

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE FARMÁCIA

LUARA LOPES MAIA

**FATORES ASSOCIADOS À TENTATIVA DE SUICÍDIO ENTRE  
USUÁRIOS DE ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS ATENDIDOS EM UMA  
FARMÁCIA DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA  
FARMACÊUTICA EM MINAS GERAIS**

Belo Horizonte – MG

2021

LUARA LOPES MAIA

**FATORES ASSOCIADOS À TENTATIVA DE SUICÍDIO ENTRE USUÁRIOS DE  
ANTIPSIÓTICOS ATÍPICOS ATENDIDOS EM UMA FARMÁCIA DO  
COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM  
MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestra em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Orientadora: Profa. Dra. Edna Afonso Reis.  
Coorientadores: Prof. Dr. Helian Nunes de Oliveira e Profa. Dra. Cristina Mariano Ruas.

Belo Horizonte

2021

M217f Maia, Luara Lopes.  
Fatores associados à tentativa de suicídio entre usuários de antipsicóticos atípicos atendidos em uma farmácia do componente especializado da assistência farmacêutica em Minas Gerais / Luara Lopes Maia. – 2021.  
74 f.

Orientadora: Edna Afonso Reis.  
Coorientador: Helian Nunes de Oliveira.  
Coorientadora: Cristina Mariano Ruas.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

1. Antipsicóticos – Teses. 2. Tentativa de suicídio – Teses. 3. Transtornos mentais – Teses. 4. Transtornos psicóticos – Teses. I. Reis, Edna Afonso. II. Oliveira, Helian Nunes de. III. Ruas, Cristina Mariano. IV. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia. V. Título.

CDD: 616.89



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE FARMÁCIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

#### FOLHA DE APROVAÇÃO

**FATORES ASSOCIADOS À TENTATIVA DE SUICÍDIO ENTRE USUÁRIOS DE ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS ATENDIDOS NA FARMÁCIA ESTADUAL DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS.**

**LUARA LOPES MAIA**

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, como requisito para obtenção do grau de Mestra em MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, área de concentração MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.

Aprovada em 10 de SETEMBRO de 2021, pela banca constituída pelos membros:

Profa. Edna Afonso Reis - Orientadora (ICEX-UFMG)  
Prof. Helian Nunes de Oliveira - Coorientador (Faculdade de Medicina/UFMG)  
Profa. Cristina Mariano Ruas - Coorientadora (FAFAR-UFMG)  
Profa. Elaine Leandro Machado (Faculdade de Medicina/UFMG)  
Prof. Cristiano Soares de Moura (McGill University/Canadá)  
Prof. Saulo Castel (University of Toronto/Canadá)



Documento assinado eletronicamente por **Elaine Leandro Machado, Professora do Magistério Superior**, em 10/09/2021, às 12:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Edna Afonso Reis, Professora do Magistério Superior**, em 10/09/2021, às 12:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cristiano Soares de Moura, Usuário Externo**, em 10/09/2021, às 12:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Helian Nunes de Oliveira, Professor do Magistério Superior**, em 10/09/2021, às 15:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cristina Mariano Ruas, Professora do Magistério Superior**, em 13/09/2021, às 11:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Saulo Castel, Usuário Externo**, em 16/10/2021, às 10:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0934103** e o código CRC **87C682BE**.

Dedico este trabalho à minha família, por todo apoio, suporte e torcida. Em especial à minha tia Maria José Maia (*in memorian*) e ao meu primo Guilherme Maia Oliveira (*in memorian*).

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por iluminar o meu caminho e ter me abençoado com pessoas tão especiais durante a trajetória do mestrado.

De maneira especial, agradeço aos professores Edna, Cristina e Helian pela oportunidade de realizar este trabalho, pela confiança, compartilhamento de ideias e conhecimentos e por toda a ajuda durante a realização deste trabalho.

Agradeço às bancas de qualificação e de defesa do mestrado: Elaine Leandro Machado, Carlos Eduardo Leal Vidal, Tarcisio Marcio Magalhaes Pinheiro, Cristiano Soares de Moura e Saulo Castel pelas preciosas sugestões e questionamentos que foram fundamentais nesse processo.

Agradeço à Juliana pela parceria durante o mestrado, passar por esse momento ao lado de alguém que sabia exatamente cada detalhe do que estava acontecendo foi reconfortante!

Aos colegas do projeto SCHEEA, que desde a coleta de dados às discussões nos grupos de pesquisa são essenciais para que um tema tão importante como a saúde mental seja discutido.

À Carolina pelo auxílio na parte estatística do trabalho, sua ajuda foi essencial.

Aos meus pais, Edivá e Vilma, pelo incentivo em busca do crescimento pessoal, profissional e acadêmico. Vocês nunca mediram esforços para me ensinar o caminho do bem e sempre me apoiaram em todas as etapas da minha vida. Sem vocês eu não chegaria até aqui. Amo vocês!

À minha irmã Maíra pelo suporte em todos aspectos, ter você a uma mensagem de distância fez toda a diferença, cada palavra trocada foi essencial na minha trajetória. Amo você!

Aos meus amigos e familiares, obrigada por demonstrarem amor, carinho e compreensão diante das ausências.

À colaboração da Drogaria Lucena, representada pelas minhas coordenadoras Claudia e Marília, que possibilitaram que eu conciliasse as duas atividades durante esse período.

E por último, mas igualmente importantes, agradeço a cada participante dessa pesquisa que propiciaram a construção dos resultados apresentados aqui.

## RESUMO

A saúde mental de um indivíduo é essencial para a sua vida plena. Transtornos mentais podem comprometer negativamente suas capacidades e escolhas. Os transtornos mentais são doenças, geralmente crônicas, com alta prevalência em todo o mundo, contribuindo para a morbidade, incapacidade e mortalidade precoces. Dentre os transtornos mentais, os transtornos psicóticos se caracterizam por delírios, alucinações, pensamento desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal e sintomas negativos. Para o tratamento inicial da esquizofrenia e de outros transtornos psicóticos todos os antipsicóticos podem ser utilizados sem ordem de preferência. Os antipsicóticos considerados atípicos têm a capacidade de promover a ação antipsicótica em doses que não produzam, de modo significativo, sintomas extrapiramidais. Transtornos mentais, distúrbios neurológicos e tentativas de suicídio anteriores são considerados os principais fatores de risco para o suicídio. A tentativa de suicídio é considerada um fenômeno complexo e multicausal, possui como determinantes os fatores sociais, econômicos, culturais, biológicos e a história de vida pessoal. Os fatores pensados para proteger contra o suicídio incluem estratégias positivas de enfrentamento, habilidades eficazes de resolução de problemas e satisfação geral com a vida. O objetivo deste trabalho é avaliar a prevalência da tentativa de suicídio entre usuários de antipsicóticos atípicos fornecidos pelo SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais e identificar seus fatores associados à sua ocorrência. Trata-se de um estudo transversal realizado a partir de uma entrevista face a face, com pacientes acima de 18 anos que estavam em uso de antipsicóticos atípicos (clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina ou ziprasidona). Dados sociodemográficos, comportamentais e clínicos foram coletados, além da variável dependente tentativa de suicídio. As associações entre as variáveis independentes e a variável dependente foram analisadas ajustando um modelo de regressão logística. Entre os 439 indivíduos incluídos na análise, a prevalência da tentativa de suicídio foi de 33,94%. Detectou-se associação estatisticamente significativa entre tentativa de suicídio e cor da pele parda/preta, uso de álcool e/ou cigarro, incapacidade de realizar atividades habituais, ansiedade e/ou depressão moderadas/extremas e ter passado por pelo menos uma internação por motivos psiquiátricos. Os resultados demonstraram que características comportamentais,

sociais e a presença de outras doenças estão associados à tentativa de suicídio por indivíduos com transtornos mentais graves. Dessa forma, para definir a gravidade ou risco de um quadro de saúde mental, além de seus sinais e sintomas, faz-se necessário considerar a presença de outros fatores considerados agravantes ou protetores. Deve-se considerar durante o tratamento e acompanhamento desses indivíduos, além da doença diagnosticada, os determinantes sociais e comportamentais que influenciam no desfecho da assistência ofertada.

Palavras-chave: antipsicóticos; tentativa de suicídio; transtornos mentais.



## ABSTRACT

An individual's mental health is essential to his full life. Mental disorders can negatively compromise your abilities and choices. Mental disorders are diseases, usually chronic, with high prevalence worldwide, contributing to early morbidity, disability and mortality. Among mental disorders, psychotic disorders are characterized by delusions, hallucinations, disorganized thinking, grossly disorganized or abnormal motor behavior and negative symptoms. For the initial treatment of schizophrenia and other psychotic disorders all antipsychotics can be used without order of preference. Atypical antipsychotics have the ability to promote antipsychotic action at doses that do not significantly produce extrapyramidal symptoms. Mental disorders, neurological disorders and previous suicide attempts are considered the main risk factors for suicide. Suicide attempt is considered a complex and multicausal phenomenon, having as determinants the social, economic, cultural, biological and personal life factors. Factors designed to protect against suicide include positive coping strategies, effective problem-solving skills, and overall life satisfaction. The objective of this study is to evaluate the prevalence of suicide attempts among users of atypical antipsychotics provided by Sistema Único de Saúde in Belo Horizonte, Minas Gerais and to identify the factors associated with its occurrence. This is a cross-sectional study conducted from a face-to-face interview with patients over 18 years of age who were using atypical antipsychotics (clozapine, risperidone, olanzapine, quetiapine or ziprasidone). Sociodemographic, behavioral and clinical data were collected, in addition to the dependent variable suicide attempt. The associations between the independent variables and the dependent variable were analyzed by adjusting a logistic regression model. Among the 439 individuals included in the analysis, the prevalence of suicide attempt was 33.94%. A statistically significant association was detected between suicide attempt and brown/black skin color, alcohol and/or cigarette use, inability to perform habitual activities; moderate/extreme anxiety and/or depression and have undergone at least one psychiatric hospitalization. The results show that behavioral and social characteristics and the presence of other diseases contribute to the suicide attempt by individuals with severe mental disorders. Thus, in order to define the severity or risk of a mental health condition, in addition to its signs and symptoms, it is necessary to consider the presence of other factors considered aggravating or

protective. It should be considered during the treatment and follow-up of these individuals, in addition to the diagnosed disease, the social and behavioral determinants that influence the outcome of the care offered.

Keywords: antipsychotics; suicide attempt; mental disorders.

## SUMÁRIO

<b>1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	<b>10</b>
<b>1.1 Tentativa de suicídio</b> .....	<b>12</b>
<b>1.2 Transtornos mentais</b> .....	<b>15</b>
1.2.1 Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos .....	16
<b>1.3 Atenção à saúde mental no Brasil</b> .....	<b>18</b>
<b>1.4 Política Nacional de Assistência Farmacêutica e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica</b> .....	<b>20</b>
<b>1.5 Tratamento farmacológico</b> .....	<b>21</b>
<b>1.6 Suporte social e promoção da saúde</b> .....	<b>23</b>
1.6.1 Apoio familiar .....	25
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>27</b>
<b>2.1 Objetivo geral</b> .....	<b>27</b>
<b>2.2 Objetivos específicos</b> .....	<b>27</b>
<b>3 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>28</b>
<b>3.1 Caracterização do estudo</b> .....	<b>28</b>
<b>3.2 Delineamento do estudo</b> .....	<b>28</b>
3.2.1 População e local do estudo .....	28
3.2.2 Seleção dos pacientes e coleta dos dados .....	28
<b>3.3 Variáveis</b> .....	<b>29</b>
3.3.1 Variável dependente .....	29
3.3.2 Variáveis independentes .....	29
<b>3.4 Análise estatística</b> .....	<b>30</b>
<b>3.5 Aspectos éticos</b> .....	<b>30</b>
<b>4 ARTIGO DE RESULTADOS</b> .....	<b>32</b>
<b>5 CONCLUSÃO</b> .....	<b>52</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>53</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>59</b>
<b>Apêndice A - Termo de consentimento livre e esclarecido</b> .....	<b>59</b>
<b>Apêndice B - Formulário de entrevista inicial</b> .....	<b>60</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>70</b>
<b>Anexo I – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa</b> .....	<b>70</b>

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O suicídio é um fenômeno mundial. Todos os anos, cerca de 800.000 pessoas morrem por suicídio. A taxa global de mortalidade anual foi estimada em 10,7 por 100.000 indivíduos (WHO, 2017 *apud* BACHMANN, 2018). Só no Brasil, cerca de 10 mil pessoas morrem por suicídio por ano, resultando em uma taxa bruta de suicídio de 5,5 por 100.000 em 2015 (RODRIGUES *et al.*, 2019). No início do século XXI, a maior mortalidade globalmente por suicídio foi devido à depressão, seguida por transtornos relacionados ao uso de substâncias, esquizofrenia e transtornos de personalidade (BERTOLOTE *et al.*, 2004).

As tentativas de suicídio estão incluídas na definição mais ampla de automutilação, o que significa danos físicos auto infligidos com ou sem intenção de morrer. Em todo o mundo, há poucos dados sobre tentativas de suicídio e, se presente, a qualidade é baixa devido à falta de estatísticas confiáveis, que se relacionam com não-diagnóstico e subnotificação (BACHMANN, 2018).

A prevalência de esquizofrenia é estimada em cerca de 1% em todo o mundo e sabe-se que 25% a 50% dos pacientes com esquizofrenia tentam o suicídio durante a vida. Isso representa um aumento de 50 a 100 vezes na tendência suicida em comparação à população em geral (CASSIDY *et al.*, 2018; LU *et al.*, 2020). No entanto, o suicídio é um evento altamente evitável, e há estratégias preventivas para reduzi-la em pacientes com esquizofrenia (CASSIDY *et al.*, 2018).

Na esquizofrenia as tentativas ocorrem durante os primeiros anos de doença em cerca de 10% dos pacientes (NORDENTOFT *et al.*, 2015). No início precoce da esquizofrenia, ou seja, em adolescentes, o número de tentativas e suicídios concluídos é maior do que quando comparado a adultos com diagnóstico recente (REMSCHMIDT & THEISEN, 2012).

Os medicamentos antipsicóticos são indicados principalmente para o tratamento da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, eles são classificados como antipsicóticos típicos ou atípicos. A heterogeneidade em termos de resposta dos indivíduos ao tratamento antipsicótico e a incapacidade atual de prever a resposta

leva a uma estratégia de tentativa e erro com o tratamento (LALLY & MACCABE, 2015).

O tratamento adequado para esquizofrenia foi identificado como fator protetor para o suicídio como desfecho. A prevenção do suicídio na esquizofrenia depende da identificação de fatores de risco. No entanto, a previsão de suicídio em pessoas com esquizofrenia é complexa, e os esforços de prevenção também devem se concentrar na otimização da adesão à medicação (HOR & TAYLOR, 2010).

