

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA EM USO DE ANTIPSICÓTICOS DE AÇÃO PROLONGADA

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN USE OF ANTIPSYCHOTICS OF PROLONGED ACTION

Tallany Muniz Lima,¹ Joridalma Graziela Rocha Rossi e Silva,¹ Eraldo Carlos Batista¹

¹ Faculdade São Paulo – FSP/Rolim de Moura, RO/Brasil.

Autor correspondente: Eraldo Carlos Batista e-mail: eraldo.cb@hotmail.com

RESUMO

O objetivo deste artigo é descrever o perfil clínico de pacientes com esquizofrenia que utilizaram antipsicóticos de ação prolongada no Centro de Atenção Psicossocial de um município do interior de Rondônia. Trata-se de um estudo delineado pelo método quantitativo de natureza descritiva, que usou como fonte as informações contidas em prontuários. A população estudada foi constituída pelo universo de usuários de um Caps, de ambos os sexos, diagnosticados com esquizofrenia, e que tinham pelo menos um registro de retirada de antipsicóticos de ação prolongada na farmácia no ano de 2015. Os resultados demonstraram prevalência do sexo masculino, 57,1%, na faixa etária entre 31 e 40 anos de idade, com baixa escolaridade e solteiros. Quanto ao uso de antipsicóticos, constituíram maioria os que utilizam decanoato de haloperidol associado à politerapia. Conclui-se que os antipsicóticos contribuem significativamente para a qualidade de vida da pessoa com esquizofrenia e que a compreensão do perfil desses usuários é de grande importância para a instituição de novas práticas de atendimento psicossocial nos serviços de saúde mental.

Palavras-chave: Esquizofrenia. Antipsicóticos. Perfil epidemiológico.

Submetido em: 6/8/2016

Aceito em: 6/7/2017

ABSTRACT

The objective of this research was to describe the clinical profile of schizophrenic patients under de use of antipsychotics of prolonged action in the Psychosocial Care Center, in a municipality of the countryside of Rondonia State. This study is outlined by the quantitative method of descriptive nature and used as source data information contained in medical records. The studied population constituted of CAPS users of both genders diagnosed with schizophrenia, that had at least a record of retrieval of antipsychotics of prolonged action from the pharmacy during 2015. The results showed prevalence of males, 57.1%, aged between 31 to 40 years old, with poor education and single. As for the use of antipsychotics, constituted the majority those using haloperdidol decanoate, associated with polytherapy. It is concluded that antipsychotics significantly contribute for the life quality of schizophrenic patients and the understanding of these patients' profiles is of great importance for the implementation of new practices for psychosocial care in mental health services.

Keywords: Schizophrenia. Antipsychotics. Epidemiological profile.

INTRODUÇÃO

A história da esquizofrenia, dos psiquiatras e dos neurologistas que escreveram e teorizaram sobre ela, segue em paralelo à história da psiquiatria. Assim, o conceito de esquizofrenia tem como base principal as linhas de pensamento dos psiquiatras Kraepelin, Bleuler e Scheneider. Em 1896, Kraepelin a descreveu como demência precoce e estabeleceu uma classificação de transtornos mentais que se baseava no modelo médico (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2007). O termo esquizofrenia (esquizo = divisão; phrenia = mente) foi descrito, pela primeira vez, por Eugene Bleuler e fazia alusão a uma quebra entre as funções do pensamento, da afetividade e do comportamento (PAULINO, 2013).

No ano de 1948, o também psiquiatra Kurt Schneider publicou, de acordo com sua pesquisa, os Sintomas de Primeira Ordem (SPO) da esquizofrenia. Apesar de sua grande influência para a psiquiatria, mais tarde descobriu-se, com novos estudos, que os SPOs não eram exclusivos da esquizofrenia, ocorrendo frequentemente em outras psicoses (BRESSAN; NOTO, 2012).

Sabe-se, atualmente, que a esquizofrenia é um transtorno mental crônico, de origem multifatorial, aparentando ser um conjunto de diferentes doenças com sintomas que se assemelham e se sobrepõem, caracterizada essencialmente por psicoses. Em relação à prevalência, a doença atinge aproximadamente 1% da população adulta, independentemente de sexo e de condições socioculturais. Apesar da igual prevalência, existem diferenças quanto ao início e curso da doença. O início da doença ocorre, geralmente, entre 15 e 35 anos, sendo raro o início antes dos 10 ou após os 50 anos (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2007).

Apesar de a esquizofrenia ser a doença psicótica mais comum e mais conhecida, ela não é sinônimo de psicose. É apenas uma das muitas causas de psicose. Por definição, a esquizofrenia é um transtorno que deve durar cerca de seis meses ou mais, com, pelo menos, um mês de delírios, alucinações, discurso desordenado, comportamento claramente desorganizado ou catatônico ou sintomas negativos (STAHL, 2014). Uma das maiores dificuldades da esquizofrenia reside em sua cronicidade (sintomas negativos) e na recorrência dos sintomas agudos (sintomas positivos). Esses sintomas trazem consequências à vida afetiva, social, familiar, profissional e financeira dos indivíduos afetados (OLIVEIRA; FACINA; SIQUEIRA-JUNIOR, 2012).

