutica medicamentosa para a pessoa com Esquizofrenia. Elegemos a Teoria Fundamentada nos Dados como referencial metodológico para este estudo. Este referencial metodológico é utilizado para a construção de teorias focadas na compreensão de fenômenos<sup>16</sup>. Os procedimentos sistemáticos da teoria fundamentada foram designados para gerar conceitos e proporcionar uma explanação teórica multivariada e consistente do fenômeno social sob estudo<sup>17</sup>.

Realizamos a coleta de dados no período de julho de 2008 a outubro de 2010, após a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (Processo HCRP nº 10183/2007). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento após esclarecimento. A coleta e análise dos dados ocorreram simultaneamente. A principal estratégia utilizada para a obtenção dos dados foi a entrevista gravada. Além da entrevista, outras estratégias foram utilizadas para aquisição de dados: observação do funcionamento dos serviços de saúde e da dinâmica familiar durante visitas domiciliares; participação em discussão de casos com a equipe e consulta ao prontuário dos pacientes.

Participaram deste estudo 36 pacientes e 36 familiares. Realizamos a seleção dos participantes pelo processo de Amostragem Teórica. A estrutura da amostra foi definida gradativamente durante a coleta e análise dos dados, conforme é preconizado pelo referencial metodológico empregado.

Os critérios para a inclusão de pacientes no estudo foram: ter diagnóstico médico de esquizofrenia, estar utilizando medicamento(s) psicotrópico(s) e estar apto a se expressar verbalmente. Para confirmação do diagnóstico do paciente e aquisição de informações sobre a medicação prescrita foram consultados o prontuário do paciente e equipe de saúde.

Os critérios de inclusão dos familiares no estudo foram: ser mencionado por uma pessoa com Esquizofrenia participante do estudo como o membro da família mais envolvido no tratamento e estar apto a se expressar verbalmente. Os familiares foram incluídos no desenho do estudo com a finalidade de obter confirmação e complementação de informações obtidas pelos pacientes e obtenção de informações adicionais que auxiliassem a compreensão do fenômeno estudado.

Constituímos três grupos amostrais provenientes de serviços ambulatoriais que possivelmente atenderiam pacientes com experiências e características distintas. Estes serviços eram públicos e localizavam-se no interior do estado de São Paulo – Brasil. O primeiro grupo amostral fazia tratamento em serviço de nível terciário, que atendia, preferencialmente, casos de maior complexidade. O segundo serviço de saúde era de nível secundário. Em ambos, a terapêutica era fundamentada na farmacoterapia, não incluindo outras modalidades de tratamento. Desse modo, foi incluído no estudo, um terceiro grupo amostral atendido em um serviço de saúde que incluía no arsenal terapêutico modalidades de tratamento não-medicamentosas.

Buscamos obter variabilidade interna nos grupos amostrais em relação a características e experiências pessoais dos pacientes, tais como: tempo de diagnóstico, gênero, faixa etária, nível de escolaridade, posição no grupo familiar, estrato socioeconômico, credo religioso, tipo de medicamento utilizado, via de administração do fármaco, entre outras. Esta variabilidade na composição dos grupos facilitou a construção das categorias em suas propriedades e dimensões.

Oferecemos aos sujeitos a opção de que a entrevista fosse realizada no serviço de saúde ou em suas casas. Pacientes e familiares também optaram entre ser entrevistados juntos ou separadamente.

Para a formulação e revisão da teoria durante a investigação, compomos memorandos e diagramas. Estes registros foram úteis para auxiliar o processo analítico, aumento da sensibilidade teórica e amostragem. Realizamos uma análise comparativa das unidades dos dados entre si por similaridades e

diferenças. As hipóteses que formulamos sobre a articulação entre as categorias e subcategorias foram levadas ao campo de pesquisa para sua revisão ou confirmação, conforme preconizado por Strauss e Corbin<sup>17</sup>.

A categoria central identificada no estudo em questão foi denominada “Uma Ajuda que Atrapalha” e representa o significado da terapêutica medicamentosa para a pessoa com Esquizofrenia. Neste artigo, serão explanadas as categorias que expressam a “Perspectiva acerca do impacto da farmacoterapia sobre o prognóstico do transtorno”. Os entrevistados foram identificados, ao longo da pesquisa, com a letra “P” para pacientes e “F” para familiares, acrescidas do número que corresponde à ordem de realização das entrevistas.

