

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Farmácia
Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência
Farmacêutica

Alessandra Iani Ferreira Lopes

ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE ADULTOS MAIS NOVOS E MAIS
VELHOS COM ESQUIZOFRENIA: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS,
COMPORTAMENTAIS, CLÍNICOS E QUALIDADE DE VIDA

Belo Horizonte
2022

Alessandra Iani Ferreira Lopes

**ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE ADULTOS MAIS NOVOS E MAIS
VELHOS COM ESQUIZOFRENIA: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS,
COMPORTAMENTAIS, CLÍNICOS E QUALIDADE DE VIDA**

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. Cristina Mariano Ruas.

Coorientadores: Prof. Dr. Helian Nunes de Oliveira e Profa. Dra. Edna Afonso Reis.

Belo Horizonte

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

L864a Lopes, Alessandra Iani Ferreira.
Análise comparativa entre adultos mais novos e mais velhos com esquizofrenia [recurso eletrônico] : aspectos sociodemográficos, comportamentais, clínicos e qualidade de vida / Alessandra Iani Ferreira Lopes. – 2022.
1 recurso eletrônico (93 f. : il.) : pdf

Orientadora: Cristina Mariano Ruas.
Coorientadores: Helian Nunes de Oliveira e Edna Afonso Reis.

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

Exigências do sistema: Adobe Acrobat Reader.

1. Esquizofrenia – Teses. 2. Envelhecimento – Teses. 3. Adulto – Teses. 4. Qualidade de vida – Teses. 5. Antipsicóticos – Teses. 6. Grupos etários – Teses. I. Ruas, Cristina Mariano. II. Oliveira, Helian Nunes de. III. Reis, Edna Afonso. IV. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia. V. Título.

CDD:362.1042

Elaborado por Darlene Teresinha Schuler – CRB-6/1759

FOLHA DE APROVAÇÃO



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

FOLHA DE APROVAÇÃO

ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE ADULTOS MAIS NOVOS E MAIS VELHOS COM ESQUIZOFRENIA: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS, COMPORTAMENTAIS, CLÍNICOS E QUALIDADE DE VIDA

ALESSANDRA IANI FERREIRA LOPES

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 Mestre em MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, área de concentração MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.

Aprovada em 19 de DEZEMBRO de 2022, pela banca constituída pelos membros:

Cristina Mariano Ruas - Orientadora (UFMG)
Helian Nunes de Oliveira - Coorientador (UFMG)
Mariana Martins Gonzaga do Nascimento (FAFAR-UFMG)
Francisco de Assis Moura (UFOP)



Documento assinado eletronicamente por **Cristina Mariano Ruas, Professora do Magistério Superior**, em 21/12/2022, às 11:36, 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 **Mariana Martins Gonzaga do Nascimento, Servidor(a)**, em 21/12/2022, às 14:55, 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 **Francisco de Assis Moura, Usuário Externo**, em 21/12/2022, às 15:17, 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 23/12/2022, 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, informando o código verificador **1981175** e o código CRC **AC880E3F**.

AGRADECIMENTOS

“Porque dele e por ele, e para ele, são todas as coisas; glória, pois, a ele eternamente. Amém” (Romanos 11:36). Mesmo nos tempos mais sombrios e afrontosos, quando os ventos gelados da angústia parecem nos craquelar, Deus continua sendo aquela pequena vela. Às vezes não acreditamos que sua chama é suficiente, mas é ela que nos mantém vivos e sua luz nos dá esperanças.

A misericórdia de Deus se revelou em minha vida através da minha família. Meus pais são a personificação do amor, cuidado e caráter. Obrigada por serem meu alicerce e me mostrarem que a vida é uma dádiva.

À minha amiga vovó Tatata, por sempre interceder por mim e ser minha grande admiradora.

Ao Mateus, meu melhor amigo e irmão. Desde pequenos nos apoiamos, dando as mãos em meio ao sofrimento e sorrindo em meio a alegria. Nunca encontrei alguém no mundo com sua inteligência e perspicácia. Você é incrível!

À toda equipe da BIOMINAS, que se tornou parte essencial da minha caminhada. Em especial ao Osman, que através do seu apoio e grande bondade, tornou possível a concretização do mestrado.

À minha orientadora, Professora Cristina, por sua disponibilidade, zelo e carinho durante todo o desenvolvimento do trabalho; exemplo de professora, educadora e ser humano.

Aos meus coorientadores, Professora Edna e Professor Helian, por todos os ensinamentos ricos e solicitude. Aos integrantes do projeto SCHEEA, especialmente meu amigo Júlio, por todo o tempo compartilhado e ajuda.

À Faculdade de Farmácia, por me dar a chance de retornar para uma das melhores universidades do mundo e me proporcionar um ensino gratuito e de excelência.

À todas as pessoas que de alguma forma participaram da minha caminhada, muito obrigada!

“You can't know, you can only believe - or not.”

— **C.S. Lewis**

RESUMO

Corroborando as projeções epidemiológicas mundiais de envelhecimento populacional, os indivíduos com esquizofrenia também vivenciam um aumento da expectativa de vida. A longevidade é uma resultante positiva do progresso na ciência e na assistência à saúde. A heterogeneidade e escassez de dados comparativos entre as faixas etárias de pessoas com esquizofrenia revelam uma situação de saúde pouco estudada e uma população duplamente vulnerável. Como parte do projeto *SCHizophrenia Economics and Effectiveness Assessment* (SCHEEA), o objetivo deste trabalho foi realizar uma análise entre indivíduos com esquizofrenia até 49 anos comparativamente àqueles acima de 50 anos no que diz respeito aos aspectos sociodemográficos, comportamentais, clínicos e de qualidade de vida. Trata-se de um estudo observacional de corte transversal realizado a partir de uma entrevista direta com 435 pacientes com esquizofrenia acima de 18 anos que estavam em uso de antipsicóticos atípicos (clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina ou ziprasidona) disponibilizados na farmácia de média complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS). O grupo acima de 50 anos tem uma composição proporcionalmente maior de pessoas do sexo feminino (49% e 37% - $p=0,017$), que não são solteiros (53% e 25% - $p<0,001$), aposentados (60% e 31% - $p<0,001$) e autodeclarados brancos (52% e 36% - $p=0,008$), em relação aos mais jovens. Além disso, eles utilizam menos os centros de atenção psicossocial (57% e 40% - $p<0,001$), apresentam menores taxas de tentativa de suicídio (73% e 63% - $p=0,002$) e maiores índices de comorbidade (74% e 42% - $p<0,001$). A olanzapina foi o antipsicótico mais utilizado entre os pacientes (37%). Os indicadores de qualidade de vida não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Estratégias de prevenção ao suicídio devem ser criadas visando os indivíduos mais jovens. Por outro lado, políticas psicossociais devem focar na inclusão dos pacientes mais velhos nos serviços de saúde mental, além do acompanhamento clínico para redução da elevada taxa de comorbidades. Variáveis sociodemográficas seguem tendências globais, o que demonstra a necessidade da intensificação de estratégias particulares do envelhecimento.

Palavras-chave: esquizofrenia; envelhecimento; adultos mais velhos; qualidade de vida; antipsicóticos; grupos etários.

ABSTRACT

Corroborating with the growing projections worldwide, individuals with schizophrenia are also experiencing an increase in life expectancy. Longevity is a positive outcome of progress in science and health care. The heterogeneity and scarcity of comparative data between age groups reveal a poorly understood health status and a doubly vulnerable population. As part of the *SCHizophrenia Economics and Effectiveness Assessment* (SCHEEA), the objective of this work is to carry out an analysis among individuals with schizophrenia up to 49 years old compared to those over 50 years old in relation to sociodemographic, behavioral, clinical and quality of life aspects. This is a cross-sectional observational study carried out from a direct interview with 435 patients with schizophrenia over 18 years old, who were using atypical antipsychotics (clozapine, risperidone, olanzapine, quetiapine or ziprasidone) available at the medium complexity pharmacy of the Brazilian public health system (SUS). The group over 50 years old has a proportionately higher composition of female people (49% and 37% - $p=0,017$), who were not single (53% and 25% - $p<0,001$), retired (60% and 31% - $p<0,001$) and self-declared white (52% and 36% - $p=0,008$), in relation to the younger ones. In addition, older individuals, compared to younger ones, use less the psychosocial care centers (57% and 40% - $p<0,001$), have lower rates of suicide attempts (73% and 63% - $p=0,002$) and higher rates of comorbidity (74% and 42% - $p<0,001$). Olanzapine was the most used antipsychotic (37%). Quality of life indicators did not show statistically significant differences between groups. The results indicate that suicide prevention strategies should be created related to younger individuals. On the other hand, psychosocial policies should focus on the inclusion of older patients in health services, in addition to clinical follow-up focused on the high rate of comorbidities. Sociodemographic variables follow global trends, demonstrating the need to create specific aging strategies.

Keywords: schizophrenia; aging; older adults; quality of life; antipsychotics; age groups.

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	8
1.1 Sobre a esquizofrenia	10
1.2 Assistência em foco	20
1.3 Políticas de saúde: a ascensão do cuidado	23
1.4 O chamado envelhecimento	25
1.5 Envelhecimento e esquizofrenia	27
1.6 Considerações finais	34
2 OBJETIVOS	35
2.1 Objetivo geral	35
2.2 Objetivos específicos	35
3 MÉTODOS	36
3.1 Caracterização do estudo	36
3.2 Cálculo amostral	36
3.3 Delineamento do estudo	36
3.4 Variáveis	38
3.5 Análise estatística	40
3.6 Aspectos éticos	41
4 ARTIGO DE RESULTADOS	42
5 CONCLUSÃO	68
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICES	78
Apêndice A - Termo de consentimento livre e esclarecido	78
Apêndice B - Formulário de coleta de dados cadastrais da entrevista face a .	79
Apêndice C - Formulário de entrevista inicial	80
ANEXOS	88
Anexo I – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) da UFMG	88

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A esquizofrenia é um transtorno psicótico grave de destaque, que afeta cerca de 24 milhões de pessoas no mundo (WHO, 2022). A natureza multifatorial e heterogênea da doença reflete em um prognóstico clínico complexo e impacto a longo prazo nas esferas individual, social e ocupacional dos pacientes (FATIMA *et al.*, 2011).

Em concordância com notório acréscimo no número absoluto de pessoas mais velhas no mundo, os indivíduos com esquizofrenia também vivenciam um aumento da expectativa de vida. A longevidade é uma resultante positiva do progresso na ciência e na assistência à saúde, destacando-se o aumento no acesso ao tratamento e no uso de antipsicóticos nos últimos anos (TIIHONEN *et al.*, 2009). As projeções estatísticas apontam que, até o final de 2025, o número de pessoas com esquizofrenia com mais de 55 anos irá dobrar, o que contabiliza um quarto de todos os pacientes (COHEN, MEESTERS, ZHAO, 2015).

Embora estejam vivendo mais, a expectativa de vida ainda é cerca de 15 a 20 anos menor que em indivíduos não afetados (LAURSEN, 2011; JESTE e MAGLIONE, 2013). Pessoas com esquizofrenia entre 40 e 50 anos podem ser comparáveis clinicamente com aquelas de idade entre 60 e 70 anos na população em geral, justificado pelo envelhecimento físico acelerado, altas taxas de morbidade e um risco de duas a três vezes maior de mortalidade (JESTE e MAGLIONE, 2013).

O curso da esquizofrenia segue por caminhos poucos lapidados pela ciência, refletidos por uma recente e progressiva mudança no perfil etário da doença. Não obstante, a heterogeneidade e escassez de dados comparativos entre as faixas etárias, revelam um estado de saúde pouco elucidado e uma população duplamente vulnerável, surgindo o questionamento sobre o preparo do sistema de saúde para atender ao crescimento substancial dessa população (COHEN, MEESTERS, ZHAO, 2015).

Frente à evolução clínica da esquizofrenia e a elevada prevalência de doenças, aliada com alterações farmacocinéticas relacionadas à idade, pessoas mais velhas usualmente requerem maior cuidado em saúde e demonstra a complexidade clínica e terapêutica desta faixa etária (FATIMA *et al.*, 2011). Por outro lado, pesquisas apontam uma melhora do prognóstico da doença, em certas esferas, ao longo dos anos, pautadas pela possível estabilização do quadro sintomático (JESTE *et al.*, 2011; SHEPHERD *et al.*, 2012). Em vista disso, ter uma melhor compreensão das diferenças entre os pacientes mais jovens e mais velhos com esquizofrenia torna-se ainda mais relevante.

Neste contexto, este trabalho tem o objetivo de investigar as diferenças sociodemográficas, clínicas, comportamentais e de qualidade de vida existentes entre a população mais jovem e mais velha com esquizofrenia, atendidos pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

1.1 Sobre a esquizofrenia

1.1.1 Uma pincelada histórica

“A doença dos loucos”, foi o início da descrição estigmatizada e incerta do que hoje chamamos de esquizofrenia. O medo do desconhecido conduziu a psiquiatria por anos de obscuridade frente aos transtornos mentais, nos quais a tentativa e erro se mostram proeminentes no cenário da formação da assistência psiquiátrica (COSTA & MEDEIROS, 2007; FIGUÊIREDO *et al.*, 2014).

A notoriedade de tal condição se inicia com os apontamentos de sintomas como demência, insanidade e convulsões, datadas em manuscritos chineses e egípcios por volta de 1000 a.c. Como berço do misticismo, a loucura tinha a raiz mitológica que se fundia à normalidade na Grécia Antiga. Os questionamentos da relação biológica entre a mente e o corpo se iniciaram com Platão e Aristóteles, culminando na medicina hipocrática traçando uma linha nítida entre conhecimento e crenças (KYZIRIDIS, 2005).

A partir do primeiro século D.C., a evolução filosófica das faculdades mentais deu espaço para a demonização do comportamento psicótico como uma punição divina à alma pecadora. A inquisição refletia o caráter da Idade Média, assegurada por justificativas de possessões e bruxaria (KYZIRIDIS, 2005; FIGUÊIREDO *et al.*, 2014). No Renascimento, entre os séculos XV e XVI, a ideia de loucura então migra do mundo das forças naturais e divinas para o âmbito da razão. A ciência psiquiátrica, portanto, passa por um processo de ascensão nos séculos seguintes, marcado pelo apogeu de informações evidenciadas sobre o corpo e a mente no século XIX (KYZIRIDIS, 2005).

Apesar da psiquiatria ter se alicerçado na medicina, o universo heterogêneo da esquizofrenia ainda tinha uma descrição fragmentada. O que se conhece da doença atualmente é fruto de um conceito transformado ao longo do tempo e impulsionado por Emil Kraepelin e Eugen Bleuler (ELKIS, 2012; DUARTE, 2018). Mediante estudos focados em jovens adultos com demência, no final do século XIX, Kraepelin nomeou “*dementia praecox*” (demência precoce), caracterizada

por um conjunto de sinais e sintomas particulares, com causas incompreendidas e evolução progressiva. Posteriormente, em 1911, Bleuler lapidou tal conceito com ênfase na dinâmica psicológica e a cisão da personalidade: “esquizofrenia” (do grego *skhízein*: “separar”, “dividir”) (ELKIS, 2000; TENORIO, 2016).

A distinção social das pessoas que se afastavam do ideal de normalidade, transfigurou-se em loucura. Como resultado, a assistência aos pacientes com transtornos mentais surge de forma totalmente excludente em termos sociais, em um modelo que Santos e Miranda (2015) descrevem como análogo ao sistema prisional e não terapêutico.

Nos chamados manicômios e hospícios, o amparo humanizado ficou em segundo plano (FIGUÊIREDO *et al.*, 2014). Se por um lado a ciência almejava resoluções, construídas sobre o ideal de progresso, por outro as ferramentas disponíveis para a investigação de anormalidades cerebrais da esquizofrenia eram escassas. Como consequência, os tratamentos pioneiros eram rudes e sujeitos ao erro, incluindo terapias com gases, terapia do sono, indução de febre, tratamento eletroconvulsivo e lobotomias, datados do século XIX, até o início do século XX (KYZIRIDIS, 2005).

Após a 2ª Guerra Mundial, diversos movimentos mais amplos da “antipsiquiatria” começaram a surgir na Europa e nos Estados Unidos, num contexto em que era firmada a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948). A maior crítica referenciava o foco do tratamento psiquiátrico não no indivíduo, mas na sua doença (FIGUÊIREDO *et al.*, 2014; FREITAS, 2018). Estudos nacionais evidenciam que, além do público geral, o desdouro com a doença também foi precipitado pelos próprios profissionais de saúde (DUARTE, 2018).

O respingar de tais ideias influenciaram o início da Reforma Psiquiátrica no final da década de 1970 e a luta do Movimento Antimanicomial no Brasil. Na mesma época, apoiada em uma visão progressista europeia, Nise da Silveira impactou a medicina brasileira ao reinventar um tratamento psiquiátrico pautado em arte, refletindo em novas facetas no campo da psiquiatria (LIMA *et al.*, 2011). O caminho da desinstitucionalização então visava a garantia de uma política de

saúde pautada no bem-estar do paciente e sua reintegração no âmbito social e familiar, o que repercutiu no surgimento do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) no estado de São Paulo em 1987 (BRASIL, 2005).

A partir das Conferências Nacionais de Saúde Mental no final dos anos 1990, em conjunto com as discussões sucedidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (FIGUÊIREDO *et al.*, 2014), em 2001 ocorreu a notória aprovação da Lei 10.216, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001).

No mesmo ano, com as novas regulamentações, o caminho para a extinção progressiva dos manicômios se solidificou no chamado encontro da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). A diretriz norteadora baseada na reestruturação da assistência psiquiátrica, refletiu na redução de 6.832 leitos em hospitais psiquiátricos de 2006 a 2010 (BRASIL, 2005; BRASIL, 2001). A trajetória de conquistas no campo psiquiátrico não extingue ou reduz a importância da rede hospitalar, mas trouxe a tona a necessidade de fortalecer diferentes caminhos do cuidado em saúde mental, nos quais as internações se apresentam como alternativa e não como regra.

