

IMPLICAÇÕES DA PSICOSE NA ADOLESCÊNCIA

Ana Paula Oliveira Machado

Graduada em Psicologia pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora, Brasil. Pós-graduada em Psicologia do Desenvolvimento Humano pela UFJF, Brasil. Pós-graduada em Ciências Humanas e Saúde pela UFJF, Brasil.

Email:

anapaulamachadopsi@yahoo.com.br

RESUMO

O presente estudo se trata de uma pesquisa bibliográfica cujo tema central é a saúde mental do adolescente, em específico a psicose na adolescência e suas implicações no desenvolvimento deste sujeito. O interesse em identificar esta produção justifica-se pela importância que a adolescência adquiriu nos últimos anos, emergindo como uma das formações culturais mais poderosas da atualidade. Tem-se por objetivo revisar a literatura acerca das psicoses na adolescência e contribuir para que os profissionais interessados tenham a possibilidade de reconhecer e melhor abordar este transtorno.

Palavras-chave: Adolescência, psicose, saúde mental

1. INTRODUÇÃO

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2002) em seu relatório sobre a “Situação Mundial da Infância 2002”, descreve a adolescência como uma grande janela de oportunidades, um período de rápido desenvolvimento para jovens nos aspectos físico, emocional, psicológico, social e espiritual. A adolescência é, de fato, a fase de mais rápido desenvolvimento humano, diz o documento.

Revela ainda que o Brasil é composto por 21.249.557 adolescentes que representam 12,5% da população brasileira. São garotos e garotas com idade entre 12 e 18 anos incompletos que vivem um momento especial do seu desenvolvimento. Uma fase permeada de crises e conflitos próprios, mas também de um conjunto de possibilidades de transformações e de questionamentos essenciais para o desenvolvimento de toda a sociedade.

Diversos estudiosos produziram inúmeros conceitos e teorias relacionadas com a

adolescência e suas manifestações. Grande parte destes estudos partiu da psicanálise, sendo pouco explorados por cientistas ou pesquisadores do desenvolvimento ou de outras áreas. Tais teorias oscilam em duas grandes vertentes: uma que considera a adolescência como um processo de ordem mais individual, enfatizando os aspectos biológicos e psicológicos; e outra que vislumbra a adolescência como um fenômeno criado e sustentado pela cultura e a sociedade, enfatizando aspectos sociológicos, antropológicos, políticos e ideológicos. Ambas não conseguem superar visões dicotomizantes e fragmentadas. O fato é que a adolescência consiste em um processo complexo e implica inúmeras dimensões a serem relevadas.(UNICEF, 2002).

O conceito de adolescência é polêmico e direciona para peculiaridades e diversidades de expressão dessa fase da vida nas diferentes sociedades e culturas. O ponto de partida para a construção de uma definição de adolescência é a sua abordagem como uma fase única e específica do desenvolvimento humano, repleto de mudanças e transformações múltiplas e fundamentais para que o homem possa atingir a maturidade e se inserir na sociedade. A adolescência não é apenas um processo de desprendimento dos laços infantis ou uma mera etapa de transição. Consiste num encontro do ser humano com uma cultura, uma civilização, seus valores e sua ética. Refere-se a uma criação histórica do homem, enquanto fato social e psicológico (UNICEF, 2002).

O começo da adolescência é facilmente observável, por se tratar das mudanças fisiológicas produzidas pela puberdade. Mas demarcar seu fim não é tão simples assim. Na cultura ocidental fica em aberto a definição do que é ser um homem ou uma mulher adultos, claudica também quais provas seriam necessárias para que um jovem se torne adulto (Calligaris, 2000). Encontramos um outro fenômeno que dificulta ainda mais esse processo que é a adolescência prolongada, extremamente comum nas classes média e alta. O tempo de estudo se prolonga, a entrada no trabalho se dá mais tardiamente e a constituição da própria família é adiada. As condições atuais implicam em uma longa transição do período de adolescência e juventude para a idade adulta (Salles, 2005).

Um aspecto importante que deve ser considerado é que o Brasil é um país dotado de variadas contradições e onde habitam inúmeras diversidades e desigualdades nos aspectos naturais, sociais, étnicos, econômicos e culturais. Diante de tanta diversidade é mais adequado falarmos em adolescências brasileiras e não apenas adolescência (UNICEF, 2002).

