

AGINDO EM BUSCA DE ALÍVIO: ENFRENTAMENTO DA ESQUIZOFRENIA E DOS INCÔMODOS OCASIONADOS PELO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO¹

Kelly Graziani Giacchero Vedana*

Cleber Tiago Cirineu**

Ana Carolina Guidorizzi Zanetti*

Adriana Inocenti Miasso*

RESUMO

Na avaliação dos pacientes, os incômodos acarretados pelo tratamento medicamentoso da esquizofrenia podem ser tão intensos quanto os sintomas do transtorno. Este estudo objetivou compreender como pacientes com esquizofrenia enfrentam os incômodos ocasionados pelo transtorno e pelo tratamento medicamentoso. Pesquisa utilizou abordagem qualitativa, referencial metodológico da Teoria Fundamentada e pressupostos do Interacionismo Simbólico. Participaram do estudo 36 pessoas com esquizofrenia em tratamento comunitário e 36 familiares. Entrevista gravada e observação foram empregadas na coleta dos dados. Os dados coletados foram transcritos e, posteriormente, analisados em três etapas: codificação aberta, axial e seletiva. A pessoa com esquizofrenia tem desejo constante de obter alívio para os sofrimentos vivenciados e experimenta ambivalência em relação à adesão aos psicotrópicos. Ora o paciente adere ao tratamento, para atenuar sintomas da esquizofrenia, ora deixa de aderir por priorizar o alívio dos incômodos decorrentes da farmacoterapia, se expondo ao risco de agravamento do transtorno. Em associação com a adesão ou não adesão, o indivíduo experimenta outras estratégias, como a busca de tratamento não farmacológico, a espiritualidade e o consumo ou interrupção de substâncias psicoativas. A compreensão das motivações relacionadas à seleção das estratégias de enfrentamento utilizadas pelo paciente é fundamental para subsidiar a assistência fornecida a esta clientela.

Palavras-chave: Esquizofrenia. Enfermagem Psiquiátrica. Adesão à Medicação. Recusa do Paciente ao Tratamento.

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é uma condição crônica potencialmente incapacitante que ocasiona grande impacto para o portador, a família e a sociedade. Além da experiência subjetiva de sintomas psicóticos, o transtorno afeta a qualidade de vida do indivíduo e está associado a prejuízo funcional significativo⁽¹⁾.

O tratamento da esquizofrenia é composto pela terapêutica medicamentosa, psicoterapia e socioterapia. Com o movimento da Reforma Psiquiátrica, o tratamento ocorre predominantemente na comunidade⁽²⁾ e, nesse contexto, um importante desafio é a adesão do paciente à terapêutica medicamentosa⁽³⁾.

O tratamento medicamentoso é fundamental para controle da esquizofrenia, mas na avaliação dos pacientes, os prejuízos acarretados pelo tratamento medicamentoso podem ser tão intensos quanto os sintomas do transtorno⁽⁴⁾. Os

incômodos ocasionados pela farmacoterapia não se resumem aos efeitos colaterais, embora tais efeitos se destaquem entre as principais causas de não adesão ao tratamento^(3,5) e sejam experimentados por grande parte dos pacientes, em algum momento do tratamento.

Os medicamentos de primeira escolha para o tratamento da esquizofrenia são os antipsicóticos. Os efeitos colaterais desses medicamentos podem variar de acordo com o antipsicótico, e existem diferenças significativas na manifestação dos efeitos adversos entre os indivíduos. Em relação aos efeitos colaterais que podem ocorrer com o uso de antipsicóticos, destacam-se os efeitos extrapiramidais, agranulocitose, ganho de peso, alterações metabólicas (dislipidemia e resistência à insulina)⁽⁶⁾, sedação, fadiga, hipotensão ortostática, boca seca, sialorreia, náusea e vômito, redução do limiar para crises convulsivas, redução da libido, impotência

¹Trabalho financiado pela FAPESP e CNPq

*Enfermeira, Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da EERP-USP. E-mail: kellygiacchero@eerp.usp.br

**Terapeuta Ocupacional, Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP)

sexual, amenorreia e ginecomastia.

A falta de adesão ao tratamento farmacológico pode acarretar exacerbação de sintomas, pior prognóstico, reinternações e altos custos. Ademais, quando não reconhecida pelos profissionais de saúde, a não adesão ao medicamento pode predispor ajustes desnecessários no tratamento, como inclusão de medicamentos adicionais, o aumento da dose prescrita ou até mesmo a substituição do antipsicótico⁽³⁾. Os ajustes desnecessários justificados pela ineficácia de medicamentos que, na realidade, não foram utilizados adequadamente podem comprometer a segurança do paciente no tratamento medicamentoso.