A despeito de todos os avanços conquistados ao longo do tempo na elucidação da esquizofrenia, a desconstrução de um estigma histórico ainda é uma batalha árdua, beirando uma utopia social. Pimentel (2009) afirma em sua tese que “*a esquizofrenia é o transtorno que incita as opiniões mais negativas*”. Villares, Assis e Bressan (2012) declaram que “*face às doenças mentais, a esquizofrenia é o alvo de maior carga de estereótipos e preconceitos*”.

A falta de conhecimento sobre a doença gera uma errônea rotulação social que acarreta um impacto negativo na recuperação do paciente. Por isso, a transferência da compreensão clínica deve ser passada de forma empática ao indivíduo e sua família, além dos próprios profissionais de saúde (VAN OS & KAPUR, 2009; SADOCK & SADOCK, 2014; QUEIROS *et al.*, 2019).

1.1.2 O que os números dizem

A esquizofrenia se mantém flutuante no que tange seus indicadores epidemiológicos. Obstáculos se sustentam devido à abstrata definição e confiabilidade do diagnóstico por critérios convencionais, heterogeneidade das populações estudadas e a variabilidade do curso da doença (HÄFNER & HEIDEN, 1997; MESSIAS *et al.*, 2007).

Ao longo do tempo, a prevalência do transtorno foi frequentemente descrita pela literatura como 1%. Perälä e colaboradores (2007) apontam que a proporção da população que em algum momento da vida é diagnosticado com esquizofrenia é 0,87% (*Lifetime Prevalence – LTP*). Já a Associação Americana de Psiquiatria (APA) denota uma variação de 0,3% a 0,7%, dados corroborados por Saha (2005), os quais encontram 4,0 casos a cada mil pessoas (0,4%).

Globalmente, os casos da doença aumentaram de 13,1 milhões em 1990 para 24 milhões em 2021. Frente ao cenário da diminuição da mortalidade infantil e avanços de políticas de saúde, este crescente número é notado, especialmente, em países e regiões de baixa e média renda (CHARLSON *et al.*, 2018). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2022), 1 a cada 222 adultos no mundo tem esquizofrenia (0,45%), com um pico por volta dos 40 anos de idade. A estimativa é que 70,8% dos indivíduos afetados estejam na faixa etária de 25 a 54 anos, não havendo consistência em estudos de possíveis diferenças de prevalência entre homens e mulheres.

No Brasil, a solidificação de dados concisos sobre a esquizofrenia, ainda é uma barreira. Carteri e colaboradores (2020) relatam em sua pesquisa, proveniente do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), do período de 2008 a 2019, que a incidência da doença no país por 100.000 habitantes, foi de 648,1 para homens e 393,9 para mulheres. No ano de 2021, o Ministério da Saúde contabilizou cerca de 1,6 milhão de brasileiros impactados com o transtorno (0,75%).

1.1.3 Mais que um simples transtorno

A esquizofrenia é um transtorno mental grave de complexa descrição devida sua natureza polimorfa. É descrita pela OMS (2022) como “*uma psicose, um tipo de doença mental caracterizada por distorções no pensamento, percepção, emoções, linguagem, senso de identidade e comportamento*”. Face às pesquisas das últimas décadas, elucidou-se a etiopatogenicidade multifatorial da esquizofrenia, na qual sua causa exata não pode ser definida (QUEIROS *et al.*, 2019). Todavia, coeficientes biológicos e psicossociais são apontados como cerne da origem do distúrbio (SADOCK E SADOCK, 2007; FATIMA *et al.*, 2011).

Para compreender tal fenômeno, a ciência dirige-se à algumas teorias fundamentadas. Van Os e Kapur (2009) descrevem estudos prospectivos que demonstram a ligação de fatores pré-natais com a incidência de esquizofrenia, incluindo hipóxia, infecção materna, estresse materno, desnutrição materna e idade paterna acima dos 40 anos. As perturbações do desenvolvimento ou maturação do cérebro no feto são incluídas na chamada hipótese do neurodesenvolvimento (QUEIROS *et al.*, 2019).

A teoria genética foi demonstrada com preponderância por VAN OS e KAPUR (2009), através da citação de estudos com gêmeos que sugerem uma hereditariedade da síndrome estimada em cerca de 80%. Mesmo com o avanço de um possível modelo poligênico, a distinção de estruturas genômicas intrínsecas a esquizofrenia ainda é utopística (AFONSO, 2010).

Ademais, evidências patofisiológicas têm surgido ao longo do tempo e demonstram a conexão de neurotransmissores, proteínas e aminoácidos com o eclodir da doença. A chamada teoria neuroquímica sugere como principal precursor do transtorno, o desequilíbrio químico das concentrações cerebrais de dopamina (FATIMA *et al.*, 2011).

Na mesma conjuntura, a associação ambiental também se faz presente. Nomeadamente a urbanidade e perfis étnicos migratórios minoritários são relacionados com o aumento da incidência do transtorno. O consumo de

substâncias, em particular, canabinoides, também pode constituir um fator precipitante ou secundário aos sintomas, para além de conferir um pior prognóstico patológico (VAN OS e KAPUR, 2009; APA, 2013; QUEIROS *et al.*, 2019).

Embora o estabelecimento de causalidade com base em dados epidemiológicos seja complexo, autores evidenciam as relações interfamiliares, especialmente “traumáticas” com o surgimento da esquizofrenia. Todavia, os mesmos afirmam que por si só, tal característica não causa distúrbios psiquiátricos (QUEIROS *et al.*, 2019).

A despeito do impacto individual de cada teoria, não é plausível se afirmar que tais fatores isolados são responsáveis pelo surgimento e desenvolvimento de tal doença. Pelo contrário, estes parecem ser agentes potencializadores, que em conjunto, somados à um indivíduo com predisposições fisiológicas e neuroquímicas, contribuem para a ocorrência da doença (VAN OS e KAPUR, 2009; APA, 2013; QUEIROS *et al.*, 2019).

1.1.4 Um retrato enigmático

Frente à disparidade semiológica e diversidade clínica da esquizofrenia, o diagnóstico se torna complexo. Atualmente, os critérios diagnósticos são ancorados pelas diretrizes do ICD – 10 (*Internacional Classification of Diseases*) e DSM-5 (Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais) (VAN OS & KAPUR, 2009; AFONSO, 2010; FATIMA *et al.*, 2011).

Nenhum sintoma é patognômico do transtorno. Os sinais da esquizofrenia são frequentemente encontrados em outras doenças psiquiátricas, fazendo-se necessária uma observação temporal clínica e comportamental do paciente para tentar se alcançar tal distinção (FATIMA *et al.*, 2011; APA, 2013). Classicamente, os sintomas da doença são divididos em positivos, negativos e outros sintomas (LLORCA, 2004; QUEIROS *et al.*, 2019).

Genericamente, os sintomas positivos, também chamados de sintomas produtivos, incluem delírios e alucinações e são mais visíveis nas fases de descompensação aguda da doença (LLORCA, 2004; QUEIROS *et al.*, 2019). Estes delírios são definidos pela Associação Psiquiátrica Americana (2013) como uma crença fixa falsa, não alterável mesmo perante argumentação lógica e incompreensíveis por outros indivíduos da mesma cultura. Já as alucinações, um dos sintomas mais frequentes da doença, dizem respeito à errôneas percepções sensoriais, vividos como afirmação de realidade. A sintomatologia chamada positiva ainda pode englobar distúrbios de pensamento, com discursos incompreensíveis e sem lógica, e distúrbios do comportamento, manifestando-se através de agressividade, agitação, atitudes bizarras ou isolamento (APA, 2013).

Por sua vez, os sintomas negativos geralmente acompanham a evolução da doença, podendo ser primários (resultantes da própria evolução da esquizofrenia) ou secundários (consequência dos sintomas positivos, isolamento social, medicação, depressão). Estes sintomas representam a diminuição ou perda das funções normais, o que abarca expressão emocional diminuída, falta de sociabilidade, avolia (redução em atividades motivadas), alogia (pobreza no discurso) e anedonia (perda da habilidade de sentir prazer) (APA, 2013).

O Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (2014) ainda menciona outros sinais da doença que não se caracterizam próprios das categorias previamente citadas. Os chamados sintomas cognitivos ou alterações cognitivas parecem ser os determinantes centrais do funcionamento e reabilitação psicossociais. Déficits são identificados no nível de memória verbal e do trabalho, quociente intelectual, vigilância e atenção (VAZ-SERRA *et al.*, 2010).

Segundo a Associação Psiquiátrica Americana (2013), a validação do diagnóstico clínico ocorre precipitado pela manifestação de no mínimo dois sintomas específicos no indivíduo, ativos no período de um mês. Tais sinais devem permanecer ao menos por seis meses, causando prejuízos nos aspectos funcionais interpessoais ou ocupacionais.

1.1.5 Desenvolvimento do transtorno

As primeiras manifestações da doença iniciam, comumente, ao final do período da adolescência e meados dos 30 anos de idade, externando um desenvolvimento mais precoce e grave nos homens do que nas mulheres. O início dos sintomas da esquizofrenia pode ser abrupto ou insidioso, com um desenvolvimento lento e gradativo, persistente por anos, antes da instalação da sintomatologia psicótica (APA, 2013; FATIMA *et al.*, 2011).

O prognóstico da esquizofrenia não pode ser predito indubitavelmente. Segundo Queiros e colaboradores (2019), o desenvolvimento do transtorno parece ser favorável apenas para cerca de 10% a 20% dos doentes no período de 5 a 10 anos após a primeira internação. Estima-se que aproximadamente 20% da população com esquizofrenia consiga viver uma vida normal.

Os sintomas positivos propendem a declinar ao longo do tempo, procedido do predomínio dos sintomas negativos e cognitivos, gerando impactos sobremodo na vida pessoal, social e laboral do indivíduo (JINDAL & KESHAVAN, 2008; SADOCK, SADOCK, RUIZ, 2014). Ortiz e Lacaz (2012) ressaltam que, além dos prejuízos psicológicos e funcionais acarretados pela doença, o paciente com o transtorno também lida com a marginalização da sociedade.

Fruto da vulnerabilidade psiconeurológica e psicossocial de tal população, um crescente número de publicações exibem uma prevalência de abuso de álcool e drogas ilícitas em mais de 50% dos pacientes, e uma dependência à nicotina em mais de 70%. O consumo de substâncias tem se mostrado um obstáculo considerável para a realização de um tratamento eficiente e um forte elemento predispositor de encarceramento (MARGOLESE *et al.*, 2004; WINKLBAUR *et al.*, 2006).

O impacto psicológico do transtorno também se reflete nos índices de tentativa de suicídio, sendo identificado um risco 12 vezes maior entre os indivíduos com esquizofrenia do que a população geral. Evidências apontam que cerca de 5% a 10% dos pacientes com a doença cometem suicídio (COHEN *et al.*, 2010). A

prevalência de tentativas de suicídio em indivíduos com esquizofrenia ao longo da vida é de 26,8% (LU *et al.*, 2020).

Além dos sintomas próprios da doença psicótica, a parcela de indivíduos com esquizofrenia que desenvolvem outras comorbidades é elevada. As doenças cardiovasculares são as principais causas do aumento da morbimortalidade dessa população. Indivíduos com esquizofrenia têm maior chance de exibir sobrepeso, uso de tabaco, diabetes tipo II, hipertensão, dislipidemia ou distúrbios metabólicos, se comparados com a população geral (HERT *et al.*, 2009; FATIMA *et al.*, 2011).

No estudo *Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness* (CATIE) (MEYER *et al.*, 2005) foi identificado que 43% dos adultos jovens e de meia-idade com esquizofrenia preencheram os critérios para a síndrome metabólica (o dobro da taxa na população geral), e os pacientes com esquizofrenia tiveram um aumento significativo no escore de *Framingham* para avaliação de incidência de doenças cardiovasculares em um ano, do que indivíduos normais pareados (JESTE *et al.*, 2011).

1.1.6 Construindo o caminho do tratamento

Os tratamentos disponíveis para os portadores de esquizofrenia têm a difícil tarefa de estar à altura da complexidade do transtorno. Para um fazível alcance de uma boa qualidade de vida, frentes terapêuticas medicamentosas, clínicas, psicológicas e psicossociais devem ser entrepostas (SOUZA *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2016).

Apesar de não ser possível alcançar ainda uma cura para o transtorno, os chamados medicamentos antipsicóticos revolucionaram os cuidados prestados para pessoas com esquizofrenia. Tais medicamentos ajudam a reduzir os sintomas, diminuem a probabilidade de ocorrer novos surtos, encurtam a duração de episódios psicóticos, e oferecem aos indivíduos que sofrem com a

doença uma possibilidade de viver de maneira mais produtiva e satisfatória (FATIMA *et al.*, 2011).

Descobertos nos anos de 1950, os antipsicóticos de primeira geração, também chamados de típicos, atuam no bloqueio de receptores dopaminérgicos (D2), abreviando os sintomas positivos da esquizofrenia. No entanto, tais medicamentos exibem uma janela terapêutica relativamente estreita com relação aos efeitos adversos, denominados sintomas motores extrapiramidais (distonia aguda e sintomas parkinsonianos, como bradicinesia e tremor) (VAN OS & KAPUR, 2009; STAHL, 2014; SYKES *et al.*, 2017).

Nas duas últimas décadas, surgiram os antipsicóticos de segunda geração, ou atípicos, agindo, também, no bloqueio dos receptores serotoninérgicos (HT2A). Estes são indicados para pacientes que demonstram sintomas negativos da esquizofrenia ou em casos refratários ao tratamento com medicamentos típicos (STAHL, 2014; SYKES *et al.*, 2017).

Devido à rápida dissociação dos receptores D2, estes medicamentos induzem menos efeitos motores extrapiramidais, sendo mais eficientes no tratamento de sintomas positivos da doença. Jeon e Kim (2017) demonstraram que, na dosagem terapêutica certa, os antipsicóticos atípicos têm uma propensão menor de induzir hiperprolactinemia e maior eficiência no manejo dos sintomas negativos dos pacientes, se comparado aos antipsicóticos típicos. Todavia, ainda não há uma concordância total no meio acadêmico e clínico sobre a eficácia dos antipsicóticos atípicos contra os sintomas negativos e cognitivos (VAN OS & KAPUR, 2009).

Não obstante, as reações adversas aos medicamentos (RAM) representam substanciais obstáculos no tratamento da esquizofrenia, resultando na diminuição da adesão ou até mesmo descontinuação da terapia medicamentosa, aumento do risco de exacerbação da doença e reinternação (LACRO *et al.*, 2002). Os principais efeitos adversos relacionados ao uso de antipsicóticos atípicos se referem à síndrome metabólica, que engloba ganho de peso,

aumento de triglicérides e colesterol, resistência à insulina, diabetes mellitus e hipertensão (JEON & KIM, 2017; BURGHARDT *et al.*, 2018).

Além de atuar, sobremaneira, nos receptores dopaminérgicos e serotoninérgicos, muitos antipsicóticos atípicos também exercem sua ação antagonizando receptores de histamina e adrenérgicos. Envolvidos com a regulação do peso corporal, do metabolismo intermediário e secreção de insulina, a atuação nos receptores pode explicar o surgimento das reações adversas e doenças secundárias (HOLT, 2019). Ainda sobre RAM, estes psicofármacos podem levar a distúrbios do sono, desde sonolência a insônia, efeitos adversos anticolinérgicos como tonturas, palpitações, constipações e hipersalivação (PIPARVA *et al.*, 2011).

Apesar da monoterapia ser o mais indicado no tratamento da esquizofrenia, em certos casos, os pacientes apresentam diferentes esquemas terapêuticos, o que pode interferir demasiadamente nas RAM. Estudos evidenciam que a polimedicação com antipsicóticos pode estar associada a um risco aumentado do desenvolvimento da síndrome metabólica, quando comparada à monoterapia, mesmo após o ajuste das características relacionadas ao estilo de vida (MISAWA *et al.*, 2011).

Embora os antipsicóticos constituam o pilar fundamental tanto do tratamento agudo quanto crônico da esquizofrenia, a farmacoterapia adjacente inclui anticonvulsivantes, benzodiazepínicos, ácidos graxos essenciais e lítio. Existem também opções não medicamentosas, comprovadamente benéficas ao paciente, como terapia eletroconvulsiva e estimulação magnética transcraniana controladas. Intervenções psicossociais para esquizofrenia incluem terapias cognitivas, comportamentais e familiares, além de grupos de suporte (FATIMA *et al.*, 2011).

1.2 Assistência em foco

No início dos anos 1980, o Brasil se viu em meio a intensas mudanças em todas as esferas governamentais, impactadas pelo fim de um modelo militar de

comando. Autores (LOYOLA, 2008; PAIVA & TEIXEIRA, 2014) expõem em seus estudos o retrato de uma saúde pública defasada e mal planejada. Como consequência, um movimento social liderado por médicos e profissionais da saúde ganhou força e adeptos, postulando maior atenção a população, direitos trabalhistas pela categoria médica, extensão da cobertura da assistência à saúde e a participação da comunidade nos Conselhos de Saúde, com atuação especialmente nas Conferências Nacionais de Saúde (CNS) (PAIVA & TEIXEIRA, 2014).

Esse movimento conhecido como a “Reforma Sanitária”, juntamente com o processo de redemocratização do país, contribuíram para a criação do SUS. O direito à saúde, de forma universal e igualitária foi consagrado na Constituição Federal de 1988 como um dever do Estado. A rede de serviços de saúde nacional então se desenvolveu com base nos princípios organizativos de regionalização, hierarquização, descentralização, comando único e participação popular; alicerçados na aprovação da Lei Orgânica n.º 8.080 de 1990 (BRASIL, 2018).

Como parte primordial na tentativa da garantia da saúde, o acesso à medicamentos pela população é fundamental, sendo fomentada a partir da publicação da Política Nacional de Medicamentos (Portaria GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998) e da Assistência Farmacêutica (Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004) (CALIARI e RUIZ, 2010; BRASIL, 2018).