Os transtornos mentais possuem impacto relevante a longo prazo no funcionamento social e ocupacional dos pacientes. Por se tratarem de doenças que interferem em aspectos psicológicos e sociais, além do tratamento farmacológico, faz-se necessário entender todas as condições que afetam a vida e o comportamento dos pacientes. Estudar as razões que culminam em tentativa de suicídio nesses pacientes é de grande relevância, além de entender o papel que o tratamento medicamentoso possa ter nesse cenário.

## 1.1 Tentativa de suicídio

O suicídio é um comportamento mórbido complexo e de grande preocupação para a saúde pública, classificada entre as principais causas de morte em muitos países desenvolvidos (HETTIGE *et al.*, 2018).

A tentativa de suicídio é considerada um fenômeno complexo e multicausal, possui como determinantes os fatores sociais, econômicos, culturais, biológicos e a história de vida pessoal (BRASIL, 2017a). Apenas uma em cada três pessoas que tentam o suicídio chega a ser atendida em um serviço médico de urgência, levando a crer que muito casos podem ser subnotificados (BRASIL, 2017a; BOTEGA *et al.*, 2009).

O risco de suicídio, além de estar associado a tentativas anteriores, também está relacionado ao motivo da última internação e se ocorreu alguma tentativa durante essa internação. Hawton *et al.* (2005) também evidenciou que o suicídio está ligado à ideiação suicida tanto passada quanto recente.

Visando a prevenção e tratamento da autoagressão e o suicídio (tentado e consumado) foram instituídos a Lei nº 13.819 (BRASIL, 2019), bem como o Decreto nº 10.225 (BRASIL, 2020), os quais implantaram a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, que deve ser seguida pela União, Estados, Municípios e Distrito Federal. Essas disposições legais têm como objetivos promover a saúde mental, controlando seus fatores determinantes e condicionantes; garantir tratamento psicossocial adequado àqueles em sofrimento psíquico e igualmente aos seus familiares e pessoas próximas das vítimas de suicídio; informar e sensibilizar a sociedade incentivando a coletividade a reconhecer a importância das lesões autoprovocadas e suicídio como problemas de saúde pública; fomentar o debate, capacitação e articulação intersetorial de profissionais da saúde, entre outras.

Dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) revelaram que houveram 34.762 tentativas de suicídio no Brasil entre os anos de 2011 e 2016. A análise desses registros mostrou predominância da ocorrência em mulheres, raça/cor branca, nas faixas etárias da adolescência (10-19 anos) e adultos jovens (20-39 anos), residentes da zona urbana e com escolaridade menor que 8 anos de estudo.

Os dados relacionados à presença de deficiência/transtornos apresentaram proporções semelhantes entre mulheres (25,5%) e homens (27,7%) com notificação de lesão autoprovocada e tentativa de suicídio (BRASIL, 2017a). Os registros apresentados se referem ao total de notificações de tentativas de suicídio, este relatório publicado pelo SINAN não evidenciou a representação de tentativas de suicídio entre a população com transtornos mentais.

A tentativa de suicídio é mais prevalente entre indivíduos com transtornos mentais, que na população geral (HETTIGE *et al.*, 2018). As doenças psiquiátricas são responsáveis pela grande maioria das tentativas de suicídio; os números são pelo menos 10 vezes mais altos do que na população em geral. O percentual relatado de suicídios concluídos entre as pessoas com doenças psiquiátricas que tentaram suicídio varia entre 60% e 98% (BACHMANN, 2018). A prevalência de tentativas de suicídio em indivíduos com esquizofrenia ao longo da vida é de 26,8%, além disso, a prevalência em indivíduos com esquizofrenia é muito maior do que o número correspondente em populações gerais (LU *et al.*, 2020).

Uma pesquisa realizada em uma cidade do Paraná constatou que os distúrbios mentais/neurológicos foram os mais prevalentes em pacientes do sexo feminino atendidos por tentativa de suicídio em um serviço pré-hospitalar. Transtornos mentais, distúrbios neurológicos e tentativas de suicídio anteriores foram considerados os principais fatores de risco para o suicídio (ROSA *et al.*, 2016).

O comportamento suicida é geralmente definido ao longo de um caminho contínuo que inclui ideação suicida, automutilação deliberada com intenção mínima (autolesão não-suicida), e tentativa de suicídio com níveis mais elevados de intenção e ameaça médica, culminando com a morte auto infligida (HETTIGE *et al.*, 2018).

A busca pela caracterização dos indivíduos que morreram por suicídio envolve entrevistas com pessoas próximas e exame de registros oficiais. Esta abordagem mostrou que os transtornos psiquiátricos estão presentes em cerca de 90% das pessoas que suicidam e contribuem de 47 a 74% do risco populacional de suicídio (HAWTON & VAN HEERINGEN, 2009).

Um estudo publicado por Yeh *et al.* (2020) revelou que o comportamento de automutilação intencional (suicídio) de idosos esteve associado a doenças psiquiátricas ou doenças físicas, especialmente depressão, esquizofrenia e câncer. O aumento do risco de suicídio em jovens esteve associado a transtornos de humor, esquizofrenia, uso de substâncias e epilepsia. Maior exposição ao cuidado da saúde mental pode estar associada ao menor risco de suicídio (FONTANELLA *et al.*, 2020).

Em estudo realizado por Bottcher & Garay (2021) mostrou que embora a mortalidade por suicídio tenha aumentado muito no Brasil, isso não se reflete na taxa devido ao crescimento populacional progressivo. Dados levantados pelos autores demonstraram que dentre os fatores de risco que afetaram os comportamentos suicidas de adultos jovens na América Latina destacaram-se a presença de transtornos mentais: aqueles que sofriam de depressão, transtornos alimentares, bipolaridade, esquizofrenia, entre outros, tiveram maior risco de realizar tais comportamentos, e esse risco seria aumentado nos casos em que houve comorbidade de transtornos psiquiátricos.

Os indivíduos com diagnóstico recente de esquizofrenia têm maior risco de comportamento suicida em comparação com pacientes crônicos. O risco de comportamento suicida em esquizofrenia é maior durante os primeiros anos de início da doença, tipicamente durante os primeiros cinco anos após um diagnóstico. Apesar de um declínio relativo na taxa de suicídio entre idosos com esquizofrenia, ainda é maior do que entre a população em geral. Muitos desses pacientes não conseguem alcançar ou procurar ajuda diante das dificuldades devido ao estigma e preconceito em torno do suicídio e da esquizofrenia (HETTIGE *et al.*, 2018).

Estimativas recentes sugerem que o risco de suicídio ao longo da vida na esquizofrenia é de 4 a 5%, o risco é mais alto após o início do transtorno. O risco esteve menos associado aos sintomas centrais da esquizofrenia, como delírios e alucinações, mas mais com depressão e sintomas afetivos específicos (como agitação, sensação de inutilidade e desesperança). Outros fatores incluíram: tentativas anteriores de suicídio, uso indevido de drogas, medo de desintegração mental, perda recente e baixa adesão ao tratamento (HAWTON & VAN HEERINGEN, 2009).



O suicídio na esquizofrenia tem sido associado a alguns fatores gerais de risco, como depressão, tentativas de suicídio anteriores, traços de personalidade impulsiva, uso indevido de drogas e álcool e sentimentos de desesperança. Além disso, baixa adesão ao tratamento, maior número de internações hospitalares anteriores, sintomas negativos menos graves, fases precoces da doença, idade mais jovem no início da psicose, ser homem, maior "duração da psicose não tratada", maior quociente de inteligência (QI) pré-mórbida e histórico familiar de automutilação têm sido especificamente associados a um aumento do risco de suicídio na psicose (MASSONS *et al.*, 2017).

O tratamento adequado para esquizofrenia foi identificado como fator protetor para o suicídio como desfecho. A prevenção do suicídio na esquizofrenia depende da identificação de fatores de risco e no tratamento ativo de qualquer doença depressiva comórbida e sintomas psicóticos positivos, bem como no enfrentamento de qualquer uso indevido de substâncias coexistentes. No entanto, a previsão de suicídio em pessoas com esquizofrenia é complexa, e os esforços de prevenção também devem se concentrar na otimização da adesão ao tratamento (HOR & TAYLOR, 2010).

O risco de suicídio entre pessoas com esquizofrenia é mais de 12 vezes maior do que na população geral. Quase 5% dos idosos com esquizofrenia foram hospitalizados devido a tentativas de suicídio, e um terço deles fez uma tentativa de suicídio subsequente em um acompanhamento de 10 anos. Os fatores pensados para proteger contra o suicídio incluem estratégias positivas de enfrentamento, habilidades eficazes de resolução de problemas e satisfação geral com a vida. A ideação suicida estava associada à menor qualidade de vida (COHEN *et al.*, 2010).

Pacientes com esquizofrenia que moram sozinhos ou que não moram com os familiares apresentaram maior risco de suicídio. Maior risco também foi associado a eventos recentes de perda e histórico familiar de depressão. O número de amigos e o histórico familiar de qualquer transtorno psiquiátrico não mostraram associação com o risco de suicídio (HAWTON *et al.*, 2005).

## **1.2 Transtornos mentais**

Transtornos mentais são associados com frequência a sofrimento ou incapacidades que prejudicam atividades sociais e profissionais. Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por distúrbio clinicamente significativo na cognição, na estruturação emocional ou comportamental de um indivíduo. Esses distúrbios são reflexos de uma alteração nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental (APA, 2013).

Os portadores de transtornos mentais devem ser acompanhados com atenção, pois se tratam de doenças crônicas com alta prevalência em todo o mundo, contribuindo para a morbidade, incapacitação e mortalidade precoces (ABP, 2014). Esses indivíduos tem a maioria de seus direitos negados por um processo histórico de invisibilidade, preconceitos e estigmas (BRASIL, 2013a).

### 1.2.1 Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos

O espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos inclui esquizofrenia, outros transtornos psicóticos e transtorno (da personalidade) esquizotípica. Eles são determinados por anormalidades em um ou mais dos seguintes domínios: delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos (APA, 2013).

A esquizofrenia é um transtorno mental grave, crônico, muitas vezes recorrente, que afeta 1% da população em geral, e está associada a um impacto relevante a longo prazo no funcionamento social e ocupacional dos pacientes. O tratamento deve se aliar a uma combinação de intervenções médicas, psicológicas e psicossociais, podendo resultar em diferentes graus de sucesso (LATORRE *et al.*, 2020).

Considerada um distúrbio mental grave, a esquizofrenia, assim como os denominados transtornos esquizofrênicos, não apresenta sintomas patognomônicos, mas é caracterizada por distorções do pensamento e da percepção, por inadequação e embotamento do afeto, mas sem prejuízo da capacidade intelectual (embora prejuízos cognitivos possam aparecer com o passar do tempo) (BRASIL, 2013b).

Além da esquizofrenia e dos transtornos psicóticos, o espectro da esquizofrenia também é formado pelo transtorno da personalidade esquizotípica. Eles são definidos

por anormalidades em um ou mais dos cinco domínios a seguir: delírios, alucinações, pensamento ou discurso desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos (APA, 2013).

Dentre os sintomas negativos, destacam-se a expressão emocional diminuída e avolia. A expressão emocional diminuída pode ser identificada por limitações na expressão de emoções pelo rosto, no contato visual, na entonação da fala e nos movimentos das mãos, da cabeça e da face, que geralmente atribuem ênfase emocional ao discurso. A avolia é uma diminuição em atividades motivadas, auto iniciadas e com uma finalidade, dessa forma a pessoa pode passar por um tempo prolongado sentada e sem expressar interesse em atividades propostas a ela (APA, 2013).

Tradicionalmente, a visão clínica e social da esquizofrenia é de um transtorno debilitante com desfecho ruim. No entanto, muitos pacientes vivem de forma independente, fora do hospital e a internação é de curta duração (algumas semanas). Embora a maioria dos pacientes precise de algum apoio financeiro no cotidiano, a perspectiva é de recuperação, na qual o paciente assume um papel ativo, ao mesmo tempo em que se desenvolve além do infortúnio da doença mental (VAN OS & KAPUR, 2009).

O curso e o desfecho da esquizofrenia caracterizam-se, principalmente, pela heterogeneidade inexplicável em vez de um desfecho ruim uniforme. A compreensão desses dados e comunicação aos pacientes e seus familiares no momento do diagnóstico são passos cruciais, pois pacientes e famílias frequentemente supõem que a doença terá um desfecho negativo (VAN OS & KAPUR, 2009).

As consequências econômicas dos transtornos mentais são consideráveis, os custos diretos incluem os associados à internação e tratamentos ambulatoriais, cuidados de longo prazo, prevenção, reabilitação, custos de medicamentos e custos de justiça. Os custos indiretos estão presentes na incapacidade, na diminuição da força de trabalho e na produtividade desses indivíduos (AMARANTE, 2017; LATORRE *et al.*, 2020). Os custos indiretos são maiores que os custos diretos em todas as ocasiões, a perda de produtividade, a incapacidade de trabalho e de realização de

tarefas dos indivíduos decorrente dos distúrbios mentais tem impacto significativo tanto na economia dos países pobres quanto dos países ricos (AMARANTE, 2017).

### **1.3 Atenção à saúde mental no Brasil**

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988, define que a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado (BRASIL, 1988) e foi implementado em 1990 com a aprovação a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990). A lei nº 8.080/1990 além de implementar o SUS, estabeleceu que o mesmo deveria ser estruturado de forma a garantir assistência terapêutica integral, abrangendo inclusive a Saúde Mental e a Assistência Farmacêutica (BRASIL, 1990).

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, apesar de estar inserida num contexto internacional de mudanças. Ao final dos anos 70 inicia-se uma crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e a eclosão dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. A Reforma Psiquiátrica brasileira vai além da sanção de novas leis e normas e do conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde, ela abrange um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais (BRASIL, 2005).

A reforma da assistência psiquiátrica brasileira propôs a concepção de uma nova perspectiva sobre a loucura e o sofrimento psíquico, além de apontar para a construção de novos saberes e de novas práticas sociais, em um processo similar à produção de conhecimento a partir de novos paradigmas sobre a verdade científica (WEBER & JURUENA, 2017).

Durante a década de 1980, acontecem as primeiras ações no processo de transformação do modelo de assistência à saúde mental. A criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e dos Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS), no mesmo período, marcam o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, salientando a viabilidade de prestar assistência à saúde mental fora do contexto hospitalar. A década de 1990 é marcada pela expansão da assistência extra-hospitalar, com a ampliação dos serviços de CAPS, NAPS e hospitais-dia, como estratégias de redução dos leitos em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Em 2001, após mais de dez anos de tramitação no Congresso Nacional, é sancionada a Lei nº 10.216, que redefine a assistência em saúde mental, beneficiando o tratamento em serviços de base comunitária, e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Nesse contexto ocorreu a construção de uma rede de atenção à saúde mental em substituição ao modelo centrado na internação hospitalar e a fiscalização e redução dos leitos psiquiátricos existentes, de forma progressiva e programada. É neste período que a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal (BRASIL, 2001; BRASIL, 2005). A Política Nacional de Saúde Mental, visando a reversão do modelo assistencial, propôs estratégias de estímulo à qualidade da assistência, ampliando e promovendo práticas terapêuticas alternativas para garantir a reabilitação psicossocial de forma eficaz através da atenção integral à saúde mental (WEBER & JURUENA, 2017).