As intervenções de enfermagem devem envolver os recursos e estratégias adotados pelos indivíduos no enfrentamento de desafios impostos por condições crônicas como a esquizofrenia, especialmente no que se refere à adesão ao tratamento⁽⁷⁾. Trabalhar para a segurança do paciente e efetividade do tratamento medicamentoso implica em reconhecer o repertório comportamental do paciente no enfrentamento das limitações ocasionadas pela esquizofrenia e das dificuldades relacionadas à adesão medicamentosa⁽⁸⁾.

Durante a realização das intervenções, a enfermagem deve reforçar comportamentos saudáveis do paciente em busca de estratégias de enfrentamento adaptativas. Devem incluir, portanto, a monitoração do paciente no tratamento farmacológico e a promoção da adesão ao medicamento. Para o desenvolvimento dessas ações, o enfermeiro precisa compreender a perspectiva dos pacientes sobre a esquizofrenia e o tratamento, bem como suas necessidades, metas, conflitos, recursos e mecanismos de enfrentamento.

Este estudo objetivou compreender como pacientes com esquizofrenia enfrentam os incômodos ocasionados pelo transtorno e pelo tratamento medicamentoso, na perspectiva de pacientes e familiares.

METODOLOGIA

Este é um estudo com abordagem qualitativa. A Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) foi

utilizada como referencial metodológico por indicar procedimentos que permitem uma explanação teórica consistente do fenômeno estudado⁽⁹⁾.

O Interacionismo Simbólico foi adotado como referencial teórico. Segundo essa perspectiva teórica, o comportamento é direcionado pelas definições que o indivíduo faz da realidade no presente. E tais definições são provenientes das interações sociais, onde indivíduos ativos se influenciam mutuamente⁽¹⁰⁾.

A pesquisa foi desenvolvida com usuários de três serviços comunitários de saúde mental, pertencentes ao sistema público de saúde e localizados no interior do Estado de São Paulo-Brasil. No período de julho de 2008 a outubro de 2010, foram realizadas, simultaneamente, a coleta e a análise dos dados, como preconiza a TFD. A entrevista aberta gravada e a observação foram as principais estratégias para a obtenção dos dados.

As entrevistas realizadas com os pacientes foram iniciadas pelas seguintes questões norteadoras: “No seu dia a dia, você enfrenta alguma dificuldade relacionada à esquizofrenia?” e “Você enfrenta alguma dificuldade relacionada ao tratamento medicamentoso da esquizofrenia?” Para os familiares, as questões norteadoras foram: “Você acredita que seu familiar enfrenta alguma dificuldade relacionada à esquizofrenia?” e “Você acredita que seu familiar enfrenta alguma dificuldade relacionada ao tratamento medicamentoso da esquizofrenia?” As questões norteadoras apenas direcionaram o ponto do estudo a ser explorado. Novas questões foram acrescentadas, em seguida, com o intuito de esclarecer e fundamentar a experiência.

Foram selecionados 36 pacientes e 36 familiares para participar do estudo, em um processo de amostragem teórica, conforme recomenda a TFD. 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.

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 dela e estar apto a se expressar

verbalmente. A inclusão dos familiares no presente estudo justifica-se pelo seu potencial de contribuir com a compreensão do fenômeno investigado, pois desempenham importante papel na assistência ao paciente e exercem influência significativa nos comportamentos relacionados ao enfrentamento do transtorno e tratamento⁽¹¹⁾.

A coleta dos dados foi realizada após aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (Processo HCRP nº 10183/2007), todos os participantes do estudo assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram atendidas as recomendações preconizadas para o desenvolvimento de pesquisa com seres humanos. Para preservar o anonimato dos participantes do estudo, 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.

O processo de análise dos dados ocorreu por meio da codificação aberta, axial e seletiva, como indicado pela TFD. Na codificação aberta, os dados foram fragmentados em unidades de significados que foram comparadas entre si, por similaridades e diferenças. Nesse processo, originaram-se categorias e subcategorias provisórias. Na codificação axial, as categorias foram articuladas entre si, e cada interpretação formulada foi levada ao campo de pesquisa para sua revisão ou validação. A codificação seletiva resultou na construção de um modelo teórico embasado nos dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A interpretação dos dados do presente estudo foi norteadada pelo referencial teórico do Interacionismo Simbólico, portanto, pressupõe que a vivência do transtorno e do tratamento farmacológico envolve indivíduos em interação simbólica. Em suas interações, a pessoa com esquizofrenia atribui significado à experiência de possuir o transtorno e seguir a terapêutica medicamentosa. Todos os elementos que interferem no enfrentamento da esquizofrenia e dos incômodos relacionados à farmacoterapia são definidos e redefinidos em um processo dinâmico e interacional. As definições que o paciente faz em cada situação determinam a

tomada de decisão em relação às estratégias de enfrentamento adotadas.