Para concretizar essa importante incorporação dos medicamentos ao sistema de saúde pública, foi desenvolvida uma lista da relação dos medicamentos essenciais pela OMS, desde 1978 (CFF, 2020), norteando o setor da saúde em diversos países do mundo. Reafirmando esses preceitos, o Ministério da Saúde solidificou, então, uma lista conhecida como Rename (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), que rege as políticas de medicamentos e de assistência farmacêutica e auxilia o acesso a medicamentos pela população de forma mais segura, eficaz e racional (BRASIL, 2018); sendo revisada e atualizada periodicamente por uma Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Rename (Comare) (CRF, 2020).

Atualmente, dividida em três categorias, a assistência farmacêutica se organiza em Componente Básico (CBAF), Componente Estratégico (CESAF) e Componente Especializado (CEAF). Dispondo de características próprias, cada componente se difere em relação à abrangência, objetivos, repasses de subsídio, implementação, avaliação e monitoramento (BRASIL, 2009; BRASIL, 2014).

Os medicamentos do CBAF têm como objetivo garantir, no âmbito do SUS, a integralidade do cuidado mediante assistência aos principais agravos e acesso aos programas de saúde da atenção básica. São incluídos nesta categoria, os antipsicóticos típicos (Quadro 1), dispensados pelas farmácias públicas municipais, através da apresentação de receita médica (BRASIL, 2010).

Quadro 1 - Medicamentos disponibilizados no Sistema Único de Saúde: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Esquizofrenia, 2013.

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO
Componente Básico da Assistência Farmacêutica	
Antipsicóticos Típicos	
Clorpromazina	Comprimido de 25 e 100mg, solução oral 40mg/mL
Haloperidol	Comprimido de 1 e 5mg, solução oral 2mg/mL
Decanoato de haloperidol	Solução injetável 50mg/mL
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	
Antipsicóticos Atípicos	
Clozapina	Comprimido de 25 e 100mg
Olanzapina	Comprimido de 5 e 10mg
Risperidona	Comprimido de 1, 2 e 3mg
Quetiapina	Comprimido de 25, 50, 100, 200 e 300mg
Ziprasidona	Cápsula de 40 e 80mg

Fonte: BRASIL, 2013.

O CEAF se propõe a disponibilizar medicamentos para o tratamento, principalmente, de doenças crônicas com custos de tratamento mais elevados ou de maior complexidade. Após deferimento de processo administrativo de solicitação de medicamentos (MINAS GERAIS, 2020), os antipsicóticos atípicos são fornecidos em farmácias regionais estaduais (Quadro 1). Além disso, a dispensação de antipsicóticos atípicos na esfera do CEAF está condicionada à Classificação Internacional de Doença (CID) relativas apenas à esquizofrenia

(F20.0 – F20.6; F20.8), transtorno esquizoafetivo (F25.0 – F25.2) e transtorno afetivo bipolar (F31.1 – F31.7) (MINAS GERAIS, 2017).

No Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Esquizofrenia (2013), com base em coletâneas de evidência, afirma-se que, os diferentes tratamentos medicamentosos para esquizofrenia não possuem diferença de eficácia entre si. A totalidade dos antipsicóticos, com exceção da Clozapina, possuem indicação terapêutica, sem ordem de preferência. A intervenção medicamentosa deve seguir um regime monoterápico, respaldado pelo perfil de segurança e tolerabilidade do paciente, e passividade de uma segunda troca de antipsicóticos em caso de falha terapêutica.

Esta falha é afirmada após pelo menos seis semanas de uso do antipsicótico, na dose correta e o paciente não evidenciar uma melhora de no mínimo 30% na escala *British Psychiatric Rating Scale* (BPRS). Neste cenário, em caso de refratariedade a pelo menos dois medicamentos, a utilização da Clozapina é considerada, além de casos de alto risco de suicídio e discinesia tardia de repercussão negativa (BRASIL, 2013). Entretanto, seu uso deve ser rigorosamente acompanhado por meio de parâmetros hematológicos, devido ao risco elevado de agranulocitose (redução ou ausência de leucócitos granuloses) (VAN OS & KAPUR, 2009).

1.3 Políticas de saúde: a ascensão do cuidado

As políticas de saúde no Brasil têm como berço o avanço da Reforma Psiquiátrica. Quando se salienta a importância da elaboração de ações de promoção e prevenção na saúde mental, a atenção básica se torna o pilar de tal desenvolvimento. A materialização de um novo modelo de assistência em saúde mental ocorreu durante a década de 1980, com a criação dos primeiros NAPS (BRASIL, 2005; FREITAS, 2018).

A descentralização de um modelo pautado exclusivamente nos hospitais psiquiátricos e na institucionalização abre alas para uma rede de apoio externo e intermediária entre o hospital e a comunidade. Visando a reabilitação social

dos indivíduos em sofrimento mental, o CAPS promove um acolhimento dos doentes e, também, de seus familiares, por meio da viabilidade da sua autonomia e participação social (BRASIL, 2005; FREITAS, 2018).

Mediante sancionamento da Lei Nº 10.216 em 2001, a Política Nacional de Saúde Mental se consolidou. As estratégias e diretrizes englobadas previam a implantação de uma rede plural de serviços, divididas em graus de complexidade e pautadas na saúde baseada em evidência. A chamada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) oferece serviços extra-hospitalares, como de grupos de autoajuda, apoio de associações, grupos sociais de bairros e comunidades religiosas, contribuindo com o aumento da efetividade da assistência e cuidado às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005; FREITAS, 2018).

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021), além dos 2.731 CAPS espalhados pelo país, a RAPS conta com 42 mil Unidades Básicas de Saúde, 144 consultórios de rua e mais de 13,8 mil leitos disponíveis em hospitais psiquiátricos. Quando se trata unicamente da esquizofrenia, no ano de 2020, o Brasil realizou mais de 175 milhões de atendimentos.

Capital do segundo estado mais populoso do Brasil (BRASIL, 2021), com o 4º maior Produto Interno Bruto (PIB) do país (IBGE, 2021), Belo Horizonte dispõe de uma das mais amplas RAPS. Buscando o caminho de sustentação de uma promoção humanizada do cuidado, as políticas de saúde municipais visam alcançar tanto pessoas em sofrimento mental, como indivíduos em uso prejudicial de álcool e outras drogas, situações de abuso e vulnerabilidade, sejam crianças, adolescentes ou adultos (PBH, 2021).

A cidade mineira conta com atendimento em saúde mental nos Centros de Saúde, oferecendo uma atenção integralizada multidisciplinar, Centros de Convivência em todas as regionais municipais, Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa de Volta para Casa, com estratégias de desinstitucionalização. Além disso, a rede de assistência belorizontina possui oito Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), destinados ao acolhimento das situações de crises e urgências em saúde mental e

acompanhamento dos indivíduos em sofrimento mental com quadros graves e persistentes (PBH, 2021).

1.4 O chamado envelhecimento

O nascimento é o início do envelhecimento. Partilhado por todos os seres vivos, cada segundo vivido se transfigura em um processo natural, irreversível e limitado, vinculados a mudanças na dinâmica biológica, fisiológica, ambiental, psicológica, comportamental e social, chamado “envelhecer” (NIH, 2021).

Presumivelmente, ocorre uma deterioração geneticamente programada, na qual o desgaste e morte das células somáticas, aliados a uma finita capacidade de regenerar, dividir ou renovar, desencadeiam uma cascata de eventos moleculares e celulares danosos ao organismo (SANTOS *et al.*, 2009). Tal conjuntura, conduz a uma diminuição gradual da capacidade física e mental, um risco crescente de doenças e, em última instância, a morte.

O processo de envelhecimento mundial vem sendo mais proeminente nas últimas décadas. Conceituado por Tannure (2010) como “um jovem país de cabelos brancos”, o Brasil apresentou entre 2012 e 2021 uma queda de 5,4% no número de pessoas abaixo de 30 anos de idade, enquanto houve aumento em todos os grupos etários acima dessa faixa etária no período (BRASIL, 2022). Segundo dados do IBGE, o índice de pessoas com mais de 30 anos bateu recorde no país, em 2021, chegando a 56,1% dos 212,7 milhões de brasileiros. Na mesma conjuntura, em 2018, o Brasil possuía 10,53% da população com 65 anos ou mais, e representou um aumento de 20% em relação a 2012 (FGV, 2020). Conforme projeções do IBGE (2021), até 2060, o percentual de idosos no Brasil será 25,5%, ou seja, um em cada quatro brasileiros terá mais de 65 anos.

As novas configurações etárias populacionais são irreversíveis e inexoráveis, resultante do processo de urbanização e saneamento, redução das taxas de mortalidade e natalidade, e consequente aumento da expectativa de vida; mediante avanço das tecnologias de saúde e acesso à serviços públicos ou

privados especializados (MIRANDA *et al.*, 2016). Desde 1940, a expectativa de vida do brasileiro aumentou 31,1 anos, alcançando uma média de 76,6 anos em 2019. Na década de 1980, de cada mil pessoas que completavam 60 anos, 344 conseguiam atingir os 80 anos. Em 2019, este valor aumentou para 604 indivíduos (IBGE, 2022).

Se por um lado, a longevidade é uma resultante positiva do progresso da ciência e da medicina, por outro, o aumento de anos vividos culmina no surgimento de múltiplas doenças crônicas-degenerativas (MUNIZ *et al.*, 2017). Schramm e colaboradores (2005) afirmam que envelhecer compreende três grandes mudanças populacionais: a troca das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas, como as primas causas de morte; o deslocamento da carga de morbimortalidade dos mais jovens para os mais velhos; e a modificação de um cenário de predomínio de mortalidade para outro em que a morbidade é dominante.

Como instrumento da manutenção da saúde, os medicamentos se destacam no cenário do envelhecimento. Estudos apontam uma média de quatro a seis medicamentos de uso contínuo no grupo de indivíduos mais velhos (OLIVEIRA e NOVAES, 2012). Além disso, pesquisas relatam erros de prescrição, descumprimento do regime terapêutico e falta de adesão ao tratamento de faixas etárias mais elevadas, o que leva a um alto índice de morbimortalidade (MARIN *et al.*, 2008) Essas falhas não impactam somente na segurança do paciente, como repercutem diretamente no âmbito clínico e econômico.

O reflexo da prevalência de comorbidades, crescente uso de medicação, aliados a maiores taxas de internação hospitalar, implica em maior consumo de serviços de saúde pela população mais velha. Neste cenário, as despesas assistenciais com tal população são exponenciais, impulsionando o debate sobre a alocação de recursos baseados em políticas públicas.

1.5 Envelhecimento e esquizofrenia

1.5.1 A realidade de um novo perfil etário

Em concordância com o notório acréscimo no número absoluto de pessoas mais velhas no mundo, os indivíduos com esquizofrenia também vivenciam um aumento da expectativa de vida. Nos Estados Unidos, a estimativa de prevalência da doença é 0,6% a 1% em pessoas com idades entre 45 e 64 anos e 0,1 % a 0,5% em pessoas com 65 anos ou mais (COHEN *et al.*, 2015).

As projeções estatísticas apontam que, até o final do primeiro quarto deste século, o número de pessoas com esquizofrenia com mais de 55 anos vai dobrar, alcançando 1,1 milhões em 2025, ou seja, um em cada quatro indivíduos com a doença será mais velho. Equiparando-se ao crescimento exponencial mundial, em 2050, a previsão é de um número de aproximadamente 10 milhões de pacientes acima de 60 anos com esquizofrenia (COHEN *et al.*, 2015).

Os resultados de um estudo finlandês com onze anos de acompanhamento (TIIHONEM *et al.*, 2009) mostram que a expectativa de vida aos 20 anos aumentou em 2,4 anos na população finlandesa em geral e em 4,9 anos em pacientes com esquizofrenia no período de 1996 a 2006. A conclusão apresentada pelo trabalho relaciona-se aos avanços científicos e medicamentosos, sendo observado que a proporção do uso de antipsicóticos atípicos aumentou de 13% para 64% entre 1996 e 2006.

O uso prolongado dos medicamentos antipsicótico foi associado a uma mortalidade menor nos indivíduos com esquizofrenia. Além disso, Reutfors e colaboradores (2009) afirmam que o risco de suicídio foi reduzido em aproximadamente 70% em usuários de antipsicóticos atípicos comparados com aqueles que não os utilizavam.

Embora pessoas com esquizofrenia estejam vivendo mais, sua expectativa de vida ainda é cerca de 15 a 20 anos menor do que a de indivíduos não afetados (LAURSEN, 2011; JESTE & MAGLIONE, 2013). O risco de mortalidade é duas a

três vezes maior em pacientes com esquizofrenia do que na população em geral, justificado por altas taxas de suicídio e comorbidades, e essa lacuna tem aumentado nas últimas décadas (HJORTHØJ *et al.*, 2017). Olfson e pesquisadores (2015) estimam que a esquizofrenia pode encurtar a vida dos pacientes em até 28,5 anos.

Cohen e pesquisadores (2010) demonstraram em sua pesquisa com adultos mais velhos que, em comparação com seus pares de idade, os idosos com esquizofrenia tiveram uma prevalência expressivamente maior de pensamentos suicidas ao longo da vida (43% e 6%) e tentativa de suicídio (30% e 4%). No cenário patológico, estudos relatam que 60% das pessoas de meia-idade e idosos com esquizofrenia apresentam síndrome metabólica, e o risco de doença coronariana em 10 anos é aumentado em 79% em relação à população geral (JESTE *et al.*, 2011).

De acordo com Folsom e pesquisadores (2006), comorbidades não diagnosticadas ou mal gerenciadas são uma fonte significativa de excesso de incapacidade e mortalidade em indivíduos mais velhos com esquizofrenia. A organização e prestação de cuidados de forma coordenada pode ser um desafio no cenário assistencial de saúde. Frente a isso, aliado ao envelhecimento fisiológico natural, quanto mais velha a pessoa com esquizofrenia, maior o risco de desenvolver outras condições de saúde.

1.5.2 As variações terminológicas

A definição de “idoso” na esquizofrenia pode diferir de como é comumente descrita, o que embasa a utilização do conceito de “adulto mais velho” na variedade de estudos. Pessoas com esquizofrenia entre 40 e 50 anos podem ser comparáveis clinicamente com aquelas de idade entre 60 e 70 anos na população em geral, justificado pelo envelhecimento físico acelerado, aliado a morbidade e mortalidade prematura (JESTE & MAGLIONE, 2013).

Frente a esta conjuntura, Krause e colaboradores (2018) elucidaram, em um estudo de revisão sistemática e metanálise, que as pesquisas referentes à adultos mais velhos com esquizofrenia, partem de análises etárias de 46 anos, fluindo até os 65 anos. Tal cenário se pauta na busca por uma representação ampla e fidedigna equiparada ao envelhecimento comum.

Os pacientes mais velhos com esquizofrenia se dividem em dois grupos: aqueles indivíduos que desenvolveram a doença pela primeira vez depois dos 40 anos de idade, chamado de esquizofrenia de início tardio; e, a grande maioria (75% a 80% dos casos), que teve um início precoce do transtorno, mas atualmente é um adulto de meia-idade ou idoso (início precoce da esquizofrenia) (FATIMA *et al.*, 2011; JESTE & MAGLIONE, 2013; COHEN *et al.*, 2015).

A existência de diferenças entre a esquizofrenia de início precoce e início tardio é uma questão que levanta posições ambíguas entre pesquisadores, sendo que a distinção de tal característica não está presente na totalidade de estudos que incluem adultos mais velhos. As últimas edições do DSM-5 e do ICD – 10 não contém diagnósticos codificáveis separados para esquizofrenia de início tardio. Embora semelhante aos casos de início precoce, o DSM-5 menciona que o surgimento da doença após os 45 anos está associado a uma proporção maior de mulheres, melhor histórico ocupacional e conjugais, mais delírios e alucinações paranoides e menos desorganização e sintomas negativos (HOWARD *et al.*, 2000; COHEN *et al.*, 2015).

Em contraste, grupos internacionais de pesquisa de esquizofrenia de início tardio, defendem a existência de evidências suficientes para justificar o reconhecimento de duas classificações da doença: esquizofrenia de início tardio (início após os 40 anos) e esquizofrenia de início muito tardio (início após 60). Este último é distinguido por sua maior prevalência de delírios persecutórios e de paranoia, maiores taxas de alucinações visuais, táteis e olfativas (COHEN *et al.*, 2015; HOWARD *et al.*, 2000).

1.5.3 A trajetória clínica do envelhecimento

A heterogeneidade é uma característica inerente da esquizofrenia, portanto, não haverá um padrão uniforme de envelhecimento em todos os níveis. O curso da esquizofrenia segue por caminhos poucos lapidados pela ciência, refletidos por uma recente mudança na longevidade dos pacientes. Entretanto, diferenças clínicas entre adultos mais jovens e mais velhos que sofrem com a doença são relatadas em algumas pesquisas (FOLSOM *et al.*, 2006).

Na população em geral, existe um paradoxo do envelhecimento: o declínio associado à idade nas funções físicas e cognitivas contrasta com uma melhoria da qualidade de vida subjetiva e do funcionamento psicossocial. Esse paradoxo é ainda mais evidente em pessoas com esquizofrenia (JESTE *et al.*, 2011).

O envelhecimento está associado a algumas alterações cerebrais que podem ser benéficas para o curso da esquizofrenia. Apesar da crença generalizada que a sintomatologia da esquizofrenia progride com a idade, investigações recentes têm demonstrado que muitos sintomas da esquizofrenia melhoram com o tempo. Alterações neurobiológicas normais relacionadas à idade, como atividade reduzida no sistema monoaminérgico, podem atenuar a gravidade e a frequência dos sintomas positivos. Os sintomas negativos, no entanto, tendem a persistir até o fim da vida, frequentemente expressos em uma magnitude semelhante observada em pacientes mais jovens. (FOLSOM *et al.*, 2006; JESTE *et al.*, 2011).

Em um estudo qualitativo, 31 dos 32 indivíduos com esquizofrenia acima de 50 anos relataram melhora no impacto pessoal dos sintomas da esquizofrenia na vida adulta, após experimentarem um maior grau de interrupção e gravidade dos sintomas, se comparado aos primeiros anos da doença (SHEPHERD *et al.*, 2012). Jeste e colaboradores (2011) também atribuem uma melhora no prognóstico ao longo da vida guiado por um enfrentamento positivo da doença, incluindo adaptação à realidade imutável, criação de novas conexões sociais, rede de apoio e solidificação da autoestima.