#### 4. RESULTADOS

Ao definir sua expectativa sobre o curso da esquizofrenia, os indivíduos consideraram elementos presentes na situação atual, bem como experiências pregressas. Neste contexto, ao imaginar o efeito dos medicamentos sobre o prognóstico da esquizofrenia, comumente, os pacientes e familiares baseavam-se no resultado da farmacoterapia já experimentado. Assim, na aceção das expectativas futuras em relação ao tratamento, os entrevistados consideravam a concretude das vivências atuais e passadas (tanto as próprias, quanto as alheias).

Outra característica da definição sobre a expectativa do efeito do fármaco sobre o transtorno é que ela ocorre nas relações que o indivíduo estabelece consigo e com terceiros. Ao interagir com outros indivíduos, a pessoa com esquizofrenia compartilhava experiências e conhecimento. Entretanto, a perspectiva do indivíduo com esquizofrenia em relação ao futuro não era uma resposta direta às experiências passadas ou à influência de terceiros, pois o indivíduo também interage consigo mesmo.

##### 4.1 Acreditando em um futuro sem esquizofrenia

A categoria “Acreditando em um futuro sem esquizofrenia” reúne experiências de pessoas que acreditavam que o transtorno poderia ser curado e daquelas que negavam a existência do transtorno já no momento em que foram entrevistadas.

Entre os pacientes que não tinham *insight* sobre a esquizofrenia, fazia pouco sentido falar sobre a influência do medicamento sobre curso do transtorno, pois estes indivíduos julgavam que o transtorno não fazia parte de sua realidade.

Desse tal diagnóstico aí, que, que com certeza é errado, foi errado e eu tenho absoluta certeza! Um dia, vai ser descoberto que foi um erro médico. Sempre tive certeza de que eu não tenho doença nenhuma... Eu tenho absoluta certeza que eu não tenho. É que eu tenho convicção que eu não tenho, entendeu? (...) por enquanto, não tenho como provar nada, mas num tem nada a ver com essa esquizofrenia, nossa! (P5)

Houve entrevistados que acreditavam que poderiam ser curados por intermédio do tratamento medicamentoso. Entretanto, alguns pacientes e familiares esperavam a cura da esquizofrenia por meio de outros métodos terapêuticos, não necessariamente ligados às práticas realizadas em serviços de saúde.

Essa é a chance dele tá ali, se tratando certinho pra ele ser curado, tal, aos poucos. Se os médicos conseguirem curar ele o mais breve possível, vai ser melhor pra todo mundo. (F11)

Confio muito em Deus e espero que Deus um dia vai me libertar disso daí, né? Aí, um dia que Deus resolver e falar ‘ não, eu vou acabar com essa sua enfermidade’, aí, o médico vai perceber e eu vou tá são de novo. Só quando Deus me libertar. (P6)

Como as expectativas em relação ao tratamento são definidas e redefinidas constantemente, o indivíduo que acreditava na probabilidade de cura em um momento poderia refutar essa hipótese posteriormente. Contudo, houve relatos de insatisfação e frustração do paciente e familiar em relação ao tratamento quando as expectativas eram muito superiores às possibilidades do tratamento medicamentoso.

Fiquei decepcionado quando percebi, porque eu esperava mais (...) Eu pensava que existia um remédio que não ia me deixar nunca mais ter uma crise ou sentir pelo menos um enfraquecimento, né? (P10)

Em outras situações, os indivíduos reconheciam que, seguindo o tratamento farmacológico, não poderiam ser curados do transtorno, mas poderiam alcançar o controle dos sintomas, como aborda a próxima categoria.

##### 4.2 Julgando que a farmacoterapia contínua melhora o desfecho do transtorno

Houve pacientes que manifestaram acreditar que o medicamento poderia mantê-los estabilizados, protegendo-os contra “crises”. Os entrevistados descreveram as “crises” como situações em que os sintomas da esquizofrenia estavam exacerbados e o paciente estava mais vulnerável a exercer atos impulsivos (inclusive investir em ações contra si e contra terceiros).