A pessoa com esquizofrenia sofre com os sintomas do transtorno e busca alternativas para o enfrentamento desses sofrimentos. Entre os recursos identificados para amenizar os sofrimentos causados pela esquizofrenia, os entrevistados destacaram o tratamento medicamentoso.

O tratamento farmacológico simboliza uma promessa de alívio para os sintomas do transtorno, mas não é destituído de danos. Tais prejuízos não se limitam aos efeitos colaterais que, ocasionalmente, podem estar presentes. O psicotrópico está associado, enquanto símbolo, à presença de um transtorno. Desse modo, o ato de ingerir o medicamento, continuamente, faz com que o indivíduo sinta-se obrigado a reafirmar e a assumir a esquizofrenia. Assim, por estar intensamente ligado à esquizofrenia, o medicamento pode ser tão indesejado quanto esta. Além disso, o medicamento pode ser alvo de temores e preocupações de pacientes e familiares.

Você fala que toma um remédio pra sistema emocional psiquiátrico, tem gente que fica assustado: “é louco”. (P2)

A medicação, ela quer dizer a doença, né? Ela prova que você tem a doença. (P5)

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

Desse modo, movida pelo desejo de reduzir tanto o sofrimento causado pelo transtorno quanto o incômodo decorrente da farmacoterapia, a pessoa com esquizofrenia age em diferentes direções, porém com um objetivo constante: obter alívio.

Aderindo à farmacoterapia para aliviar o sofrimento causado pela esquizofrenia

As pessoas com esquizofrenia destacaram o medicamento como um recurso adequado para obter alívio para os sintomas causados pelo transtorno. Assim, a adesão à terapêutica medicamentosa é uma forma de enfrentamento para minimizar o sofrimento, as limitações e o desgaste ocasionados pelos sintomas da esquizofrenia.

O comportamento de adesão ao tratamento ocorre quando o paciente prioriza obter alívio dos sintomas da esquizofrenia, mesmo que para isso sofra com possíveis incômodos ocasionados pelo medicamento.

Pra seguir um pouco a medicação, tem um determinado peso, né? Tem o seu efeito bom, mas também tem um peso ruim ali, né? É o lado bom e o lado ruim. Tem o custo desse benefício [...] mas no final do processo aí, o que sobra pra mim é lucro. (P7)

A adesão ao medicamento pode representar um ato normal e rotineiro, uma obrigação, uma dependência, um sacrifício ou uma oportunidade de colaborar com o próprio tratamento.

Eu encaro com normalidade. (P1)

Quando a gente tá bem, fala assim: eu agora, eu consigo ajudar o médico a me ajudar, aí eu tomo o remédio certo. (P6)

É normal, eu tenho que tomar e eu vou tomando, é normal pra mim. (P7)

Eu nunca reclamei do medicamento. Sempre aceitei o medicamento. Pode ter me feito mal, mas eu aceitei. Aceitei sem reclamação. (P33)

Eu dependo mesmo do remédio. (P10)

O significado atribuído ao medicamento e a motivação para a adesão são mutáveis. Ao longo do tempo, um mesmo paciente pode ter certeza, insegurança, contrariedade à adesão ou perceber-se sem alternativas.

Ele está tomando direitinho, vem aos retornos certinho. Mas, no início, deu um pouco de trabalho. (F9)

De primeiro eu não tomava, aí, eu vi que estava prejudicando a mim mesmo né? Agora não paro mais. (P35)

Ah, como eles tão dando essa injeção, eu num posso ficar largando à toa. (P4)

Eu estou passando por isso, não vejo saída em nada. Por que não tentar? (P5)

Esse achado revela um limite tênue entre a adesão e a não adesão ao tratamento medicamentoso. Desse modo, é importante monitorar permanentemente a motivação e o comportamento relacionados à farmacoterapia, mesmo de pacientes que previamente mantiveram um padrão de comportamento aparentemente inalterado.

Pacientes podem aderir ao tratamento, por período de tempo variado, sem estar convencidos sobre a necessidade e utilidade dos antipsicóticos⁽⁵⁾. Essas situações podem ser pontuais e emergenciais ou duradouras.

Ah, eu não concordo muito não. Falei para o médico que eu não gosto de tomar remédio. (P8)

O conceito de adesão pode corresponder a uma diversidade de significados. É desejável que a adesão ao tratamento seja compreendida como a resultante de um esforço colaborativo entre o profissional da saúde, o paciente⁽¹²⁾ e os familiares, o que pressupõe a participação ativa dos envolvidos.

Buscando alívio para os incômodos acarretados pela terapêutica medicamentosa

Há momentos em que a pessoa com esquizofrenia considera os sofrimentos e incômodos da farmacoterapia intensos e difíceis de suportar. Essa avaliação a impele a buscar alívio dos incômodos acarretados pelo fármaco, interrompendo o tratamento ou implementando medidas que minimizem efeitos colaterais do medicamento.