É interessante destacar que pesquisas apontam que o início do eclodir da doença, geralmente até os 30 anos de idade, refletem uma psicopatologia mais grave; já que a farmacoterapia ainda não está totalmente ajustada, além do indivíduo e seus grupos sociais ainda não estarem familiarizados com o transtorno (SHEPHERD *et al.*, 2012). Este quadro impacta diretamente na gravidade dos sintomas, nos quais as internações psiquiátricas, abuso de substâncias e tentativas de suicídio se vinculam mais aos jovens (SHEPHERD *et al.*, 2012).

Como uma característica fundamental da esquizofrenia, os déficits cognitivos estão entre os mais fortes preditores de incapacidade funcional. Esta é responsável por cerca de metade dos custos do tratamento da esquizofrenia, que aumentam substancialmente com o passar dos anos. Majoritariamente, os estudos encontraram um certo declínio na função cognitiva em pacientes mais velhos com esquizofrenia em comparação com seus pares saudáveis, sustentando a explicação que a esquizofrenia seja uma síndrome do envelhecimento prematuro (THOMPSON *et al.*, 2013; KHAN *et al.*, 2020).

Não obstante, indivíduos mais velhos com esquizofrenia têm um risco duas vezes maior de desenvolver demência antes dos 80 anos quando comparados com a população geral. Vários fatores associados ao aumento do risco de demência incluem idade, baixa escolaridade, disfunção cognitiva pré-mórbida, doença cardiovascular, polifarmácia e histórico de abuso de álcool e/ou substâncias (JESTE *et al.*, 2011).

A remissão é possível para muitas pessoas, considerada como um período de 6 meses ou mais de sintomas menos graves. Em um estudo de 2021 com 129 participantes foi identificado que 43% das pessoas com esquizofrenia tiveram períodos de remissão (FAN *et al.*, 2021). Já a pesquisa de Lange e colaboradores (2019) com 77 idosos com esquizofrenia descobriu que cerca de metade dos participantes alcançou a remissão. Estudos apontam que fatores como matrimônio, gozar de uma boa rede de suporte familiar e adequado acompanhamento na rede de saúde, transfiguram em um bom desenvolvimento do prognóstico da esquizofrenia (VAN OS & KAPUR, 2009; SADOCK & SADOCK, 2014; QUEIROS *et al.*, 2019).

1.5.4 Implicações farmacoterapêuticas

O planejamento de farmacoterapia antipsicótica tem se revelado um grande desafio para pacientes mais velhos. Alterações metabólicas decorrentes do processo de envelhecimento resultam em uma vulnerabilidade exacerbada a interações medicamentosas, efeitos adversos, agravados pela alta prevalência de polifarmácia neste grupo etário (LOYOLA FILHO *et al.*, 2006; SECOLI, 2010). Ademais, preocupações sobre as condições subjacentes responsáveis pelos sintomas psicóticos devem ser consideradas.

A trajetória terapêutica vinculada aos antipsicóticos se entrelaça às mudanças farmacocinéticas. A redução da massa magra corporal e da água corporal total, aumentam o volume de distribuição e o tempo de meia-vida dos medicamentos. Além disso, alterações de permeabilidade na barreira hematoencefálica aumentam a disponibilidade do fármaco no cérebro (JESTE *et al.*, 2005; KHAN *et al.*, 2019).

Em adultos mais velhos, a utilização de antipsicóticos típicos é limitada e os antipsicóticos atípicos se sobressaem como escolha primária no tratamento. Esta preferência se deve em grande parte aos efeitos adversos que são particularmente problemáticos em adultos mais velhos. Estes são mais suscetíveis à sedação, sonolência, constipação, incontinência urinária, hipotensão ortostática e cognição prejudicada, associados ao uso de antipsicóticos típicos (JESTE *et al.*, 2005).

Não obstante, os medicamentos atípicos não estão eximidos de reações adversas. Em sua pesquisa, Fatima e colaboradores (2011) descrevem que a diabetes tipo II é mais prevalente em adultos mais velhos com esquizofrenia do que nos seus pares saudáveis, devido aos distúrbios metabólicos colaterais dos antipsicóticos atípicos. O mesmo distúrbio metabólico também é vinculado ao risco potencial de doenças cardíacas a longo prazo.

1.5.5 Qualidade de vida

Um dos grandes desafios da longevidade é alinhar uma maior sobrevida com uma melhor qualidade de vida. Tal parâmetro engloba a percepção pessoal sobre o bem-estar, saúde e satisfação com as condições gerais de vida. Se tratando de um transtorno mental grave com significativos impactos psicossociais, pacientes com esquizofrenia demonstram menores índices de qualidade de vida se comparados com a população em geral (FOLSOM *et al.*, 2008; MEDICI *et al.*, 2015; PINHO, PEREIRA, CHAVES, 2018).

O confronto com a fragilidade fisiológica, guiados por dependência, incapacidades físicas e mentais, necessidade de cuidados prolongados, isolamento, perda de papéis sociais, embasam inferiores índices de qualidade de vida em idosos frente aos jovens (NETUVELLI *et al.*, 2006). No que permeia associações etárias na esquizofrenia, a variedade de metodologias de pesquisa para tal parâmetro gera uma artilosa concisão de resultados. De forma não unânime, autores afirmam que, com o avanço da idade, mais longa é a duração da doença e menor a qualidade de vida (PINHO, PEREIRA, CHAVES, 2018).

Em contrapartida, em uma coorte com 282 pacientes, Pinho e colaboradores (2018) testaram tal hipótese. Como resultado, a duração da doença e a qualidade de vida não apresentaram correlação. Em seu trabalho de revisão sobre o transtorno, Cohen e colaboradores (2008) afirmam não haver associação significativa entre a idade e a qualidade de vida. Não obstante, Folsom (2009) relatou através do acompanhamento por 12 anos, com 486 pacientes com esquizofrenia, que a idade avançada estava vinculada a uma maior qualidade de vida em saúde mental.

Souza e colaboradores (2006) defendem que a qualidade de vida dos pacientes com esquizofrenia é principalmente vinculada aos aspectos clínicos e sociais. A adesão ao tratamento, suporte psicossocial, acompanhamento farmacoterapêutico, além do apoio familiar, são essenciais para que o paciente viva melhor.

1.6 Considerações finais

Adultos mais velhos com esquizofrenia têm sido negligenciados na pesquisa científica, com cerca de 1% da literatura sobre a doença dedicada a esta população (COHEN *et al.*, 2010). Pesquisas que envolvem diferenças etárias ainda não demonstram uma concordância generalizada sobre o percurso de envelhecimento dos pacientes.

Conhecer o perfil dos grupos de pacientes de idades diferentes, mesmo que de forma inicial, corrobora o entendimento de aspectos característicos específicos. Além de ajudar no planejamento ou reformulação de políticas sociais e de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Realizar uma análise comparativa entre indivíduos até 49 anos e acima de 50 anos em uso de antipsicóticos atípicos atendidos na farmácia do CEAF da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG).

2.2 Objetivos específicos

- a) Descrever o perfil sociodemográfico, clínico e comportamental dos usuários de antipsicóticos atípicos por grupo etário;
- b) Verificar as características que se diferem entre as faixas etárias em usuários de antipsicóticos atípicos;
- c) Analisar a relação entre idade e qualidade de vida.

3 MÉTODOS

3.1 Caracterização do estudo

O presente 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/UFMG. O SCHEEA é uma coorte prospectiva, aberta, cujo objetivo é avaliar os aspectos econômicos e de efetividade em esquizofrenia.

A condução da pesquisa se deu em uma farmácia estadual do CEAF, em Belo Horizonte, onde ocorre a dispensação dos antipsicóticos atípicos na esfera do SUS, durante o período compreendido entre setembro de 2017 e março de 2018. Os dados foram coletados em entrevista conduzida de forma presencial.

3.2 Cálculo amostral

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 5.800 (média de junho e julho de 2017). O tamanho da amostra foi calculado para o estudo primário principal do SCHEEA sobre a diferença na qualidade de vida entre os usuários de cada um dos cinco medicamentos antipsicóticos atípicos. Utilizando-se o teste ANOVA, calculou-se um tamanho amostral de 71 pacientes por tratamento, totalizando um mínimo de 355 entrevistados.

3.3 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal das características basais da coorte SCHEEA.

3.3.1 População do estudo

A inclusão na pesquisa se deu para pacientes acima de 18 anos, que estavam em uso (por via oral) de risperidona, olanzapina, quetiapina, clozapina ou ziprasidona para o tratamento de esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme ou

transtorno esquizoafetivo, considerando-se o diagnóstico de solicitação de medicamento, de acordo com a CID-10 (WHO, 1997), e que tiveram a idade preenchida no questionário de entrevista.

3.3.2 Seleção dos pacientes e coleta de dados

Foram utilizados os dados administrativos da SES/MG para identificar os pacientes com o diagnóstico definido, em uso do medicamento e preenchimento dos dados demográficos que constem no próprio cadastro do paciente.

O recrutamento dos indivíduos ocorreu na farmácia estadual do CEAF, antes da dispensação dos medicamentos antipsicóticos, mediante abordagem para participação no estudo. Com a concordância de participação, os pacientes ou acompanhantes/familiares assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) e foram conduzidos para entrevista, em uma sala particular. As entrevistas foram conduzidas por alunos de pós-graduação e profissionais de saúde qualificados e treinados.

Para a uniformização dos procedimentos de coleta de dados, foram elaborados manuais de instruções para orientar os pesquisadores responsáveis por aplicar os questionários, os quais foram treinados para realizar as entrevistas.

Assim, dos 448 indivíduos incluídos na coorte SCHEEA, 435 cumpriram todos os critérios de elegibilidade da presente pesquisa e foram incluídos neste estudo transversal. A coleta dos dados basais ocorreu entre setembro de 2017 e março de 2018.

Os dados recolhidos foram digitados em formulários online da plataforma *Google Forms* e exportados para o *Excel*[®] no formato de planilhas eletrônicas.

3.3.3 Instrumento de coleta de dados

Utilizou-se um questionário estruturado impresso, contendo informações cadastrais, socioeconômicas, demográficas, comportamentais, clínicas e de qualidade de vida (Apêndices B e C).

3.4 Variáveis

A idade dos pacientes na data da realização da entrevista foi estratificada em duas categorias etárias, para se obter os grupos de comparação: até 49 anos de idade e 50 anos ou mais.

A expectativa de vida dos portadores de esquizofrenia foi central na vinculação de pessoas em envelhecimento ou não. Esses pacientes apresentam taxas elevadas de mortalidade o que justifica a baixa expectativa de vida. Isso ocorre tanto em decorrência de mortes por causas naturais, quanto por não-naturais (MOGADOURO *et al.*, 2009). Por esse motivo, os grupos comparados foram os de pacientes com até 49 anos de idade e de 50 anos ou mais.

3.4.1 Variáveis independentes

As variáveis independentes investigadas foram agrupadas em quatro categorias relacionadas às características dos pacientes: sociodemográficas, comportamentais, clínicas e de qualidade de vida.

3.4.1.1 Características sociodemográficas

- Sexo (feminino; masculino);
- Estado civil (solteiro; casado/união estável; separado/divorciado; viúvo);
- Escolaridade (sem instrução/fundamental incompleto; fundamental completo/médio incompleto; médio completo/superior incompleto; superior completo);
- Renda per capita familiar (de zero a meio salário-mínimo; acima de meio a um salário-mínimo; acima de um a dois salários-mínimos; mais de dois salários-mínimos);
- Trabalho (não; sim; aposentado);
- Cor de pele (amarela; branca; parda; preta).

3.4.1.2 Características comportamentais

- Atividade física (não faz; uma vez por semana; duas ou três vezes por semana; quatro ou cinco vezes por semana; mais de cinco vezes por semana);
- Apoio da família (não; raramente; às vezes; na maioria das vezes; sempre);
- Uso de bebidas ou cigarro na vida (álcool; tabagismo; ambos, não fez uso);
- Uso de bebidas ou cigarro nos últimos seis meses (álcool; tabagismo; ambos; não fez uso);
- Uso de drogas ilícitas na vida (não; sim);
- Uso de drogas ilícitas nos últimos seis meses (não; sim);
- Quantidade de parceiros sexuais atuais (0; 1; 2 ou mais);
- Tentativa de suicídio (não; uma vez; duas vezes; três vezes ou mais).

3.4.1.3 Características clínicas

- Faixa de tempo de diagnóstico (até 10 anos; de 11 a 20 anos; 21 a 30 anos; mais de 30 anos);
- Uso do CAPS/CERSAM (faz; já fez; não faz);
- Internação por motivo psiquiátrico – frequência (não; uma vez; duas vezes; três vezes; quatro vezes ou mais);
- Alguma outra doença (não; sim);
- Antipsicóticos – Clozapina, Olanzapina, Quetiapina, Risperidona (apenas este; em conjunto com outro medicamento; não usa este);
- Reação adversa – aumento de peso, sonolência, tontura ou tremor (não; sim);
- Uso de outro psicofármaco (não; sim);
- Uso de outro medicamento (não; sim).

3.4.1.4 Qualidade de vida

Para descrever as características relacionadas à qualidade de vida, foi utilizado o questionário EQ-5D-3L, um instrumento desenvolvido para viabilizar uma mensuração genérica de qualidade de vida relacionada à saúde em adultos, validado nacionalmente (MENEZES *et al.*, 2015).

O EQ-5D-3L contém 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 etapa é composta pela 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 (EUROQOL, 1990).

3.5 Análise estatística

Na análise descritiva das variáveis categóricas, foram apresentadas tabelas de frequências absolutas e relativas. Para as variáveis quantitativas, foram apresentadas estatísticas descritivas (mínimo, máximo, primeiro e terceiro quartis, mediana, média e/ou desvio padrão-dp) e/ou gráficos do tipo boxplot.

O teste Qui-Quadrado de Pearson foi realizado com o intuito de analisar a associação entre os grupos de idade e cada variável independente categórica. Quanto às quantitativas, primeiramente foi realizado o teste de Shapiro-Wilk para verificar a normalidade da EVA, que não foi comprovada. Desse modo, o teste Mann-Whitney foi utilizado para comparar a mediana dessa variável entre os dois grupos de idade.

Foi considerado o nível de significância de 5% para todas as análises do estudo. Toda a análise estatística foi realizada no software R.

3.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa SCHEEA foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG) no dia 23/08/2016, sob o parecer nº 1.691.265, CAAE 57420616.9.0000.5149 (Anexo I). O estudo foi realizado de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo os entrevistados esclarecidos a respeito do estudo, seus objetivos e definidos os responsáveis pela condução da pesquisa.

Os pacientes responderam às entrevistas após concordarem em participar do estudo e assinar o 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.

A aplicação do questionário EQ-5D-3L aos participantes do Projeto SCHEEA foi autorizada pelo Grupo EuroQol, com registro L-29510.

O projeto contou indiretamente 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

ESQUIZOFRENIA ENTRE ADULTOS MAIS NOVOS EM COMPARAÇÃO AOS MAIS VELHOS

**Autores: Alessandra Iani Ferreira Lopes¹, Júlio César Menezes Vieira¹,
Edna Afonso Reis², Helian Nunes de Oliveira³, Cristina Mariano Ruas⁴**

¹Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, MG, Brasil. ²Departamento de Estatística. Instituto de Ciências Exatas. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, MG, Brasil. ³Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil. ⁴Departamento de Farmácia Social. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, MG, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Realizar uma análise comparativa entre indivíduos com esquizofrenia até 49 anos àqueles acima de 50 anos no que diz respeito aos aspectos sociodemográficos, comportamentais, clínicos e de qualidade de vida.

Métodos: Estudo observacional de corte transversal realizado a partir de uma entrevista direta, com pacientes com esquizofrenia acima de 18 anos em uso de antipsicóticos atípicos (clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina ou ziprasidona) disponibilizados na farmácia de média complexidade do sistema público de saúde brasileiro. Dados sociodemográficos, comportamentais e clínicos foram coletados. Os 435 indivíduos do estudo foram seccionados em dois grupos etários comparativos, até 49 anos e 50 anos ou mais. As diferenças entre os grupos etários em relação as variáveis independentes foram analisadas através de teste estatístico não paramétrico.

Resultados: O grupo acima de 50 anos têm uma composição proporcionalmente maior de pessoas do sexo feminino, que não são solteiros, aposentados e autodeclarados brancos, em relação aos mais jovens. Além disso, os indivíduos mais velhos, em comparação aos mais jovens, utilizam menos os centros de atenção psicossocial, apresentam menores taxas de tentativa de suicídio e maiores índices de comorbidade. A olanzapina foi o antipsicótico mais utilizado em ambas as faixas etárias. Os indicadores de qualidade de vida não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Conclusão: Estratégias de prevenção ao suicídio devem ser criadas visando os indivíduos mais jovens. Por outro lado, políticas psicossociais devem focar na inclusão dos pacientes mais velhos nos serviços de saúde, além do acompanhamento clínico focado na elevada taxa de comorbidades. Variáveis sociodemográficas seguem tendências globais, o que demonstra a necessidade da intensificação de estratégias particulares do envelhecimento.

Palavras-chave: Esquizofrenia; envelhecimento; variações etárias; antipsicóticos; adultos mais velhos.

1 INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é um transtorno psicótico grave de destaque, que afeta cerca de 24 milhões de pessoas no mundo¹. A natureza multifatorial e heterogênea da doença reflete em um prognóstico clínico complexo e impacto a longo prazo nas esferas individual, social e ocupacional dos pacientes².

Em concordância com o notório acréscimo no número de pessoas mais velhas no mundo, os indivíduos com esquizofrenia também vivenciam um aumento da expectativa de vida. A longevidade é uma resultante positiva do progresso na ciência e na assistência à saúde, na qual se destaca o aumento no acesso ao tratamento e no uso de antipsicóticos nos últimos anos³. As projeções estatísticas apontam que, até o final do primeiro quarto deste século, o número de pessoas com esquizofrenia com mais de 55 anos irá dobrar, o que representa um quarto de todos os pacientes⁴.