A Política Nacional de Saúde Mental compreende as estratégias e diretrizes adotadas no Brasil para organizar e garantir assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados especiais em saúde mental. Dentro das diretrizes do SUS, é prevista a implantação de uma rede plural de serviços, com diferentes graus de complexidade e que promovam assistência integral para diferentes demandas, pautada na saúde baseada em evidências. Esta política visa promover uma maior integração social, fortalecer a autonomia, o protagonismo e a participação social do indivíduo com transtorno mental. Os pacientes que apresentam transtornos mentais, no âmbito do SUS, recebem atendimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2017b; BRASIL, 2017c), instituída pela Portaria nº 3.088 em 2011 (BRASIL, 2011a).

Para a criação do novo modelo de atenção à saúde mental o Ministério da Saúde adotou medidas que favoreceram a formação de uma RAPS, caracterizada de forma evidente por serviços ambulatoriais e comunitários, em detrimento da internação em hospitais psiquiátricos (WEBER & JURUENA, 2017). A RAPS é destinada às pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental, e também àquelas com necessidades decorrentes do abuso de drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2017b).

A Atenção Psicossocial é um componente mínimo obrigatório de serviços e ações que são necessários à institucionalização das Regiões de Saúde, e estes

serviços e ações são portas de entrada do usuário na Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011b). O CAPS atua como propulsor dessa outra forma de cuidado, desempenhando papel de regulador da “porta de entrada” assistencial no seu território de domínio. Sua classificação se dá de acordo com o porte, complexidade e/ou abrangência populacional resultando na individualidade cultural de cada comunidade onde estão inseridos (WEBER & JURUENA, 2017).

Os serviços extra-hospitalares ofertados pela RAPS contribuem para o aumento da efetividade de assistência e cuidado às pessoas com transtorno mental, devido ao apoio de associações, grupos de autoajuda, iniciativas de grupos sociais de associações de bairros e comunidades religiosas que se unem a fim de melhorar qualidade de vida dessas pessoas (WEBER & JURUENA, 2018).

#### **1.4 Política Nacional de Assistência Farmacêutica e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica**

O Sistema Único de Saúde está estruturalmente organizado para garantir o acesso aos medicamentos para tratamento ambulatorial dos agravos de saúde mais prevalentes na população brasileira (BRASIL, 2014a). A Política Nacional de Medicamentos (PNM), aprovada por meio da Portaria nº 3.916 (BRASIL, 1998), tem o objetivo de garantir acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), aprovada pela Resolução CNS nº 338 de 06 de maio de 2004 define a assistência farmacêutica como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo o medicamento seu insumo principal, e tendo como objetivos principais o acesso e o uso racional do medicamento (BRASIL, 2004).

Dividida em três componentes, a assistência farmacêutica se organiza da seguinte forma: Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF); Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Cada componente dispõe de características próprias com relação a abrangência, objetivos, responsabilidades federativas pelo

financiamento, implementação, avaliação e monitoramento (BRASIL, 2009; BRASIL, 2014a).

O objetivo do CEAF é garantir, no âmbito do SUS, a integralidade do tratamento medicamentoso através de linhas de cuidado para os agravos, fortalecendo a importância dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) como uma forma de possibilitar a prescrição e uso racional dos medicamentos (BRASIL, 2010). O CEAF é responsável por garantir o acesso aos medicamentos para tratamento de agravos crônicos, que possuem custos mais elevados, dentre os quais estão os antipsicóticos atípicos (BRASIL, 2014a).

### **1.5 Tratamento farmacológico**

Antipsicóticos são os principais medicamentos para o tratamento da esquizofrenia e outras doenças neuropsiquiátricas com um componente de psicose (LI, 2016). Também são consideradas as drogas mais eficazes usadas em psiquiatria na terapia de manutenção da esquizofrenia, na mania ou nas reações psicóticas agudas (GARERI *et al.*, 2014).

No Brasil o tratamento para pacientes com transtornos psicóticos é disponibilizado pelo SUS através do CBAF e do CEAF (BRASIL, 2007). No CBAF, são disponibilizados antipsicóticos típicos, como a clorpromazina e o haloperidol. Já no CEAF, são disponibilizados os antipsicóticos atípicos, como a clozapina, olanzapina, risperidona, quetiapina e ziprasidona, de acordo com PCDT (BRASIL, 2013b).

Para orientação do prescritor, existem os PCDTs para transtornos mentais graves, como: esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo e o transtorno bipolar do tipo I. Estes protocolos trazem em comum os antipsicóticos atípicos como tratamento farmacológico para diminuição dos sintomas psicóticos e maníacos dos pacientes (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2014b; BRASIL, 2016).

De acordo com o PCDT para esquizofrenia, a realização de terapias com antipsicóticos traz mais benefícios do que a sua não utilização. Conseguir diagnosticar a doença em seu estágio inicial e encaminhar de forma ágil e adequada para o atendimento especializado, conferem à Atenção Básica uma posição estratégica para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos (BRASIL, 2013b).

A não adesão aos medicamentos antipsicóticos é um dos fatores mais importantes para o aumento das recaídas na esquizofrenia. Cerca de 60% dos pacientes com esquizofrenia não apresentaram adesão aos medicamentos antipsicóticos já nas primeiras fases da doença e foram menos propensos a serem compatíveis mais tarde (LATORRE *et al.*, 2020).

A esquizofrenia continua sendo um grande problema de saúde, apesar dos medicamentos antipsicóticos que, para a maioria dos pacientes, podem diminuir sintomas agudos, bem como diminuir as recaídas. De acordo com os resultados encontrados em estudo retrospectivo realizado por Glick *et al.* (2020) a recomendação é de tratamento contínuo e de longo prazo para esquizofrenia crônica, a menos que haja alguma contraindicação.

Para o tratamento inicial da esquizofrenia e de outros transtornos psicóticos todos os antipsicóticos podem ser utilizados sem ordem de preferência, são eles: risperidona (comprimidos de 1, 2 ou 3mg), quetiapina (comprimidos de 25, 100, 200 ou 300mg), ziprasidona (cápsulas de 40 ou 80mg), olanzapina (comprimidos de 5 ou 10mg) e clorpromazina (comprimidos de 25 ou 100mg, ou solução oral de 40mg/mL). Os tratamentos devem ser feitos com um medicamento de cada vez (monoterapia), de acordo com o perfil de segurança e a tolerabilidade do paciente. Em caso de falha terapêutica, uma segunda tentativa com algum outro antipsicótico deverá ser feita (BRASIL, 2013b).

Para pacientes que não respondem ao tratamento com outros antipsicóticos, a clozapina (comprimidos de 25 ou 100mg) possui efeito superior, tendo sua indicação para estes casos. Após a indicação da clozapina, não há evidência de que a adição de um segundo antipsicótico traga benefícios aos pacientes. Quando o paciente está impossibilitado de aderir ao uso oral de qualquer um dos medicamentos acima, é indicado um medicamento de depósito, o Decanoato de Haloperidol (solução injetável de 50mg/mL) (BRASIL, 2013b).

Dentro dos transtornos psicóticos, o PCDT do transtorno esquizoafetivo elenca os mesmos fármacos e apresentações do PCDT da esquizofrenia, através da Portaria nº 1.203 (BRASIL, 2014b). Já o PCDT publicado para o transtorno afetivo bipolar tipo I, por meio da Portaria nº 315 (BRASIL, 2016) também contempla os medicamentos



antipsicóticos incluídos nos PCDT de esquizofrenia e transtorno esquizoafetivo, com exceção da ziprasidona.

A descoberta dos antipsicóticos atípicos, durante a década de 1980 (NETO *et al.*, 2007), permitiu aos médicos tratar a esquizofrenia com maior eficácia e menos efeitos colaterais quando comparados aos antipsicóticos típicos (JEON & KIM, 2017). Os antipsicóticos atípicos mostram uma propensão mínima ou ausente para induzir sintomas extrapiramidais na dosagem terapêutica; um risco menor de induzir hiperprolactinemia; uma maior eficácia no tratamento de sintomas positivos, negativos e de desorganização, menor prevalência de discinesia tardia ou distonia após administração crônica; potencial para melhorar a cognição e a depressão; e prevenção de recaídas (JEON & KIM, 2017; MELTZER, 2013; OLIVEIRA, 2000).

Os antipsicóticos atípicos podem contribuir para a melhor qualidade de vida. Entretanto, os antipsicóticos convencionais permanecem como primeira escolha quando se consideram estritamente questões relativas ao custo do tratamento (OLIVEIRA, 2000). Embora não superem os antipsicóticos típicos na capacidade de amenizar a psicose, os antipsicóticos atípicos são recomendados devido à presença mínima ou ausência dos sintomas extrapiramidais, que são associados ao aumento da mortalidade e morbidade (MELTZER, 2013).

## **1.6 Suporte social e promoção da saúde**

O apoio social se caracteriza como o auxílio disponível nas necessidades físicas, psicológicas, materiais e o encorajamento realizado por indivíduos que compõem a rede de contato, isto é, familiares, amigos, vizinhos, colegas de trabalho e outros (GAINO *et al.*, 2019).

O suporte social também pode ser caracterizado de forma tridimensional que consiste em suporte emocional (preocupação, conforto e incentivo); apoio instrumental (dinheiro, tempo e assistência tangível); e suporte informativo onde ocorrem aconselhamento, educação e compartilhamento de conhecimento. O apoio social pode vir da sociedade, comunidade ou de uma fonte profissional (CORRIGAN *et al.*, 2015).

Estudos acerca dos efeitos do apoio social na saúde das pessoas evidenciaram sua associação a diferentes desfechos de saúde. O suporte social foi relacionado a melhores taxas de abstinência, diminuição do uso de drogas e ao afastamento de comportamentos nocivos à saúde (GAINO *et al.*, 2019). Ressalta-se ainda que o apoio social influencia o modo como o indivíduo avalia e lida com o estresse, atuando como um amenizador das suas consequências negativas, daí a relevância no aprofundamento de pesquisas nesta área (CASTRO & CRUZ, 2015; GAINO *et al.*, 2019).

Apesar dos estudos apontarem o apoio social como fator de proteção para a saúde, o apoio social pode ser melhor definido como a relação entre o apoio esperado e o apoio recebido e o grau de correspondência atingido nessa junção. Essa visão do suporte social permite identificar de forma mais significativa e mensurável as necessidades de suporte não atendidas (ou inadequação de suporte); em comparação, examinar apenas o grau de apoio necessário ou recebido não possibilita o reconhecimento de uma relação potencialmente discordante. O suporte social não atendido também pode estar relacionado à baixa percepção de autoeficácia (BOOTHE *et al.*, 2011).

As redes sociais possibilitam a organização social de forma descentralizada, em que cada um assume posições diferentes de acordo com os interesses, permitindo, dessa forma, a união, comutação, troca e transformação. A força das redes está associada à habilidade de facilitar a troca de informações, compartilhamento de experiências, colaboração em projetos, aprendizado coletivo e consolidação de laços (ROCHA, 2005).

A forma como os indivíduos se relacionam com os outros influencia a maneira com que a sociedade aceita incluir essa população, e repercute em como as pessoas com transtornos mentais se percebem acolhidas e pertencendo à sociedade. Os profissionais e os serviços de saúde mental devem tratar a formação de redes sociais como estratégia importante para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais (SALLES & BARROS, 2013).

O processo saúde-doença é resultante de processos sociais complexos. Além do tratamento medicamentoso, são utilizadas novas formas de atenção e cuidado que

valorizam a interdisciplinaridade, o intercâmbio e a combinação de diferentes saberes, com o fim de produzir uma intervenção que considere a complexidade dos problemas relacionados à saúde mental, tendo em vista a construção de redes sociais de suporte nas quais o indivíduo possa se inserir (DIMENSTEIN *et al.*, 2010).

O CAPS é considerado um facilitador da composição das redes sociais, por ser um local de encontro e permitir a realização de atividades e trocas com outras pessoas. É um ambiente onde alguns pressupostos da sociedade que determinam a discriminação em relação a doença mental estão diminuídos, favorecendo a construção de relacionamentos (SALLES & BARROS, 2013).

#### 1.6.1 Apoio familiar

A família é um sistema de suporte importante, sendo referência do cuidado básico do ser humano. Quando esse sistema é presente, estável, sensível, ativo e confiável, atua como protetor contra doenças e agente de ajuda e encaminhamento, influencia na utilização de serviços de saúde de forma adequada e rápida, estimula os processos de cura e aumenta a sobrevida (CASTRO & CRUZ, 2015).

Na atenção à pessoa com doença mental é fundamental o apoio da família e da comunidade. À comunidade devem haver mecanismos de estímulo às redes de apoio social, como formas de amparo na perspectiva de um novo olhar sobre o cuidado em saúde mental. No que tange à família, ela não deve ser vista apenas como cuidadora, mas também objeto do cuidado. Devem ser fornecidas terapias de suporte à família para a compreensão do fenômeno do adoecimento, desmistificando a doença e as suas formas de tratamento (WEBER & JURUENA, 2017).

Pacientes com esquizofrenia muitas vezes vivem com suas famílias que têm grande responsabilidade no cuidado e tratamento do paciente. Com a tentativa de lidar com os desafios decorrentes da convivência com o paciente, os familiares expressam abertamente seu desejo de cooperar com os profissionais de saúde e participar ativamente dos procedimentos de tratamento (BADEMLI & DUMAN, 2015).

As intervenções familiares são substancialmente importantes no tratamento da esquizofrenia e contribuem para o bem-estar dos familiares, auxiliam a lidar com o transtorno, influenciam seu equilíbrio mental e possibilitam a integração dos pacientes

nos procedimentos de tratamento, melhorando a cooperação entre familiares e profissionais de saúde. Prover o cuidado ao paciente com esquizofrenia por familiares traz contribuições positivas como aumento da comunicação emocional, desenvolvimento de relacionamentos próximos, recebimento de apoio social de outros membros e proporciona satisfação psicossocial pessoal (BADEMLI & DUMAN, 2015).

O suporte familiar estável pode suprir as dificuldades geradas por um suporte social reduzido, agindo como atenuante do efeito de diversos estressores na vida das pessoas, se tornando fundamental nos estudos de resiliência psicológica relacionada aos processos de adoecimento. O incentivo à valorização do suporte familiar e social e o estímulo às relações interpessoais, na família, no trabalho e nas relações sociais, são ferramentas importantes para a sensação de bem-estar, o aumento da satisfação de vida e da autoestima, contribuindo para o controle dos sintomas (CASTRO & CRUZ, 2015).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Avaliar a prevalência de tentativa de suicídio em usuários de antipsicóticos atípicos atendidos na farmácia do CEAF da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG).