Sem a medicação, talvez eu não estaria nem vivo, sabe. Eu não sei, a gente não sabe os limites da gente, né? Eu não sei o que eu seria capaz de fazer, né? Se jogar de uma ponte, pedir emprestado um revólver de alguém pra atirar contra si mesmo. Não sei do que eu seria capaz. (P10)

Ah, eu acho que é bom pro meu futuro, pra mim assim, pra minha vida e tudo né? Que, quando eu fico com crise assim é muito ruim, tenho medo de ferir alguém. (P24)

Nesse contexto, os depoimentos expressavam a ação protetora da medicação por facilitar que o paciente consiga controlar os próprios atos. Nas entrevistas também houve a menção de que a medicação poderia resguardar o paciente de uma deterioração permanente do seu quadro clínico, que poderia ocorrer a cada crise.

Num teve mais crise. É sinal que tá tomando o remédio, porque se num tomá, um dia que fica sem, você já nota (...) Tenho medo porque cada vez que tem a crise, diz que vai deteriorando mais, né? (F5)

O médico falou né, que cada crise que desse, ela vinha mais forte. (F16)

Nos depoimentos de pessoas que sustentavam essa idéia, ficou evidente que o medicamento pode proporcionar o controle dos sintomas, mas não a cura definitiva da esquizofrenia. Dessa forma, um requisito para manter-se controlado futuramente, seria utilizar continuamente a medicação.

Senão, eu vou ter a crise, vou ficar ruim, e vou me entregar eu mesmo. E eu num quero isso pra mim e pra ninguém. Entendeu? Pra ninguém. (P2)

Sem a medicação eu não consigo. Eu achei que eu conseguia me controlar sozinho, mas eu acabei de crer que não tem jeito mesmo. Que eu tenho que ficar com esse remédio. (P16)

A percepção de que o fármaco poderia controlar os sintomas da esquizofrenia e proporcionar auto-controle, desde que utilizado adequadamente, esteve relacionada à valorização do fármaco como um elemento vital na vida do paciente.

O remédio é tudo pra mim né? Pra falar a verdade, o remédio é tudo pra mim, o remédio me livra dos maus reflexos, das más perspectivas e pra mim o remédio acaba sendo tudo. (P11)

Ela (medicação) pegou um cara destruído pela vida né? Um cara detonado pela vida, porque minha situação que eu tava vivendo... e transformou. O Meleril salvou minha vida. (P17)

Uai, eu acho que, que ela (medicação) na vida dele, ela é tudo. Ela é mais do que o alimento, do que tudo, porque eu, eu posso fazer tudo que eu posso ajudar, mas nessa parte eu não consigo, entendeu? E pra ele também. (F3)

A possibilidade de melhora do quadro do transtorno pode ser motivo de satisfação entre os pacientes, mesmo que não se trate de uma recuperação completa e definitiva.

É isso que me deixa satisfeito com o tratamento que eu venho fazendo. É devido à certeza de que eu posso voltar a níveis muito bons de doença, entendeu? Eu não posso voltar ao normal, mas a níveis muito bons. (P7)

Em outras entrevistas foi marcante que, apesar de acreditar que a farmacoterapia estabiliza o transtorno, o paciente pode atribuir um significado diferente a esta realidade, movido pelo desejo de alcançar um prognóstico diferente e/ou não necessitar do medicamento, como revela a categoria seguinte.

#### 4.3 Percebendo-se em uma situação sem solução

Os anseios de pacientes e familiares podem não ser condizentes com os resultados do tratamento. Nesse sentido, alguns entrevistados mencionaram que o tratamento estabiliza, mas não pode trazer “evolução”. Desse modo, alguns entrevistados consideravam o tratamento medicamentoso decepcionante, na medida em que este não correspondia aos seus desejos.