Embora estejam vivendo mais, a expectativa de vida ainda é cerca de 15 a 20 anos menor que em indivíduos não afetados^{5,6}. Pessoas com esquizofrenia entre 40 e 50 anos podem ser comparáveis clinicamente com aquelas de idade entre 60 e 70 anos na população em geral, justificado pelo envelhecimento físico acelerado, altas taxas de morbidade e um risco de duas a três vezes maior de mortalidade⁶.

O curso da esquizofrenia segue por caminhos poucos lapidados pela ciência, refletidos por uma recente e progressiva mudança no perfil etário da doença. Não obstante, a heterogeneidade e escassez de dados comparativos entre as faixas etárias, revelam um estado de saúde pouco elucidado e uma população duplamente vulnerável, surgindo o questionamento sobre o preparo do sistema de saúde para atender ao crescimento substancial dessa população⁴.

Frente a evolução da esquizofrenia e a elevada prevalência de doenças, aliada com alterações farmacocinéticas relacionadas à idade, pessoas mais velhas usualmente requerem maior cuidado em saúde, o que evidencia a complexidade clínica e terapêutica desta faixa etária^{2,4}. Por outro lado, pesquisas apontam uma

melhora do prognóstico da doença, em certas esferas, ao longo dos anos, pautadas pela possível estabilização do quadro sintomático^{6,7,8}. Em vista disso, ter uma melhor compreensão das diferenças entre os pacientes mais jovens e mais velhos com esquizofrenia torna-se ainda mais relevante.

Neste contexto, este trabalho tem o objetivo de investigar as diferenças sociodemográficas, clínicas, comportamentais e de qualidade de vida existentes entre a população mais jovem e mais velha com esquizofrenia, atendidos pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

2 METODOLOGIA

Este estudo faz parte do projeto *SCHizophrenia Economics and Effectiveness Assessment* (SCHEEA), realizado no âmbito da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG). Trata-se de uma coorte prospectiva aberta cujo objetivo é avaliar os aspectos econômicos e de efetividade da esquizofrenia. O projeto foi realizado em uma farmácia estadual do CEAF, que dispensa antipsicóticos atípicos para pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) residentes na região metropolitana de Belo Horizonte. A coorte incluiu pacientes maiores de 18 anos, que consentiram em participar do estudo, em uso de um dos seguintes medicamentos por via oral: clozapina, olanzapina, ziprasidona, quetiapina ou risperidona.

2.1 Desenho do estudo

2.1.1 Critérios de Inclusão

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal das características basais da coorte SCHEEA, de 435 pacientes incluídos entre setembro de 2017 e março de 2018, com diagnóstico de esquizofrenia em farmacoterapia com antipsicóticos atípicos na farmácia do CEAF.

2.1.2 Seleção de pacientes e coleta de dados

O recrutamento dos indivíduos ocorreu na farmácia estadual do CEAF, mediante abordagem para participação no estudo. Aos interessados foram fornecidas as informações sobre o estudo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinatura. As entrevistas abordaram informações pessoais, sociodemográficas, comportamentais e clínicas e foram conduzidas por profissionais de saúde previamente treinados.

2.2 Variáveis

A idade dos pacientes na data da realização da entrevista foi estratificada em duas categorias etárias, para se obter os grupos de comparação: até 49 anos de idade e 50 anos ou mais de idade.

As variáveis independentes investigadas foram agrupadas em quatro categorias: sociodemográficas (sexo, estado civil, escolaridade, renda familiar per capita, trabalho, cor de pele); comportamentais (atividade física, apoio da família, uso de álcool, cigarro e drogas, quantidade de parceiros atuais e tentativa de suicídio); clínicas (faixa de tempo de diagnóstico, utilização de serviços do CAPS/CERSAM, frequência de internação, comorbidades, uso de antipsicóticos e outros medicamentos e reações adversas a medicamentos (RAM).

2.2.1 Qualidade de vida

Dados sobre qualidade de vida foram coletados com o questionário EQ-5D-3L incluindo cinco domínios de saúde (mobilidade, autocuidado, atividades habituais, dor/desconforto, ansiedade/depressão), com três níveis cada (1-sem problemas, 2- alguns problemas e 3-problemas extremos).

O questionário EQ-5D-3L é um instrumento desenvolvido para viabilizar uma mensuração genérica de qualidade de vida relacionada à saúde em adultos, validado nacionalmente. O EQ-5D-3L contém 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)⁹. A segunda etapa é composta pela 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 momento¹⁰.

2.3 Análise estatística

Na análise descritiva das variáveis categóricas, foram apresentadas tabelas de frequências absolutas e relativas. Para as variáveis quantitativas, foram apresentadas por estatísticas descritivas (mínimo, máximo, primeiro e terceiro quartis, mediana, média e/ ou desvio padrão-dp) e/ou gráficos do tipo boxplot.

O teste Qui-Quadrado de Pearson foi realizado com o intuito de analisar a associação entre os grupos de idade e cada variável independente categórica. Quanto às quantitativas, primeiramente foi realizado o teste de Shapiro-Wilk para verificar a normalidade da EVA, que não foi comprovada. Desse modo, o teste Mann-Whitney foi utilizado para comparar a mediana dessa variável entre os dois grupos de idade.

Foi considerado o nível de significância de 5% para todas as análises do estudo. Toda a análise estatística foi realizada no software R.

2.4 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa SCHEEA foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG) no dia 23/08/2016, sob o parecer nº 1.691.265, CAAE 57420616.9.0000.5149.

3 RESULTADOS

3.1 Características sociodemográficas, comportamentais e clínicas

Foram entrevistados 435 pacientes com idade entre 18 e 84 anos, com média de 47 anos ($dp=12$). Em relação às características sociodemográficas (Tabela 1), ambos os grupos etários eram compostos majoritariamente por homens, solteiros, com ensino médio completo ou superior incompleto e apresentavam renda per capita familiar entre meio a um salário-mínimo. Apesar dessas similaridades, a população mais velha apresentou maior frequência de pessoas do sexo feminino (49%) e casados ou em união estável (30%), exibindo diferenças estatisticamente significativas em relação aos mais jovens. Grande parte dos indivíduos até 49 anos não trabalhavam (49%) e se autodeclararam pardos (47%); a maioria dos indivíduos acima de 50 anos se autodeclarou branca (52%) e aposentada (60%), com diferenças estatisticamente significativas entre os grupos comparados.

Na Tabela 2 são apresentadas as características comportamentais, nas quais a maioria dos pacientes em ambos os grupos era sedentária, declarou que sempre recebeu apoio da família, utilizou álcool e tabaco durante algum momento da vida, mas não nos últimos seis meses, nunca fez o uso de drogas ilícitas, não tinha parceiros no momento da entrevista e nunca tentou suicídio. A tentativa de suicídio foi a característica comportamental que apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos etários analisados, com um maior percentual no grupo mais jovem.

Fazendo referência às variáveis clínicas (Tabela 3), nota-se o predomínio em ambos os grupos dos pacientes com 11 a 20 anos de tempo de diagnóstico, que foram internados por motivos psiquiátricos pelo menos uma vez, fazem uso de outro medicamento psicofármaco, além de outros medicamentos não psicofármacos. Ambos os grupos apresentaram índices bem próximos no que diz respeito às reações adversas aos psicofármacos atípicos, no qual os mais velhos tiveram um menor percentual, mas sem que essa diferença seja estatisticamente significativa. Os indivíduos acima de 50 anos, em comparação com os pacientes até 49 anos, utilizaram

menos o CAPS/CERSAM (57%) (Centro de Atenção Psicossocial/Centro de Referência em Saúde Mental) e possuem mais comorbidades (74%).

A olanzapina foi o antipsicótico atípico mais utilizado em ambas as faixas etárias (37%). Todavia, a quetiapina é o medicamento com maior diferença entre os dois grupos, com nove pontos percentuais a mais no grupo acima de 50 anos. Nenhum dos medicamentos analisados apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos, frente ao nível de significância de 5%.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos pacientes com esquizofrenia atendidos no CEAF, BH/MG, 2017

Variáveis	Amostra geral		Até 49 anos		50 anos ou mais		P-valor*
	N = 435	%	N = 283	%	N = 152	%	
Sexo							0,017
Feminino	181	42%	106	37%	75	49%	
Masculino	254	58%	177	63%	77	51%	
Estado civil							<0,001
Solteiro	278	65%	206	75%	72	47%	
Casado/ união estável	93	22%	47	17%	46	30%	
Separado/ divorciado	42	10%	15	6%	27	18%	
Viúvo	12	3%	5	2%	7	5%	
Escolaridade							0,314
Sem instrução/fundamental incompleto	85	22%	54	21%	31	24%	
Fundamental completo/médio incompleto	72	19%	48	19%	24	18%	
Médio completo/superior incompleto	141	37%	100	40%	41	32%	
Superior completo	83	22%	49	20%	34	26%	
Renda per capita familiar							0,117
De zero a meio salário-mínimo	76	21%	55	24%	21	15%	
> meio a um salário-mínimo	137	38%	85	37%	52	38%	
> um a dois salários-mínimos	104	28%	57	25%	47	34%	
> de dois salários-mínimos	48	13%	31	14%	17	13%	
Trabalho							<0,001
Não	182	42%	135	49%	47	31%	
Sim	67	16%	54	20%	13	9%	
Aposentado	178	42%	87	31%	91	60%	
Cor de pele							0,008
Amarela	9	2%	7	3%	2	1%	
Branca	172	42%	96	36%	76	52%	
Parda	187	45%	126	47%	61	41%	
Preta	45	11%	36	14%	9	6%	

* Teste de qui-quadrado de Pearson.

Tabela 2 - Dados comportamentais dos pacientes com esquizofrenia atendidos no CEAF, BH/MG, 2017

Variáveis	Amostra geral		Até 49 anos		50 anos ou mais		P-valor*
	N = 435	%	N = 283	%	N = 152	%	
Atividades físicas							0,732
Não faz	242	60%	160	57%	82	55%	
Uma vez por semana	13	3%	7	2%	6	4%	
Duas ou três vezes por semana	69	17%	62	22%	37	24%	
Quatro ou cinco vezes por semana	46	12%	33	12%	13	9%	
Mais de cinco vezes por semana	33	8%	21	7%	12	8%	
Apoio da família							0,294
Não	29	7%	22	8%	7	5%	
Raramente	8	2%	7	3%	1	1%	
As vezes	52	13%	36	14%	16	11%	
Na maioria das vezes	30	8%	20	8%	10	7%	
Sempre	283	70%	175	67%	108	76%	
Uso de bebidas ou cigarro na vida							0,120
Álcool	99	23%	67	24%	32	21%	
Tabagismo	18	4%	10	4%	8	5%	
Ambos	217	51%	132	47%	85	57%	
Não fez uso	95	22%	70	25%	25	17%	
Uso de bebidas ou cigarro nos últimos 6 meses							0,388
Álcool	47	11%	27	10%	20	14%	
Tabagismo	75	18%	49	18%	26	18%	
Ambos	47	11%	35	12%	12	8%	
Não fez uso	254	60%	166	60%	88	60%	
Uso de drogas ilícitas na vida							0,078
Não	327	79%	206	76%	121	83%	
Sim	89	21%	65	24%	24	17%	
Uso de drogas ilícitas nos últimos 6 meses							0,224
Não	406	96%	263	96%	143	98%	
Sim	15	4%	12	4%	3	2%	
Quantidade de parceiros atuais							0,058
0	230	59%	141	56%	89	64%	
1	137	35%	90	36%	47	34%	
2 ou mais	22	6%	19	8%	3	2%	
Tentativa de suicídio							0,002
Não	281	66%	175	63%	106	73%	
Uma vez	49	11%	31	11%	18	12%	
Duas vezes	26	6%	14	5%	12	8%	
Três ou mais vezes	71	17%	60	21%	11	7%	

* Teste de qui-quadrado de Pearson.

Tabela 3 - Dados clínicos dos pacientes com esquizofrenia atendidos no CEAF, BH/MG, 2017

Variáveis	Amostra geral		Até 49 anos		50 anos ou mais		P-valor*
	N = 435	%	N = 283	%	N = 152	%	
Faixa de tempo de diagnóstico							0,111
Até 10 anos	31	8%	22	9%	9	6%	
De 11 a 20 anos	174	43%	118	46%	56	38%	
De 21 a 30 anos	75	19%	47	19%	28	19%	
Mais de 30 anos	122	30%	67	26%	55	37%	
Uso do CAPS/CERSAM							<0,001
Faz	64	15%	51	18%	13	9%	
Já fez	166	39%	116	42%	50	34%	
Não faz	196	46%	112	40%	84	57%	
Internação por motivo psiquiátrico							0,777
Nenhuma	157	37%	106	38%	51	34%	
Uma vez	83	19%	55	20%	28	19%	
Duas vezes	57	13%	34	12%	23	16%	
Três vezes	37	9%	22	8%	15	10%	
Quatro vezes ou mais	92	22%	61	22%	31	21%	
Possui outra doença							<0,001
Não	193	47%	155	58%	38	26%	
Sim	218	53%	110	42%	108	74%	
Uso de Clozapina							0,185
Monoterapia	58	13%	42	15%	16	11%	
Em associação com outro medicamento	15	4%	12	4%	3	2%	
Não usa este	362	83%	229	81%	133	87%	
Uso de Olanzapina							0,658
Monoterapia	122	28%	76	27%	46	30%	
Em associação com outro medicamento	40	9%	25	9%	15	10%	
Não usa este	273	63%	182	64%	91	60%	
Uso de Quetiapina							0,056
Monoterapia	54	13%	29	10%	25	15%	
Em associação com outro medicamento	28	6%	15	5%	13	9%	
Não usa este	353	81%	239	85%	114	76%	
Uso de Risperidona							0,185
Monoterapia	39	9%	28	10%	11	7%	
Em associação com outro medicamento	17	4%	14	5%	3	2%	
Não usa este	379	87%	241	85%	138	91%	
Uso de Ziprazidona							0,586
Monoterapia	50	12%	30	11%	20	13%	
Em associação com outro medicamento	28	6%	20	7%	8	5%	
Não usa este	357	82%	233	82%	124	82%	

Tabela 3 - Dados clínicos dos pacientes com esquizofrenia atendidos no CEAF, BH/MG, 2017

Variáveis	Amostra geral		Até 49 anos		50 anos ou mais		P-valor*
	N = 435	%	N = 283	%	N = 152	%	
Reação adversa aos psicofármacos atípicos (aumento de peso, sonolência, tontura ou tremor)							0,397
Não	198	49%	124	48%	74	52%	
Sim	204	51%	136	52%	68	48%	
Uso de outro medicamento psicofármaco							0,596
Não	99	24%	68	25%	31	23%	
Sim	307	76%	202	75%	105	77%	
Uso de outro medicamento							0,307
Não	9	4%	6	6%	3	3%	
Sim	207	96%	102	94%	105	97%	

* Teste de qui-quadrado de Pearson.

3.2 Qualidade de vida e escala analógica

Os dois grupos etários apresentaram resultados muito semelhantes nas cinco dimensões de qualidade de vida em saúde analisadas (Tabela 4). A maioria dos respondentes afirmou não ter problemas em andar (73%), não ter problemas com os cuidados pessoais (84%), não ter problema na realização das atividades habituais (54%), não ter dores ou mal-estar (60%) e estar moderadamente ansioso ou deprimido (42%).

Existem poucas diferenças entre os dois grupos de idade. Essa diferença se encontra na mobilidade e no quesito dor ou mal-estar em que, as pessoas mais velhas, possuem um percentual um pouco maior no segundo nível (apresenta alguns problemas) se comparado com os mais jovens; mas sem que essa diferença seja estatisticamente significativa.

Na pontuação da escala visual analógica do EQ-5D-3L os dois grupos etários mostraram estatísticas semelhantes, embora o terceiro quartil do valor sinalizado pelas pessoas mais novas tenha sido um pouco maior (Tabela 5 e Figura 1). O teste de Mann-Whitney ($p=0,74$) não rejeita a hipótese de que esses grupos possuem medianas iguais.

Tabela 4 - Avaliação da qualidade de vida em saúde dos pacientes com esquizofrenia atendidos no CEAF, BH/MG, 2017

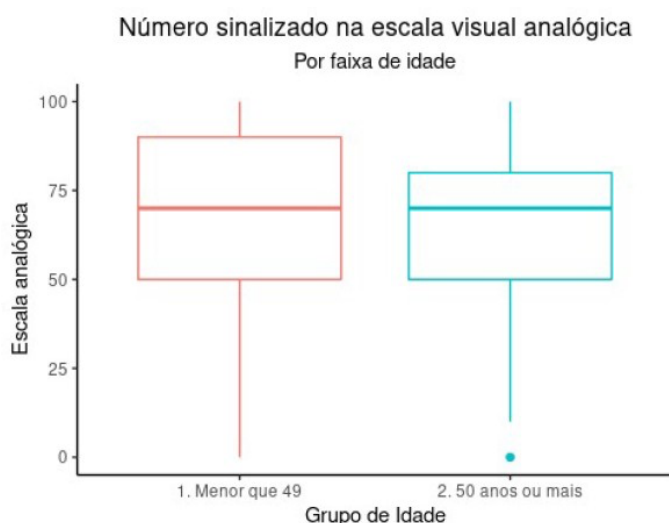
Dimensões	Amostra geral		Até 49 anos		50 anos ou mais		P-valor*
	N = 435	%	N = 283	%	N = 152	%	
Mobilidade							0,134
Não tenho problemas em andar	293	73%	195	75%	98	68%	
Tenho alguns problemas em andar	94	23%	53	20%	41	29%	
Estou limitado a ficar na cama	16	4%	12	5%	4	3%	
Cuidados pessoais							0,716
Não tenho problemas com meus cuidados pessoais	338	84%	221	85%	117	82%	
Tenho alguns problemas para me lavar ou me vestir	57	14%	35	13%	22	15%	
Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho	9	2%	5	2%	4	3%	
Atividades habituais							0,803
Não tenho problema	217	54%	137	53%	80	56%	
Tenho alguns problemas	125	31%	82	31%	43	30%	
Sou incapaz de desempenhar essas atividades sozinho	61	15%	41	16%	20	14%	
Dor ou mal-estar							0,114
Não tenho dores ou mal-estar	240	60%	164	63%	76	53%	
Tenho dores ou mal-estar moderados	114	28%	65	25%	49	34%	
Tenho dor ou mal-estar extremos	50	12%	32	12%	18	13%	
Ansiedade ou depressão							0,905
Não estou ansioso ou deprimido	121	30%	80	31%	41	29%	
Estou moderadamente ansioso ou deprimido	168	42%	107	41%	61	43%	
Estou extremamente ansioso ou deprimido	111	28%	71	28%	40	28%	

* Teste de qui-quadrado de Pearson.