### **2.2 Objetivos específicos**

- a) Identificar o perfil sociodemográfico, clínico e comportamental dos usuários de antipsicóticos atípicos;
- b) Verificar os fatores associados à tentativa de suicídio em usuários de antipsicóticos atípicos;
- c) Analisar a relação entre tentativa de suicídio e uso de antipsicóticos atípicos.

## **3 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **3.1 Caracterização do estudo**

O estudo é parte do projeto SCHizophrenia Economics and Effectiveness Assessment (SCHEEA), realizado no âmbito da Faculdade de Farmácia Da Universidade Federal de Minas Gerais, juntamente com a SES/MG. O SCHEEA é uma coorte prospectiva, aberta, cujo objetivo é avaliar os aspectos econômicos e de efetividade em esquizofrenia.

A coorte é constituída por quatro entrevistas, sendo a primeira conduzida em uma farmácia estadual do CEAF em Belo Horizonte - MG, que realiza a dispensação dos antipsicóticos atípicos no âmbito do SUS, de forma presencial, e três entrevistas posteriores, realizadas por meio de inquérito telefônico (SCHEEA, 2018).

### **3.2 Delineamento do estudo**

#### **3.2.1 População e local do estudo**

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal das características basais da coorte SCHEEA. Foram incluídos pacientes da região metropolitana, acima de 18 anos, que procuraram a farmácia estadual do CEAF e estavam em uso de risperidona, olanzapina, quetiapina, clozapina ou ziprasidona para o tratamento de esquizofrenia, considerando-se o diagnóstico de solicitação de medicamento, de acordo com a CID-10 (WHO, 1997).

#### **3.2.2 Seleção dos pacientes e coleta dos dados**

O recrutamento dos indivíduos ocorreu na farmácia estadual do CEAF, antes da dispensação dos medicamentos antipsicóticos, por abordagem e convite para participação no estudo. Todos os pacientes que concordaram em participar foram conduzidos a uma sala para realização de entrevista face a face. Na coleta de dados, os pacientes responderam a um formulário que abordava informações sociodemográficas, comportamentais e clínicas e ao questionário de avaliação de qualidade de vida. A entrevista foi conduzida por alunos de pós-graduação e

profissionais de saúde treinados. O formulário de coleta de dados foi construído pelos pesquisadores (Apêndice B).

Para o cálculo do tamanho da amostra, foi considerado o número médio de atendimentos a pacientes em uso dos medicamentos selecionados por mês na farmácia do CEAF que foi de 5800 (média junho e julho de 2017). Utilizando-se o teste anova, calculou-se um n de 71 pacientes por tratamento, totalizando um mínimo de 355 entrevistados. O tamanho da amostra foi calculado para o estudo principal do SCHEEA sobre qualidade de vida. Nesse estudo foram realizadas 439 entrevistas. A coleta dos dados basais ocorreu entre setembro de 2017 e março de 2018.

### **3.3 Variáveis**

#### **3.3.1 Variável dependente**

A variável dependente definida no estudo foi a tentativa de suicídio (sim ou não) pelo paciente usuário de antipsicótico atípico atendido no CEAF, em algum momento na sua vida, conforme a questão 36 do formulário de entrevista inicial (APÊNDICE B).

#### **3.3.2 Variáveis independentes**

As variáveis independentes definidas para caracterizar os fatores que influenciam na tentativa de suicídio entre os pacientes foram:

- Características sociodemográficas: sexo, idade, cor da pele, estado civil, escolaridade, renda, situação laboral, ter filhos, orientação sexual e religião;
- Características comportamentais: prática de atividade física, uso de álcool, tabaco ou drogas ilícitas, histórico de encarceramento ou de moradia na rua;
- Características de bem-estar: apoio familiar e qualidade de vida de acordo com as dimensões do questionário EQ-5D-3L de mobilidade, cuidados pessoais, desempenho em atividades habituais, presença de dor/mal-estar e ansiedade/depressão (EUROQOL, 1990).
- Características clínicas: uso de serviços do CAPS e/ou Centro de Referência à Saúde Mental (CERSAM), internação por motivos psiquiátricos, tipo de consultas

médicas (pública ou privada), antipsicótico atípico em uso, uso de outro psicofármacos e efeitos adversos.

O EQ-5D-3L é um instrumento desenvolvido para fornecer uma medida genérica de qualidade de vida relacionada à saúde em adultos e foi validado no Brasil (MENEZES *et al.*, 2015). Ele é dividido em duas etapas. A primeira define o estado de saúde por um sistema descritivo de cinco dimensões (mobilidade, autocuidado, atividades habituais, dor/desconforto e ansiedade/depressão), cada qual com três níveis de gravidade (sem problemas, problemas moderados, problemas extremos). A segunda contém uma Escala Visual Analógica (EVA) vertical, calibrada de 0 a 100 - sendo 0 o pior e 100 o melhor estado de saúde imaginável - na qual o paciente escolhe qual é o valor que melhor define sua saúde naquele momento, que não é objeto dessa dissertação (EUROQOL, 1990). Para este estudo, não foi utilizada a EVA.

### **3.4 Análise estatística**

As variáveis qualitativas foram descritas por meio da distribuição de frequências (absolutas e relativas) e sua associação individual com a tentativa de suicídio foi avaliada pelos testes Qui-quadrado (com valor-p simulado, quando necessário) ou Exato de Fischer.

Foi desenvolvido um modelo de regressão logística inicial com a variável tentativa de suicídio e as variáveis independentes identificadas como significativas na análise individual ( $p < 0,10$ ). Permaneceram no modelo final as variáveis com  $p < 0,05$ .

Os resultados foram expressos por meio da razão de chances (RC) e seu intervalo de confiança de 95% (IC95%). A adequação do modelo foi verificada pelo teste de bondade de ajuste de Hosmer-Lemeshow ( $p > 0,05$ ). As análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa computacional R.

### **3.5 Aspectos éticos**

O projeto SCHEEA teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG) sob o parecer nº 1.691.265, CAAE 57420616.9.0000.5149 (Anexo I). A aplicação do questionário EQ-5D-3L aos



participantes do Projeto SCHEEA foi autorizada pela Fundação de Pesquisa do EuroQol, com registro L-29510.

O estudo foi conduzido de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo os entrevistados esclarecidos a respeito do estudo, seus objetivos e os responsáveis por sua condução. Os pacientes responderam às entrevistas após concordarem em participar do estudo e assinar o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), em duas vias, consentindo com a participação na pesquisa. Todos os pacientes receberam a cópia assinada pelo pesquisador do TCLE (Apêndice A). Para cumprir o princípio de confidencialidade e garantir o sigilo das informações dos participantes do estudo, foi atribuído a cada entrevistado um número de identificação. A participação dos indivíduos no estudo foi voluntária, sem incentivos financeiros e os participantes foram esclarecidos que, caso não concordassem em participar, o acesso aos medicamentos não seria afetado.

O projeto contou com apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

#### **4 ARTIGO DE RESULTADOS**

Situação: Será submetido à revista Brazilian Journal of Psychiatry.

#### **FATORES ASSOCIADOS À TENTATIVA DE SUICÍDIO ENTRE USUÁRIOS DE ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS ATENDIDOS EM UMA FARMÁCIA DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM MINAS GERAIS**

**Autores: Luara Lopes Maia<sup>1</sup>, Cristina Mariano Ruas<sup>2</sup>, Carolina Jacomini Sampaio<sup>3</sup>, Júlio César Menezes Vieira<sup>1</sup>, Juliana Kern Candian Filardi<sup>1</sup>, Helian Nunes de Oliveira<sup>4</sup>, Edna Afonso Reis<sup>3</sup>**

1. Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, MG, Brasil.

2. Departamento de Farmácia Social. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, MG, Brasil.

3. Departamento de Estatística. Instituto de Ciências Exatas. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, MG, Brasil.

4. Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a prevalência da tentativa de suicídio entre pessoas com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos em uso de antipsicóticos atípicos e identificar os fatores associados à sua ocorrência.

**Métodos:** Estudo transversal realizado a partir de uma entrevista direta, com pacientes com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos acima de 18 anos que estavam em uso de antipsicóticos atípicos (clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina ou ziprasidona). Dados sociodemográficos, comportamentais e clínicos foram coletados, além da variável dependente tentativa de suicídio. As associações entre as variáveis independentes e a variável dependente foram analisadas ajustando um modelo de regressão logística. Um total de 439 indivíduos com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos preencheram os critérios de elegibilidade e foram incluídos na análise.

**Resultados:** A prevalência da tentativa de suicídio foi de 33,94%. Detectou-se associação estatisticamente significativa entre tentativa de suicídio e cor da pele parda e preta, uso de álcool e/ou cigarro, incapacidade de realizar atividades habituais; ansiedade e/ou depressão moderadas e extremas e pelo menos uma internação por motivos psiquiátricos.

**Conclusão:** A avaliação dos fatores associados à tentativa de suicídio nos indivíduos em uso de antipsicóticos atípicos auxilia nas estratégias utilizadas no serviço de saúde mental oferecido a este grupo de alta vulnerabilidade social.

Palavras-chave: Antipsicóticos, Tentativa de suicídio, Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos

## INTRODUÇÃO

Cerca de 800.000 pessoas morrem por suicídio todos os anos, resultando em uma taxa média global de 10,6 por 100.000 indivíduos. No Brasil, cerca de 10.000 pessoas morrem por suicídio por ano, resultando em uma taxa bruta de suicídio de 5,5 por 100.000 pessoas, em 2015<sup>1</sup>. Dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) indicaram que houve 34.762 tentativas de suicídio no Brasil entre os anos de 2011 e 2016<sup>2</sup>.

A tentativa de suicídio é mais prevalente entre indivíduos com transtornos mentais, que na população geral<sup>3</sup>. As doenças psiquiátricas são responsáveis pela grande maioria das tentativas de suicídio; os números são pelo menos 10 vezes mais altos do que na população em geral. O percentual relatado de suicídios concluídos entre pessoas com transtorno mental que já tentaram suicídio anteriormente varia entre 60% e 98%<sup>4</sup>.

A prevalência de tentativas de suicídio em indivíduos com esquizofrenia ao longo da vida é de 26,8%, além disso, a prevalência em indivíduos com esquizofrenia é muito maior do que o número correspondente em populações gerais<sup>5,6</sup>. A esquizofrenia é um transtorno mental grave, crônico, muitas vezes recorrente, que afeta 1% da população em geral, e está associada a um impacto relevante a longo prazo no funcionamento social e ocupacional dos pacientes<sup>7</sup>.

No entanto, o suicídio é um evento possivelmente evitável, e existem estratégias preventivas para reduzir o risco de suicídio em pacientes com esquizofrenia<sup>6</sup>. O suicídio é considerado um fenômeno complexo e multicausal, que possui como determinantes os fatores sociais, econômicos, culturais, biológicos e a história de vida pessoal<sup>2</sup>. Por isso é importante estudar os fatores de riscos associados às tentativas de suicídio na esquizofrenia e outros transtornos psicóticos a fim de evitá-las nessas populações mais vulneráveis.

O tratamento adequado dos transtornos mentais graves, principalmente da esquizofrenia tem sido identificado como um fator protetor<sup>8</sup>. Os antipsicóticos são os principais medicamentos para o tratamento da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos<sup>9</sup>. O tratamento deve ser feito em monoterapia utilizando um dos seguintes

antipsicóticos atípicos: olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona e clozapina<sup>10</sup>. A clozapina possui melhor eficácia na redução do risco de suicídio em pacientes com esquizofrenia, em comparação aos outros medicamentos antipsicóticos típicos e atípicos<sup>11,12,13</sup>.

Desse modo, o objetivo deste trabalho é avaliar a prevalência da tentativa de suicídio entre indivíduos com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos em uso de antipsicóticos atípicos fornecidos pelo SUS em uma capital do Brasil e identificar os fatores associados à sua ocorrência.

## **MÉTODOS**

O Projeto SCHEEA (SCHizophrenia Economics and Effectiveness Assessment) é um estudo observacional prospectivo iniciado em 2017 com usuários de antipsicóticos fornecidos na farmácia estadual do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) de uma capital. O SCHEEA é realizado no âmbito de uma instituição de ensino superior e da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Este estudo é um corte transversal das características basais da coorte SCHEEA, obtidas entre setembro de 2017 e março de 2018. Foram incluídos pacientes acima de 18 anos que estavam em uso de antipsicóticos atípicos (clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina ou ziprasidona). O recrutamento dos indivíduos ocorreu na farmácia estadual do CEAF, antes da dispensação dos medicamentos antipsicóticos, por abordagem e convite para participação no estudo. Todos os pacientes que concordaram em participar responderam a um formulário, criado pelos pesquisadores, que abordava informações sociodemográficas, comportamentais e clínicas, e a um questionário de avaliação de qualidade de vida. Neste estudo, foram realizadas 439 entrevistas na coleta dos dados basais.

A variável dependente definida neste estudo é a tentativa de suicídio (sim ou não) pelo paciente em resposta à pergunta: “Você já tentou suicídio alguma vez?”. As variáveis independentes definidas para caracterizar os fatores associados à tentativa de suicídio foram:

- Características sociodemográficas: sexo, idade, cor da pele, estado civil, escolaridade, renda, situação laboral, ter filhos, orientação sexual e religião;
- Características comportamentais: prática de atividade física, uso de álcool, tabaco ou drogas ilícitas, histórico de encarceramento ou de moradia na rua;
- Características de bem-estar: apoio familiar e qualidade de vida de acordo com as dimensões do questionário EQ-5D-3L<sup>14</sup> de mobilidade, cuidados pessoais, desempenho em atividades habituais, presença de dor/mal-estar e ansiedade/depressão;
- Características clínicas: uso de serviços do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e/ou Centro de Referência à Saúde Mental (CERSAM), internação por motivos psiquiátricos, tipo de consultas médicas (público/privada), antipsicótico atípico em uso, uso de outro psicofármacos e efeitos adversos.

As variáveis foram descritas por meio da distribuição de frequências (absolutas e relativas) e sua associação individual com a tentativa de suicídio foi avaliada pelos testes Qui-quadrado (com valor-p simulado, quando necessário) ou Exato de Fischer. Foi desenvolvido um modelo de regressão logística inicial com a variável tentativa de suicídio e as variáveis independentes identificadas como significativas na análise individual ( $p < 0,10$ ). Permaneceram no modelo final as variáveis com  $p < 0,05$ . Os resultados foram expressos por meio da razão de chances (RC) e seu intervalo de confiança de 95% (IC95%). A adequação do modelo foi verificada pelo teste de bondade de ajuste de Hosmer-Lemeshow ( $p > 0,05$ ). As análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa computacional R.

O projeto SCHEEA teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG) sob o parecer nº 1.691.265, CAAE 57420616.9.0000.5149 (Anexo I). A aplicação do questionário EQ-5D-3L aos participantes do Projeto SCHEEA foi autorizada pela Fundação de Pesquisa do EuroQol, com registro L-29510. O estudo foi conduzido de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram instruídos a respeito do estudo, seus objetivos e os responsáveis por sua condução.