A medicina não me deu outra expectativa de melhora (...).Hoje ela (esquizofrenia) não é tratada de uma forma eficaz. Entendeu? Mesmo com esse remédio, que é o melhor de todos (...) Ela é tratada, é controlada em, como eu te disse, 80 por cento, mas não é o ideal. (...) A medicação não traz evolução, entendeu? Ela tira sintomas... tira sintomas e deixa ele mais tranqüilo, mas ela não traz evolução.”(F7)

Não muda nada. É sempre a mesma coisa. O remédio não faz mais efeito além disso não! (F20)

Houve entrevistados que tinham forte desejo de alcançar a cura, mas a contemplavam como inatingível. Desse modo, possuíam o conhecimento de que o transtorno não teria cura, mas manifestaram dificuldade em aceitar esta realidade, considerando-a “difícil, dura”.

Desde quando eu iniciei o tratamento, já era para eu ter tido alta... Se algum remédio tivesse efeito, eu já tinha melhorado, tinha sarado. Parece que você está num labirinto que você tenta sair, mas daí você explode com isso.” (P12)

Ainda é incurável... É uma realidade difícil, é uma realidade dura, mas é isso (...) Ele não aceita, não ter cura, não ter alta. Mas assim, você está sempre procurando respostas porque você não acredita que realmente não tem cura. Será que é isso mesmo? Tem um ponto de interrogação, eu tenho esse ponto. (F12)

Todos os médicos que eu passei, eles falam que eu não vou ter alta nunca, que não sei o quê. Aí, eu fico meio chateado, porque ah, será que não vai ter jeito de ter alta um dia? Ah, eu fiquei desanimado porque os médicos falou que eu nunca vou ter solução, mesmo tomando remédio. (P24)

Neste contexto, a medicação é considerada um tratamento ineficiente para atender aos desejos do paciente. Ademais, a necessidade do uso contínuo da medicação obriga o paciente a reafirmar constantemente que possui um transtorno. Assim, em alguns casos, a terapêutica medicamentosa era tão indesejada quanto a esquizofrenia, pois o paciente

tinha o forte desejo de ver-se “livre por completo” dos dois “inconvenientes”: medicamento e transtorno.

Eu falei pro médico que eu não gosto de tomar remédio. Eu não concordo porque sei lá, eu não gosto de ser doente. (P8)

Sinto uma grande vontade de ficar curado de me livrar por completo desse inconveniente (medicamento) e tocar pra frente as coisas que eu tenho planejado pra mim, tocar pra frente continuar a vida, né? Agora, eu já tenho ciência e já fui informado que o meu tratamento é pro resto da vida. (P11)

Além das situações supracitadas, algumas pessoas com esquizofrenia não respondiam ao tratamento medicamentoso de forma satisfatória, ou seja, não obtinham os efeitos terapêuticos do tratamento. Nestes casos, as expectativas de que o tratamento medicamentoso pudesse propiciar melhor desfecho da esquizofrenia poderiam ser diminuídas.

Mesmo tomando o remédio, ficava com problema, entendeu? Eu internava mesmo tomando o remédio. (P19)

Até hoje começou melhorando e parece que termina. quando ta assim no meio do tratamento, parece que é o contrário, ela fica ruim. Todos os remédios que ela tomou até hoje, nenhum deu certo. (F25)

Entre os entrevistados verificaram-se ainda os que tinham perspectiva de que o tratamento medicamentoso poderia deixá-los em situação pior do que aquela na qual estavam no presente.

#### 4.4 Acreditando que o medicamento pode prejudicá-lo

Ficou evidente, no relato de pessoas com esquizofrenia e familiares, a preocupação e o temor de que a farmacoterapia causasse efeitos nocivos ao paciente futuramente. Alguns entrevistados associaram esse temor ao pouco conhecimento que lhes era disponibilizado sobre os fármacos.

Eu realmente assim, tenho medo de remédio. (P5)

Eu tenho medo por não saber efeito nenhum, nem pra que serve, eu tomo sem saber do que está se tratando. (P14)

Apesar de que eu num sou médica, eu num posso dizer se no futuro esse Hardol vai prejudicar alguma coisa. (F6)

Além disso, o medicamento foi identificado não apenas como instrumento para— melhorar o estado mental do paciente. Houve entrevistados que alegaram que o medicamento poderia fazer mal, deixar o paciente “doido” e degenerar células do cérebro.