Tabela 5 – Estatísticas descritivas da qualidade de vida em saúde, medida pela escala visual analógica, segundo grupo de idade, para os pacientes com esquizofrenia atendidos no CEAF, BH/MG, 2017

Estatística	Até 49 anos	50 Anos ou mais
	N= 259	N=142
Mínimo	0	0
Primeiro quartil	50	50
Mediana	70	70
Média (dp)	67 (25)	68 (22)
Terceiro quartil	90	80
Máximo	100	100

Figura 1 - Boxplot do valor sinalizado na escala visual analógica de qualidade de vida em saúde, segundo grupo de idade, para os pacientes com esquizofrenia atendidos pelo CEAF, B/MG, 2017



4 DISCUSSÃO

O estudo do envelhecimento de pacientes com esquizofrenia é muito recente e, por isso, estudos sobre a temática são necessários e de grande valia. Na literatura, a idade mínima utilizada nas pesquisas com esta população flutua entre 40^{12,13}, 50^{14,15}, 55^{16,17,18} e 60 anos^{2,12,19}, fruto da heterogeneidade do envelhecimento dos pacientes com a doença. Grande parte dos estudos utiliza a nomenclatura de adultos mais velhos, já que o conceito de idoso é orientado por marcadores etários, que envolvem parâmetros sociais.

No atual estudo, a idade dos pacientes variou de 18 a 84 anos, com média de 47 anos. Observa-se que a amostra apresenta diferenças em relação à população com esquizofrenia, que geralmente apresenta menor idade média e variação^{20,21,71,72}. O acesso ao CEAF é regido por critérios de dispensação contidos nos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde. O acesso pressupõe acompanhamento médico, relatório e exames laboratoriais. Por isso, acredita-se que haja uma seleção natural de pacientes mais saudáveis e desse modo, com maior expectativa de vida.

Quando se analisa o sexo, apesar de ambos os grupos etários serem compostos majoritariamente por homens, a população acima de 50 anos tem um alto percentual de mulheres, fenômeno percebido em toda a população mundial, conhecido como a feminilização do envelhecimento²². As estimativas são de que as mulheres vivam, em média, de cinco a sete anos a mais que os homens, especialmente em decorrência de fatores genéticos, melhores hábitos comportamentais e menor exposição à violência²³. Esta composição do sexo entre os grupos etários é retratada também em outros estudos sobre a esquizofrenia^{11,13,16,21,24}.

Entre os pacientes até 49 anos, 75% eram solteiros, convergente com a literatura^{11,21,24}; dentre aqueles acima de 50 anos, a prevalência foi de 47%. Um dos aspectos característicos da esquizofrenia é o prejuízo no convívio social, no qual a capacidade de interação e desenvolvimento de relacionamentos é dificultada^{25,26}.

Em contrapartida, maiores proporções de indivíduos casados ou em união estável foram encontradas na população acima de 50 anos. Uma das hipóteses possíveis para tal mudança é o tempo vivido, já que indivíduos mais velhos naturalmente tiveram mais oportunidades ao longo da vida de encontrarem um parceiro. Além disso, apesar de não ser uma concordância generalizada, pesquisas demonstram que o prognóstico da doença pode melhorar no decorrer dos anos, o que inclui a criação de novas conexões sociais^{7,8}. Ainda pode ocorrer o diagnóstico tardio ou muito tardio, em um período da vida em que o indivíduo já tenha tido oportunidade de criar laços relacionais.

Mesmo na população mais velha, que apresenta companheiros, a continuidade das relações interpessoais pode se mostrar afetada^{25,26,27}. Em uma pesquisa comparativa de indivíduos adultos mais velhos com esquizofrenia e seus pares saudáveis, Jeste e colaboradores¹² concluíram que dos 69% da população com a doença que declararam já ter se casado, 21% permaneciam casados no momento da pesquisa. Já os indivíduos da mesma faixa etária, porém saudáveis, dos 94% que se casaram, 53% ainda estavam no relacionamento.

Ao compararmos a cor de pele entre os grupos etários, é notável a grande porcentagem de pardos entre aqueles até 49 anos e de brancos nos indivíduos acima dos 50 anos, como descrito em outros estudos^{12,13,16}. Dados apontam um cenário mais favorável ao envelhecimento saudável de pessoas brancas em comparação com aquelas de cor parda ou preta, especialmente no tocante às condições de saúde e acesso aos serviços de saúde. Além disso, maior média de anos potenciais de vida perdidos é encontrada na população negra, fruto da iniquidade racial²⁸.

Na literatura, a taxa de emprego de indivíduos com esquizofrenia oscila de 10 a 30%²⁹, evidenciado na pesquisa atual por índices de 20% e 9% entre a população mais jovem e mais velha, respectivamente. Üçok e colaboradores³⁰ destacam que o desemprego é um dos maiores problemas que os pacientes com esquizofrenia experimentam na vida diária, como consequência da gravidade de sintomas e disfunção cognitiva. Além das causas decorrentes do próprio transtorno, o desemprego também é afetado por fatores como estigma, discriminação e incertezas por parte dos empregadores, o que evidencia a necessidade da criação de políticas de inclusões laborais²⁴.

Presumivelmente, a população acima de 50 anos tem uma porcentagem de aposentados expressiva. Ressalta-se que em comparação aos indivíduos mais novos, estes pacientes apresentam ainda mais dificuldades para se inserirem no mercado de trabalho, considerada como uma população duplamente estigmatizada³¹. Por outro lado, é importante destacar uma possível limitação do estudo, já que a categoria aposentada não se distinguiu em aposentadoria por tempo de contribuição ou invalidez.

A participação e aquisição de medicamentos via CEAF inclui alguns processos como consultas e prescrição médica atualizada, exames complementares e escala de avaliação psiquiátrica³². Neste contexto, evidências apontam que um ambiente familiar coeso auxilia no suporte ao paciente, melhora do prognóstico e está diretamente vinculado com o sucesso do tratamento, especialmente medicamentoso^{33,34}. Neste estudo, a amostra foi composta por pacientes que estavam fazendo uso de medicamentos e eram acompanhados no CEAF e,

grande parte deles em ambos os grupos etários, relatou apoio familiar. O acesso a este tratamento pressupõe boa adesão terapêutica, acompanhamento clínico e estabilidade do transtorno.

Estes pilares em conjunto podem ajudar a justificar maiores índices de escolaridade destes indivíduos frente a população geral com esquizofrenia.^{21,24,27}, possibilitando uma constância do paciente nas atividades acadêmicas. Além disso, Swanson e pesquisadores⁷³ destacam que o nível educacional dos pacientes com a doença pode ser um reflexo do momento de início dos sintomas, ou seja, quanto mais tarde o eclodir da doença, maior a possibilidade de conclusão dos estudos.

Não obstante, pesquisas demonstram que as recaídas e internações psiquiátricas são expressivamente menores em pacientes estáveis e com suporte familiar^{33,34,35}. Na literatura, autores indicam que 18 a 31% dos pacientes com a doença foram internados pelo menos uma vez na vida^{74,75}. Nesta amostra, apesar da maioria em ambos os grupos etários nunca ter sido internado, a totalidade da soma dos demais índices de internação, demonstra que mais de 60% de ambos os grupos foi internado pelo menos uma vez.

Pesquisas internacionais e nacionais descrevem em seus resultados que as internações em instituições psiquiátricas são notoriamente mais comuns em indivíduos mais jovens, especialmente até os 25 anos^{36,37,74}. Investigações recentes têm demonstrado que adultos mais velhos experimentam um maior grau de interrupção e gravidade dos sintomas positivos, se comparado aos primeiros anos da doença; sintomas estes que são intrinsecamente ligados às internações psiquiátricas^{7,38}.

Em relação a tentativa de suicídio, a literatura aponta uma prevalência de 25 a 35% em indivíduos com a doença ao longo da vida^{39,40,41}. Na atual pesquisa, os índices se mostram congruentes, mas entre os pacientes mais velhos, em comparação aos mais jovens, estes foram significativamente menores (27% e 37%, respectivamente). Apesar de não ser totalmente elucidado, dados da literatura apontam a diminuição do risco de suicídio ao longo da vida dos

pacientes^{41,42,43}. A justificativa encontrada é que a jovialidade está associada com maiores chances de se cometer suicídio, explicada por uma psicopatologia mais grave, vinculada a uma idade mais precoce de início da doença¹⁶; já que a farmacoterapia ainda não está totalmente ajustada e o indivíduo não é familiarizado com o transtorno⁸. Entretanto, é importante ressaltar um possível viés, chamado por Olfson *et al.*⁴⁴ de “sobrevivente saudável”, ou seja, os adultos mais velhos com esquizofrenia, que estão vivos, possivelmente evidenciam um melhor prognóstico, já que os indivíduos mais suscetíveis ao suicídio podem ter morrido mais cedo.

No que diz respeito ao uso de substâncias, como álcool, nicotina e drogas ilícitas, não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários. Por outro lado, é relevante notar que a população mais jovem utilizou mais drogas ilícitas ao longo da vida, o que vai de encontro com a literatura^{6,45}. A cessação do uso dessas substâncias, nos últimos seis meses, observada em grande parte dos indivíduos estudados, aponta para uma evolução positiva do paciente. Este fato pode estar ocorrendo, em parte devido ao acompanhamento clínico e suporte familiar dos pacientes⁴⁶.

A faixa de tempo de diagnóstico evidencia que grande parte dos indivíduos mais velhos da pesquisa, não envelheceram com a doença, mas tiveram o eclodir da mesma em idades mais avançadas, fenômeno conhecido como esquizofrenia de início tardio. Tal fato pode embasar as similaridades clínicas entre os grupos etários, já que a maior parte dos indivíduos conviveram o mesmo período de tempo com a doença. Futuras análises podem ser feitas através da diferenciação da idade de diagnóstico e suas implicações sociais, clínicas e comportamentais.

Os antipsicóticos atípicos são amplamente prescritos, em parte devido à sua menor propensão a induzir sintomas extrapiramidais e discinesia tardia, em comparação com antipsicóticos típicos^{47,48}. Não obstante, os medicamentos atípicos também apresentam reações adversas. Segundo Raymond⁴⁹, um dos aspectos mais desafiadores do uso de antipsicóticos de segunda geração é monitorar, prevenir e tratar os efeitos adversos metabólicos.

No atual estudo, cerca de metade de ambos os grupos etários apresentaram reações adversas aos antipsicóticos, assim como descrito em outros estudos^{47,48}, o que ressalta a importância de um acompanhamento clínico baseado na individualidade do paciente e nas respostas farmacológicas. A variedade das pesquisas sobre a temática não faz distinção etária entre os resultados, mas indicam que o tratamento é ainda mais desafiante para adultos mais velhos, entrelaçada por mudanças farmacocinéticas vinculadas à idade².

Em relação aos aspectos medicamentosos, não houve diferença estatisticamente significativa entre as faixas etárias. A olanzapina foi o antipsicótico mais prescrito para os pacientes, o que é encontrado em pesquisas realizadas no CEAF de outros estados nacionais^{50,51}. A frequente utilização deste medicamento no tratamento da esquizofrenia é relacionada à segurança e eficácia, associados com fatores positivos de prognóstico, e, principalmente, adesão ao tratamento^{52,53}. Por outro lado, surge um questionamento sobre a devida incorporação do critério etário na prescrição destes medicamentos e sua concretização na prática clínica.

A esquizofrenia é um fator de risco para doenças físicas e sua presença aumenta a chance de um indivíduo também sofrer de uma ou mais comorbidades⁵⁴. Pesquisas afirmam que pessoas mais velhas com esquizofrenia têm maior probabilidade de serem diagnosticadas com outros problemas de saúde do que os indivíduos mais novos, advindas do envelhecimento fisiológico esperado⁶. Na atual pesquisa, 74% dos indivíduos acima de 50 anos apresentavam alguma outra doença, em contraste com 42% da população mais jovem. Um estudo observacional com adultos mais velhos com esquizofrenia no Paquistão, encontrou que a maioria dos pacientes também tinha outras doenças (56%) e utilizavam cinco medicamentos ao mesmo tempo².

Ambos os grupos etários apresentaram altos índices de uso de outros medicamentos psicofármacos e não psicofármacos. Essa porcentagem não foi influenciada pela idade, o que pode sugerir que a polifarmácia não está vinculada unicamente ao envelhecimento, mas à esquizofrenia e seu desencadeamento. Embora os antipsicóticos constituam o pilar fundamental do tratamento do

transtorno, outros medicamentos de suporte², como antidepressivos, benzodiazepínicos e anticolinérgicos^{55,56} podem ser utilizados.

Quando se considera a peculiaridade da população e os aspectos fisiológicos do envelhecimento, o uso de diversos medicamentos pode acarretar consequências negativas ao tratamento. Entre elas, o aumento da carga de reações adversas a medicamentos, dosagens totais mais altas, dificuldade na avaliação da resposta, falhas na adesão devido à complexidade do tratamento, aumento do risco de interação medicamentosa e erros de medicação; o que reforça a importância do acompanhamento farmacoterapêutico e a promoção do uso racional de medicamentos^{57,58}.

Em comparação aos indivíduos mais jovens, a população acima de 50 anos utilizou consideravelmente menos os serviços do CAPS/CERSAM. Nota-se em pesquisas nacionais que o perfil dos pacientes atendidos nos centros de saúde psicossociais era jovem em sua maioria^{59,60}. Estas instituições são importantes para o desenvolvimento da autonomia do paciente, acompanhamento social e manutenção de um prognóstico positivo. Diante de tais fatos, torna-se imprescindível não só entender a mudança etária populacional, como focar em políticas de saúde inclusivas para a população mais velha.

No que permeia a qualidade de vida, em nenhum dos cinco parâmetros analisados foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários e, no geral, foram positivas. As associações etárias na esquizofrenia e qualidade de vida, apresentam uma variedade de resultados entre os estudos. Alguns estudos evidenciavam uma pior qualidade de vida em pacientes mais velhos, com a justificativa de que com o avanço da idade, mais longa é a duração da doença e os impactos subsequentes ao envelhecimento⁶¹. Por outro lado, pesquisas apontavam menores índices de satisfação na população mais nova, baseado no recente eclodir da doença^{62,63}.

Diversos autores afirmam que a qualidade de vida de pacientes com a doença não é associada à idade, mas é uma resultante do conjunto de

características^{63,64}. O suporte familiar e a utilização de antipsicóticos de segunda geração estão intrinsecamente ligados a uma melhor qualidade de vida^{21,64,65,66}.

Pinho e colaboradores⁶⁷ também relacionam internação psiquiátrica à qualidade de vida, no qual pacientes que nunca estiveram internados têm qualidade de vida superior e Boyer e colaboradores⁶⁸ verificaram que quanto maior o nível de qualidade de vida, menor a taxa de recaídas. Todas estas características descrevem majoritariamente os indivíduos de ambos os grupos etários, o que confirma os achados da literatura.

A maioria da população estudada declarou não ter problemas com mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais e dor ou mal-estar. Entretanto, cerca de 40% de ambos os grupos etários afirmaram estar moderadamente ansiosos ou deprimidos. Como descrito na literatura, sintomas de ansiedade e depressão são muito comuns no curso da doença⁶⁹.

Doyle e colaboradores⁷⁰ defendem a existência de uma tendência de os pacientes com esquizofrenia relatarem um grau de satisfação elevado, apesar de condições adversas, pautados por baixas expectativas e aspirações. Dúvidas quanto à capacidade dos pacientes entrevistados avaliarem sua própria qualidade de vida também podem surgir, baseados em possíveis déficits cognitivos e/ou falta de consciência de morbidade⁶⁴.

Limitações do estudo permeiam a não distinção entre a população com esquizofrenia de início precoce e tardio entre a população mais velha. A amostra foi coletada por conveniência e resulta na inclusão de pacientes que conseguiram ir à unidade de dispensação buscar o medicamento e estáveis o suficiente para fornecer consentimento informado.

O presente estudo é composto de análises preliminares sobre a temática. A falta de dados comparativos entre grupos etários na esquizofrenia demonstra a necessidade de aprofundamento de pesquisas envolvendo a idade.

5 CONCLUSÃO

O fator idade se mostrou associado a variáveis sociodemográficas que seguem tendências mundiais, no qual a população mais velha, em comparação com a mais jovem, apresenta mais mulheres, indivíduos que não são solteiros, aposentados e brancos. A idade mais jovem se mostrou associada às maiores taxas de tentativas de suicídio, o que evidencia a necessidade da criação de estratégias de prevenção frente aos gatilhos psicopatológicos. Por outro lado, a população mais velha apresenta menor uso de centros de saúde psicossociais, além da elevada presença de comorbidades. Este quadro demonstra que frente à complexidade clínica inerente ao envelhecimento, o foco em políticas de saúde é essencial, assim como a inclusão em políticas psicossociais específicas. A identificação de características particulares da população mais nova e mais velha com esquizofrenia auxilia no entendimento sobre o percurso do transtorno, bem como nas estratégias utilizadas no serviço de saúde para atender ao crescimento substancial desta população.