No Brasil, os direitos fundamentais à infância e adolescência encontram-se assegurados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. Francischini e Campos (2005) revelam que a promulgação deste Estatuto foi acompanhada com euforia, visto que ele expressa a quebra de um padrão nas políticas públicas voltadas para a infância e adolescência brasileiras que tinha aproximadamente um século de duração. Ao adotar a Doutrina de Proteção dos Direitos da Infância, o Estatuto rompeu com a tradição do “menor”, expressa no Código de Menores de 1927, e com a Doutrina da Situação Irregular, consubstanciada no Código de 1979 e na Política Nacional do Bem-estar do Menor. A concepção assumida pelo ECA, de que crianças e

adolescentes são sujeitos de direitos, promoveu um redirecionamento das atribuições do Estado, do papel da família e da sociedade em relação a estes indivíduos.

Ainda impera uma concepção sobre adolescência fortemente ligada à estereótipos e estigmas. Segundo Ozzela (2002), a adolescência foi identificada inicialmente por diversos estudiosos como uma etapa marcada por tormentos e conturbações que estariam ligadas à emergência da sexualidade. Tal concepção foi reforçada por algumas abordagens psicanalíticas que a descreveu como uma etapa marcada por confusões, desequilíbrios, instabilidades, busca de si mesmo, crises religiosas, flutuações de humor, tendência grupal, necessidade de fantasiar, contradições sucessivas, estresse, rebeldia, crises e luto. Todos os adolescentes passariam por esta fase de forma igual, patológica e conturbada. Instalou-se, então, uma concepção naturalista e universal sobre a adolescência que passou a ser compartilhada pela psicologia, incorporada pela cultura ocidental e assimilada pelo homem e por toda a sociedade.

Devemos nos despir dessa visão preconceituosa, patologizante e estigmatizante sobre a adolescência e encará-la como uma criação histórica do homem, enquanto representação social e fato social e psicológico. É necessário implementar programas e projetos em que os adolescentes estejam presentes de maneira inovadora, onde se possa convocar as políticas públicas e toda a sociedade para que modifiquem sua linguagem, suas abordagens e enfoques, tradicionalmente equivocados e totalmente voltados para os problemas (UNICEF).

Essa considerável parcela populacional vivencia numerosos desafios em seu dia-a-dia e para que estes desafios sejam trabalhados e superados, é necessário conhecer mais e melhor a realidade dos adolescentes. Pouco se sabe sobre suas características, necessidades, desafios e as patologias que podem se manifestar neste período da vida. A carência de dados sobre a real situação da população infanto-juvenil, sobre seu desenvolvimento global e a incidência de transtornos mentais nessa fase da vida acarreta prejuízos incalculáveis a esta população. Torna-se inviável elaborar qualquer política de assistência quando não se conhece a realidade e as necessidades das pessoas a serem assistidas.

O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica cujo tema central é a saúde mental do adolescente, em específico a psicose na adolescência e suas implicações no desenvolvimento deste sujeito. O interesse em identificar esta produção justifica-se pela importância que a adolescência adquiriu nos últimos tempos, emergindo como uma das formações culturais mais poderosas de nossa época, como um ativo argumento de marketing e também pelo reconhecimento dos prejuízos que a eclosão da psicose pode acarretar ao adolescente e em seu desenvolvimento. Tem-se por objetivo revisar a literatura acerca das psicoses na adolescência e contribuir para que profissionais interessados tenham a possibilidade de reconhecer e melhor abordar e trabalhar esta patologia.

2. SAÚDE MENTAL DO ADOLESCENTE

A saúde mental no Brasil tem sido descuidada pelas políticas de saúde, pelos estudiosos e profissionais da área e por toda a sociedade. A atenção à saúde mental de crianças e adolescentes constitui um desafio ainda maior, tanto na organização quanto na implementação das ações.

Santos (2006) ressalta que é extremamente comum que o termo saúde mental se restrinja ao atendimento psiquiátrico, sendo desconsiderada sua abrangência e amplitude. Desconsidera-se também a contribuição das diversas áreas na assistência de crianças e jovens com transtornos mentais e comportamentais. Os estudos epidemiológicos nesta área contribuem para melhorar os serviços que assistem crianças e adolescentes pelo conhecimento que podem promover da distribuição, magnitude, causas e curso dos transtornos mentais, além de dados fundamentais para o planejamento, execução e avaliação das ações de prevenção, controle e tratamento.