Quanto ao diagnóstico da esquizofrenia, pode-se afirmar que é complexo e de difícil interpretação, sendo necessária uma anamnese cuidadosa, explorando todas as dimensões dos sintomas descritos. Além disso, os exames laboratoriais e de imagem não determinam a existência da doença, mas são úteis para afastar problemas orgânicos (CURATOLO, 2013).

A proliferação de pesquisas, revisões bibliográficas e testes de campo permitiram modificações nos critérios de identificação da doença. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V, entretanto, continua requerendo a presença de, no mínimo, dois dos cinco sintomas para ser preenchido, mas a atual versão exige que, ao menos, um deles seja positivo (delírios, alucinações ou discurso desorganizado) (ARAÚJO; NETO, 2014).

Quanto à fisiopatologia da doença, a teoria que tem sido mais aceita é a hiperdopaminérgica. Os fármacos antipsicóticos, portanto, que são os principais agentes utilizados no tratamento da esquizofrenia, atuam principalmente como antagonistas do receptor dopaminérgico D2 (SCHMITZ; KREUTZ; SUYENAGA, 2015). Esses fármacos, que têm representando um importante componente terapêutico em diversas condições

psicóticas, principalmente no tratamento da esquizofrenia, podem ser classificadas em antipsicóticos típicos ou de primeira geração e atípicos ou de segunda geração (SUN et al., 2013).

A diferença entre as duas classificações está no mecanismo de ação. Os antipsicóticos de primeira geração (APGs) atuam predominantemente no bloqueio de receptores dopaminérgicos (D2), reduzindo, assim, os sintomas positivos da doença, enquanto os atípicos bloqueiam basicamente os receptores serotoninérgicos 5-HT_{2A} (STAHL, 2014). Entre eles, destacam-se os antipsicóticos atípicos, os quais apresentam um perfil farmacológico peculiar por induzirem menos efeitos extrapiramidais. Geralmente são indicados aos pacientes com sintomas negativos da esquizofrenia ou aos casos refratários ao tratamento com medicamentos de primeira geração (SCHMITZ; KREUTZ; SUYENAGA, 2015).

Apesar do grande impacto terapêutico que representou a descoberta dos neurolépticos, esses fármacos estão longe de serem os antipsicóticos ideais, sendo comum o aparecimento de efeitos motores adversos, os quais frequentemente são denominados pelos médicos de efeitos ou sintomas extrapiramidais. Pode ocorrer a síndrome de Parkinson, reações distônicas agudas, acatisia, acinesia e irregularidade menstrual na mulher. Assim, a escolha do melhor tratamento deve levar em conta os fármacos já utilizados, o estágio da doença, a história de resposta/adesão e o risco-benefício (STAHL, 2014).

Os antipsicóticos podem ser orais, injetáveis ou de ação prolongada (BRASIL, 2013). Durante o tratamento, entretanto, em torno de 75% dos pacientes apresentam recaída e um terço não responde ao tratamento padrão. As taxas de não adesão nos pacientes do espectro esquizofrênico estão em torno de 50%, sendo a causa mais frequente de recaídas e, conseqüentemente, de reinternações. Assim, tem-se estimulado a indicação de medicação injetável de depósito, o que permite grande espaçamento entre doses garantindo aderência a sua terapia (FUCHS; WANNMACHER, 2010; SILVA et al., 2012).

Atualmente, no Brasil, os antipsicóticos de ação prolongada mais utilizados são o haloperidol decanoato (Haldol® decanoato) e palmitato de pipotiazina (Piportil® L4), que têm ação de 30 dias. Apesar das vantagens, o tratamento da esquizofrenia com os antipsicóticos de ação prolongada requer cuidados. É necessário dar suporte ao paciente e à família em diversos procedimentos, como o controle das datas de consultas e das aplicações intramuscular (i.m.) possibilitando um tratamento adequado que envolva estratégias apropriadas às condições da doença do paciente (BRASIL, 2013).

A dose normal de decanoato de haloperidol pode ser calculada a partir da dose oral de haloperidol ou da dose equivalente de outros antipsicóticos. A cada quatro semanas deve ser administrada uma dose via intramuscular (i.m) correspondente a cerca de 20 vezes a dose oral diária de haloperidol, expressa em miligramas. De modo geral, na prática clínica pode-se estabelecer que uma dose de 1 a 3 ml (50 a 150 mg) a cada quatro semanas é suficiente para condições psicóticas de grau leve a moderado (BRASIL, 2013).

Já o palmitato de piportil tem a dose inicial recomendada de 150 mg no 1º dia de tratamento e 100 mg uma semana depois, ambos administrados no músculo deltoide. A dose mensal subsequente recomendada é de 75 mg; essa dose pode ser aumentada ou diminuída no intervalo de 25 a 150 mg, com base na tolerabilidade e/ou na eficácia do paciente em particular (BRASIL, 2013).

Quanto ao contexto da assistência psiquiátrica, nos últimos 20 anos observaram-se importantes mudanças, principalmente com o deslocamento da atenção centrada nos hospitais psiquiátricos para a comunidade, buscando promover a integralidade do atendimento. Assim, um dos marcos da Reforma Psiquiátrica foi a criação dos serviços de atenção psicossocial. No Brasil, o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) é considerado um dos mais importantes serviços de saúde mental substitutivo à internação psiquiátrica. Reestruturado pela

portaria 336/2, como principal instrumento de estabelecimento da política de saúde mental, o Caps deve ser entendido como uma estratégia de transformação de assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental (BRASIL, 2015).