A não adesão entre pessoas com esquizofrenia é elevada, pois aproximadamente metade dos pacientes não toma os fármacos, conforme a prescrição^(3,13).

O desejo de interromper a farmacoterapia parece se intensificar, quando o paciente experimenta efeitos colaterais, acredita que o medicamento é ineficaz, desnecessário e/ou deseja conhecer e testar a si próprio sem o medicamento.

Ela fala que não precisa mesmo {dos medicamentos}, né? Ela acha que o remédio não é necessário, porque ela camufla muito a doença, né? (F5)

Não estou tomando remédio. Eu tomei, mas estava fazendo mal. (P25)

Eu estou vendo que ela parou de tomar todos porque estava fazendo muito mal. Ao invés de melhorar está piorando. (F25)

Aconteceu, pelo menos duas vezes, de eu ter feito assim, até uma coisa errada. Mas, de eu ter dado direito pra mim mesmo, de sentir como eu sou sem nenhum remédio. (P10)

A piora ou a melhora da sintomatologia também podem predispor o paciente a não aderir aos fármacos prescritos, como exemplificam os relatos a seguir.

Quando a gente tá com aqueles problemas difíceis e não consegue resolver, a gente não tem força nem para tomar remédio. (P6)

A dificuldade que existe é exatamente ele achar que, quando ele se julga bem, ele não precisa dos remédios. (F29)

Várias vezes, várias vezes eu parava por conta própria. As “vozes” me mandavam parar de tomar, eu parei. (P35)

O comportamento de não adesão esteve ligado a necessidades e motivações distintas e foi expresso de diferentes formas. A não adesão ao tratamento de morbididades crônicas é um problema complexo. Para tentar compreendê-lo, é necessário considerar a subjetividade, necessidades e dificuldades do paciente, mais do que a precisão com que ele segue as recomendações da equipe de saúde⁽¹²⁾.

Diferentes fatores motivacionais ou externos estão associados à não adesão ao tratamento e merecem uma avaliação detalhada e individualizada. Entre esses diferentes fatores, destacam-se os efeitos colaterais que estão entre os principais motivos de descontinuação da terapêutica medicamentosa⁽⁵⁾.

Eu tomava aquela batelada de Amplictil que me dava batadeira à noite, às vezes, eu diminuía um, picava, sabe, mudava o esquema. (P2)

As estratégias para minimizar efeitos colaterais podem partir exclusivamente do paciente ou podem ser orientadas por terceiros e nem sempre implicam na interrupção do tratamento. Foram citadas, no presente estudo, condutas variadas adotadas em parceria com a equipe de saúde para que o paciente mantenha o tratamento, de forma segura e sem grande desconforto.

Ele {médico} falou: “não toma e não deita”. [...] Eu estou bancando o esperto, eu acabo de jantar e já tomo ele {medicamento}. Entendeu? Eu acabo de jantar e já tomo. (P2)

Ele {médico} diminuiu um remédio, porque eu estava com sono. (P13)

Por causa do haldol, o meu corpo entortou aí eu tive que ir lá no CAPS e me deram uma injeção de biperideno pra desentortar o corpo. (P34)

Ele tomava aquele remédio que chama haldol e eu comecei a perceber que esse remédio estava descontrolando ele, porque ele entortava o maxilar às vezes e rangia. Até que um dia o médico resolveu trocar o remédio. (F36)

A qualidade do acesso ao serviço de saúde pode propiciar que a tentativa de atenuar efeitos colaterais ocorra com ou sem a orientação e ciência da equipe que acompanha o paciente.

Eu tomei um dia, passei mal. [...] Aí, eu falei, ai, como não tenho consulta tão próxima, eu vou ter que abrir mão disso agora. Depois eu conversei com o doutor e vou ter que explicar pra ele. Estou suspendendo porque está me fazendo muito mal. (P10)

A literatura preconiza que profissionais orientem os pacientes sobre os efeitos colaterais, detectem precocemente tais efeitos, avaliem as dificuldades e intensidade do desconforto para cada paciente e, quando possível, implementem ações para minimizar ou eliminar os efeitos colaterais^(5,13).

Além das estratégias diretamente relacionadas à adesão ou ao abandono do tratamento, o indivíduo identifica outras formas de buscar alívio para os incômodos causados pelo transtorno e pelo tratamento, como apresenta a categoria seguinte.