## RESULTADOS

Dentre os 439 entrevistados usuários de antipsicóticos atípicos, 148 (33,94%) relataram pelo menos uma tentativa de suicídio ao longo da vida.

Em relação às características sociodemográficas (Tabela 1), a maioria dos entrevistados era do sexo masculino (52,23%), tinha idade entre 30 e 59 anos (70,39%), cor da pele parda (45,00%) ou branca (41,90%), solteiro (64,84%), com ensino médio completo (39,49), aposentados ou afastados (52,57%), com renda familiar per capita de 0,5 a 1 salário mínimo (37,94%), tinha filhos (59,95%), era heterossexual (89,43) e seguia a religião católica (47,92%). Entre os entrevistados que tentaram suicídio, há uma porcentagem menor de indivíduos que se declarou branco (33,33%) do que na amostra geral.

Quanto às características comportamentais (Tabela 2), 55,81% dos entrevistados não realizavam atividades físicas, 50,46% faziam uso de álcool e cigarro, 21,14% usaram drogas ilícitas em algum momento da vida, 6,38% foram encarcerados e 7,06% foram moradores de rua. Entre os entrevistados que tentaram suicídio, houve uma porcentagem maior de uso de álcool e cigarro (58,11%), de drogas ilícitas (26,03%) e de histórico de morar na rua (10,74%).

Nas características de bem-estar (Tabela 3), 70,15% afirmaram que se sentem sempre apoiados pela família. De acordo com as respostas ao questionário EQ5-D de qualidade de vida, 73,13% não possuíam problemas em andar, 83,87% não tinham problemas com os seus cuidados pessoais e 53,98% com suas atividades habituais, 59,80% não apresentavam dor ou mal-estar e 69,42% não se sentiam ansiosos ou deprimidos. Dentre os entrevistados que já tentaram suicídio, observou-se uma redução na porcentagem de pessoas que se sentem apoiados pela família “sempre” (60,14%) e uma piora na qualidade de vida, com redução na porcentagem de pessoas sem problemas com mobilidade (59,71%), cuidados pessoais (76,98%) ou atividades habituais (35,51%), assim como de pessoas que informaram ausência de dor/mal-estar (31,08%) ou de ansiedade/depressão (16,55%).

Na análise das características clínicas (Tabela 4), encontrou-se que 52,67% dos entrevistados já fizeram uso dos serviços disponibilizados pelo CAPS/CERSAM,

62,96% já foram internados por motivos psiquiátricos e 48,75% realizavam consultas médicas exclusivamente pelo SUS. Entre os entrevistados que tentaram suicídio, observaram-se porcentagens maiores de uso dos serviços disponibilizados pela CAPS/CERSAM (65,75%), de internação por motivos psiquiátricos (78,08%) e de realização de consultas exclusivamente pelo SUS (56,76%).

Quanto aos medicamentos antipsicóticos utilizados (Tabela 4), 17,08% dos entrevistados utilizavam clozapina, 36,90% olanzapina, 18,91% quetiapina, 13,44% risperidona e 17,54% faziam uso da ziprasidona. Entre aqueles que tentaram suicídio, há uma menor porcentagem de entrevistados em uso de risperidona (8,72%) e uma maior porcentagem em uso de ziprasidona (24,16%).

Outros psicofármacos também foram utilizados por 74,94% dos entrevistados, sendo mais utilizados entre aqueles que haviam tentado suicídio (87,23%). Dentre esses medicamentos, destaca-se o clonazepam, utilizado por 41,56% dos entrevistados na amostra geral, e por 50,41% daqueles que tentaram suicídio (Tabela 4).

Metade dos pacientes entrevistados relatou efeitos adversos e 94,07% deles relacionam esses efeitos ao uso de medicamentos. O efeito adverso mais citado foi a sonolência (37,00%) e o menos citado foi o cansaço (6,50%), que se mostrou mais frequente (12,50%) entre os pacientes que já tentaram suicídio (Tabela 4).

O presente estudo mostrou associação individual entre a tentativa de suicídio (análise univariada) e as variáveis: uso de drogas ilícitas, ter vivido em situação de rua, não se sentir sempre apoiado pela família, ter problemas em alguma das cinco dimensões de qualidade de vida do EQ5D, não fazer uso dos serviços da CAPS/CERSAM, realizar consultas médicas exclusivamente pelo SUS, uso de risperidona ou ziprasidona, uso de outros psicofármacos (em especial o clonazepam) e sentir cansaço como efeito adverso dos medicamentos.

Os resultados do modelo de regressão logística múltipla final para o evento de interesse são mostrados na Tabela 5. Foram identificados como fatores independentemente associados ao aumento da chance de tentativa de suicídio nestes usuários de antipsicóticos atípicos: uso de cigarro (RC=4,49), uso de álcool



(RC=4,18), e uso de ambos (RC=3,19); cor da pele parda ou preta em relação à branca (RC=1,72 e RC=3,43); apresentar ansiedade e/ou depressão moderadas/extremas (RC=1,94); ter algum problema ou ser incapaz de realizar atividades habituais (RC=1,71); e ter passado por pelo menos uma internação por motivos psiquiátricos (RC=1,46).

## DISCUSSÃO

Na amostra deste estudo, a porcentagem de usuários de antipsicóticos atípicos que já realizaram pelo menos uma tentativa de suicídio na vida (33,94%) mostrou-se em conformidade com os achados entre pacientes com transtornos mentais descritos na literatura que mostram que a presença de uma doença psiquiátrica constitui um fator de risco para suicídio<sup>15,16,17,18</sup>. Suokas *et al.*<sup>17</sup> encontrou que 34,5% dos pacientes com transtornos mentais tiveram comportamento suicida. Em estudo realizado na Dinamarca, uma maior taxa de tentativa de suicídio foi observada em população com transtorno de personalidade, enquanto a taxa de suicídios foi maior na população com esquizofrenia<sup>19</sup>.

Em estudo realizado por Garlow *et al.*<sup>20</sup> em população urbana nos Estados Unidos foi descrito que indivíduos brancos cometem mais suicídio que negros, tal como um estudo realizado entre pacientes com esquizofrenia usuários de um sistema de seguros de saúde, também nos Estados Unidos, em que o risco de suicídio foi menor entre negros e hispânicos do que entre pacientes brancos<sup>21</sup>. Os resultados encontrados na nossa amostra contradizem esses resultados, pois mais da metade das pessoas que tentaram suicídio era da cor preta ou parda. Em encontro a esses dados, Bahia *et al.*<sup>22</sup> mostrou que 62,4% das vítimas de lesões autoprovocadas atendidas nos serviços de urgência e emergência nas capitais do Brasil eram de cor de pele preta ou parda, as diferenças nos achados podem ser explicadas por diferenças socioeconômicas e culturais entre os países citados.

Os resultados determinaram associação entre uso de álcool e cigarro e tentativa de suicídio, corroborando com a literatura<sup>15,23,19</sup>. Transtornos por uso de álcool foram associados ao maior aumento de risco para tentativas de suicídio em pacientes com esquizofrenia, transtorno de personalidade, transtorno bipolar e

depressão<sup>19</sup>. A associação entre uso de cigarro e pacientes com esquizofrenia que cometeram suicídio também foi apontada por Limosin *et al.*<sup>24</sup> e Fleischhacker *et al.*<sup>25</sup>.

A prevalência de internação por motivos psiquiátricos foi maior entre os indivíduos com esquizofrenia ou transtornos psicóticos que tentaram suicídio quando comparados com aqueles que não realizaram a tentativa de suicídio. Qin<sup>26</sup> e Fleischhacker *et al.*<sup>25</sup> afirmam que o risco de suicídio aumenta significativamente para pessoas com histórico de internação por algum tipo de transtorno psiquiátrico. Reutfors *et al.*<sup>27</sup> encontraram que a internação por período mais longo também contribui para esse aumento. Franklin *et al.*<sup>28</sup> explicitaram através de uma meta-análise que a internação psiquiátrica está entre os 5 maiores preditores para a tentativa de suicídio.

Os descritores de qualidade de vida que estavam associados à tentativa de suicídio foram o desempenho em atividades habituais, o que pode ser explicado pelo sentimento de inutilidade gerado pela dificuldade em desempenhar tarefas corriqueiras do dia a dia, e ansiedade/depressão. A presença de sintomas depressivos desempenha papel significativo nas altas taxas de suicídio na população com esquizofrenia e pacientes com transtornos psicóticos<sup>15,16,17</sup>. Xiang *et al.*<sup>29</sup> detectou que as tentativas de suicídio são inversamente correlacionadas com a qualidade de vida dos pacientes com esquizofrenia. Pacientes com transtornos mentais com risco de tentativa de suicídio possuem qualidade de vida inferior quando comparados aos pacientes com transtornos mentais sem risco de suicídio e pacientes que não apresentam risco de suicídio nem transtornos mentais<sup>30</sup>.

No modelo final, o resultado não demonstrou relação entre o uso de antipsicóticos atípicos e a tentativa de suicídio, porém cabe ressaltar que o tratamento adequado dos transtornos mentais tem sido identificado como fator protetor<sup>8</sup>. Além disso, entre pacientes que tentam suicídio a prevalência de uso de antipsicóticos típicos é maior do que o uso de antipsicóticos atípicos<sup>31</sup> e os usuários dos antipsicóticos atípicos têm o risco de suicídio diminuído em 70% quando comparados com aqueles que não os utilizam em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia<sup>32</sup>. A falta de associação entre essas variáveis pode ser explicada pelo fato de não ter sido estabelecido em que momento aconteceu a tentativa de suicídio e quando o tratamento com os antipsicóticos atípicos se iniciou.

O estudo de variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais demonstrou que estão associadas ao relato de tentativa de suicídio em usuários de antipsicóticos atípicos: cor de pele preta ou parda, uso de álcool e/ou cigarro, passar por pelo menos uma internação por motivos psiquiátricos e, quanto a análise de qualidade de vida, apresentar ansiedade e/ou depressão moderadas ou extremas e ter dificuldade ou incapacidade de realizar atividades habituais. Dessa forma, para definir a gravidade ou risco de um quadro de saúde mental, além de seus sinais e sintomas, faz-se necessário considerar a presença de outros fatores considerados agravantes ou protetores. Futuros estudos poderão realizar o acompanhamento do tratamento farmacológico dos indivíduos com esquizofrenia ou transtornos psicóticos em conjunto com os determinantes sociais, clínicos e comportamentais, a fim de avaliar estratégias de assistência necessárias para prevenção à tentativa de suicídio.

As limitações deste estudo estão relacionadas aos vieses de memória dos entrevistados, diagnósticos não confirmados pela equipe, não comparação com indivíduos em uso somente de antipsicóticos típicos e à característica da pesquisa. Devido à característica da população e ao desenho do estudo, existe ainda o viés de sobrevivência e o fato de a gravidade da doença influenciar nos resultados de associação das variáveis. Por se tratar de um corte transversal, não é possível estabelecer uma relação causal entre os fatores identificados e a tentativa de suicídio, porém os resultados podem ser utilizados para a prevenção de novas tentativas. Além disso, o estudo transversal está sujeito à temporalidade e pode ocorrer causalidade reversa, já que não foi definido em que momento ocorreu cada evento.

Cabe ressaltar a característica inovadora deste estudo, pois se trata de artigo de vanguarda no que se trata da avaliação da tentativa de suicídio nas pessoas com esquizofrenia ou transtornos psicóticos em uso de antipsicóticos atípicos disponibilizados pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

## **AGRADECIMENTOS**

O projeto foi apoiado direta ou indiretamente pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

## REFERÊNCIAS

- 1 Rodrigues CD, Souza DS, Rodrigues HM, Konstantyner TCRO. Trends in suicide rates in Brazil from 1997 to 2015. *Braz J Psychiatry*. 2019 Sep-Oct;41(5):380-388.
- 2 Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. *Boletim Epidemiológico*, Volume 48, N° 30 – 2017.
- 3 Hettige NC, Bani-Fatemi A, Sakinofsky I, De Luca V. A biopsychosocial evaluation of the risk for suicide in schizophrenia. *CNS Spectr*. 2018 Aug;23(4):253-263.
- 4 Bachmann, S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2018, 15, 1425.
- 5 Lu L, Dong M, Zhang L, Zhu XM, Ungvari GS, Ng CH et al. Prevalence of suicide attempts in individuals with schizophrenia: a metaanalysis of observational studies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2020, 29, e39, 1–10.
- 6 Cassidy RM, Yang F, Kapczinski F, Passos IC. Risk Factors for Suicidality in Patients With Schizophrenia: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression of 96 Studies. *Schizophr Bull*. 2018 Jun 6;44(4):787-797.
- 7 Latorre V, Papazacharias A, Lorusso M, Nappi G, Clemente P, Spinelli A, et al. Improving the “real life” management of schizophrenia spectrum disorders by LAI antipsychotics: A one-year mirror-image retrospective study in community mental health services. *PLoS ONE* 15(3): e0230051. March 10, 2020.
- 8 Hor, K & Taylor, M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *Journal of Psychopharmacology*, 2010, 24(11) Supplement 4. 81–90.
- 9 Li, M. Antipsychotic-induced sensitization and tolerance: Behavioral characteristics, developmental impacts, and neurobiological mechanisms. *Journal of Psychopharmacology* 2016, Vol. 30(8) 749–770.
- 10 Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº. 364, de 9 de abril de 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Brasil: Diário Oficial da União, 2013.

- 11 Khokhar, JY, Henricks, AM, Kirk, E, Green, AI. Unique Effects of Clozapine: A Pharmacological Perspective. *Adv Pharmacol.* 2018 ; 82: 137–162.
- 12 Lobos CA, Komossa K, Rummel-Kluge C, Hunger H, Schmid F, Schwarz S et al. Clozapine versus other atypical antipsychotics for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(11):CD006633. Published 2010 Nov 10.
- 13 Vermeulen JM, Rooijen GV, Kerkhof MPJV, Sutherland AL, Correll CU, Haan L. Clozapine and Long-Term Mortality Risk in Patients With Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis of Studies Lasting 1.1–12.5 Years. *Schizophrenia Bulletin* vol. 45 n°. 2 pp. 315–329, 2019.
- 14 EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, v. 16, n. 3, p. 199, 1990.
- 15 Fuller-Thomson E, Hollister B. Schizophrenia and Suicide Attempts: Findings from a Representative Community-Based Canadian Sample. *Schizophr Res Treatment.* 2016; 2016: 3165243.
- 16 Barrett EA, Sundet K, Simonsen C, Agartz I, Lorentzen S, Mehlum L et al. Neurocognitive functioning and suicidality in schizophrenia spectrum disorders. *Compr Psychiatry.* 2011 Mar-25 Apr;52(2):156-63.
- 17 Suokas JT, Perälä J, Suominen K, Saarni S, Lönnqvist J, Suvisaari JM. Epidemiology of suicide attempts among persons with psychotic disorder in the general population. *Schizophr Res.* 2010 Dec;124(1-3):22-8.
- 18 Gili M, Castellví P, Vives M, De La Torre-Luque A, Almenara J, Blasco MJ et al. Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. *J Affect Disord.* 2019 Feb 15;245:152-162.
- 19 Østergaard MLD, Nordentoft M, Hjorthøj C. Associations between substance use disorders and suicide or suicide attempts in people with mental illness: a Danish nationwide, prospective, register-based study of patients diagnosed with schizophrenia,

bipolar disorder, unipolar depression or personality disorder. *Addiction*. 2017 Jul;112(7):1250-1259.