Os Caps têm papel estratégico na articulação da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), tanto no que se refere à atenção direta, visando à promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, quanto na ordenação do cuidado, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde, articulando e ativando os recursos existentes em outras redes, assim como nos territórios (BRASIL, 2015).

No conjunto dessas ações, os Caps devem ser referência para a dispensação de medicamentos na saúde mental. A Estratégia Saúde da Família, entretanto, tem seu papel neste processo, especialmente no que se refere à disponibilidade, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos (ALENCAR et al., 2012). No Caps, a terapia farmacológica por meio de medicamentos pode ser associada a outras modalidades terapêuticas, como psicoterapia, psicoeducação, socioterapia, terapia ocupacional, entre outras (MIASSO; VEDANA, 2014).

Como exemplo de tratamento não farmacológico, as atividades artísticas e musicais oferecidas aos usuários nas oficinas possibilitam o exercício da autonomia, da expressão, da cidadania, da descoberta de habilidades, do desenvolvimento e do fortalecimento de relações, aspectos fundamentais para o tratamento e a reinserção social dos usuários. A falta de maior aplicabilidade de políticas públicas na saúde mental, contudo, tem demonstrado ser a maior barreira no desempenho dos trabalhos com oficinas terapêuticas no Caps (BATISTA; FERREIRA, 2015).

Como o novo modelo de tratamento, predominantemente na comunidade, um importante desafio é a adesão do paciente à terapêutica medicamentosa (SILVA et al., 2012). Em razão do impacto na vida de mais de 1,61 milhão de brasileiros e de suas famílias, a adesão ao tratamento à prevenção da recaída é essencial para a melhoria do prognóstico e redução do sofrimento pessoal e dos recursos da saúde pública necessários para a terapia e controle dessa condição (TAY-TEO et al., 2014).

Quanto aos recursos públicos necessários, a esquizofrenia é considerada o transtorno mental responsável pelo maior número de internações no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2015). Em 2013, no Brasil, a recaída na esquizofrenia gerou R\$ 1,07 bilhão de custos econômicos, posto que cada paciente com recaída apresentou um gasto médio de R\$12.108,00. Estudos revelaram que o aumento de 5% no uso de antipsicóticos de ação prolongada no Brasil, pelos pacientes que apresentaram não adesão aos antipsicóticos orais, economizaria aproximadamente R\$ 0,3 milhão todo ano (TAY-TEO et al., 2014).

Diante do que foi exposto, a relevância deste estudo está na compreensão dos desafios envolvidos no tratamento da pessoa com esquizofrenia. Sendo assim, faz-se necessário investigar o perfil clínico desses pacientes, a fim de compreender como o uso de antipsicóticos é realizado e quais variáveis estão implicadas nesse processo, contribuindo não somente para a compreensão deste tema, mas para o desenvolvimento de terapias mais efetivas no tratamento dessa patologia.

O objetivo deste trabalho é descrever o perfil clínico de pacientes com esquizofrenia que utilizaram antipsicóticos de ação prolongada no Caps.

MATERIAIS E MÉTODOS

Como abordagem metodológica, este estudo utilizou a pesquisa quantitativa de natureza descritiva, realizada no Caps em Rolim de Moura – RO, entre os meses de maio e junho de 2016. O município possui uma área total de 1.457,888 km², contando com uma população estimada de 56.242 habitantes (INSTITUTO..., 2015) e foi escolhido por ser estratégico no atendimento em saúde mental na região da Zona da Mata rondoniense. Os atendimentos psiquiátricos se concentram no único Caps existente, o qual atua como referência aos demais municípios da região, que, juntos, possuem uma população superior a 151.000 habitantes (INSTITUTO..., 2015).

A população estudada foi constituída pelo universo de usuários que teve receitas dispensadas no intervalo de janeiro a dezembro de 2015. Para a delimitação dos sujeitos da pesquisa, inicialmente foi consultada uma planilha de registro de saída de medicamentos da farmácia pública para que fossem delimitados os prontuários de interesse para o estudo, ou seja, usuários para os quais foram dispensados antipsicóticos de ação prolongada no ano de 2015.

Em segunda análise, somente os prontuários com diagnósticos de esquizofrenia atendidos no Caps de Rolim de Moura, no ano de 2015, e que fizeram uso de antipsicóticos de ação prolongada, foram selecionados para a pesquisa. Como critério de inclusão, foram analisados os prontuários de pacientes de ambos os sexos diagnosticados com esquizofrenia e que tinham ao menos um registro de retirada de antipsicóticos de ação prolongada na farmácia do Caps no ano de 2015.

A coleta dos dados foi realizada no período de maio a junho de 2016, por meio da análise dos prontuários selecionados. Foram coletados dados de variáveis como sexo, etnia/raça, estado civil, nível de escolaridade, ocupação, medicação utilizada, alterações nas prescrições, faixa etária e posologia da medicação em uso.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Rolim de Moura (Farol), que concedeu parecer favorável com o nº 1.531.220 e CAAE com o nº 53001916.3.0000.5605. Após a autorização da pesquisa pelo CEP, foi realizado o contato com a direção do Caps, solicitando assinatura do Termo de Consentimento e o estabelecimento dos dias e horários mais confortáveis para a realização da pesquisa. Durante a coleta foram tomadas todas as medidas éticas de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), para que fosse mantido o sigilo da identidade e outros dados pessoais contidos nos prontuários dos pacientes.