Identificando outras formas de alívio

O paciente vivencia um conflito na medida em que, para reduzir os sintomas da esquizofrenia, se expõe a incômodos relacionados ao tratamento farmacológico e, para reduzir tais incômodos, corre o risco de experimentar a exacerbação dos sintomas da esquizofrenia. Diante desse impasse, em combinação com a adesão ou não adesão ao medicamento, o paciente pode empregar outras estratégias adaptativas ou disfuncionais para obter alívio dos sofrimentos relacionados aos sintomas da esquizofrenia e aos efeitos indesejáveis do medicamento.

Se houvesse uma situação alternativa ao remédio, que evitasse isso {sintomas}... E que não trouxesse tanto efeito nocivo à saúde, entendeu? (...) ou eu me acomodo... ou eu corro atrás de buscar uma outra forma que possa... enfim, de

buscar uma alternativa pra tentar, você entendeu? (F7)

As estratégias de enfrentamento utilizadas por cada paciente merecem ser conhecidas pelos profissionais de saúde para que os comportamentos construtivos sejam reforçados e as formas de enfrentamento prejudiciais sejam abordadas, desestimuladas ou substituídas. No presente estudo, destacaram-se algumas alternativas, além do medicamento, para obter alívio dos sofrimentos decorrentes da esquizofrenia, como revelam as subcategorias a seguir.

O tratamento não farmacológico e as atividades cotidianas

Um dos recursos de enfrentamento para os sofrimentos experimentados pela pessoa com esquizofrenia são as modalidades de tratamento não farmacológicas.

Temos terapia em grupo familiar lá no hospital. É excelente porque você aprende a lidar com a situação, você vê que não é só você que tem esse problema. (F12)

O que me ajudou a ser mais desinibido, a conversar melhor, foram os grupos que eu fiz até hoje. Se não fossem os grupos eu não sei se eu estaria aqui hoje! (P16)

Eu gosto muito de fazer tapete e depois vender. (P36)

Contudo, o desejo de participar dessas modalidades terapêuticas muitas vezes não é concretizado pela falta de acesso a essas formas de tratamento, nos serviços públicos de saúde.

Só que ele {paciente} precisa, ele não tá trabalhando a mente. Hoje em dia, esse que é o meu desafio. Isso que eu preciso fazer com ele. Eu acho que é isso que todos precisam entendeu? (F7)

O que a gente não conseguiu ainda, é uma atividade pra ela {paciente}. Uma atividade pra ela conviver com outras pessoas. (F8)

A inclusão de modalidades terapêuticas não farmacológicas ao tratamento psiquiátrico tem melhores resultados do que o tratamento exclusivamente medicamentoso, pois colabora para a redução das taxas de reinternação, aumento da adesão ao tratamento medicamentoso e do funcionamento social do paciente⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Desse modo, seria desejável que

houvesse maior acesso a modalidades terapêuticas não farmacológicas na rede pública.

Na perspectiva dos pacientes e familiares, atividades cotidianas também poderiam ser terapêuticas, tais como: tarefas domésticas, trabalho, estudo, lazer, esporte, contato com animais e interação com outras pessoas.

Eu saio com o cachorrinho, vou pra pracinha sabe pra eu dar uma volta pra eu arejar minha cabeça, quando eu tô ouvindo muita voz, aí eu falo “ah deixa eu sair um pouco com ele pra mim não ouvir tanta voz. (...) No SESC eu faço natação lá. Tomar um solzinho, nadar um pouco, pra refrescar a cabeça, nadar” é bom. (P34)

A participação nessas atividades sociais deve ser estimulada, pois a reabilitação psicossocial é favorecida pelo aproveitamento de recursos disponíveis na sociedade. Muitas atividades cotidianas podem ser terapêuticas e têm em comum um propósito de engajamento com modos de vida considerados normais. Ademais, o ato de frequentar locais públicos e impessoais pode ser uma tentativa de aproximar-se de outras pessoas, em um contexto confortável e não ameaçador, pois o paciente está na companhia dos outros, sem a demanda de interação social íntima⁽¹⁶⁾.

A espiritualidade

A espiritualidade foi identificada como uma forma de buscar maior socialização, força, alívio e serenidade para enfrentar os sofrimentos.

Eu me baseei na religião católica, pra me aliviar, me apoiar, entendeu? Eu me baseei. As orações são muito úteis. A gente chega a sossegar o espírito, eu entendo assim, eu interpreto assim. (P11)

Lá na Igreja, lá é muito gostoso[...] tinha um monte de senhorinhas, acho que ele {paciente} era o único homem de lá e elas pajeavam ele assim óh. (F24)

Contudo, houve pacientes que apresentavam sintomas mais expressivos, ao tentar assimilar doutrinas religiosas.