REFERÊNCIAS

1. WHO. World Health Organization. Schizophrenia. WHO. January, 2022.
2. Fatima A, Barkat U, Mahmood KT, Zaka M. Schizophrenia in elderly patients. *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*. 2011; 3. 952-960.
3. Tiihonen J, Lönqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, Haukka J. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet*. 2009 Aug 22;374(9690):620-7.
4. Cohen CI, Meesters PD, Zhao J. New perspectives on schizophrenia in later life: implications for treatment, policy, and research. *Lancet Psychiatry*. 2015 Apr;2(4):340-50.
5. Laursen TM. Life expectancy among persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *Schizophr Res*. 2011 Sep;131(1-3):101-4.
6. Jeste DV, Maglione JE. Treating older adults with schizophrenia: challenges and opportunities. *Schizophr Bull*. 2013 Sep;39(5):966-8.
7. Jeste DV, Wolkowitz OM, Palmer BW. Divergent trajectories of physical, cognitive, and psychosocial aging in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2011 May;37(3):451-5.
8. Shepherd S, Depp C, Harris G, Halpain M, Palinkas L, Jeste D. Perspectives on Schizophrenia Over the Lifespan: A Qualitative Study. *Schizophrenia bulletin*. 2012. 38. 295-303. 10.1093/schbul/sbq075.

9. Viegas Andrade M, *et al.* Societal Preferences for EQ-5D Health States from a Brazilian Population Survey. *Value Health Reg Issues.* 2013 Dec;2(3):405-412.
10. EuroQol Group. EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy.* 1990 Dec;16(3):199-208.
11. Nørgaard HCB, Schou Pedersen H, Fenger-Grøn M, Vestergaard M, Nordentoft M, Laursen TM, *et al.* Schizophrenia and attendance in primary healthcare: a population-based matched cohort study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care.* 2019;37:358–65.
12. Jeste DV, Twamley EW, Eyler Zorrilla LT, Golshan S, Patterson TL, Palmer BW. Aging and outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 2003 May;107(5):336-43.
13. Thompson WK, Savla GN, Vahia IV, Depp CA, O'Hara R, Jeste DV, Palmer BW. Characterizing trajectories of cognitive functioning in older adults with schizophrenia: does method matter? *Schizophr Res.* 2013 Jan;143(1):90-6.
14. Izaute M, Jalenques I. Metamemory with ageing in schizophrenia: a first study. *Psychiatry Res.* 2014 Nov 30;219(3):703-6.
15. Feldman PD, Kaiser CJ, Kennedy JS, Sutton VK, Tran PV, Tollefson GD, Zhang F, Breier A. Comparison of risperidone and olanzapine in the control of negative symptoms of chronic schizophrenia and related psychotic disorders in patients aged 50 to 65 years. *J Clin Psychiatry.* 2003 Sep;64(9):998-1004.
16. Cohen CI, Abdallah CG, Diwan S. Suicide attempts and associated factors in older adults with schizophrenia. *Schizophr Res.* 2010 Jun;119(1-3):253-7.
17. Abdallah C, Cohen CI, Sanchez-Almira M, Reyes P, Ramirez P. Community integration and associated factors among older adults with schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 2009 Dec;60(12):1642-8.
18. Vahia IV, Diwan S, Bankole AO, Kehn M, Nurhussein M, Ramirez P, Cohen CI. Adequacy of medical treatment among older persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 2008 Aug;59(8):853-9.
19. Kennedy JS, *et al.* Olanzapine vs haloperidol in geriatric schizophrenia: analysis of data from a double-blind controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2003 Nov;18(11):1013-20.
20. Kalache SM, Mulsant BH, Davies SJ, Liu AY, Voineskos AN, Butters MA, Miranda D, Menon M, Kern RS, Rajji TK. The impact of aging, cognition, and symptoms on functional competence in individuals with schizophrenia across the lifespan. *Schizophr Bull.* 2015 Mar;41(2):374-81.
21. Pinho LG, Pereira A, Chaves C. Influence of sociodemographic and clinical characteristics on the quality of life of patients with schizophrenia. *Rev Esc Enferm USP.* 2017 Aug 28;51:e03244. English, Portuguese, Spanish.
22. Maximiano-Barreto, M. A., Andrade, L., Campos, L. B. de, Portes, F. A., & Generoso, F. K. (2019). A FEMINIZAÇÃO DA VELHICE: UMA ABORDAGEM BIOPSISSOCIAL DO FENÔMENO. *Interfaces Científicas - Humanas E Sociais*, 8(2), 239–252.

23. Nicodemo D, Godoi MP. “Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas.” *Rae-Revista De Administração De Empresas* 6 (2010): 40-53.
24. Ballarin, M. L. G. S., Miranda, I. M. S. de, & Carvalho, C. M. de. (2012). Centro de Atenção Psicossocial do município de Campinas: estudo sobre o perfil sociodemográfico e clínico de seus usuários. *Revista De Ciências Médicas*, 20(3/4), 59–67.
25. Menezes PR, Mann AH. The social adjustment of patients with schizophrenia: implications to the mental health policy in Brazil. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 27(5):340-349.
26. Holm, M., Taipale, H., Tanskanen, A., Tiihonen, J. e Mitterdorfer-Rutz, E. (2021), Emprego entre pessoas com esquizofrenia ou transtorno bipolar: um estudo de base populacional usando registros nacionais. *Acta Psychiatr. Scand.*, 143: 61-71.
27. Moll, M. F., & Saeki, T. (2009). A vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um centro de atenção psicossocial. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 17(6), 995-1000.
28. Silva A, *et al.* Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). *Revista Brasileira de Epidemiologia* [online]. 2018, v. 21, n. Suppl 02, e180004.
29. Hakulinen C, McGrath JJ, Timmerman A, Skipper N, Mortensen PB, Pedersen CB, *et al.* The association between early-onset schizophrenia with employment, income, education, and cohabitation status: nationwide study with 35 years of follow-up. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2019;54:1343–51.
30. Üçok A, Gorwood P, Karadayı G. Employment and its relationship with functionality and quality of life in patients with schizophrenia: EGOFOR Study. *European Psychiatry*. 2012;27:422–5.
31. Twamley EW, Narvaez JM, Becker DR, Bartels SJ, Jeste DV. Supported Employment for Middle-Aged and Older People with Schizophrenia. *Am J Psychiatr Rehabil*. 2008 Jan;11(1):76-89.
32. Correia, A. F. C., Vera, I., Lucchese, R. L., Sena, K. G. de, & Elias, R. A. (2018). Assistência farmacêutica na gestão de medicação da saúde mental. *Perspectivas Em Psicologia*, 22(1).
33. Vedana KG, MIASSO AI. A interação entre pessoas com esquizofrenia e familiares interfere na adesão medicamentosa?. *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. 2012, v. 25, n. 6, pp. 830-836.
34. Duarte MLC; Carvalho J; Brentano V. Percepção dos familiares acerca do grupo de apoio realizado em uma unidade de internação psiquiátrica. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [online]. 2018, v. 39 ISSN 1983-1447
35. Borba L, Guimarães AN, Mazza VA, Maftum MA. Mental health care based on the psychosocial model reports of relatives and persons with mental disorders. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46 (6): 1406-14
36. Munk-Jørgensen P, Mortensen PB, Machón RA. Hospitalization patterns in schizophrenia. A 13-year follow-up. *Schizophr Res*. 1991 Jan-Feb;4(1):1-9.

37. Pereira, AR, & Joazeiro, G. (2016). Percepção da internação em hospital psiquiátrico por pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. *O Mundo Da Saúde*. 2016; 39(4), 476-483.
38. Folsom DP, Lebowitz BD, Lindamer LA, Palmer BW, Patterson TL, Jeste DV. Schizophrenia in late life: emerging issues. *Dialogues Clin Neurosci*. 2006;8(1):45-52.
39. Lu L, Dong M, Zhang L, Zhu XM, Ungvari GS, Ng CH, Wang G, Xiang YT. Prevalência de tentativas de suicídio em indivíduos com esquizofrenia: uma metanálise de estudos observacionais. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 7 de junho de 2019;29:e39.
40. 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.
41. Gupta S, Black DW, Arndt S, Hubbard WC, Andreasen NC. Factors associated with suicide attempts among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 1998 Oct;49(10):1353-5.
42. De Hert M, McKenzie K, Peuskens J. Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study. *Schizophr Res*. 2001 Mar 1;47(2-3):127-34.
43. Copeli F, Cohen C. Mortality And Medical Comorbidity In Older Adults With Schizophrenia: A Literature Review. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2020;28. S137-S138.
44. 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*. 2021 Aug 1;78(8):876-885.
45. Lopes JFS, Lazzarini R, Magalhães BV, Marques T, Miranda RM. "Esquizofrenia e o uso de álcool e outras drogas: perfil epidemiológico." *Rev Rene*, vol. 15, não. 3, 2014, pp.436-446.
46. Winklbaur B, Ebner N, Sachs G, Thau K, Fischer G. Substance abuse in patients with schizophrenia. *Dialogues Clin Neurosci*. 2006;8(1):37-43.
47. Uçok A, Gaebel W. Side effects of atypical antipsychotics: a brief overview. *World Psychiatry*. 2008 Feb;7(1):58-62.
48. Haddad PM, Sharma SG. Adverse Effects of Atypical Antipsychotics. *CNS Drugs* 21, 911–936 (2007).
49. Raymond L. Adverse effects from atypical antipsychotics. *Mental Health Clinician* 1 September 2013; 3 (3): 114.
50. Cunha I, Santos J, Leitão J, & Silva J. A Esquizofrenia no Componente Especializado Farmacêutico: Aspectos clínicos e Farmacoepidemiológicos. *Research, Society and Development*. 2020. 9. 10.33448/rsd-v9i8.5741.
51. Costa J, Freitas DAK. Perfil Dos Usuários Incluídos No Protocolo De Esquizofrenia Em Um Programa De Medicamentos Do Componente Especializado Da Assistência Farmacêutica. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 35. 2012. 10.22278/2318-2660.2011.v35.n2.a317.
52. Oliveira, IR. Antipsicóticos atípicos: farmacologia e uso clínico. *Braz. J. Psychiatry*, 22 (suppl 1), Maio 2000.

53. Kumar PNS; ANISH PK; RAJMOHAN V. A olanzapina tem melhor eficácia em comparação com a risperidona para o tratamento de sintomas negativos na esquizofrenia. *Indian J Psychiatry*, v. 58, n. 3, p.311-316, 2016.
54. Šimunoviü I.; Filippiü I. Schizophrenia and Physical Comorbidity *Psychiatria Danubina*, Croácia, v. 30, n. 4, p. 152-15, 2018.
55. Baandrup L. Polypharmacy in schizophrenia. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2020;126:183–92.
56. Bergman H, Soares-Weiser K. Anticholinergic medication for antipsychotic-induced tardive dyskinesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;1:CD000204.
57. Loyola F; Antônio I; Uchoa E; Lima-Costa MF. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2006, v. 22, n. 12.
58. Secoli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2010, v. 63, n. 1 , pp. 136-140.
59. Oliveira GL; Caiaffa WT; Cherchiglia ML, Mariangela. Saúde mental e a continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte, MG. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2008, v. 42, n. 4, pp. 707-716.
60. Melo APS, Guimarães MDC. Factors associated with psychiatric treatment dropout in a mental health reference center, Belo Horizonte. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(2):113- 8.
61. Guedes de Pinho LM; Pereira AMS; Chaves CMC. Quality of life in schizophrenic patients: the influence of sociodemographic and clinical characteristics and satisfaction with social support. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy* [online]. 2018, v. 40, n. 3 pp. 202-209.
62. Folsom DP, Depp C, Palmer BW, Mausbach BT, Golshan S, Fellows I, Cardenas V, Patterson TL, Kraemer HC, Jeste DV. Physical and mental health-related quality of life among older people with schizophrenia. *Schizophr Res*. 2009 Mar;108(1-3):207-13.
63. Reine, G., Simeoni, M.C., Auquier, P., Loundou, A., Aghababian, V., Lancon, C., 2005. Assessing health-related quality of life in patients suffering from schizophrenia: a comparison of instruments. *Eur. Psychiatr*. 20, 510–519.
64. Souza LA; Coutinho ES. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Brazilian Journal of Psychiatry* [online]. 2006, v. 28, n. 1, pp. 50-58.
65. Cohen C; Vahia I; Reyes P; Diwan S; Bankole A. O., Palekar, N., Kehn, M., & Ramirez, P. (2008). Schizophrenia in later life: Clinical symptoms and social well-being. *Psychiatric Services*, 59(3), 232–234.
66. Gründer, G. *et al*. Effects of first-generation antipsychotics versus secondgeneration antipsychotics on quality of life in schizophrenia: a double-blind, 51 randomised study. *The Lancet Psychiatry*, [S.L.], v. 3, n. 8, p. 717-729, ago. 2016.

67. Pinho, L. G., Pereira, A., Chaves, C., & Rocha, M. L. (2017). Satisfação com o suporte social e qualidade de vida dos doentes com esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Spe.5, 33-38.
68. Boyer L, Millier A, Perthame E, Aballea S, Auquier P, Toumi M. Quality of life is predictive of relapse in schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 2013 Jan 9;13:15.
69. Buckley, P. F. *et al.* Psychiatric Comorbidities and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, [S.L.], v. 35, n. 2, p. 383-402, mar. 2009.
70. Doyle, M., Flanagan, S., Browne, S., Clarke, M., Lydon, D., Larkin, C. and O'Callaghan, E. (1999), Subjective and external assessments of quality of life in schizophrenia: relationship to insight. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99: 466-472.
71. Freitas, P. H. B. de, Pinto, J. A. F., Nunes, F. D. D., Silva e Souza, A. R., & Machado, R. M. (2016). Esquizofrenia refratária: qualidade de vida e fatores associados. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(1), 60–68.
72. Ferreira AA *et al.* Tendência temporal da esquizofrenia: um estudo realizado no âmbito hospitalar. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* [online]. 2007, v. 56, n. 3 [Acessado 24 Novembro 2022] , pp. 157-161.
73. Swanson CL Jr, Gur RC, Bilker W, Petty RG, Gur RE. Premorbid educational attainment in schizophrenia: association with symptoms, functioning, and neurobehavioral measures. *Biol Psychiatry*. 1998 Oct 15;44(8):739-47.
74. Reis, L. N. dos, Simplicio, J. C. R., Gherardi-Donato, E. C. da S., & Zanetti, A. C. G. (2015). Probabilidades de internação psiquiátrica de pacientes de um ambulatório de saúde mental. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas (Edição Em Português)*, 11(2), 61-69.
75. Zanetti ACG, Vedana KGG, Gherardi-Donato ECS, Galera SAF, Martin IS, Tressoldi LS, et al. Expressed emotion of family members and psychiatric relapses of patients with a diagnosis of schizophrenia. *Rev EscEnferm USP*. 2018;52:e03330.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou que a porcentagem de mulheres que envelhecem é maior que dos homens, o que expõe a necessidade de incentivar a população masculina a cuidar mais da saúde, especialmente em termos de prevenção. No mesmo cenário, os pretos e pardos tiveram uma redução expressiva na população mais velha, o que motiva a ampliação da discussão sobre o desenvolvimento de políticas públicas de promoção de igualdade racial, bem como o fortalecimento das existentes.

A idade mais jovem se mostrou associada às tentativas de suicídio e, evidencia um alerta para a fragilidade patológica destes pacientes. As estratégias de prevenção e intervenção se tornam mais eficazes quando focadas nas particularidades desta população e seus gatilhos.

Da mesma forma, o uso concomitante de diversos medicamentos em ambos os grupos etários e o alto percentual de efeitos adversos aos antipsicóticos atípicos afirma a necessidade do acompanhamento farmacoterapêutico para sucesso e segurança do tratamento. Não obstante, os adultos mais velhos ainda contam com índices elevados de comorbidades, o que deveria acentuar mais a atenção e cuidados com o prognóstico do envelhecimento. Além de políticas públicas específicas voltadas para a população mais velha, o estudo revelou a necessidade de focar também as políticas psicossociais, nas quais o CAPS/CERSAM são instrumentos importantes no suporte à saúde mental.

Somente com os dados iniciais deste estudo não é possível concluir fatidicamente que o envelhecimento da população com esquizofrenia não prejudica as diversas esferas da qualidade de vida. Entretanto, as similaridades encontradas entre os grupos podem indicar um cenário positivo, possivelmente ligado ao perfil da população do estudo (adesão ao tratamento, acompanhamento no CEAF e suporte familiar).

Mais pesquisas se fazem necessárias para entender as particularidades subjacente às características do envelhecimento populacional e a esquizofrenia,

com foco no preparo do sistema de saúde para atender ao crescimento substancial dessa população.

REFERÊNCIAS

AFONSO, P. **Esquizofrenia**: Para além dos mitos, descobrir a doença. Principia: Cascais – Portugal. 2010.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** [recurso eletrônico]: DSM-5 / [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento *[et al.]*; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli *[et al.]*. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Schizophrenia**. American Psychiatric Publish. 2013.

BURGHARDT, K. J. *et al.* **Atypical antipsychotics, insulin resistance and weight; a meta-analysis of healthy volunteer studies**. Progress In Neuro-50 Psychopharmacology And Biological Psychiatry, [S.L.], v. 83, p. 55-63, abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 10. 216, de 06 de abr. de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. 2001.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 364 de 9 abril de 2013**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Esquizofrenia. Brasília, DF, 2013.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde**. 2018. Disponível em:< <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental. Dia Nacional da Pessoa com Esquizofrenia**: cercada de tabus, doença tem tratamento no SUS. Sistema oferta assistência integral e adequada, possibilitando que a pessoa com o transtorno volte a ter qualidade de vida. 2021.

BRASIL. **Agência IBGE Notícias**. PNAD CONTÍNUA. População cresce, mas número de pessoas com menos de 30 anos cai 5,4% de 2012 a 2021. Estatísticas Sociais. 2022.

CALIARI, T; RUIZ, RM. **Os gastos públicos com medicamentos no período de 2002 a 2006** [Public expenses on drugs from 2002 to 2006]. RAS _ Vol. 12, No 49 – Out-Dez, 2010.