Os dados foram registrados em um formulário e os resultados foram consolidados em planilha Excel, com posterior distribuição de frequências absoluta e relativa, possibilitando a criação de tabelas simples para sua apresentação, o que possibilitou discuti-los de acordo com o referencial teórico apresentado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira análise da planilha da farmácia pública permitiu delimitar 57 pacientes que tiveram registro de saída de antipsicóticos de ação prolongada durante o ano de 2015. Desses, apenas 14 tinham o diagnóstico de esquizofrenia caracterizado pela descrição do CID F20, 33 pacientes tiveram diagnóstico de outros transtornos e 10 prontuários não foram encontrados.

Quanto ao gênero dos pacientes, foi verificada a prevalência do sexo masculino em 57,1% (n=8), conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil dos usuários do Caps de Rolim de Moura com dispensação de antipsicóticos de ação prolongada no ano de 2015, quanto ao gênero

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	Nº	%
Sexo	Feminino	06	42,9
	Masculino	08	57,1
	Total	14	100

Fonte: Os autores, 2015.

Os dados estão em concordância com estudos anteriores, como o de Silveira et al. (2011) com pacientes usuários dos Serviços de Referência em Saúde Mental de Sergipe, apresentando a frequência relativa da esquizofrenia em 79,9% dos usuários do gênero masculino e 68,7% do gênero feminino. Na pesquisa realizada por Cezaretto et al. (2014), envolvendo 68 pacientes, a prevalência do sexo masculino foi de 76,4%.

As principais teorias que tentam explicar o predomínio da patologia no gênero masculino, sugerem que o hormônio estrogênio confere efeitos protetores no sexo feminino e que o desenvolvimento cerebral intrauterino no sexo masculino ocorre de forma mais lenta, provocando uma maior suscetibilidade a traumas de nascimento (SEEMAN, 1985 apud CHAVES, 2000). Segundo dados encontrados na literatura, entretanto, não há evidência de diferença entre os sexos em relação à prevalência da doença, atingindo aproximadamente 1% da população adulta, independentemente de sexo e condições socioculturais (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2007).

Em relação à faixa etária dos pacientes atendidos no Caps, nota-se prevalência entre a segunda e a quarta década de vida, ocorrendo relatos em faixa etária maior (Tabela 2). É importante salientar que a idade que consta na Tabela é aquela a partir do diagnóstico de pacientes com o CID F20 e não necessariamente a idade de início do aparecimento dos primeiros sinais e sintomas. Em seu estudo, Paulino (2013) também encontrou prevalência maior na faixa etária que compreende entre 41-50 anos, seguida da faixa etária entre 51-60 anos e 31-40 anos.

Tabela 2 – Perfil dos usuários do Caps de Rolim de Moura com dispensação de antipsicóticos de ação prolongada no ano de 2015, quanto à faixa etária

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	Nº	%
Faixa etária	21 – 30	03	21,4
	31 – 40	06	42,9
	41 – 50	02	14,3
	51 – 60	02	14,3
	61 – 70	01	7,1
	Total	14	100

Fonte: Os autores, 2015.

Conforme Kaplan, Sadock e Grebb (2007), o transtorno dificilmente se manifesta antes da puberdade ou após os 50 anos, posto que, geralmente, o início da doença é mais precoce no homem do que na mulher. Quanto à faixa etária do aparecimento dos primeiros sinais e sintomas, em sua pesquisa Paulino (2013) relata ser mais comum durante a adolescência ou início da idade adulta, entretanto foi observada a existência de pacientes nos quais a

doença se manifestou após os 60 anos. Segundo o autor, 10% dos casos de primeiro episódio de esquizofrenia se manifestam após os 45 anos.

Em relação à etnia/raça, Barros (2013) relata que um estudo inglês realizado no Sudeste de Londres, Bristol e Nottingham, sobre a incidência de esquizofrenia e outras síndromes psicóticas, publicado em 2006, sugeriu que a incidência de esquizofrenia seguiria certa homogeneidade; além disso a aparente falta de variação geográfica teria levado à ênfase de fatores genéticos. Um grande estudo epidemiológico, desenvolvido posteriormente para verificar a existência de variação de incidência de esquizofrenia entre três cidades inglesas, entretanto, verificou que não somente as taxas eram diferentes entre as três localidades, mas também diferiam entre as etnias.

Na pesquisa realizada, conforme pode ser observado na Tabela 3, 28,6% (n=4) dos pacientes foram relatados brancos, 21,4% (n=3), pardos, e apenas 14,3% (n=2) pretos. No estudo não foram encontrados pacientes amarelos e indígenas.

Tabela 3 – Perfil dos usuários do Caps de Rolim de Moura com dispensação de antipsicóticos de ação prolongada no ano de 2015, quanto à etnia/raça

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	Nº	%
Cor/raça	Branca	04	28,6
	Parda	03	21,4
	Preta	02	14,3
	Não informado	05	35,7
	Total	14	100

Fonte: Os autores, 2015.