A medicação... ela é uma droga... Vou ficar doido, porque eu não tô!... Faz mal para o organismo, não tem mais jeito. (P12)

E o efeito colateral seria a degeneração no cérebro, principalmente, e de outras partes do organismo dele também, físicas. O efeito colateral, ela traz... eu acho que destrói células. (F7)

É válido destacar que as expectativas em relação ao impacto do tratamento sobre o prognóstico do transtorno não são estáticas, pois, continuamente, o paciente interage, define e redefine seu ponto de vista sobre o futuro. Isto significa que, ao longo do tempo, um mesmo indivíduo pode ter experiências que se enquadrem nas várias categorias apresentadas neste artigo.

## 5. DISCUSSÕES

Na construção da própria perspectiva sobre o impacto do medicamento sobre o prognóstico do transtorno, os indivíduos partiram de experiências concretas prévias e atuais, próprias e de terceiros. Entretanto, considerando que os sintomas da esquizofrenia incluem o comprometimento na capacidade de distinguir a realidade daquilo que é irreal<sup>18-19</sup>, as expectativas de pacientes sintomáticos podem não ser necessariamente baseadas na “realidade” compartilhada pelas outras pessoas.

A escuta aos usuários dos serviços de saúde mental é necessária para a compreensão da perspectiva deste sobre o transtorno e tratamento, o que fornece subsídios para intervenções mais efetivas na limitação dos danos ocasionados pela esquizofrenia e contribui para uma integração social bem sucedida<sup>2</sup>.

É importante atentar para experiências que podem propiciar avaliações infundadas de que não há esperança em relação à farmacoterapia utilizada, entre elas podemos citar a avaliação imediata de um medicamento recém-iniciado e as situações em que o paciente não adere ao tratamento, pois antipsicóticos levam semanas para que possam exercer seu efeito terapêutico<sup>20</sup> e a não adesão ao tratamento está associada à maior probabilidade de recaídas<sup>19,21</sup>.

Verificou-se que ao longo do tratamento, os indivíduos poderiam acreditar que ele acarretaria a cura, estabilização ou controle da esquizofrenia ou até mesmo, poderia ocasionar a piora do estado mental do paciente. Estas expectativas eram mutáveis e eram acompanhadas por sentimentos diversos e por vezes intensos.

A maneira como o paciente compreende sua enfermidade e o tratamento influencia o comportamento deste em relação ao tratamento<sup>22-23</sup>. O desejo de alcançar uma meta não condizente com os resultados da farmacoterapia propiciava que os entrevistados se decepcionassem com o tratamento medicamentoso. Este é um aspecto que pode interferir no próprio curso do transtorno na medida em que o paciente avalia o custo-benefício da terapêutica medicamentosa ao optar por aderir ou

não ao tratamento<sup>8</sup> sendo que a não adesão à medicação antipsicótica está associada a pior prognóstico e maior probabilidade de recaída, que propicia o aumento dos sintomas, maior frequência de internações<sup>19, 21</sup>, ruptura psicossocial; desajuste do ambiente familiar; maior incapacitação; aumento do custo financeiro para os serviços públicos e para a própria família<sup>19,24-25</sup>.

O insight foi uma condição necessária para que o paciente refletisse sobre qual seria a ação do medicamento sobre o curso do transtorno, o que poderia ter repercussão na importância atribuída ao tratamento e adesão. O insight é um possível preditor de não adesão ao tratamento em pacientes psicóticos<sup>26-29</sup>, enquanto o reconhecimento da existência e severidade de um problema de saúde pode favorecer a colaboração do paciente com o tratamento, propiciando melhor prognóstico<sup>10,30</sup>. Uma boa comunicação entre equipe de saúde e pessoas com esquizofrenia pode ajudar esta clientela a ter maior insight e melhor enfrentamento do transtorno<sup>31</sup>.

Estudos apontam que serviços comunitários que integrem diferentes abordagens terapêuticas podem ser efetivos e capazes de propiciar múltiplos benefícios às pessoas com transtorno mental<sup>10,32-35</sup>. A inclusão de intervenções psicoterapêuticas para o paciente e familiar no tratamento psiquiátrico tem melhores resultados do que o tratamento exclusivamente medicamentoso<sup>10,36-42</sup>.