Dados do Ministério da Saúde (Brasil,2005) revelam que de 10 a 15 % da população de crianças e adolescentes sofre de transtornos mentais. Desse total, de 3 a 4% necessita de tratamento intensivo. Esse quadro alarmante merece atenção especial do setor público que deve buscar preencher uma lacuna histórica, caracterizada pela ausência de uma política de saúde mental voltada para esse público e que tem tido como resultado trágico o tratamento ausente ou inapropriado de milhares de crianças e adolescentes. Entre os males mais freqüentes estão a deficiência mental, autismo, depressão, transtornos de ansiedade, transtornos de conduta, abuso de substâncias, transtornos alimentares, suicídio e psicose.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2005) retrata que as ações direcionadas à crianças e adolescentes no Brasil atravessaram um século de história, ligadas a um ideário de proteção, que, paradoxalmente, resultou na construção de um modelo de assistência com forte tendência à institucionalização e em uma concepção fragmentada, não integradora da população infanto-juvenil. Os resultados desse longo processo, que tinha por objetivo assistir crianças e adolescentes, foram a institucionalização do cuidado e a criminalização da infância pobre, produzindo um lamentável quadro de desassistência, abandono e exclusão. Passaram silenciosas, mas não isentas de conseqüências trágicas, uma legião de crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais. Incluídas na rubrica de deficientes, transformaram-se em objeto de exclusão ou mesmo de puro desconhecimento por parte das áreas responsáveis pelas ações cabíveis e oficiais de cuidados.

Algumas situações podem ser destacadas como agravantes dos riscos quanto à manutenção da saúde mental dos adolescentes: doenças crônicas que atinjam o seu desenvolvimento físico e mental, principalmente quando conduzem a longos períodos de hospitalização; gravidez precoce e não planejada; pais com severos transtornos mentais; pais que adotam um estilo parental negativo; convivência com situação de violência comunitária; situação de ruptura ou de

enfraquecimento de vínculos familiares que os conduzam a viver constantemente nas ruas sem os cuidados devidos; envolvimento precoce e/ou abusivo com álcool, tabaco e outras drogas; agravos produzidos por trabalho precoce e/ou nocivo ao seu desenvolvimento psicossocial; envolvimento em situações ilícitas e/ou violentas resultantes de associação com grupos criminosos (Saggese & Leite, 1999).

A manifestação de qualquer patologia nessa fase da vida pode acarretar danos à saúde do adolescente e em seu desenvolvimento. Principalmente quando se trata da esquizofrenia. Os sintomas da esquizofrenia causam prejuízos importantes nas cinco principais funções do homem: cognição, percepção, emoção, comportamento e socialização, além de criar dificuldades significativas para as pessoas.

Existe uma série de conceitos produzidos por estudiosos da área para a esquizofrenia e com frequência relacionam-se à orientação teórica de quem faz a definição.

A palavra esquizofrenia foi introduzida em 1911 pelo psiquiatra suíço Bleuler. Ele acreditava que as esquizofrenias apresentavam múltiplas dimensões e que era de natureza orgânica. O termo esquizofrenia é uma junção de duas palavras gregas, *schizein*, “cindir” e *phren*, “mente”. Até os dias atuais existe uma confusão acerca do significado da palavra (Stuart & Laraia, 2001).

A Classificação Internacional de Doença da Organização Mundial da Saúde (OMS / CID 10, 1993) considera a esquizofrenia o mais comum e o mais importante transtorno mental. É consenso de que essa doença é uma das formas mais sérias de doença mental e que a maioria das pessoas afetadas apresentam incapacidade crônica que perdura o resto da vida. A esquizofrenia que receberá maior atenção na presente pesquisa será a hebefrênica (F 20.1), pois o seu diagnóstico geralmente ocorre pela primeira vez em adolescentes e em adultos jovens.

A psicopatologia contemporânea, segundo Ballone (2003), reconhece a idéia clássica de predisposição e vulnerabilidade para a maioria dos transtornos mentais. De acordo com o conceito de vulnerabilidade, a esquizofrenia não apareceria subitamente na vida da pessoa, mas seria precedida e facilitada por determinados fatores psicológicos e biológicos necessários ao seu desenvolvimento. De acordo com este modelo, algumas pessoas apresentariam disfunções determinadas geneticamente capazes de as tornarem propensas a desenvolver sintomas esquizofrênicos em certas condições de tensão ambiental.