A pesquisa de Oliveira et al. (2014) em pessoas com transtornos mentais no Caps de um município do Estado da Bahia, quanto à predominância étnica, encontrou pardos ou mestiços em maior índice (48,4%) e apenas 9,5% de negros. Barros (2013) afirma, entretanto, que o risco de todas as categorias de psicoses, com destaque para a esquizofrenia, é maior para o grupo negro e de minorias étnicas do que para a população branca.

Ainda sobre a pesquisa, 35,7% (n=5) dos prontuários analisados não continham informação sobre etnia/raça. Segundo Oliveira et al. (2014), o grupo não definido ou desconhecido representou 33,9% dos usuários cujos prontuários foram consultados. Conforme os autores, esse aspecto aponta para espaços vazios encontrados nos documentos que constituem elementos importantes para a gestão de saúde municipal ante a uma compreensão sobre quem é o paciente que frequenta o serviço.

Quanto ao estado civil, os resultados demonstram uma alta porcentagem de indivíduos solteiros, 78,6% (n=11), e nenhum usuário casado(a) ou divorciado(a) (Tabela 4). Sobre isso, Alencar et al. (2012) evidenciam que a situação conjugal do paciente esquizofrênico pode estar associada à adesão ao tratamento e apoio social.

A prevalência de indivíduos solteiros no estudo em questão pode indicar que a doença seja um obstáculo para concretização de relacionamentos, contudo mais estudos seriam necessários para confirmar a causa. Sobre esse tema, Oliveira, Facina e Siqueira-Junior (2012) relatam que a estigmatização traz consequência, como a perda da autoestima, a perda da dignidade, os sentimentos de desesperança, o afastamento das relações sociais e a perda da cidadania e de seus direitos, diminuindo as possibilidades de ressocialização, uma vez que, na visão da sociedade, esses indivíduos fogem das normas sociais.

Tabela 4 – Perfil dos usuários do Caps de Rolim de Moura com dispensação de antipsicóticos de ação prolongada no ano de 2015 quanto ao estado civil

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	Nº	%
Estado Civil	Solteiro	11	78,6
	Casado	00	0
	Divorciado	00	0
	Viúvo	02	14,3
	Não informado	01	7,1
	Total	14	100

Fonte: Os autores, 2015.

O nível de escolaridade está descrito na Tabela 5, posto que 21,6% (n=3) dos pacientes, maioria dentre os que informaram a escolaridade, possuíam o Ensino Fundamental incompleto. Analisando os demais dados é possível observar que, para aqueles não alfabetizados, com Ensino Fundamental completo, Ensino Médio incompleto e nível Superior completo, o percentual foi de 7,1% (n=1) para cada nível, e 50% (n=7) não tiveram registro dessa informação no prontuário. Paulino (2013), em uma pesquisa sobre pacientes esquizofrênicos em um centro de atenção psicossocial de saúde mental em Itajaí, também apresentou o maior número de usuários com Ensino Fundamental incompleto, correspondendo a 36%.

Esses dados podem ser explicados pela capacidade intelectual, pois pacientes esquizofrênicos demonstram alterações no desempenho em uma grande variedade de testes neuropsicológicos. Os prejuízos cognitivos são alterações primárias da esquizofrenia e, apesar de a disfunção cognitiva não ser um critério de inclusão para o diagnóstico de esquizofrenia nas classificações atuais, a conceituação atual menciona as alterações cognitivas entre os sintomas característicos da doença. Assim, as alterações cognitivas são a principal causa de incapacidade funcional para o paciente portador de esquizofrenia. Elas têm elevada prevalência e estão presentes mesmo na fase pré-mórbida da doença (FERREIRA JUNIOR et al., 2010). Além disso, a evasão escolar é um problema prevalente e frequentemente relacionado a transtornos mentais ou a problemas de funcionamento familiar (ESTANISLAU; BRESSAN, 2014).

Tabela 5 – Perfil dos usuários do Caps de Rolim de Moura com dispensação de antipsicóticos de ação prolongada no ano de 2015 quanto ao nível de escolaridade

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	Nº	%
Escolaridade	Não alfabetizado	01	7,1
	E. F. incompleto	03	21,6
	E. F. completo	01	7,1
	E. M. incompleto	01	7,1
	E. M. completo	00	0
	E. Superior	01	7,1
	Não informado	07	50
	Total	14	100

Fonte: Os autores, 2015.

Os transtornos esquizofrênicos comprometem as esferas do funcionamento social, afetivo e produtivo. Em decorrência do período da vida em que se manifesta, pode influenciar diretamente na aquisição dos papéis

ocupacionais e na qualidade de vida (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2007). Os dados encontrados no presente estudo confirmam tal afirmação, pois 35,7% (n=5) dos pacientes não tiveram ocupação informada no prontuário, 7,1% (n=1) eram donas de casa, 14,3% (n=2) eram aposentados e o mesmo valor também ocorreu para os pensionistas. Dentre os que possuem ocupação, 28,6% (n=4) se declararam, respectivamente, agricultores, garçons e ajudantes.

Ainda sobre a ocupação dos pacientes com esquizofrenia, Silveira et al. (2011), em estudo nos Caps do Rio de Janeiro, também observaram que, dos usuários com esquizofrenia, 75,4% não tinham profissão, 16,7% tinham profissão e 7,8% não constava nenhum tipo de profissão no prontuário, auxiliando a hipótese de perda da capacidade profissional desses pacientes.