20 Garlow SJ, Purselle D, Heninger M. Ethnic Differences in Patterns of Suicide Across the Life Cycle. *Am J Psychiatry* 2005; 162:319–323.

21 Olfson M, Stroup TS, Huang C, Wall MM, Crystal S, Gerhard T. Suicide Risk in Medicare Patients With Schizophrenia Across the Life Span. *JAMA Psychiatry*. Published online May 26, 2021.

22 Bahia CA, Avanci JQ, Pinto LW, Minayo MCS. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2017, vol.22, n.9, pp.2841-2850.

23 Gut-Fayand A, Dervaux A, Olié JP, Lôo H, Poirier MF, Krebs MO. Substance abuse and suicidality in schizophrenia: a common risk factor linked to impulsivity. *Psychiatry Res*. 2001 May 10;102(1):65-72.

24 Limosin F, Loze JY, Philippe A, Casadebaig F, Rouillon F. Ten-year prospective follow-up study of the mortality by suicide in schizophrenic patients. *Schizophr Res*. 2007 Aug;94(1-3):23-8.

25 Fleischhacker WW, Kane JM, Geier J, Karayal O, Kolluri S, Eng SM et al. Completed and attempted suicides among 18,154 subjects with schizophrenia included in a large simple trial. *J Clin Psychiatry*. 2014 Mar;75(3):e184-90.

26 Qin P. The impact of psychiatric illness on suicide: differences by diagnosis of disorders and by sex and age of subjects. *J Psychiatr Res*. 2011 Nov;45(11):1445-52.

27 Reutfors J, Brandt L, Jönsson EG, Ekblom A, Sparén P, Osby U. Risk factors for suicide in schizophrenia: findings from a Swedish population-based case-control study. *Schizophr Res*. 2009 Mar;108(1-3):231-7.

28 Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull*. 2017 Feb;143(2):187-232.

- 29 Xiang YT, Weng YZ, Leung CM, Tang WK, Ungvari GS. Socio-demographic and clinical correlates of lifetime suicide attempts and their impact on quality of life in Chinese schizophrenia patients. *J Psychiatr Res.* 2008 May;42(6):495-502.
- 30 Alves, VM, Francisco, LCFL, Belo, FMP, Melo-Neto, VL, Barros, VG, Nardi, AE. Evaluation of the quality of life and risk of suicide. *Clinics.* 2016, v. 71, n. 3, pp. 135-139. Epub Mar 2016.
- 31 Barak Y, Mirecki I, Knobler H et al. Suicidality and second generation antipsychotics in schizophrenia patients: a case-controlled retrospective study during a 5-year period. *Psychopharmacology* 175, 215–219 (2004).
- 32 Reutfors J, Bahmanyar S, Jönsson EG, Brandt L, Bodén R, Ekblom A et al. Medication and suicide risk in schizophrenia: a nested case-control study. *Schizophr Res.* 2013 Nov;150(2-3):416-20.

**Tabela 1 – Comparação das características sociodemográficas entre usuários de antipsicóticos atípicos que tentaram ou não suicídio, BH/MG, 2017**

Variáveis		Geral		Suicídio = Não		Suicídio = Sim		Valor-p
		N	%	N	%	N	%	
Sexo	Masculino	211	52,23	144	54,55	67	47,86	0,240 <sup>1</sup>
	Feminino	193	47,77	120	45,45	73	52,14	
Faixa etária	18 a 29 anos	27	6,15	19	6,55	8	5,37	0,195 <sup>1</sup>
	30 a 59 anos	309	70,39	196	67,59	113	75,84	
	60 anos ou mais	103	23,46	75	25,86	28	18,79	
Cor da pele	Parda	189	45,00	122	43,73	67	47,52	<b>0,014<sup>3</sup></b>
	Branca	176	41,90	129	46,24	47	33,33	
	Preta	47	11,19	23	8,24	24	17,02	
	Amarela	8	1,90	5	1,79	3	2,13	
Estado civil	Solteiro	284	64,84	191	65,86	93	62,84	0,549 <sup>3</sup>
	Casado/União estável	93	21,23	57	19,66	36	24,32	
	Separado/Divorciado	47	10,73	31	10,69	16	10,81	
	Viúvo(a)	14	3,20	11	3,79	3	2,03	
Escolaridade	Analfabeto ou fundamental incompleto	91	21,02	62	21,68	29	19,73	0,228 <sup>3</sup>
	Fundamental completo	73	16,86	42	14,69	31	21,09	
	Médio completo	171	39,49	115	40,21	56	38,10	
	Superior completo	87	20,09	57	19,93	30	20,41	
	Pós-graduação completa	11	2,54	10	3,50	1	0,68	
Trabalha	Não	137	31,79	96	33,57	41	28,28	0,206 <sup>1</sup>
	Sim	67	15,55	48	16,78	19	13,10	
	Aposentado/Afastado	227	52,67	142	49,65	85	58,62	
Renda familiar per capita	Até 0,50 salários mínimos per capita	76	20,60	45	18,75	31	24,03	0,175 <sup>1</sup>
	De 0,50 a 1 salário mínimo per capita	140	37,94	89	37,08	51	39,53	
	De 1 a 2 salários mínimos per capita	103	27,91	67	27,92	36	27,91	
	Mais de 2 salários mínimos per capita	50	13,55	39	16,25	11	8,53	
Filhos	Não	262	59,95	178	61,81	84	56,38	0,320 <sup>1</sup>
	Sim	175	40,05	110	38,19	65	43,62	
	Heterossexual	343	90,03	229	91,24	114	87,69	



Orientação sexual	Assexual	15	3,94	8	3,19	7	5,38	
	Homossexual	14	3,67	9	3,59	5	3,85	
	Bissexual	9	2,36	5	1,99	4	3,08	
Religião	Católica	207	47,92	145	50,70	62	42,47	0,372 <sup>3</sup>
	Evangélica	133	30,79	82	28,67	51	34,93	
	Sem religião definida, mas acredita em Deus	46	10,65	32	11,19	14	9,59	
	Espírita	37	8,56	21	7,34	16	10,96	
	Outra	9	2,08	6	2,10	3	2,05	

<sup>1</sup> Teste Qui-quadrado; <sup>2</sup> Teste Exato de Fisher; <sup>3</sup> Teste Qui-quadrado com valor-p calculado por simulação.

**Tabela 2 – Comparação das características comportamentais entre usuários de antipsicóticos atípicos que tentaram ou não suicídio, BH/MG, 2017**

	Variáveis	Geral		Suicídio = Não		Suicídio = Sim		Valor-p
		N	%	N	%	N	%	
Atividade física	Não faz	245	55,81	152	52,41	93	62,42	0,401 <sup>3</sup>
	Uma vez por semana	13	2,96	9	3,10	4	2,68	
	Duas ou três vezes por semana	99	22,55	71	24,48	28	18,79	
	Quatro ou cinco vezes por semana	49	11,16	35	12,07	14	9,40	
	Mais de cinco vezes por semana	33	7,52	23	7,93	10	6,71	
Uso de álcool ou cigarro	Não fez uso	96	22,12	81	28,32	15	10,14	< 0,001 <sup>1</sup>
	Álcool	100	23,04	64	22,38	36	24,32	
	Tabagismo	19	4,38	8	2,80	11	7,43	
	Ambos	219	50,46	133	46,50	86	58,11	
Uso de drogas ilícitas	Não	332	78,86	224	81,45	108	73,97	0,096 <sup>1</sup>
	Sim	89	21,14	51	18,55	38	26,03	
Histórico de encarceramento	Não	411	93,62	275	94,83	136	91,28	0,216 <sup>1</sup>
	Sim	28	6,38	15	5,17	13	8,72	
Histórico de morador de rua	Não	408	92,94	275	94,83	133	89,26	0,050 <sup>1</sup>
	Sim	31	7,06	15	5,17	16	10,74	

<sup>1</sup> Teste Qui-quadrado; <sup>2</sup> Teste Exato de Fisher; <sup>3</sup> Teste Qui-quadrado com valor-p calculado por simulação.

**Tabela 3 - Comparação das características de bem estar entre usuários de antipsicóticos atípicos que tentaram ou não suicídio, BH/MG, 2017**

Variáveis		Geral		Suicídio = Não		Suicídio = Sim		Valor-p
		N	%	N	%	N	%	
Apoio familiar	Não	30	7,46	16	6,06	14	10,14	<b>0,022<sup>3</sup></b>
	Raramente	8	1,99	4	1,52	4	2,90	
	Às vezes	53	13,18	27	10,23	26	18,84	
	Na maioria das vezes	29	7,21	18	6,82	11	7,97	
	Sempre	282	70,15	199	75,38	83	60,14	
Mobilidade	Não tem problemas em andar	294	73,13	211	80,23	83	59,71	<b>&lt; 0,001<sup>3</sup></b>
	Tem alguns problemas em andar	94	23,38	48	18,25	46	33,09	
	Está limitado a ficar na cama	14	3,48	4	1,52	10	7,19	
Cuidados pessoais	Não tem problemas com os meus cuidados pessoais	338	83,87	231	87,50	107	76,98	<b>0,006<sup>3</sup></b>
	Tem alguns problemas para me lavar ou me vestir	55	13,65	30	11,36	25	17,99	
	Incapacidade de se lavar ou vestir sozinho	10	2,48	3	1,14	7	5,04	
Atividades habituais	Não tem problemas em desempenhar as atividades habituais	217	53,98	168	63,64	49	35,51	<b>&lt; 0,001<sup>1</sup></b>
	Tem alguns problemas em desempenhar as atividades habituais	125	31,09	72	27,27	53	38,41	
	Incapacidade em desempenhar as atividades habituais	60	14,93	24	9,09	36	26,09	
Dor/Mal-estar	Não tem dores ou mal-estar	241	59,80	170	64,39	71	51,08	<b>0,005<sup>1</sup></b>
	Tem dores ou mal-estar moderadas	113	28,04	71	26,89	42	30,22	
	Tem dores ou mal-estar extremos	49	12,16	23	8,71	26	18,71	
Ansiedade / Depressão	Não está ansioso(a) ou deprimido(a)	122	30,58	99	38,08	23	16,55	<b>&lt; 0,001<sup>1</sup></b>
	Está moderadamente ansioso(a) ou deprimido(a)	166	41,60	115	44,23	51	36,69	
	Está extremamente ansioso(a) ou deprimido(a)	111	27,82	46	17,69	65	46,76	

<sup>1</sup> Teste Qui-quadrado; <sup>2</sup> Teste Exato de Fisher; <sup>3</sup> Teste Qui-quadrado com valor-p calculado por simulação.

**Tabela 4 - Comparação das características clínicas entre usuários de antipsicóticos atípicos que tentaram ou não suicídio, BH/MG, 2017**

Variáveis		Geral		Suicídio = Não		Suicídio = Sim		Valor-p
		N	%	N	%	N	%	
Uso dos serviços da CAPS/CERSAM	Não faz	204	47,33	154	54,04	50	34,25	<b>&lt; 0,001<sup>1</sup></b>
	Já fez	161	37,35	97	34,04	64	43,84	
	Faz	66	15,31	34	11,93	32	21,92	
Internação por motivos psiquiátricos	Não	160	37,04	128	44,76	32	21,92	<b>&lt; 0,001<sup>1</sup></b>
	Uma vez	84	19,44	56	19,58	28	19,18	
	Duas vezes	57	13,19	38	13,29	19	13,01	
	Três vezes	36	8,33	17	5,94	19	13,01	
	Quatro vezes ou mais	95	21,99	47	16,43	48	32,88	
Consultas médicas	Não consulta exclusivamente pelo SUS	217	50,47	153	54,26	64	43,24	<b>0,039<sup>1</sup></b>
	Consulta exclusivamente pelo SUS	213	49,53	129	45,74	84	56,76	
Antipsicóticos atípicos:								
Clozapina	Não	364	82,92	237	81,72	127	85,23	0,429 <sup>1</sup>
	Sim	75	17,08	53	18,28	22	14,77	
Olanzapina	Não	277	63,10	181	62,41	96	64,43	0,757 <sup>1</sup>
	Sim	162	36,90	109	37,59	53	35,57	
Quetiapina	Não	356	81,09	236	81,38	120	80,54	0,932 <sup>1</sup>
	Sim	83	18,91	54	18,62	29	19,46	
Risperidona	Não	380	86,56	244	84,14	136	91,28	<b>0,054<sup>1</sup></b>
	Sim	59	13,44	46	15,86	13	8,72	
Ziprasidona	Não	362	82,46	249	85,86	113	75,84	<b>0,013<sup>1</sup></b>
	Sim	77	17,54	41	14,14	36	24,16	
Uso de outros psicofármacos	Não	103	25,06	85	31,48	18	12,77	<b>&lt; 0,001<sup>1</sup></b>
	Sim	308	74,94	185	68,52	123	87,23	
Psicofármacos:								
Haloperidol	Não	388	88,38	262	90,34	126	84,56	0,103 <sup>1</sup>

	Sim	51	11,62	28	9,66	23	15,44	
Biperideno	Não	245	79,55	149	80,54	96	78,05	0,669 <sup>1</sup>
	Sim	63	20,45	36	19,46	27	21,95	
Carbonato de lítio	Não	251	81,49	149	80,54	102	82,93	0,705 <sup>1</sup>
	Sim	57	18,51	36	19,46	21	17,07	
Clonazepam	Não	180	58,44	119	64,32	61	49,59	<b>0,014<sup>1</sup></b>
	Sim	128	41,56	66	35,68	62	50,41	
Fluoxetina	Não	268	87,01	166	89,73	102	82,93	0,117 <sup>1</sup>
	Sim	40	12,99	19	10,27	21	17,07	
Valproato de sódio	Não	260	84,42	159	85,95	101	82,11	0,445 <sup>1</sup>
	Sim	48	15,58	26	14,05	22	17,89	
Tem/teve efeitos adversos	Não	203	49,75	130	48,33	73	52,52	0,485 <sup>1</sup>
	Sim	205	50,25	139	51,67	66	47,48	
Relaciona o efeito adverso ao medicamento	Não	7	5,93	5	5,95	2	5,88	1,000 <sup>2</sup>
	Sim	111	94,07	79	94,05	32	94,12	
Efeitos adversos:								
Boca seca	Não	179	89,50	124	91,18	55	85,94	0,379 <sup>1</sup>
	Sim	21	10,50	12	8,82	9	14,06	
Cansaço	Não	187	93,50	131	96,32	56	87,50	<b>0,029<sup>2</sup></b>
	Sim	13	6,50	5	3,68	8	12,50	
Ganho de peso	Não	173	86,50	116	85,29	57	89,06	0,613 <sup>1</sup>
	Sim	27	13,50	20	14,71	7	10,94	
Sonolência	Não	126	63,00	83	61,03	43	67,19	0,494 <sup>1</sup>
	Sim	74	37,00	53	38,97	21	32,81	
Tontura	Não	185	92,50	127	93,38	58	90,63	0,567 <sup>2</sup>
	Sim	15	7,50	9	6,62	6	9,38	
Tremor	Não	182	91,00	123	90,44	59	92,19	0,890 <sup>1</sup>
	Sim	18	9,00	13	9,56	5	7,81	

<sup>1</sup> Teste Qui-quadrado; <sup>2</sup> Teste Exato de Fisher; <sup>3</sup> Teste Qui-quadrado com valor-p calculado por simulação.