Não há esquizofrenia sem a dimensão biológica (base). O componente ambiental pode ser biológico (como, por exemplo, infecção, intoxicação, drogas) ou psicológico, como a perda de uma pessoa significativa, do emprego ou estados estressantes de qualquer natureza (Nunes Filho, Bueno e Nardi, 2000). Para Kaplan e Maia (1992), a esquizofrenia compreende um grupo de transtornos com causas heterogêneas e abrange pacientes cujas apresentações clínicas, respostas ao tratamento e curso da doença são variados. Apesar dos grandes avanços que vêm ocorrendo, a etiologia da esquizofrenia continua desconhecida.

Tal transtorno ocorre em todo mundo, não ocorrendo diferenças quanto ao sexo, classes sociais, entre países desenvolvidos e em desenvolvimento e entre áreas urbana e rural. Apesar de acometer igualmente os dois sexos, a idade de início no sexo masculino se dá entre os 15 e 25 anos e no sexo feminino ocorre um pouco mais tarde, dos 25 aos 35 anos em média. O início antes dos 10 anos de idade ou após os 50 anos de idade é extremamente raro. Estima-se que 1% da população do mundo ocidental será diagnosticada como sofrendo de esquizofrenia até alcançar os 55 anos de idade (Nunes et al, 2000).

Taylor (1992) afirma que a esquizofrenia enquadra-se dentro das psicoses funcionais. Esse termo descreve aquelas doenças mentais para as quais não existem doenças orgânicas demonstráveis ou déficit intelectual e onde a doença é abrangente, afetando todas as dimensões da existência da pessoa.

Os sintomas da esquizofrenia têm sido organizados de várias maneiras, no decorrer do tempo. Um sistema de classificação importante dos sintomas da esquizofrenia relaciona-os como “positivos” (comportamentos adicionais) e “negativos” (déficits de comportamentos). Os sintomas positivos referem-se às alucinações, delírios e acentuados distúrbios da forma do pensamento como incoerência da fala, fala pressionada, fala distraída, pobreza da fala. Os sintomas negativos englobam embotamento afetivo (limitada faixa e intensidade da expressão emocional), retraimento social, distúrbio da vontade, descuidos pessoais, alogia (pensamento e fala restritos), avolição/apatia (incapacidade de iniciar comportamento dirigido para um objetivo), anedonia (falta de sociabilidade e incapacidade de sentir prazer ou manter contatos sociais) e defeitos cognitivos e déficits de atenção. Os sintomas positivos respondem bem aos fármacos, já que sua etiologia decorre de fatores bioquímicos. Já os sintomas negativos apresentam uma resposta insuficiente aos medicamentos porque estes sintomas referem-se à uma alteração de ordem estrutural (Nunes et al., 2000).

Não existem exames complementares que possam confirmar o diagnóstico de esquizofrenia. O diagnóstico é essencialmente realizado com base no quadro clínico apresentado pelo sujeito e na evolução (história) (Nunes et al, 2000).

Antes do primeiro surto psicótico, ou seja, na fase prodrômica, as pessoas não costumam apresentar sintomas psicóticos evidentes, mas podem manifestar determinadas mudanças no comportamento, na afetividade e no pensamento, tais como perda de interesse em trabalho, atividades sociais, aparência pessoal e higiene, junto com ansiedade generalizada e graus leves de depressão e preocupação. Tais manifestações precedem o início dos sintomas psicóticos durante semanas ou mesmo meses (OMS/ CID 10, 1993)

O curso da esquizofrenia é bastante variado e influenciado por diversos fatores, como idade de início, tipo de esquizofrenia, gênero, além de fatores individuais e ambientais que podem interferir em seu prognóstico. Normalmente, o curso da doença é flutuante, iniciando com uma fase prodrômica, como descrita anteriormente, seguida por uma fase ativa, de crise, com

sintomatologia variada, onde normalmente é feito o diagnóstico. Normalmente após a estabilização da crise, o indivíduo não retorna ao estado anterior ocorrendo sempre um prejuízo em suas funções (Tengan & Maia, 2004)

O tratamento mais indicado para os pacientes esquizofrênicos é a união de farmacoterapia (neurolépticos ou antipsicóticos) e estratégias psicossociais, englobando diferentes formas de psicoterapia (terapia ocupacional, grupos operativos, orientação familiar e treinamento de habilidades). Não são tratamentos antagônicos, mas complementares, na tentativa de promover melhoras no quadro sintomatológico, aliviar as tensões existentes e fortalecer a parte saudável do paciente. Barreto e Elkis (2007) afirmam que a terapia cognitiva comportamental (TCC) tem se mostrado uma das técnicas psicoterápicas de melhor eficácia utilizada no tratamento das psicoses.