[...] aí, ele {paciente} fica sem se alimentar porque ele diz que Deus fala pra ele não se alimentar. Aí ele anda pelado, porque Deus andou pelado. (F33)

Conheci um senhor que chamava Henri Cristo [...] Apareceu na TV, se dizendo a reencarnação de Jesus, né? E eu comprei os livros dele e eu fiquei alienado, porque eu li aqueles livros. [...] Tive problemas com religião de ficar assim bitolado. (P10)

A religião é frequentemente presente entre pacientes psicóticos, como conteúdo das alucinações e ideias delirantes ou como estratégia de enfrentamento de situações de sofrimento⁽¹⁸⁾.

Na compreensão de alguns pacientes e familiares, há um vínculo entre o tratamento e a espiritualidade, de modo que os profissionais da saúde e medicamentos podem ser concebidos como instrumentos divinos para ajudar as pessoas.

Acredito que a medicina foi uma ciência, foi um... a medicina foi deixada por Deus na Terra. Então, foi pra ajudar a gente, né? E realmente está me ajudando. (P6)

Fui à igreja também né? Na Universal, lá eles expulsam o demônio né? Ah! Ele {"espírito"} nunca mais apareceu aqui não. Ele foi embora. Eu comecei a tomar remédio, me deram um coquetel de remédio no hospital assim, eu tomei o coquetel, sumiu a voz assim na hora, como se o poder de Deus tivesse no remédio, sabe. Parece que Deus pôs poder no remédio sabe, eu parei de ouvir a voz. (P34).

Na concepção de outros indivíduos, religião e tratamento psiquiátrico não têm relação alguma. Nesses casos, a causa atribuída aos sintomas observados determinava a resolução a ser buscada, ou seja, se o indivíduo julgasse que os sintomas eram ocasionados pela esquizofrenia, o tratamento era necessário, mas se o paciente considerasse que a origem dos sintomas era espiritual, o tratamento era avaliado como inútil.

É ele {paciente} foi com a gente na igreja, mas eu acho que poder assim de curar a religião não tem não. É bom, dá conselho, orar, mas assim, o poder de curar não. (F34)

Uma vez ele inventou de ir com a igreja Universal, e lá eles falavam que não era pra ele tomar o remédio, porque Jesus curava [...] Aí, minha filha, foi um Deus nos acuda. Ele parou {de tomar a medicação} e ficou completamente louco. (F22).

Entre os pacientes, houve a menção da crença como uma possibilidade de cura pela fé. A cura

milagrosa representava o alívio definitivo dos sofrimentos causados pela esquizofrenia com o tratamento farmacológico.

O pastor fala lá, que Deus cura, que Deus faz. (...) aí, ele já acha assim, que ele vai uma vez e que já está tudo resolvido. Que ele não precisa mais tomar o remédio. (F3)

Só quando Deus me libertar, aí eu falo assim, eu posso parar. Mas no momento, eu não posso parar não. (P6)

A cura da esquizofrenia por intermédio da espiritualidade pode ser esperada com certeza e imediatismo, predispondo o paciente à não adesão, ou concebida como um evento hipotético e dependente da vontade divina.

A literatura sugere que o envolvimento religioso não psicótico, especialmente em práticas grupais, pode ter impacto positivo no curso da esquizofrenia por propiciar apoio, aumento de habilidades sociais, objetivos de vida construtivos, autoconfiança e sensação de pertença. Desse modo, uma coleta de dados cuidadosa é recomendada para favorecer a distinção entre experiências religiosas psicóticas (indicativas de que o paciente está sintomático) e o envolvimento religioso saudável⁽¹⁷⁾, pois essa informação pode ser valiosa para o planejamento e implementação do cuidado integral ao indivíduo.

As decisões sobre o consumo de outras substâncias psicoativas

Comumente, profissionais de saúde recomendam que pessoas com esquizofrenia se abstenham de outras substâncias psicoativas, mas, no cotidiano, cabe aos pacientes a decisão sobre o consumo ou interrupção de tais substâncias.

Diante das dificuldades vivenciadas no convívio com o transtorno e tratamento, alguns pacientes tentam refugiar-se no consumo de álcool e outras drogas. Tal consumo, além de comprometer o tratamento farmacológico, faz com que a pessoa com esquizofrenia experimente efeitos prejudiciais dessas substâncias.

Ah, meu irmão, uma vez, falou pra mim: "você num tem nada, para com isso aí, toma pinga [...] E parei o haldol e comecei a tomar álcool." (P2)

Me deu muito trabalho, porque usou as drogas, então uniu tudo ali né? (F13)

Com seis anos de idade, eu tomava um copo de pinga e eu já fumava. Misturava bebida e remédio, aí não dava o resultado que tinha que dar [...] Eu assisto TV até à madrugada. Aí eu acendo cigarro na cama, e lá tem buraco deste tamanho. Queimou a cama. (P29)

O médico mesmo, onde ele {paciente} tirou chapa, falou que ele teria que parar de fumar porque ele tem o pulmão muito comprometido. (F29)

Estudos apontam uma possível relação entre uso abusivo de álcool ou outras drogas e morbidades clínicas⁽¹⁸⁾, comportamento violento e menor propensão à adesão aos antipsicóticos⁽³⁾.