Como a definição da perspectiva do indivíduo sobre o futuro é um processo dinâmico e interacional<sup>14</sup>, o relacionamento terapêutico, grupos que propiciem a troca de experiências e a psicoeducação direcionados a pacientes e familiares podem se constituir em importantes ferramentas para propiciar uma perspectiva realista das possibilidades do tratamento medicamentoso em relação o curso do transtorno e para oferecer apoio no enfrentamento desta situação.

## 6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

No presente estudo, a amostra foi obtida pelo processo de amostragem teórica, entretanto, a composição da amostra é condicionada à disponibilidade e interesse dos entrevistados em participar do estudo, partilhando sobre o tema em questão. Ademais, o estudo contempla apenas pessoas com esquizofrenia que estão vinculadas a algum serviço de saúde público comunitário.

Outra limitação deste estudo é que a confirmação do diagnóstico de esquizofrenia foi realizada junto ao prontuário do paciente e equipe de saúde, sendo deste modo, obtido por fontes secundárias.

Embora os achados deste estudo sejam válidos para a amostra e contexto estudados, eles sinalizam elementos da experiência do seguimento da

terapêutica medicamentosa que podem ser comuns a indivíduos com esquizofrenia em outros contextos.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que a perspectiva do usuário relacionada ao impacto do tratamento sobre o transtorno é construída em um processo dinâmico e interacional, no qual estão envolvidos conhecimentos, experiências, desejos e sentimentos diversos.

A esquizofrenia, além da sintomatologia, ocasiona perda da autonomia, pior funcionamento do indivíduo, diminuição da qualidade de vida e está associada a estigma e preconceito por parte da sociedade. A perspectiva do usuário sobre o curso do transtorno merece ser abordada pelos profissionais de saúde com destreza e empatia, para que pacientes e familiares possam enfrentar a realidade da cronicidade da esquizofrenia da melhor maneira possível.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Keshavan MS, Nasrallah HA, Tandon RT. Moving ahead with the schizophrenia concept: From the elephant to the mouse. *Schizophr Res* 2010; 127(1):3-13.
2. Rigby P, Alexander J. Understanding schizophrenia. *Nurs Stand* 2008; 22(28): 49-56.
3. Daltio CS, Mari JJ, Ferraz MB. Estudos farmacoeconômicos e carga da doença em esquizofrenia. *Rev Psiq Clín* 2007; 34 (2): 208-12.
4. Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, et al. Diretrizes da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica para o tratamento biológico da esquizofrenia. Parte 1: tratamento agudo. *Rev Psiq Clín* 2006; 33 (s1): 7-64.
5. Colvero LA, Costardi CA, Rolim MA. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Rev Esc Enferm USP* 2004; 38 (2): 197-205.
6. Menezes PR. Prognóstico da esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22(s1): 18-20.
7. World Health Organization (WHO). Mental health: new understanding, new hope. 2001. <<http://www.who.int/whr/2001/en/>>.
8. Zigmunt A, Olfson M, Boyer CA, et al. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2002; 159 (10): 1653-64.
9. Glick ID, Suppes T, De Battista C, et al. Psychopharmacologic treatment strategies for depression, bipolar disorder, and schizophrenia. *Ann Intern Med* 2001; 134 (1): 47-60. Shirakawa, I. Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22 (s1): 56-8.
10. Lenert LA, Ziegler J, Lee T, et al. Differences in health values among patients, family members, and providers for outcomes in schizophrenia. *Medical Care*, n. 38, v.10, p. 1011-21, 2000.
11. Lima MADS. (Tese). O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto. 1998.
12. Alvarez JL, Jurgenson G. Como hacer investigación cualitativa. Fundamentos y métodos. México: Paidós; 2003.
13. Charon JM. Symbolic interactionism: An introduction, an interpretation, an integration. 5. ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1995.
14. Blumer H. Symbolic interactionism: Perspectives and method. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1969.
15. Bowen GA. Naturalistic inquiry and the saturation concept: a research note. *Qualitative Research* 2008; 8 (1): 137-52.
16. Strauss A, Corbin J. Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
17. Dalgalarondo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