Pode-se afirmar que as internações hoje são raras, mesmo para episódios de crise. São necessárias apenas quando o paciente coloca em risco sua integridade física ou de terceiros. Quando se fazem necessárias devem ser por período breve ou em esquemas de emergência (Nunes et al, 2000).

A ansiedade e a depressão com frequência passam despercebidas como elementos importantes que contribuem para o fracasso das práticas de saúde relativas a indivíduos portadores de esquizofrenia. A alta incidência de suicídio em pessoas com esquizofrenia atesta a importância e urgência de avaliar a letalidade, a periculosidade potencial para si mesmo e o risco de abandonar o tratamento contrariando recomendação médica. Em virtude do prejuízo no processamento de informações, os pacientes também devem ser avaliados quanto ao potencial de periculosidade para terceiros (Stuart & Laraia, 2001).

3. PSICOSE E ADOLESCÊNCIA

A etiologia da palavra adolescência vem de duas raízes inter-relacionadas: do latim *ad* (a, para) e *olescer* (crescer) e também de *adolesce*, origem da palavra adoecer. Isto significa dizer que a adolescência, a depender das transformações biopsicossociais que ocorrem nessa fase de desenvolvimento, é marcada tanto pela aptidão para o crescimento físico, emocional e psicológico, quanto para o adoecimento (Costa, 2006).

Encontramos uma manifestação particularmente delicada na adolescência que solicita ações de prevenção e reabilitação para reverter ou impedir danos posteriores. Os quadros psicóticos merecem atenção especial tanto pelos prejuízos imediatos que causam ao adolescente quanto pelas restrições que podem determinar no seu futuro desenvolvimento. Durante a fase aguda, a psicose está frequentemente associada ao risco de suicídio e à exposição a outras situações igualmente de risco psicossocial, como uso de drogas, comportamento agressivo, envolvimento

em acidentes, internação psiquiátrica e início de uma “carreira manicomial” (Sagesse & Leite, 1999).

A tragédia pessoal, social e econômica dessa doença pode ser apreciada de maneira mais eficaz quando compreendemos que o aparecimento da esquizofrenia ocorre caracteristicamente na adolescência e no início da idade adulta. É o transtorno maior de que tratam os psiquiatras e conduz a alterações graves do pensamento, afeto e vontade. Muitos destes indivíduos são conduzidos a um longo afastamento da realidade externa, com um grande desgaste para os pacientes, suas famílias e a sociedade (Nunes et al, 2000).

Os sintomas característicos de esquizofrenia envolvem disfunções cognitivas com prejuízo da crítica, alterações da sensopercepção, distúrbios do pensamento, da linguagem, da comunicação, do comportamento, da volição, dos impulsos, da atenção e do afeto. Todo esse conjunto sintomático pode resultar sérios prejuízos no funcionamento ocupacional ou social do adolescente.

Ballone (2003) ressalta a importância do médico se esforçar para estabelecer diagnósticos e prognósticos com especial zelo para a esquizofrenia, pois o máximo cuidado para o diagnóstico se reforça, primeiro, evidentemente, na importância do tratamento precoce para o alívio do paciente e de seus familiares e, em segundo, devido ao risco de evolução incapacitante da doença, cujo momento de maior perigo para seqüelas invalidantes se situa nos dois primeiros anos da psicose. Todo esse cuidado se justifica, se consideramos os efeitos potencialmente iatrogênicos de um diagnóstico errado sobre algum transtorno psiquiátrico crônico, diagnóstico esse que pode modificar significativamente a relação do adolescente consigo mesmo e com seu entorno.

Ballone (2003) considera a adolescência um período de profundas mudanças internas e externas do organismo global. Constitui uma etapa particularmente rica em possibilidades desestabilizadoras, já que é uma fase de definições diversas no campo sexual, profissional, familiar e lança questões que alguns jovens não têm condição de responder de forma positiva, determinando assim um sofrimento psíquico e a eclosão de quadros patológicos. É também a idade predileta para a eclosão da maioria dos transtornos emocionais. Sem dúvida, o transtorno emocional da adolescência mais temido é a psicose, tanto por sua gravidade e impacto que produz no entorno do paciente, quanto pelo prognóstico e necessidade de tratamento imediato.