Existem indivíduos que caminham em direção oposta, se privando de substâncias psicoativas para evitar os danos que elas acarretam e para que a farmacoterapia seja bem-sucedida.

Ah, no princípio eu achava ruim, né? Tipo assim, eu gostava de tomar uma cerveja e tal [...] Aí, não pode, né? Atrapalha o tratamento. Parei, né? Porque precisou parar de uma vez. Hoje, eu acho até bom, né? (P1)

Eu vou aos lugares eu não posso tomar um copinho de cerveja, nada. Tenho que ficar olhando os outros tomar, me dá vontade. (P3)

Não bebo, não bebo. Bebia antes de começar o tratamento e parei. (P7)

As estratégias utilizadas pela pessoa com esquizofrenia, no enfrentamento dos sofrimentos e incômodos ocasionados pelo transtorno e tratamento, são muito variadas. Todavia, mesmo assumindo comportamentos distintos, os pacientes têm um mesmo objetivo: obter alívio dos sofrimentos e desconfortos vivenciados.

A compreensão sobre como os pacientes elegem estratégias de enfrentamento é relevante para o planejamento de projetos terapêuticos individuais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em um processo interacional e dinâmico, a pessoa com esquizofrenia interpreta continuamente a realidade de conviver com o transtorno e seguir o tratamento medicamentoso. Ao aderir ao tratamento, o paciente reduz os sintomas da esquizofrenia, mas se incomoda com o uso contínuo do medicamento e pode vivenciar seus efeitos colaterais. Se o indivíduo opta pela não adesão, obtém alívio para os incômodos causados pelos fármacos, mas se expõe ao risco de agravamento do transtorno.

Constantemente, o paciente está em conflito e precisa escolher qual será sua prioridade: a redução dos sofrimentos causados pela esquizofrenia ou minimizar o desgaste vivenciado com o uso prolongado do medicamento.

Ao longo do tempo, a pessoa com esquizofrenia apresenta motivações e estratégias de enfrentamento diversificadas, para tentar solucionar esse conflito. Assim, ela adota diferentes linhas de ação, com modos de enfrentamento adaptativos ou disfuncionais, mas mantendo o desejo constante de obter alívio para os sofrimentos que experimenta.

As estratégias de enfrentamento empregadas pela pessoa com esquizofrenia precisam ser compreendidas de forma individualizada e aprofundada, uma vez que diferentes elementos motivacionais, interacionais e situacionais interferem na tomada de decisão do indivíduo.

A compreensão dos modos de enfrentamento empregados pela pessoa com esquizofrenia oferece subsídios para intervenções, com o objetivo de ampliar o repertório comportamental do indivíduo, reforçar estratégias de enfrentamento adaptativas, minimizar riscos e atuar sobre comportamentos prejudiciais. Desse modo, os resultados do presente estudo apontam elementos relevantes que devem ser considerados para o planejamento da assistência de enfermagem à pessoa com esquizofrenia

ACTING FOR RELIEF: COPING WITH SCHIZOPHRENIA AND NUISANCES CAUSED BY DRUG TREATMENT

ABSTRACT

In assessing patients, the discomfort caused by the drug treatment of schizophrenia can be as intense as the symptoms of the disorder. This study aimed to identify how patients cope the nuisances caused by schizophrenia and drug treatment. The qualitative approach, the Grounded Theory method, and the Symbolic Interactionism perspectives were used. 36 people with schizophrenia in community treatment and 36 family members

participated of the study. Taped interview and observation were used for data collection. The collected data were transcribed and later analyzed in three phases: open, axial and selective coding. It was observed that the person with schizophrenia has a constant desire to get relief for the suffering experienced. The patient complies with treatment to alleviate symptoms of schizophrenia, or prioritize the relief of discomfort due to pharmacotherapy, which can expose him/her to the risk of worsening the disorder. In association with adherence or non-adherence, the individual can implement other strategies, such as searching for non-pharmacological treatment, spirituality and consumption or interruption of psychoactive substances. Understanding these coping strategies used by the patient is essential to subsidize the care provided to this clientele.

Keywords: Schizophrenia. Psychiatric Nursing. Medication Adherence. Treatment Refusal.