Os medicamentos utilizados pelos pacientes esquizofrênicos nesta pesquisa incluem o palmitato de pipotiazina 25mg e 100mg, bem como o decanoato de haloperidol 70,52mg, e este último é usado com maior frequência (50%), como mostra a Tabela 6. Embora o efeito terapêutico esteja comprovado e os benefícios sejam evidentes, o emprego desses medicamentos nos diversos países está relacionado à tendência psiquiátrica e cultural de cada um deles (BECHELLI, 2003).

No Brasil, em 1998, o decanoato de haloperidol, o palmitato de pipotiazina e o penfluridol corresponderam aproximadamente a 5% do total das prescrições em nossas farmácias. Estudos realizados em dez países da Europa, entre 1º de setembro de 2000 e 31 de dezembro de 2001, indicam que 24,1% dos esquizofrênicos receberam antipsicótico de ação prolongada. Nos Estados Unidos da América do Norte os antipsicóticos de ação prolongada são utilizados em 5% a 20% dos pacientes (BECHELLI, 2003).

Tabela 6 – Medicação, posologia e alteração da prescrição com dispensação de antipsicóticos de ação prolongada no ano de 2015

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	Nº	%
Medicação	Palmitato de pipotil 25mg	02	14
	Palmitato de pipotil 100mg	05	36
	Decanoato de haloperidol 70.52mg	07	50
	Total	14	100
Posologia	D. haloperidol 70.52mg 1 amp. Mês	02	14,3
	D. haloperidol 70.52mg 2 amp. Mês	01	7,1
	D. haloperidol 70.52mg 3 amp. Mês	06	42,9
	P. de pipotiazina 100mg 1 amp. Mês	04	28,6
	P. de pipotiazina 100mg ½ amp. Mês	01	7,1
	Total	14	100
Alteração da prescrição	Suspensão	01	7,1
	Dose aumentada	02	14,3
	Dose diminuída	01	7,1
	Substituição	03	21,5
	Não	07	50
	Total	14	100

Fonte: Os autores, 2015.

Para Cordioli, Gallois e Isolan (2015), uma vez escolhida a droga e definidos os sintomas-alvo, o clínico fará um plano de tratamento que envolve a fase aguda, a manutenção e as medidas para prevenção de recaídas.

Como demonstra a Tabela 6, 42,9% (n=6) dos pacientes fazem uso de decanoato de haloperidol, 3 ampolas via intramuscular por mês. O restante dos pacientes que usam esse mesmo fármaco correspondem a 14,3% (n=2), com a utilização de 2 ampolas ao mês e 7,1% (n=1) com 1 ampola por mês. O palmitato de pipotiazina, com menor porcentagem de uso, corresponde a 35,7% do total, com maior ênfase para a posologia de 1 ampola de 100mg por mês 28,6% (n=4).

Sobre a dose, Cordioli, Gallois e Isolan (2015) afirmam que, no tratamento de episódios psicóticos agudos, inicia-se em geral com doses baixas, aumentando gradualmente, em razão da tolerância aos efeitos colaterais, até atingir as doses médias diárias recomendadas. As taxas de não adesão nos pacientes do espectro esquizofrênico estão em torno de 50%, e os efeitos colaterais são um dos fatores de abandono do tratamento (FUCHS; WANNMACHER, 2010; SILVA et al., 2012).

Sobre a alteração da prescrição, na Tabela 6 é possível verificar que a maior parte dos usuários, 21,5% (n=3), fez substituição do medicamento utilizado. Para outros, foi necessário aumentar a dose, 14,3% (n=2), ou diminuí-la, 7,1% (n=1). Já a suspensão ocorreu nos casos em que o manejo adequado dos medicamentos orais foi suficiente para estabilizar o paciente. Uma das hipóteses para alteração da medicação prescrita seria de que muitas vezes os laboratórios interrompem a fabricação de alguns medicamentos, forçando a alteração por aquele com maior semelhança ao utilizado.

Ainda sobre a alteração da prescrição, a troca por outro antipsicótico provoca uma mudança do perfil de efeitos indesejados, mas não a supressão dos mesmos. Assim, o clínico deve estar sensível para as dificuldades particulares de seu paciente e selecionar o medicamento com maior efeito antipsicótico e menor desconforto e risco. O aumento do número e das indicações dos psicofármacos, com sua utilização cada vez maior em associações, leva à necessidade da sistematização do estudo das interações medicamentosas (SOARES, 2006).

Ainda foi possível verificar, neste estudo, que muitos pacientes esquizofrênicos utilizam, além dos antipsicóticos, outros medicamentos associados, tais como ansiolíticos, antidepressivos, antiparkinsonianos, anticonvulsivantes, antipsicóticos orais, estabilizadores de humor e anti-histamínicos. De acordo com Contreras e Alvarez (2011), há uma maior tendência em se empregar a politerapia na prática clínica como forma de diminuir os efeitos adversos de alguns fármacos.

Pelo menos 21,5% (n=3) dos pacientes apresentaram outra patologia associada à esquizofrenia. Dentre eles, um homem com episódio leve de depressão (F32.0) e duas mulheres, sendo uma com transtorno esquizotípico (F21) e a outra com transtorno esquizoafetivo (F25). Assim, além da esquizofrenia, podem exibir sintomas positivos o transtorno bipolar, o transtorno esquizoafetivo, a depressão psicótica, a doença de Alzheimer e outras demências orgânicas, as doenças psicóticas da infância, as psicoses induzidas por substâncias e outros transtornos, sendo necessário diferenciá-los para o correto diagnóstico (STAHL, 2014).