A principal característica da adolescência, em relação às psicoses, é constituir-se em um período durante o qual podemos assistir a ocorrência de sintomas que deixam dúvidas quanto ao fato de se tratarem de sinais pré-clínicos e prodrômicos de alguma doença psicótica declarada ou, ao contrário, de se tratarem de sinais fisiológicos de uma fase de grandes transformações na vida da pessoa, que é a puberdade. Por se tratar naturalmente de um período rico em oscilações e instabilidades, a adolescência confunde o observador, fazendo com que um comportamento extravagante pareça uma manifestação de uma adolescência mais exuberante, ao passo em que

estes sinais poderiam ser tidos como sintomas francamente prodrômicos ou, no mínimo, sinais francos de vulnerabilidade à psicose. Por causa disso, têm sido enfrentadas grandes dificuldades nos diagnósticos psiquiátricos durante este período da vida (Ballone, 2003).

Segundo Ballone (2003), serão considerados sintomas psicóticos no adolescente todos aqueles que possam sugerir uma patologia esquizofrênica do ponto de vista clínico, de acordo com as classificações internacionais da CID10 ou DSM IV. As classificações internacionais de doenças citadas acima expressam que os sintomas da psicose são os mesmos tanto para os adultos quanto para os adolescentes.

O primeiro conjunto de sintomas que ocorre e constitui um sinal, para a família, de que algo não vai bem com o adolescente são os comportamentos desadaptados. Estes referem-se à uma deteriorização na aparência, falta de persistência na escola ou no trabalho, avolição, desinteresse por atividades recreativas e que lhe proporcionava prazer, retraimento social, comportamento estereotipado, comportamento agressivo, agitação e negativismo. O adolescente passa a utilizar vestimentas desalinhadas e sujas, a apresentar aparência relaxada e desmazelada, como cabelos despenteados, ausência de banhos e qualquer cuidado que se relacione a higiene pessoal. À medida que os problemas no funcionamento cerebral começam a emergir, as habilidades cognitivas tornam-se limitadas e o adolescente não consegue mais executar as tarefas diárias e nem interagir com seu entorno (Stuart & Laraia, 2001)

Durante o período agudo, a psicose está frequentemente associada ao risco de suicídio e exposição às outras situações igualmente de risco psicossocial, como o comportamento agressivo, o uso de drogas, riscos de acidentes, internação psiquiátrica freqüente, perda do ano letivo e até abandono dos estudos. Se não tratada de forma devida, o adolescente sofrerá danos em todas as áreas (Saggese & Leite, 1999).

É comum que o adolescente assim como o adulto, apresente também problemas de memória como esquecimento, desinteresse e falta de adesão ao tratamento, perturbação da atenção como dificuldade para completar tarefas, concentrar-se nos estudos e no trabalho e facilidade para distrair-se, falta de insight porque os pacientes em geral não acreditam que estejam doentes ou de algum modo alterados, dificuldades com a linguagem abstratas devido ao predomínio do pensamento concreto.(Stuart & Laraia, 2001).

A presença isolada de qualquer um destes sintomas descritos anteriormente não significa, obrigatoriamente e invariavelmente, um diagnóstico de esquizofrenia. Na adolescência, assim como na população como um todo, sintomas psicóticos nem sempre significam sintomas esquizofrênicos. Os sintomas devem ser considerados com prudência na adolescência. Nesta faixa etária a disfunção social, associada com a perda da vontade, por serem sintomas que se referem ao nível de realização interpessoal, escolar, ocupacional ou em outras atividades, devem ser considerados com cautela. A realização pessoal do adolescente tem uma conotação muito diferente que a do adulto. O desenvolvimento normal e característico de alguns adolescentes,

emocionalmente mais sensíveis, pode sugerir um transtorno psicótico (Ballone, 2003).

Taylor (2002) considera que para se diagnosticar clinicamente a esquizofrenia é necessário que o indivíduo apresente os sintomas característicos continuamente e seu funcionamento deve estar abaixo do nível mais alto atingido anteriormente, ou no caso de crianças e adolescentes, devem ter fracassado em alcançar o nível esperado de desenvolvimento. São facilmente observáveis nestes indivíduos deficiências na comunicação, déficit cognitivo, déficit na atenção, no aprendizado e abstração. Com a evolução do quadro esquizofrênico, a convivência com a família, pessoas do entorno e grupos sociais torna-se impossível, fazendo com que o paciente fique excluído e sendo forçado pela família a procurar tratamento (Tengan & Maia, 2004).