18. Sadock BJ, Sadock VA. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 9ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2007.
19. Rang HP, Dale MM, Ritter JM. *Farmacologia*. 3.ed. Rio Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
20. Morken G, Widen JH, Grawe RW. Non-adherence to antipsychotic medication, relapse and rehospitalisation in recent-onset schizophrenia. *BCM Psychiatry* 2008; 8 (32).
21. Giacchero KG, Miasso Al. Ambulatório de psiquiatria em hospital geral: caracterização da adesão de usuários ao agendamento. *Rev RENE* 2008; 9: 20-7.
22. Leite SN, Vasconcelos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc saúde coletiva* 2003; 8 (3): 775-82.
23. Bechelli LPC. Long-acting antipsychotics in the maintenance treatment of schizophrenia. Part I. Foundations of its development, benefits and acceptance level in different countries and cultures. *Rev Latino-am Enf* 2003; 11 (3): 341-9.
24. Glazer WM, Kane JM. Depot neuroleptic therapy: an underutilized treatment option. *J Clin Psychiatry* 1992; 53: 426-33.
25. Dassa D, Boyer L, Benoit M, et al. Factors associated with medication non-adherence in patients suffering from schizophrenia: a cross-sectional study in a universal coverage health-care system. *Aust N Z J Psychiatry* 2010; 44 (10): 921-8.
26. Giner J, Canás F, Olivares JM, et al. Treatment adherence in schizophrenia. A comparison between patient's, relative's and psychiatrist's opinions. *Actas Esp Psiquiatr* 2006; 34 (6): 386-92.
27. Freudenreich O, Cather C, Evins AE, et al. Attitudes of schizophrenia outpatients toward psychiatric medications: relationship to clinical variables and insight. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(10): 1372-6.
28. Rittmannsberger H, Pachinger T, Keppelmüller P, et al. Medication Adherence Among Psychotic Patients Before Admission to Inpatient Treatment. *Psychiatr Serv* 2004; 55 (2): 174-9.
29. Carpenito LJ. *Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica*. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
30. Schneider B, Scissons H, Arney L, et al. Communication Between People With Schizophrenia and Their Medical Professionals: A Participatory Research Project. *Qual Health Res* 2004; 14 (4): 562-77.
31. Villares CC. Adaptação transcultural de intervenções psicossociais na esquizofrenia. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2006; 22 (s1): 53-5.
32. Lerman P, Apgar DH, Jordan T. Longitudinal changes in adaptive behaviors of movers and stayers: findings from a controlled research design. *Ment Retard* 2005; 43(1):25-42.
33. Granerud A, Severinsson E. Preserving Integrity: experiences of people with mental health problems living in their own home in a new neighborhood. *Nurs Ethics* 2003; 10(6):602-13.
34. Pegg S, Moxham L. Getting it right: appropriate therapeutic recreation programs for community based consumers of mental health services. *Contemp Nurse* 2000;9 (3-4):295-302.
35. Gillam T. Drugs or no drugs? *Nurs Stand* 2006; 20 (23):26-7.
36. Miller G. Mental health in developing countries: a spoonful of medicine and a steady diet of normality. *Science* 2006; 311(5760):464-5.
37. Pitschel-Walz G, Bäuml J, Bender W, et al. Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study. *J Clin Psychiatry* 2006; 67 (3): 443-52.
38. Ramírez García JI, Chang CL, Young JS, et al. Family support predicts psychiatric medication usage among Mexican American individuals with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41 (8):624-31.
39. Karon BP. The tragedy of schizophrenia without psychotherapy. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* 2003; 31(1): 89-118.
40. Mueser KT, Sengupta A, Schooler NR, et al. Family treatment and medication dosage reduction in schizophrenia: effects on patient social functioning, family attitudes, and burden. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69(1):3-12.
41. De Giamoco P, Pierri G, Santoni RA, et al. Schizophrenia: a study comparing a family therapy group following a paradoxical model plus psychodrugs and a group treated by the conventional clinical approach. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95 (3):183-8.