De acordo com os prontuários pesquisados, houve apenas dois registros de internação no ano de 2015, ambos em pacientes do sexo masculino. Silveira et al. (2011), em sua pesquisa, revelam que a maioria dos usuários com diagnóstico de esquizofrenia já estiveram internados, havendo um discreto predomínio de três a cinco internações, sendo a predominância também no sexo masculino. Conforme Chaves (2000), os homens têm pior evolução da doença, em virtude de fatores como a probabilidade maior de permanecer solteiro, idade de início mais precoce, sintomas negativos, pior resposta ao tratamento e alterações cerebrais estruturais.

No ano de 2015, ainda segundo os prontuários, foram registradas quatro visitas domiciliares, duas para pacientes do sexo feminino e duas para o sexo masculino. Para Pietroluongo e Resende (2007), a visita domiciliar tem como objetivo compreender o discurso psicótico para que se descubra os problemas demandados pela família, ampliando a possibilidade de execução de futuras ações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se descrever o perfil clínico dos usuários de um Caps diagnosticados com esquizofrenia e que utilizaram antipsicóticos de ação prolongada, pôde-se constatar a predominância do sexo masculino em idade jovem adultos. Estes dados não causam nenhuma estranheza, uma vez que alinham com as características da pessoa esquizofrênica descrita na literatura.

Da mesma forma, o baixo nível de escolaridade entre os participantes deste estudo corrobora os achados de outras pesquisas. É provável que muitos desses usuários abandonaram seus estudos em virtude da manifestação inicial da patologia na adolescência, considerando que é nessa faixa etária que ocorrem os primeiros sintomas. Outro dado encontrado entre os sujeitos pesquisados nesta investigação, que se assemelha a outros estudos, é o estado civil. Uma das características do esquizofrênico é a dificuldade de manter relacionamentos conjugais, o que parece explicar o número de usuários solteiros.

Chama-se a atenção ao elevado percentual de usuários que faz uso contínuo de antipsicóticos, confirmando essa prática como a principal conduta no atendimento dessa população. É preciso pensar em ações que efetivem as estratégias terapêuticas que visam à redução do quantitativo de medicamentos utilizados nos tratamentos, sem prejuízos aos usuários.

Outro fato bastante interessante é a ausência de algumas informações nos prontuários que serviram de fonte para responder os objetivos desta pesquisa. Ressalta-se aqui a importância do correto preenchimento dos prontuários por parte dos profissionais da saúde, pois este é fundamental para o entendimento da complexidade e evolução da patologia. Também é necessário ter atenção quanto à legibilidade para que outros profissionais possam entender o esquema de tratamento realizado. É importante padronizar um modelo de registro que contenha o maior número de informações possíveis dos usuários.

Ressalta-se que este estudo apresenta limitações, portanto estes resultados não poderão ser generalizados. Uma das lacunas refere-se ao tamanho reduzido da amostra investigada. Outro ponto a ser considerado se refere à falta de qualidade das informações obtidas dos prontuários, uma vez que muitos registros estavam ilegíveis ou não preenchidos, o que restringe os resultados do presente estudo.

Mesmo com essas limitações os achados deste estudo servirão de instrumentos sinalizadores de efetivação de estratégias de atendimento a estes usuários, considerando que o estudo desta patologia é fundamental para que se compreendam as falhas que envolvem a baixa adesão e para que se desenvolvam novas terapias ou alternativas de tratamento mais eficazes. Neste contexto, o uso de antipsicóticos de ação prolongada poderia ser uma opção plausível, posto que pesquisas demonstraram uma maior adesão nessa classe. Neste contexto, o Caps ocupa lugar estratégico como dispositivo de atendimento psicossocial à pessoa diagnosticada com esquizofrenia por meio de terapias medicamentosas e intervenções não farmacológicas.