O prognóstico da doença é reservado, apesar de as novas terapêuticas farmacológicas terem favorecido muito uma melhora da patologia. Fatores de um melhor prognóstico são: início tardio, fator precipitante claro, início agudo, antecedente social favorável, como trabalho e relacionamentos interpessoais, presença de sintomas depressivos, ser casado (o que claramente não se aplica aqui), sintomas positivos (delírios e alucinações) e suporte familiar e social favorável. Fatores de um pior prognóstico seriam: início precoce, não existência de fatores precipitantes, fatores pré-mórbidos, como má adaptação social e no trabalho, comportamentos autísticos, sintomas negativos, pouco suporte familiar e social, não remissão no período de 3 anos, freqüentes recaídas. A esquizofrenia na adolescência lamentavelmente apresenta pior prognóstico principalmente pelo início precoce e pela predominância dos sintomas negativos (Tengan & Maia, 2004).

Para que ocorram melhoras no quadro apresentado pelo adolescente com esquizofrenia é necessário que seja realizado um trabalho não apenas com o paciente, mas com toda sua família e seu entorno. Ensinar simultaneamente, o adolescente e a família sobre o manejo dos sintomas e a adesão aos medicamentos e ao tratamento é extremamente importante. A educação do paciente e de sua família pode também dissipar mitos e oferecer sugestões para a melhora da comunicação com a equipe de saúde (Stuart & Laraia, 2001).

Alguns adolescentes e pacientes adultos apresentam sintomas psicóticos diariamente, mesmo assim são capazes de manter respostas adaptadas e executar atividades da vida diária. A recaída geralmente é indicada por um aumento da intensidade dos sintomas. O ensino, na fase da promoção da saúde, concentra-se na prevenção da recaída e no manejo dos sintomas. Métodos de ensino ao paciente que envolvam instruções simples, claras, concretas, incluindo repetição e demonstrações, são úteis. Mesmo com apoio, educação e adesão ao regime terapêutico, a recaída ainda ocorre, o que demonstra a necessidade de haver um monitoramento contínuo dos sintomas e da identificação de fatores que levam à falta de adesão ao tratamento (Stuart & Laraia, 2001).

Pesquisas mostram que os programas de reabilitação psicossocial propiciam uma melhora significativa no funcionamento e nas habilidades do adolescente. Esta tem por objetivo reverter as limitações produzidas pela psicose e também reforçar os fatores protetores quanto a saúde

mental, reduzindo os impactos dos agravos (Saggesse & Leite, 1999).

As ações de desinstitucionalização e reabilitação devem ser prioritárias, devendo os centros especializados desenvolver estratégias para que os vínculos familiares e comunitários do paciente não sejam enfraquecidos. Nos casos graves deve –se implementar cuidados ambulatoriais intensos, ou em centros e núcleos de atenção psicossocial e hospitais-dia. Os cuidados em saúde para adolescentes devem incluir a participação de diversas profissões da área da saúde e da educação para a elaboração e execução de estratégias preventivas, diagnósticas, terapêuticas e reabilitativas. Promover pesquisas de incidência e prevalência de transtornos mentais graves, como a psicose, constitui um grande passo (Saggesse & Leite, 1999).

Costa (2006) aponta como benefícios potenciais da intervenção precoce junto ao adolescente psicótico: menor incapacidade em médio prazo e menor risco de recidivas; menor risco de suicídio; menos complicações com a justiça; menor prejuízo vocacional, educacional e/ou do desenvolvimento do adolescente; menor trauma durante avaliação e o início do tratamento; menores doses da medicação antipsicótica necessária; menor necessidade de internação; menores gastos com a saúde a médio prazo; menor estresse e menos problemas familiares; melhor recuperação; remissão mais rápida e completa; melhores atitudes do adolescente frente ao tratamento. Já como conseqüências de um tratamento tardio, podemos citar: recuperação mais lenta e menos completa; pior prognóstico; risco aumentado de depressão e suicídio; interferência no desenvolvimento psicológico e social do adolescente; enfraquecimento das relações interpessoais; perda do apoio familiar e social; estresse e aumento dos problemas psicológicos na família do paciente; desestruturação das atividades escolares e profissionais; uso abusivo de substâncias; atos violentos e criminais; hospitalização desnecessária; baixa auto-estima e auto-confiança e aumento do custo do tratamento.