**Tabela 5 - Resultados do modelo ajustado de regressão logística múltiplo final entre usuários de antipsicóticos atípicos que tentaram ou não suicídio, BH/MG, 2017**

Variáveis	RC	IC95%	Valor-p
Cor da pele:			
Branca	1	-	-
Amarela	0,86	[0,16; 4,67]	0,857
Parda	1,72	[1,01; 2,96]	<b>0,048</b>
Preta	3,43	[1,52; 7,73]	<b>0,003</b>
Uso de álcool/cigarro:			
Nenhum	1	-	-
Apenas álcool	4,18	[1,79; 9,74]	<b>0,001</b>
Apenas cigarro	4,49	[1,19; 16,91]	<b>0,026</b>
Ambos	3,19	[1,48; 6,87]	<b>0,003</b>
Desempenho das atividades habituais:			
Sem problemas	1	-	-
Algum problema ou incapacidade	1,71	[1,21; 2,44]	<b>0,003</b>
Ansiedade ou depressão:			
Não está ansioso ou deprimido	1	-	-
Está moderadamente/extremamente ansioso ou deprimido	1,94	[1,35; 2,78]	<b>&lt;0,001</b>
Internações por motivos psiquiátricos:			
Não	1	-	-
Sim	1,46	[1,24; 1,71]	<b>&lt;0,001</b>

Abreviações: RC: razão de chances. IC: intervalo de confiança.  
 Teste de bondade de ajuste de Hosmer-Lemeshow p=0,948.

## 5 CONCLUSÃO

O estudo de variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais evidenciou que estão associadas ao relato de tentativa de suicídio em pessoas com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos em uso de antipsicóticos atípicos: cor de pele preta ou parda, uso de álcool e/ou cigarro, passar por pelo menos uma internação por motivos psiquiátricos e, quanto a análise de qualidade de vida, apresentar ansiedade e/ou depressão moderadas ou extremas e ter dificuldade ou incapacidade de realizar atividades habituais.

Este resultado reafirma a importância de conhecer as características das pessoas e o contexto social em que vivem para oferecer serviços de saúde mental focados não somente no tratamento medicamentoso, mas também em conhecer as necessidades, experiências e história de vida. Seu entorno social, seu contexto de vida, trabalho e relações sociais devem ser considerados fatores importantes no processo de atenção e cuidado. As associações apresentadas podem contribuir para que futuros estudos avaliem estratégias de prevenção e intervenção das tentativas de suicídio em pessoas com transtornos mentais.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, O.R.D. **Saúde mental e desenvolvimento: o impacto de fatores econômicos na saúde mental e a consequência econômica dos distúrbios mentais.** 2017. Monografia (Graduação em Economia) – Ciências econômicas – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

AMERICAN Psychiatric Association (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition (DSM-5).** Washington: *American Psychiatric Association*, 5 ed., 2013.

Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). **Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil.** Rio de Janeiro: *Associação Brasileira de Psiquiatria*, 2014.

BACHMANN, S. **Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective.** *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2018, 15, 1425.

BADEMLI, K. & DUMAN, Z.Ç. **Emotions, Ideas and Experiences of Caregivers of Patients With Schizophrenia About "Family to Family Support Program",** *Archives of Psychiatric Nursing* (2015).

BERTOLETE, J.M.; FLEISCHMANN, A.; DE LEO, D.; WASSERMAN, D. **Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence.** *Crisis.* 2004;25(4):147-55.

BOOTHE, A.S. *et al.* **Unmet social support for healthy behaviors among overweight and obese postpartum women: results from the Active Mothers Postpartum Study.** *J Womens Health (Larchmt).* 2011;20(11):1677-1685.

BOTEGA, N.J. *et al.* **Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(12):2632-2638, dez, 2009.

BOTTCHER, R.M. & GARAY, C.J. **Prevalencia y factores de riesgo asociados al suicidio en países latinoamericanos.** *Rev. psicodebate: psicol. cult. soc.*, Ciudad de Buenos Aires, v. 21, n. 1, p. 61-78, jun. 2021.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988.** Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2001;

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.982, de 26 de novembro de 2009**. Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica**. Série B. Textos Básicos de Saúde. 262 p. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2011b.

BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 176p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº. 364, de 9 de abril de 2013**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Brasil: *Diário Oficial da União*, 2013b.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica**: inovação para a garantia do acesso a medicamentos no SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília, DF, 2014a. 164 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 1.203, de 04 de novembro de 2014**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno Esquizoafetivo. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 315, de 30 de março de 2016**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. **Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde**. *Boletim Epidemiológico*, Volume 48, Nº 30 – 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2017b

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019**. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 10.225, de 5 de fevereiro de 2020**. Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2020.

CASTRO, M.C.A. & CRUZ, R.M. **Prevalência de Transtornos Mentais e Percepção de Suporte Familiar em Policiais Civis**. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2015, 35(2), 271-289.

COHEN, C.I.; ABDALLAH, C.G.; DIWAN, S. **Suicide attempts and associated factors in older adults with schizophrenia**. *Schizophrenia Research* 119 (2010) 253–257.

CORRIGAN, C.P.; KWASKY, A.N.; GROH, C.J. **Social Support, Postpartum Depression, and Professional Assistance: A Survey of Mothers in the Midwestern United States**. *J Perinat Educ*. 2015;24(1):48-60.

DIMENSTEIN, M. *et al.* **Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental.** *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20 (4): 1209-1226, 2010.

EUROQOL, Group. **EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life.** *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, v. 16, n. 3, p. 199, 1990.

FONTANELLA, C.A. *et al.* **Clinical Profiles and Health Services Patterns of Medicaid-Enrolled Youths Who Died by Suicide.** *JAMA Pediatr.* doi:10.1001/jamapediatrics.2020.0002 Published online March 23, 2020.

GAINO, L.V. *et al.* **O papel do apoio social no adoecimento psíquico de mulheres.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2019;27:e3157.

GARERI, P. *et al.* **Use of atypical antipsychotics in the elderly: a clinical review.** *Clin Interv Aging.* 2014;9:1363-1373.

GLICK, I.D. *et al.* **Are patients with schizophrenia better off with lifetime antipsychotic medication?** Replication of a Naturalistic, Long-Term, Follow-Up Study of Antipsychotic Treatment. *J Clin Psychopharmacol* 2020;40: 145–148

HAWTON, K. *et al.* **Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors.** *British Journal of Psychiatry* (2005), 187, 9-20.

HAWTON, K. & VAN HEERINGEN, K. **Suicide.** *Lancet* 2009; 373: 1372–81.

HETTIGE, N.C. *et al.* **A biopsychosocial evaluation of the risk for suicide in schizophrenia.** *CNS Spectr.* 2018 Aug;23(4):253-263.

HOR, K. & TAYLOR, M. **Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors.** *Journal of Psychopharmacology*, 2010, 24(11) Supplement 4. 81–90

JEON, S.W. & KIM, Y.K. **Unresolved Issues for Utilization of Atypical Antipsychotics in Schizophrenia: Antipsychotic Polypharmacy and Metabolic Syndrome.** *Int J Mol Sci.* 2017;18(10):2174.

LATORRE, V. *et al.* **Improving the “real life” management of schizophrenia spectrum disorders by LAI antipsychotics: A one-year mirror-image retrospective study in community mental health services.** *PLoS ONE* 15(3): e0230051. March 10, 2020

LI M. **Antipsychotic-induced sensitization and tolerance: Behavioral characteristics, developmental impacts, and neurobiological mechanisms.** *Journal of Psychopharmacology* 2016, Vol. 30(8) 749–770.

LU, L. *et al.* **Prevalence of suicide attempts in individuals with schizophrenia: a metaanalysis of observational studies.** *Epidemiology and Psychiatric Sciences.* 2020, 29, e39, 1–10.

MASSONS, C. *et al.* **Insight and suicidality in psychosis: A cross-sectional study.** *Psychiatry Research* 252 (2017) 147–153.

MELTZER, H.Y. **Update on typical and atypical antipsychotic drugs.** *Annu Rev Med.* 2013;64:393-406.

MENEZES, R.M. *et al.* **EQ-5D-3L as a health measure of Brazilian adult population.** *Qual Life Res.* 2015;24(11):2761–76.

NETO, A.G.A.A.; BRESSAN, R.A.; BUSATTO FILHO, G. **Fisiopatologia da esquizofrenia: aspectos atuais.** *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 34, supl. 2, p. 198-203, 2007.

NORDENTOFT, M.; MADSEN, T.; FEDYSZYN, I. **Suicidal behavior and mortality in first-episode psychosis.** *J Nerv Ment Dis.* 2015 May;203(5):387-92.

OLIVEIRA, I.R. **Antipsicóticos atípicos: farmacologia e uso clínico.** *Braz. J. Psychiatry*, 22 (suppl 1), Maio 2000.

REMSCHMIDT, H. & THEISEN, F. **Early-onset schizophrenia.** *Neuropsychobiology.* 2012;66(1):63-9.

ROCHA, C.M.F. **As redes em saúde: entre limites e possibilidades.** Oficina 55, VI Congresso Nacional da Rede Unida. II Fórum Nacional de Redes em Saúde. Belo Horizonte (MG): *Organização Pan-Americana da Saúde.* 2005.

ROSA, N.M. *et al.* **Tentativas de suicídio e suicídios na atenção pré-hospitalar.** *J Bras Psiquiatr.* 2016;65(3):231-8.

SALLES, M.M. & BARROS, S. **Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7):2129-2138, 2013.

SCHIZOPHRENIA economics and effectiveness assessment (SCHEEA). Base de dados. Avaliação dos Aspectos Econômicos e de Efetividade em Esquizofrenia. Belo Horizonte: Faculdade de Farmácia/ UFMG. 2018.

VAN OS, J. & KAPUR, S. **Schizophrenia.** *Lancet* 2009; 374: 635-45.

VERMEULEN, J.M. *et al.* **Clozapine and Long-Term Mortality Risk in Patients With Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis of Studies Lasting 1.1–12.5 Years.** *Schizophrenia Bulletin* vol. 45 nº. 2 pp. 315–329, 2019.

WEBER, C.A.T. & JURUENA, M.F. **Paradigmas de atenção e estigma da doença mental na reforma psiquiátrica brasileira.** *Psic., Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 18, n. 3, p. 640-656, dez. 2017.

WEBER, C.A.T. & JURUENA, M.F. **Contribuições de um hospital-dia para as redes de apoio social a pessoas com transtornos mentais.** *Psicol. Conoc. Soc.*, Montevideo, v. 8, n. 1, p. 124-138, mayo 2018.

WORLD Health Organization (WHO). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 10 ed., 1997.

WORLD Health Organization (WHO) Figure: **Age-Standardized Suicide Rates: Male: Female Ratio (Per 100,000).** Available online: [http://www.who.int/gho/mental\\_health/suicide\\_rates\\_male\\_female/en/](http://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates_male_female/en/) (accessed on 10 October 2017) *apud* BACHMANN, S. **Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective.** *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2018, 15, 1425.

YEH, S.T.; NG, Y.Y.; WU, S.C. **Association of psychiatric and physical illness with suicide in older adults in Taiwan.** *Journal of Affective Disorders*. Volume 264, 1 March 2020, Pages 425-429.

## APÊNDICES

### Apêndice A - Termo de consentimento livre e esclarecido

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa "Avaliação dos aspectos econômicos e de efetividade em Esquizofrenia". Nesta pesquisa pretendemos "Realizar uma análise de efetividade do tratamento da esquizofrenia no Sistema Único de Saúde". Para esta pesquisa iremos realizar uma entrevista presencial e quatro entrevistas rápidas por telefone. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem no desconforto em responder algumas perguntas, porém os entrevistadores foram treinados para lidar com a situação e ajuda-los na entrevista. Caso sejam detectadas alterações importantes de saúde durante a entrevista, o Sr.(a) será encaminhado(a) para atenção em um serviço de saúde. A pesquisa contribuirá para conhecer a efetividade e qualidade de vida dos pacientes portadores da esquizofrenia.

Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O Sr.(a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido (a) pela farmácia e pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao Sr.(a). Os dados utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos na sala 4126 da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais e, após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa "Avaliação dos aspectos econômicos e de efetividade em Esquizofrenia", de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

(  ) Concordo que os meus dados sejam utilizados somente para esta pesquisa.

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

---

Nome completo do participante

Data

---

Assinatura do participante

**Nome completo do Pesquisador Responsável:** Cristina Mariano Ruas  
Endereço: Avenida Pres. Antônio Carlos, 6627. Faculdade de Farmácia  
CEP: 31270-901 / Belo Horizonte – MG  
Telefones: (31) 34096906  
E-mail: crisruasbrandao@gmail.com

---

Assinatura do pesquisador responsável

Data

**Nome completo do Pesquisador:**  
Endereço: Avenida Pres. Antônio Carlos, 6627. Faculdade de Farmácia  
CEP: 31270-901 / Belo Horizonte – MG  
Telefones: (31) 34096906  
E-mail:

---

Assinatura do pesquisador (mestrando ou doutorando)

Data

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:  
COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG  
Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005.  
Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901.  
E-mail: coep@prpq.ufmg.br. Tel: 34094592.