ACTUANDO EN BUSCA DEL ALIVIO: ENFRENTAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA E INCÓMODOS CAUSADOS POR EL TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO

RESUMEN

En la evaluación de los pacientes, las molestias causadas por el tratamiento medicamentoso de la esquizofrenia pueden ser tan intensas como los síntomas del trastorno. Este estudio tuvo el objetivo de comprender cómo pacientes con esquizofrenia enfrentan las molestias causadas por el trastorno y por el tratamiento medicamentoso. La investigación utilizó el abordaje cualitativo, referencial metodológico de la Teoría Fundamentada y presupuestos del Interaccionismo Simbólico. Participaron del estudio 36 personas con esquizofrenia en tratamiento comunitario y 36 familiares. Entrevista grabada y observación fueron utilizadas para recolección de datos. Los datos recolectados fueron transcritos y, posteriormente, analizados en tres etapas: codificación abierta, axial y selectiva. Se evidencia que la persona con esquizofrenia tiene constante deseo de obtener alivio para los sufrimientos vividos y experimenta ambivalencia en relación a la adhesión a los psicotrópicos. Ora el paciente adhiere al tratamiento para aliviar los síntomas de la esquizofrenia, ora deja de adherir por priorizar el alivio de las molestias decurrentes de la farmacoterapia, exponiéndose al riesgo de agravamiento del trastorno. En asociación con la adhesión o no adhesión, el individuo experimenta otras estrategias, como la búsqueda de tratamiento no farmacológico, la espiritualidad y el consumo o interrupción de sustancias psicoactivas. La comprensión de las motivaciones relacionadas a la selección de las estrategias de enfrentamiento utilizadas por el paciente es esencial para subsidiar la atención proveniente a esta clientela.

Palabras clave: Esquizofrenia. Enfermería Psiquiátrica. Adhesión a la Medicación. Rechazo del Paciente al Tratamiento.

REFERÊNCIAS

- Switaj P, Anczeweska M, Chrostek A, Sabariego C, Cieza A, Bickenbach J, et al. Disability and schizophrenia: a systematic review of experienced psychosocial difficulties. . Nov 9;12:193.
- Pinho LB, Hernández AMB, Kantorski LP. Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. Cienc cuid Saude. 2010; 9(1):28-35
- Silva TFC, Lovisi GM, Verdolin LD, Cavalcanti MT. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes do espectro esquizofrênico: uma revisão sistemática da literatura. J bras Psiquiatr. 2012; 61(4):242-51.
- Cabe R, Saidi M, Priebe S. Patient-reported outcomes in schizophrenia. British Journal of Psychiatry. 2007; 191(s50):21-8.
- Moritz S, Peters MJV, Karow A, Deljkovic A, Tonn P, Naber D. Cure or curse? Ambivalent attitudes towards neuroleptic medication in schizophrenia and non-schizophrenia patients. Mental Illness. 2009; 1(1):4-9.
- Kane JM, Correll CU. Pharmacologic treatment of schizophrenia. Dialogues Clin Neurosci. 2010;12:345-57.
- Sousa MRG, Landeiro MJL, Pires R, Santos C. Coping e adesão ao regime terapêutico. Rev Enf Ref. 2011;3(4):151-60.
- Giacchero KG, Miaso AI. Ambulatório de psiquiatria em hospital geral: caracterização da adesão de usuários ao agendamento. Rev RENE 2008;9:20-7.
- Strauss A, Corbin J. Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- Blumer H. Symbolic interactionism: perspective and method. California: University of California; 1969.
- Vedana KGG, Miaso AI. A interação entre pessoas com Esquizofrenia e familiares interfere na adesão medicamentosa? Rev Acta Paul Enferm. 2012; 25(6):830-6.
- Reiners AAO, Azevedo RCS, Vieira MA, Arruda ALG. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. Ciênc saúde coletiva. 2008; 13(s2): 2299-306.
- Nicolino OS, Vedana KGG, Miaso AI, Cardoso L, Galera SAF. Esquizofrenia: adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno e terapêutica medicamentosa. Rev Esc Enferm USP. 2011; 3 (45):708-15.
- Gümüş AB. Health education needs of patients with schizophrenia and their relatives. Arch Psychiatr Nurs. 2008; 22(3):156-65.
- Picchioni MM, Murray R. Schizophrenia. BMJ. 2007; 7610 (335):91-5.
- Sells DJ, Stayner DA, Davidson L. Recovering the self in schizophrenia: an integrative review of qualitative studies. Psychiatr Q. 2004; 75 (1):87-97.

17. Koenig GHG. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. Rev Psiquiatr Clín. 2007; 34(s1):95-104.

18. Batki SL, Meszaros ZS, Strutynski K, Dimmock JA, Leontieva L, Ploutz-snyder R. et al. Medical Comorbidity

in Patients with Schizophrenia and Alcohol Dependence. Schizophr Res. 2009; 107(2):139-46.

Endereço para correspondência: Kelly Graziani Giacchero Vedana. Av. Bandeirantes, 3900. Monte Alegre. CEP: 14040-902. Ribeirão Preto, SP.

Data de recebimento: 02/04/2013

Data de aprovação: 29/07/2013