A adolescência como um tempo repleto de transformações, representa, para aqueles que apresentam um transtorno psíquico grave, como a psicose, um período de extrema dificuldade e grandes limitações. Daí a urgência de se implementar um tratamento diferenciado para esta faixa etária.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do levantamento bibliográfico realizado, foi possível constatar uma escassez de pesquisas e estudos voltados para a saúde mental do adolescente e para o sofrimento psíquico grave (psicose).

Pela gravidade, a esquizofrenia é o tema central dos transtornos psicóticos da adolescência. Sabe-se que é uma das formas mais sérias e incapacitantes de doença mental e que acomete pessoas precocemente com relação à idade. Porém, pouco se sabe sobre as conseqüências que

essa doença pode acarretar ao desenvolvimento do adolescente. Isso revela pouco interesse dos estudiosos, instituições e do setor público para com os adolescentes acometidos pela esquizofrenia.

Por se tratar de um transtorno crônico, com curso deteriorante e prognóstico desfavorável, deve receber atenção especial e ser alvo de importantes estudos e pesquisas, além de programas eficientes que assistam o adolescente e sua família.

Sérias dificuldades podem ser observadas no tratamento dessa clientela, seja por insuficiência de recursos humanos, seja por pouco incentivo à efetivação dos projetos voltados para os adolescentes. As políticas governamentais que pretendam atingir plenamente o direito básico de cidadania devem ter como base oportunidades sócio-educativas e cuidado especial com a saúde mental, fator decisivo para o desenvolvimento saudável de todo ser humano. A política de criar opções à internação, deslocando o papel dos manicômios como lugar central para a prestação de cuidados em saúde mental, tem gerado resultados satisfatórios.

Faz-se urgente a implementação de políticas públicas que promova a saúde mental do adolescente e amenize os prejuízos que a psicose pode acarretar a este indivíduo e ao seu desenvolvimento global.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ballone, G. J. (2003). *Psicoses na adolescência*. Recuperado em 18 de setembro, 2007, de PSIWEB – <http://www.psiqweb.med.br>.

Barreto, E. M. P., & Elkis, H. (2007). Evidências de eficácia da terapia cognitiva comportamental na esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(2).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde(2005). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos pra uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Recuperado em 09 de outubro,2007,de <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/gênero/livros.htm>.

Calligaris, C. (2000). *A adolescência*. São Paulo: Publifolha.

Costa, I. (2006). A adolescência e a primeira crise psicótica: problematizando a continuidade entre o sofrimento normal e o psíquico grave. Recuperado em 20 de janeiro de 2008, da SciELO (Scientific Eletronic Library On line): www.scielo.br

Francischini, R. & Campos, H. R., (2005, setembro/dezembro). Adolescentes em conflito com a lei e medidas socioeducativas: limites e (im)possibilidades. *Psico*, 36(3), 267-273.

OMS (Organização Mundial de Saúde) (Coord.) (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Kaplan, H. L. & Maia, A. K. (1992). *Manual de psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Medsi Editora Médica e Científica.

Nunes Filho, E. P.; Bueno, J. R. & Nardi, E. A. (2000). *Psiquiatria e saúde mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais*. São Paulo: Atheneu.

Saggese, E. & Leite, L. C. (1999). *Saúde Mental na adolescência: um olhar sobre a reabilitação psicossocial*. Brasil: Ministério da Saúde. Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento1, 197-205.

Salles, L. M. F. (2005). Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. *Estudos de Psicologia*, 22(1), janeiro/março.

Stuart, G. W. & Laraia, M. F. (2001). *Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas*. Porto Alegre: Artmed.

Tengan, S. K., & Maia, A. K. (2004). Psicoses funcionais na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 80(2), abril.

Ozzela, S.(2002). Adolescência: Uma perspectiva critica e Psicologia. In: Koller, S.H.(Orgs), *Adolescência & Psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas*. Pp. 16-32.Rio de Janeiro: Conselho Federal de Psicologia.

Santos, P. L. (2006). Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. *Psicologia em Estudo*, 11(2), maio/agosto.

Taylor, C. M. (1992). *Fundamentos de enfermagem psiquiátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Unicef (Fundo das Nações Unidas para a Infância) (2002). *Relatório da situação da adolescência brasileira*. Unicef, Brasília.