## Apêndice B - Formulário de entrevista inicial

### Projeto SCHEEA – Registro

1. ID

---

2. Qual o seu nome?

---

3. Qual a sua data de nascimento?

---

4. Qual o seu telefone de contato?

---

5. Você tem email?

---

6. Observações:

---

### Dados do acompanhante 1

7. Nome

---

8. Relação com paciente.

Mãe

Pai

Irmã (o)

Marido/Esposa – Namorado(a)

Cuidador remunerado

Outro familiar

Não informou

Outro: \_\_\_\_\_

9. Telefones/ Email:

---

### Projeto SCHEEA – Primeira onda

1. ID

---

2. Data

---

3. Hora de início:

---

4. Avaliador

---

### Dados sociodemográficos do paciente

5. Qual o seu estado civil?

- Solteiro
- Casado/ União estável
- Viúvo (a)
- Separado/ Divorciado
- Não respondeu

6. Qual a sua escolaridade?

- Nunca estudou
- Fundamental incompleto
- Fundamental completo
- Médio incompleto
- Médio completo
- Superior incompleto
- Superior completo
- Pós – graduação incompleto
- Pós – graduação completo
- Não sabe
- Não respondeu

7. Qual a renda aproximada total na sua casa (soma de todos os salários da residência)?

- Até 1 salário mínimo – R\$ 937,00
- De 1 a 2 salários – R\$ 938,00 a R\$ 1.874,00
- De 2 a 4 salários – R\$ 1.875,00 a R\$ 3.748,00
- De 4 a 6 salários – R\$ 3.749,00 a R\$ 5.622,00
- De 6 a 8 salários – R\$ 5.623,00 a R\$ 7.496,00
- De 8 a 10 salários – R\$ 7.497,00 a R\$ 9.370,00
- Mais de 10 salários – acima de R\$ 9.321,00
- Não sabe
- Não informou

8. Quantas pessoas dependem dessa renda (incluindo o paciente)?

- 1
- 2
- 3
- 4 ou mais
- Não sabe ou não informou

9. Você trabalha?

- Formalmente
- Informalmente
- Aposentado
- Afastado
- Não, mas procurou emprego nos últimos 30 dias
- Não e não procurou emprego nos últimos 30 dias
- Não sabe
- Não respondeu
- Não se aplica

10. Qual é/foi sua profissão?

---

11. Como você define sua cor de pele?

- Branca
- Preta
- Parda
- Amarelo
- Indígena
- Não sabe
- Não respondeu

12. Você tem filhos?

- Sim
- Não
- Não sabe
- Não respondeu

13. Quantos filhos?

- 1
- 2
- 3
- 4 ou mais
- Não respondeu
- Não se aplica

14. Quais as idades?

---

### **Para mulheres**

15. Se mulher, você já teve aborto?

- Não
- 1
- 2
- 3
- 4 ou mais
- Não sabe



- Não quis responder
- Não se aplica

16. Se mulher, em relação a sua menstruação

- Menstrua regularmente
- Menstrua irregularmente
- Já entrou em menopausa
- Não se aplica
- Outros: \_\_\_\_\_

### Dados comportamentais

17. Você sabe há quanto tempo foi diagnosticado com a doença? (ano aproximado)

\_\_\_\_\_

18. Há quanto tempo você recebe medicamentos aqui na Farmácia para todos? (ano aproximado)

\_\_\_\_\_

19. Você faz atividade física?

- Uma vez por semana
- 2-3 vezes por semana
- 4-5 vezes por semana
- Mais de 5 vezes por semana
- Não faz
- Não respondeu

20. Se sim, qual atividade?

\_\_\_\_\_

21. Qual a sua religião?

- Católica
- Evangélica
- Testemunha de Jeová
- Espirita
- Umbanda
- Candomblé
- Judaísmo
- Budismo
- Hinduísmo
- Islamismo
- Tradições indígenas
- Agnóstico
- Ateu
- Sem religião
- Não sabe
- Não informou
- Outro: \_\_\_\_\_

22. Você se sente apoiado pela sua família?

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Às vezes
- Raramente
- Não
- Não sabe
- Não respondeu

23. Alguma vez na vida, você fez uso de álcool (cerveja, vinho ou outras bebidas alcólicas) ou cigarro?

- Álcool
- Tabagismo
- Ambos
- Não fez uso
- Não sabe
- Não respondeu

24. Nos últimos seis meses, você fez uso de álcool (cerveja, vinho ou outras bebidas alcólicas) ou cigarro?

- Álcool
- Tabagismo
- Ambos
- Não fez uso
- Não sabe
- Não respondeu

25. Alguma vez na vida, você fez uso de drogas, como maconha, cocaína... ?

- Maconha
- Cocaína
- Crack
- Heroína
- LSD
- Êxtase
- Tinner
- Benzina
- Lança perfume
- Loló
- Qualquer uma que conseguir
- Não usa
- Não sabe
- Não respondeu
- Outro: \_\_\_\_\_

26. Nos últimos seis meses, você fez uso de drogas, como maconha, cocaína?

- Maconha
- Cocaína

- Crack
- Heroína
- LSD
- Êxtase
- Tinner
- Benzina
- Lança perfume
- Loló
- Qualquer uma que conseguir
- Não usa
- Não sabe
- Não respondeu
- Outro: \_\_\_\_\_

27. Por quem sente-se atraído sexualmente?

- Homens
- Mulheres
- Ambos
- Nenhum
- Não respondeu
- Não sabe
- Outro: \_\_\_\_\_

28. Quantos parceiros sexuais teve nos últimos seis meses?

---

29. Com que frequência você usa preservativos?

- Sempre
- Quase sempre
- As vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sabe
- Não respondeu
- Não se aplica

30. Você já foi preso alguma vez

- Sim
- Não
- Não sabe
- Não respondeu

31. Se sim, quando?

---

32. Se sim, por quanto tempo?

---

33. Você já foi morador de rua?

- Sim
- Não
- Não sabe
- Não quis responder

34. Se sim, quando?

---

35. Se sim, por quanto tempo?

---

36. Você já tentou suicídio alguma vez?

- Não
- Uma vez
- Duas vezes
- Três vezes ou mais
- Não sabe
- Não respondeu

37. Se sim, há quanto tempo?

---

#### **Dados clínicos/ Uso de serviços**

38. Já fez ou faz uso dos serviços da CAPS/CERSAM?

- Já fez
- Faz
- Não faz
- Não sabe
- Não quis responder

39. Qual foi a frequência de uso?

- Consultas agendadas ou atividades em grupo
- Dia inteiro
- Pernoite ou internação (maior que 24 horas)
- Não se aplica

40. Foi internado alguma vez por motivos psiquiátricos?

- Não
- Uma vez
- Duas vezes
- Três vezes
- Quatro vezes ou mais
- Não sabe
- Não respondeu

41. Se sim, qual tipo de internação?

- Voluntária – com o seu consentimento
- Involuntária – à força
- Compulsória – decisão judicial
- Não sabe
- Não respondeu
- Não se aplica

42. Você tem alguma outra doença?

- Hipertensão
- Diabetes
- Cardiopatia
- HIV
- Disfunção tireóide
- Doenças respiratórias
- Doenças hepáticas crônicas
- Doenças renais crônicas
- Nenhuma
- Não informou
- Outra: \_\_\_\_\_

43. Onde você realiza suas consultas médicas?

- Serviço público (SUS) – Centro de saúde ou hospitais
- Privado – Consultas particulares
- Plano de saúde
- Ambos
- Não sabe
- Não respondeu
- Outros: \_\_\_\_\_

44. Se plano de saúde, qual?

---

45. Quais antipsicóticos você está usando?

- Haloperidol
- Clorpromazina
- Risperidona
- Quetiapina
- Ziprasidona
- Olanzapina
- Clozapina
- Trifluoperazina
- Paliperidona
- Sertindiol
- Levomepro-mazina
- Aripiprazol
- Lurasidona
- Droperidol
- Flupentixol

- Flufenazina
- Lurasidona
- Sulpirida
- Levossulpirida
- Tioridazina
- Zuclopentixol
- Amissulprida
- Penfluridol
- Pimozida
- Acepromazida
- Não sabe
- Não respondeu
- Outro: \_\_\_\_\_

46. Você faz uso de algum outro medicamento psicofármaco?

- Alprazolam
- Lorazepam
- Clonazepam
- Nitrazepam
- Diazepam
- Midazolam
- Biperideno
- Prometazina
- Carbamazepina
- Carbonato de Lítio
- Clorpromazina
- Valproato de sódio
- Amitriptilina
- Imipramina
- Nortriptilina
- Sertralina
- Fluoxetina
- Venlafaxina
- Fenobarbital
- Fenitoína
- Não sabe
- Não respondeu
- Não faz uso
- Outro: \_\_\_\_\_

47. Faz uso de algum outro medicamento?

---

### **Eventos adversos**

48. Em geral, alguns medicamentos causam, além dos efeitos benéficos, alguns efeitos inesperados. Você já apresentou alguns desses efeitos com algum dos medicamentos utilizados?

- Sim
- Não
- Não sabe
- Não respondeu

49. Relacione o evento ao medicamento?

---

50. Se sim, qual reação?

---

### **SATIS –BR**

Escala de avaliação dos pacientes dos pacientes com saúde mental

51. Qual a sua opinião sobre a maneira como você foi tratado, em termos de respeito e dignidade?

- Nunca me senti respeitado
- Geralmente não me senti respeitado
- Mais ou menos
- Geralmente me senti respeitado
- Sempre me senti respeitado

52. Em geral, como você classificaria a acolhida dos profissionais Farmácia de Minas?

- Nada amigável
- Pouco amigável
- Mais ou menos
- Amigável
- Muito amigável

53. Você ficou satisfeito com o conforto e aparência da Farmácia de Minas?

- Muito insatisfeito
- Insatisfeito
- Indiferente
- Satisfeito
- Muito satisfeito

54. De que você mais gosta na farmácia?

---

55. Na sua opinião, o serviço da farmácia poderia ser melhorado?

- Sim
- Não
- Não sei

56. Se sim, de que maneira?

---

## ANEXOS

### Anexo I – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação dos aspectos econômicos e de efetividade em esquizofrenia

**Pesquisador:** Cristina Mariano Ruas Brandão

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 57420616.9.0000.5149

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Minas Gerais

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.691.265

##### Apresentação do Projeto:

A esquizofrenia é responsável por um sofrimento mental crônico e debilitante com um impacto econômico significativo para a sociedade. Acomete entre 0,3 a 1% da população. O tratamento da esquizofrenia é realizado com medicamentos de uma classe denominada como antipsicóticos. No Brasil, o Ministério da Saúde padronizou os medicamentos haloperidol, clorpromazina, risperidona, ziprasidona, olanzapina, quetiapina e clozapina para o tratamento dos pacientes com esquizofrenia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Estudos que mediram a relação de custo-efetividade entre os antipsicóticos de segunda geração padronizados demonstraram haver dúvida entre risperidona e olanzapina quanto ao medicamento mais custo-efetivo no Brasil. Este estudo propõe uma análise de efetividade e custo-efetividade do tratamento da esquizofrenia, satisfação dos usuários do SUS e relação subjetiva dos pacientes quanto ao uso de medicamentos antipsicóticos. Inicialmente, será realizada uma coorte aberta, prospectiva, de pacientes em uso de risperidona ou olanzapina, atendidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf) da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG). A coorte será conduzida em cinco entrevistas: uma entrevista para coleta de dados de baseline e quatro entrevistas seguintes, realizadas a cada três meses, via telefone, com a aplicação da escala EQ-5D-3L e coleta de dados para avaliação de custo e fatores de risco. O tempo de seguimento da coorte será de um ano. A avaliação econômica será realizada a partir dos dados da

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad S1 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br



Continuação do Parecer: 1.691.265

coorte prospectiva, sob a perspectiva do SUS. Será desenvolvido ainda um estudo qualitativo com o objetivo de descrever como formam e se diferem as percepções, opiniões e atitudes acerca do uso de medicamentos antipsicóticos em pacientes portadores de esquizofrenia. O estudo terá como sujeitos portadores de esquizofrenia atendidos pela Farmácia do Ceaf e também aqueles pacientes que estão em residência terapêutica que estejam em uso de qualquer medicamento antipsicótico para esquizofrenia. O projeto é uma proposta original, inovadora, transdisciplinar e brasileira para aprofundar o conhecimento e produzir novas informações a respeito da esquizofrenia no contexto do país, ao agregar diferentes marcos teóricos e metodologias na avaliação em saúde mental.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

- Realizar uma análise de efetividade e custo-efetividade do tratamento da esquizofrenia, satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde e relação subjetiva dos pacientes quanto ao uso de medicamentos antipsicóticos.

Objetivo Secundário:

- Realizar uma análise da efetividade de tratamentos padronizados no Sistema Único de Saúde para a esquizofrenia através de uma coorte concorrente;
- Descrever o custo de internação hospitalar em pacientes com esquizofrenia;
- Realizar uma análise de custo-efetividade do tratamento com olanzapina ou risperidona para esquizofrenia no Sistema Único de Saúde;
- Descrever a experiência subjetiva do paciente em relação ao uso de medicamentos;
- Avaliar a satisfação dos usuários em relação ao serviço de acompanhamento em saúde mental.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

- Riscos:

Os riscos envolvidos na pesquisa consistem no desconforto em responder algumas perguntas, porém os entrevistadores serão treinados para lidar com a situação e ajuda os participantes durante a entrevista.

- Benefícios:

Geração de novo conhecimento sobre o tratamento da esquizofrenia no Brasil, podendo gerar melhorias para o atendimento dos pacientes,

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad. SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4392

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.691.265

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta uma temática relevante e está bem delineada. Seu mérito científico já foi aprovado pelo Departamento de Farmácia Social da Faculdade de Farmácia da UFMG. Quanto aos aspectos éticos, sugiro incluir a FHEMIG como instituição coparticipante do estudo. Além disso, no TCLE, versão da pesquisa qualitativa, os autores apresentam os contatos do CONSET – Conselho de Ética Pública da FHEMIG, não repetindo tal procedimento no TCLE, versão da pesquisa quantitativa. Sugiro que a informação seja incluída também nesta última versão de TCLE.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Informações básicas do projeto de pesquisa;
- Projeto de pesquisa na íntegra;
- Folha de rosto devidamente assinada pelo pesquisador responsável e pela Vice-Diretora da Faculdade de Farmácia da UFMG;
- Parecer consubstanciado do Departamento de Farmácia Social da Faculdade de Farmácia da UFMG aprovando o projeto de pesquisa;
- Duas versões de TCLE, sendo uma para o estudo quantitativo e outro para o estudo qualitativo;
- Troca de correspondência com o responsável pela Assistência Farmacêutica da SES/MG sobre a anuência de realização da pesquisa.

**Recomendações:**

Descritas acima.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pelo exposto, sou, salvo melhor juízo dos demais membros, pela aprovação do projeto de pesquisa.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coesp@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.691.265

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_701198.pdf	29/06/2016 13:35:11		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEQLFinal.docx	29/06/2016 13:30:29	André Soares Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEQTFinal.docx	29/06/2016 13:30:10	André Soares Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	aprovacaoCDScheea.pdf	29/06/2016 13:26:02	André Soares Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SESMG.pdf	29/06/2016 13:24:54	André Soares Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	SCHEEAProject.docx	29/06/2016 13:24:05	André Soares Santos	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoAssinada.PDF	29/06/2016 13:22:53	André Soares Santos	Aceito
Outros	574206169aprovacao.pdf	23/08/2016 14:48:00	Vivian Resende	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 23 de Agosto de 2016

---

**Assinado por:**  
**Vivian Resende**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br