Sugere-se novos estudos com essa população, que possam analisar aspectos que não foram contemplados nesta pesquisa. São necessários estudos que avaliem o entendimento desses usuários e de seus familiares sobre a patologia em questão, levando em consideração a importância do conhecimento dos seus sintomas, acompanhamento e evolução do tratamento.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, B. R. et al. Assistência farmacêutica e saúde mental no Sistema Único de Saúde. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.*, v. 33, n. 4, p. 489-495, 2012. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-667047>>. Acesso em: 20 jan. 2016.
- ARAÚJO, A. C.; NETO, F. L. A nova classificação americana para os transtornos mentais o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014. Disponível em: <<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/viewFile/659/406>>. Acesso em: 2 fev. 2016.
- BATISTA, E. C.; FERREIRA, D. F. A música como instrumento de reinserção social na saúde mental: um relato de experiência. *Rev. Psicologia em Foco*, Frederico Westphalen, v. 7, n. 9, p. 67-79, jul. 2015. Disponível em: <<http://revistas.fw.uri.br/index.php/psicologiaemfoco/article/view/1593/1940>>. Acesso em: 3 abr. 2016.
- BARROS, R. F. *Fatores sociais e esquizofrenia: investigando possíveis associações*. 2013. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Botucatu, 2013.
- BECHELLI, L. P. C. Antipsicóticos de ação prolongada no tratamento de manutenção da esquizofrenia. Parte I. Fundamentos do seu desenvolvimento, benefícios e nível de aceitação em diferentes países e culturas. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 11, n. 3, p. 341-349, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16544.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 364, de 9 de abril de 2013. *Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Esquizofrenia*. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. *Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de Caps e de UA*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRESSAN, R. A.; NOTO, C. S. *Esquizofrenia: avanços no tratamento multidisciplinar*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- CEZARETTO, M. et al. Perfil clínico e sociodemográfico de pacientes com esquizofrenia refratária tratados em um centro terciário. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 63, n. 3, p. 185-190, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n3/0047-2085-jbpsiq-63-3-0185.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2016.
- CHAVES, A. C. Diferenças entre os sexos na esquizofrenia. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 22, supl. 1, p. 21-22, maio 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s1/a08v22s1.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2016.
- CONTRERAS, E. L.; ÁLVAREZ, J. L. F. Monoterapia versus Politerapia en el tratamiento de la Psicosis: ¿Con qué nos quedamos? *Revista Clínica de Medicina de Família*, v. 4, n. 2, p. 140-145, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169619932008>>. Acesso em: 10 abr. 2016.
- CORDIOLI, A. V.; GALLOIS, C. B.; ISOLAN, L. *Psicofármacos: consulta rápida*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- CURATOLO, E. Esquizofrenia na Infância. In: KONKIEWITZ, E. C. (Org.). *Aprendizagem, comportamento e emoções na infância e adolescência: uma visão transdisciplinar*. Dourados, MS: Editora UFGD, 2013.
- ESTANISLAU, G. M.; BRESSAN, R. A. *Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber*. São Paulo: Artmed, 2014.
- FERREIRA JUNIOR, B. C. et al. Alterações cognitivas na esquizofrenia: atualização. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*, v. 32, n. 2, p. 57-63, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v32n2/v32n2a06>>. Acesso em: 2 abr. 2016.

FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L. *Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Anual de Serviços (PAS)*. 2015. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=11002811>>. Acesso em: 2 abr. 2016.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MIASSO, A. I.; VEDANA, K. G. G. O significado do tratamento farmacológico para a pessoa com esquizofrenia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 670-678, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281432119020>>. Acesso em: 2 mar. 2016.

OLIVEIRA, R. M.; FACINA, P. C. B. R.; SIQUEIRA-JUNIOR, A. C. A realidade do viver com esquizofrenia. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 65, n. 2, p. 309-316, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a17.pdf>>. Acesso em: 8 jun. 2016.

OLIVEIRA, V. F. et al. Caracterização de paciente com transtornos mentais atendidos no centro de atenção psicossocial em São Francisco do Conde – Bahia. *Rev. Ciênc. Méd. Biol.*, Salvador, v. 13, n. 2, p. 204-211, 2014. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/11672>>. Acesso em: 25 maio 2016.

PAULINO, M. C. *Perfil sociodemográfico e caracterização do tratamento psicofarmacológico oferecido aos sujeitos com esquizofrenia atendidos pelo centro de atenção psicossocial saúde mental no município de Itajaí (SC)*. 80f. Monografia (Graduação em Farmácia) – Universidade do Vale do Itajaí, 2013.

PIETROLUONGO, A. P. C.; RESENDE, T. I. M. Visita domiciliar em saúde mental: o papel do psicólogo em questão. *Psicol. Cienc. Prof.*, Brasília, v. 27, n. 1, p. 22-31, mar. 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v27n1/v27n1a03.pdf>>. Acesso em: 8 jun. 2016.

SCHMITZ, A. P.; KREUTZ, O. C.; SUYENAGA, E. S. Antipsicóticos atípicos versus efeito obsogênico sob a óptica da química farmacêutica. *Electronic Journal of Pharmacy*, v. 12, n. 3, p. 23-35, 2015. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/REF/article/view/33714/pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2016.

SILVA, T. F. C. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes do espectro esquizofrênico: uma revisão sistemática da literatura. *J. Bras. Psiquiatr.*, v. 61 n. 4, p. 242-251, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v61n4/08.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

SILVEIRA, J. L. F. et al. Caracterização dos usuários com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos dos Centros de Atenção Psicossocial. *Cad. Saúde Colet.*, v. 19, n. 1, p. 27-32, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_1/artigos/CSC_v19n1_27-32.pdf>. Acesso em: 15. abr. 2016.

SOARES, O. T. *Guia de interações medicamentosas em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Epuc, 2006.

STAHL, S. M. *Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

SUN, J. et al. Characterization of Schizophrenia Adverse Drug Interactions through a Network Approach and Drug Classification. *BioMed Research International*, v. 2.013, p. 1-10, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3782118/>>. Acesso em: 27 fev. 2016.

TAY-TEO, K. et al. O custo da recaída no tratamento da esquizofrenia no Brasil. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, v. 6, n. 2, 2014. Disponível em: <https://www.google.com.br/search?q=O+custo+da+reca%C3%ADa+no+tratamento+da+esquizofrenia+no+Brasil&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=faQGWaHuM4yfwATnyLVQ>. Acesso em: 27 fev. 2016.