CARTERI, RB. *et al.* **A closer look at the epidemiology of schizophrenia and common mental disorders in Brazil**. Dementia & Neuropsychologia. v. 14, n. 2020.

CHARLSON, F. J. *et al.* **Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia**: findings from the global burden of disease study 2016. Schizophrenia Bulletin, [S.L.], v. 44, n. 6, p. 1195-1203, mai. 2018.

COHEN, C. *et al.* **Focus on Geriatric Psychiatry**: Schizophrenia in Later Life: Clinical Symptoms and Social Well-being. Psychiatric services (Washington, D.C.). 59. 232-4. 10.1176/appi.ps.59.3.232. 2008.

COHEN, CI; ABDALLAH, CG; DIWAN, S. **Suicide attempts and associated factors in older adults with schizophrenia**. Schizophr Res.;119(1-3):253-7. 2010.

COHEN, CI. *et al.* **“New perspectives on schizophrenia in later life: implications for treatment, policy, and research.”** *The lancet. Psychiatry* vol. 2,4. 2015.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. **Rename**, Disponível em: < <http://www.cff.org.br/pagina.php?id=140>>. 2020.

COSTA, FJ; MEDEIROS, M. **Alguns conceitos de loucura entre a psiquiatria e a saúde mental**: diálogos entre os opostos. Psicologia USP [online]. v. 18, n. 1, pp. 57-82. 2007.

DUARTE, SR. **O estigma percebido em indivíduos com esquizofrenia**. Validação da Perceived Devaluation and Discrimination Scale (PDD). Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Ramo Terapias Cognitivo-Comportamentais. Escola Superior de Altos Estudos. Coimbra. 2018.

ELKIS, H. **A evolução do conceito de esquizofrenia neste século**. Brazilian Journal of Psychiatry [online]. v. 22, suppl 1. 2000.

ELKIS, H. **O conceito histórico da esquizofrenia**. In C. S. Noto & R. A. Bressan (Eds.), *Esquizofrenia: Avanços no tratamento multidisciplinar (2ªed.)* (pp. 19-32). Porto Alegre: Artmed Editora. 2012.

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

FAN, CH. *et al.* **The Association of Social Support and Symptomatic Remission among Community-Dwelling Schizophrenia Patients: A Cross-Sectional Study**. *Int J Environ Res Public Health*. Apr 9;18(8):3977. 2021.

FATIMA, A. *et al.* **Schizophrenia in Elderly Patients**. *J. Pharm. Sci. & Res.* Vol.3(1), 2011,952-960.

FIGUÊIREDO, MLR; DELEVATI, DM; TAVARES, MG. **Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil**. *Revista cadernos de graduação ciências humanas e sociais*. n. 2, v.2, p. 121-136. 2014.

FGV. Centro de Políticas Sociais da Fundação Getulio Vargas. **Onde estão os Idosos?**. Conhecimento contra a COVID-19. Abril 2020.

FOLSOM, DP. *et al.* **"Schizophrenia in late life: emerging issues."** *Dialogues in clinical neuroscience* vol. 8,1 - 45-52. 2006.

FOLSOM, DP. *et al.* "Physical and mental health-related quality of life among older people with schizophrenia." *Schizophrenia research* vol. 108,1-3. 207-13. 2009.

FREITAS, BL. **A evolução da saúde mental no Brasil: reinserção social**. *Semana Acadêmica. Revista Científica*. 2018.

HÄFNER, H.; HEIDEN, W.A. **Epidemiology of Schizophrenia**. *Can J Psychiatry*, v. 42, March 1997.

HERT, M. *et al.* **Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review**. *World Psychiatry*, [S.L.], v. 8, n. 1, p. 15-22, fev. 2009.

HJORTHØJ, C. *et al.* **Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis**. *The Lancet Psychiatry*, [S.L.], v. 4, n. 4, p. 295-301, abr. 2017.

HOLT, R. I. G. **Association Between Antipsychotic Medication Use and Diabetes**. *Current Diabetes Reports*, [S.L.], v. 19, n. 10, p. 96, set. 2019.

HOWARD, R; RABINS, PV.; SEEMAN, MV.; JESTE; D. **The International Late-Onset**. *Late-Onset Schizophrenia and Very-Late-Onset Schizophrenia-Like Psychosis: An International Consensus*. *American Journal of Psychiatry* 157:2, 172-178. 2000.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Belo Horizonte. 2021. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizonte/panorama>>. 2021.

JEON, S.; KIM, Y. K. **Unresolved Issues for Utilization of Atypical Antipsychotics in Schizophrenia:** antipsychotic polypharmacy and metabolic syndrome. *International Journal Of Molecular Sciences*, [S.L.], v. 18, n. 10, p. 2174, out. 2017.

JESTE, DV; DOLDER, CR; NAYAK, GV; SALZMAN, C. **Atypical antipsychotics in elderly patients with dementia or schizophrenia:** review of recent literature. *Harv Rev Psychiatry*. Nov-Dec;13(6):340-51. 2005.

JESTE, DV; WOLKOWITZ, OM; PALMER, BW . **Divergent trajectories of physical, cognitive, and psychosocial aging in schizophrenia.** *Schizophr Bull*; 37: 451–455. 2011.

JESTE, DV; MAGLIONE, JT. **Older Adults With Schizophrenia:** Challenges and Opportunities. *Schizophrenia Bulletin*. Volume 39, Issue 5, Pages 966–968, September 2013.

JINDAL, RD; KESHAVAN, M. S. **Neurobiology of the early course of schizophrenia.** *Expert Rev Neurother*. 8(7):1093-100. 2008.

KAHN,RS. On the Origins of Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. P 291-297; V 177N 4. 2020.

KRAUSE, M. *et al.* **Antipsychotic drugs for elderly patients with schizophrenia:** A systematic review and meta-analysis. *Eur Neuropsychopharmacol*. Dec;28(12):1360-1370. 2018.

KYZIRIDIS, T. **Notes on History of Schizophrenia.** *German Journal of Psychiatry*. ISSN 1433-1055. 2005.

LACRO, J. P. *et al.* **Prevalence of and Risk Factors for Medication Nonadherence in Patients With Schizophrenia.** *The Journal Of Clinical Psychiatry*, [S.L.], v. 63, n. 10, p. 892-909, out. 2002.

LANGE, S. *et al.* **Course and predictors of symptomatic remission in late-life schizophrenia:** A 5-year follow-up study in a Dutch psychiatric catchment area. *Schizophr. Res.* **209**:179–184. 2019.

LAURSEN, TM. “**Life expectancy among persons with schizophrenia or bipolar affective disorder.**” *Schizophrenia research*. vol. 131,1-3. 2011.

LIMA, ICS. *et al.* **O centro de atenção psicossocial no olhar do familiar cuidador.** *Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online*, p. 45-51. 2011.

LLORCA, P. M. **La Schizophrénie.** Centre Medico-Psychologique B, CHU de Clermot Ferrand, ORPHANET. 2004.

LOYOLA, MA. **A saga das Ciências Sociais na área da Saúde Coletiva.** *Physis:Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 251- 275, 2008.

LOYOLA FILHO, A; UCHOA, E; LIMA-COSTA, M. **Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2657-2667, Dec. 2006.

LU, L; DONG, M; ZHANG, L; ZHU, XM; UNGVARI, GS; NG, CH; WANG, G; XIANG, YT. **Prevalência de tentativas de suicídio em indivíduos com esquizofrenia: uma metanálise de estudos observacionais.** *Epidemiol Psychiatr Sci.* 7 de junho de 2019.

MOGADOURO, MA. *et al.* **Mortalidade e esquizofrenia.** *Arquivos médicos dos hospitais e faculdade de ciências médicas da Santa Casa de São Paulo*, v. 54, n. 3, p. 119-126, 2009.

MARGOLESE, HC. *et al.* **Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: levels and consequence.** *Schizophrenia Research* 67; 157– 166. 2004.

MARIN, M. *et al.* **Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 24, n.7, p. 1545-1555, 2008.

MEDICI, C. *et al.* **Quality of life and clinical characteristics in a non selected sample of patients with schizophrenia.** *International Journal Of Social Psychiatry*, [S.L.], v. 62, n. 1, p. 12-20, mai. 2015.

MENEZES RM; ANDRADE, MV; NORONHA, KVMS; KIND, P. **EQ-5D-3L as a health measure of Brazilian adult population.** *Qual Life Res*; 24(11):2761–76. 2015.

MESSIAS, E.; CHEN, C.; EATON, W.W. **Epidemiology of Schizophrenia: Review of Findings and Myths.** *Psychiatr Clin North Am.*, v. 30, n. 3, p. 323–338, September 2007.

MEYER, JM. *et al.* **The Clinical Antipsychotic Trials Of Intervention Effectiveness (CATIE) Schizophrenia Trial: clinical comparison of subgroups with and without the metabolic syndrome.** *Schizophr Res.* Dec 1;80(1):9-18. 2005.

MINAS GERAIS. Portaria de Consolidação nº 2 e nº 6 de 2017 e Resoluções da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Relação de Medicamentos do CEAF Disponibilizados pela SES/MG.** 2017.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Relação de Medicamentos Essenciais do Estado de Minas Gerais.** 2020.

MIRANDA, GMD; MENDES, ACG; SILVA, ALA. **O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras.** Rev. bras. geriatr.gerontol., Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 507-519, Jun. 2016 .

MISAWA, F. *et al.* **Is antipsychotic polypharmacy associated with metabolic syndrome even after adjustment for lifestyle effects?: a cross-sectional study.** BMC Psychiatry, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 118, jul. 2011.

MUNIZ, EC. *et al.* **Análise do uso de medicamentos por idosos usuários de plano de saúde suplementar.** Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro , v. 20, n. 3, p.374-386, May 2017.

NETUVELI, G. *et al.* **“Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1).”** *Journal of epidemiology and community health* vol. 60,4- 357-63. 2006.

NIH. National Institute on Aging. **Strategic Directions For Research, 2020-2025.** Understanding The Dynamics Of The Aging Process. 2021.

OLFSON, M. *et al.* **Premature Mortality Among Adults With Schizophrenia in the United States.** *Jama Psychiatry*, [S.L.], v. 72, n. 12, p. 1172, dez. 2015.

OLIVEIRA, M; NOVAES, M. **Uso de medicamentos por idosos de instituições de longa permanência.** Brasília-DF, Brasil. Rev. bras.enferm., Brasília , v. 65, n. 5, p. 737-744, Oct. 2012.

ORTIZ, B. & LACAZ, F. S. **Esquizofrenia: Diagnóstico e dimensões clínicas.** In C. S. Noto & R. A. Bressan (Eds.) *Esquizofrenia: Avanços no tratamento multidisciplinar.* Porto Alegre, RS: Artmed. 2012.

PAIVA, CHA; TEIXEIRA, LA. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores.** Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, mar. 2014.

PBH. Prefeitura de Belo Horizonte. **Atenção a saúde.** Saúde mental. Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte (RAPS-BH) / Política de Saúde Mental em BH. 2021.

PERÄLÄ, J; SUVISAARI, J; SAARNI SI. **Lifetime Prevalence of Psychotic and Bipolar I Disorders in a General Population.** *ArchGenPsychiatry.* ;64(1):19–28. 2007.

PIMENTEL, FA. **Esquizofrenia e participação social: a percepção do portador em relação ao estigma e discriminação.** Tese de mestrado em Ciências. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo. 2009.

PINHO, LM; PEREIRA, AM; CHAVES, CM. **Quality of life in schizophrenic patients: the influence of sociodemographic and clinical characteristics and satisfaction with social support.** *Trends in Psychiatry and Psychotherapy* [online]. v. 40, n. 3. 2018.

PIPARVA, K.; CHANDRANI, K.; BUCH, J. **Analysis of Adverse Drug Reactions of Atypical Antipsychotic Drugs in Psychiatry OPD**. Indian Journal Of Psychological Medicine, [S.L.], v. 33, n. 2, p. 153, 2011.

QUEIROS, T; COELHO, F; LINHARES, L; TELLES-CORRERIA, D. **Schizophrenia: What Non-Psychiatrist Physicians Need to Know**. Acta Med Port. Jan;32(1):70-77. 2019.

REUTFORS, J. *et al.* **Risk factors for suicide in schizophrenia: Findings from a Swedish population-based case-control study**. Schizophrenia Research. Volume 108, Issues 1–3. Pages 231-237. 2009.

SADOCK, BJ; SADOCK, VA. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. (9ª ed.). São Paulo, Brasil: Artmed Editora. 2007.

SADOCK, BJ; SADOCK, VA; RUIZ, P. **Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry**. Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer; 2014.

SANTOS, FH; ANDRADE, VM; BUENO, OFA. **Envelhecimento: um processo multifatorial**. Psicologia em Estudo. 2009, v. 14, n. 1, pp. 3-10. ISSN 1807-0329. 2009.

SANTOS, PA; MIRANDA, MBS. **O percurso histórico da reforma psiquiátrica até a volta para casa**. Revista escola de medicina e saúde 15 pública, 2015.

SCHRAMM, JM. *et al.* **Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. v. 9, n, pp. 897-908. 2004.

SECOLI, SR. **Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos**. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. v. 63, n. 1 pp. 136-140. 2010.

SHEPHERD S. *et al.* **Perspectives on Schizophrenia Over the Lifespan: A Qualitative Study**, *Schizophrenia Bulletin*, Volume 38, Issue 2. Pages 295–303. March 2012.

SILVA, AM. *et al.* **Esquizofrenia: uma revisão bibliográfica**. Rev UNILUS Ensino e Pesquisa. V.13. n20. 2016

SOUZA LA; COUTINHO ES. **Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia**. Brazilian Journal of Psychiatry [online].v. 28, n. 1, pp. 50-58. 2006.

SOUZA, J.; ALMEIDA, L. Y.; VELOSO, T. M. C., BARBOSA, S. P.; VEDANA, K. G. G. **Estratégia de Saúde da Família: Recursos Comunitários na Atenção à Saúde Mental**. Acta Paulista de Enfermagem, 26(6), p. 594-600. 2013.

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

SYKES, D. A. *et al.* **Extrapyramidal side effects of antipsychotics are linked to their association kinetics at dopamine D2 receptors.** Nature Communications, [S.L.], v. 8, n. 1, p. 1-11, out. 2017.

TANNURE, MC. *et al.* **Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil.** Revista Brasileira de Enfermagem [online]. v. 63, n. 5.pp. 817-822. 2010.

TENÓRIO, F. **Psicose e esquizofrenia**: efeitos das mudanças nas classificações psiquiátricas sobre a abordagem clínica e teórica das doenças mentais. História, Ciências, Saúde-Manguinhos [online]. v. 23, n. 4. 2016.

THOMPSON, W *et al.* **Characterizing trajectories of cognitive functioning in older adults with schizophrenia**: Does method matter?.Schizophrenia Research. Volume 143, Issue 1, Pages 90-96. January 2013.

TIIHONEN, J. *et al.* **“11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study).”** *Lancet. (London, England)* vol. 374,9690. 2009.

VAN OS, J; KAPUR, S. **Schizophrenia.** Lancet. 2009 Aug 22;374(9690):635-45. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60995-8. PMID: 19700006. 2009.

VAZ-SERRA, A., *et al.* **Cognição, cognição social e funcionalidade na esquizofrenia.** Acta Med Port. 23:1043–58. 2010.

VILLARES, C; ASSIS, JC; BRESSAN, A. **Estigma na Esquizofrenia.** In: Cristiano S. Noto; Rodrigo A. Bressan. (Org.). Esquizofrenia: Avanços no Tratamento Multidisciplinar. 2ed.Porto Alegre: Artmed Editora Ltda, v. 1, p. 81-94. 2012.

WHO. World Health Organization. **Schizophrenia.** Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>>.

WINKLBAUR, B; EBNER, N; SACHS, G; THAU, K; FISCHER, G. **Substance abuse in patients with schizophrenia.** Dialogues Clin Neurosci; 8(1):37-43. 2006.

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 Brandão

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 coleta de dados cadastrais da entrevista face a face.

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

() Cuidador remunerado

() Pai

() Outro familiar

() Irmã (o)

() Não informou

() Marido/Esposa – Namorado(a)

Outro: _____

9. Telefones/ Email:

Apêndice C - Formulário de entrevista inicial

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 | () Superior completo |
| () Fundamental incompleto | () Pós – graduação incompleto |
| () Fundamental completo | () Pós – graduação completo |
| () Médio incompleto | () Não sabe |
| () Médio completo | () Não respondeu |
| () Superior incompleto | |

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 quis responder
 () Não sabe () Não se aplica

16. Se mulher, em relação a sua menstruação

- () Menstrua regularmente () Não se aplica
 () Menstrua irregularmente () Outros: _____
 () Já entrou em menopausa

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 () Mais de 5 vezes por semana
 () 2-3 vezes por semana () Não faz
 () 4-5 vezes por semana () Não respondeu

20. Se sim, qual atividade?

21. Qual a sua religião?

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

22. Você se sente apoiado pela sua família?

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

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

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Álcool | <input type="checkbox"/> Não fez uso |
| <input type="checkbox"/> Tabagismo | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| <input type="checkbox"/> Ambos | <input type="checkbox"/> Não respondeu |

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

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Álcool | <input type="checkbox"/> Não fez uso |
| <input type="checkbox"/> Tabagismo | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| <input type="checkbox"/> Ambos | <input type="checkbox"/> Não respondeu |

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

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Maconha | <input type="checkbox"/> Lança perfume |
| <input type="checkbox"/> Cocaína | <input type="checkbox"/> Loló |
| <input type="checkbox"/> Crack | <input type="checkbox"/> Qualquer uma que conseguir |
| <input type="checkbox"/> Heroína | <input type="checkbox"/> Não usa |
| <input type="checkbox"/> LSD | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| <input type="checkbox"/> Êxtase | <input type="checkbox"/> Não respondeu |
| <input type="checkbox"/> Tinner | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Benzina | |

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

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Maconha | <input type="checkbox"/> Lança perfume |
| <input type="checkbox"/> Cocaína | <input type="checkbox"/> Loló |
| <input type="checkbox"/> Crack | <input type="checkbox"/> Qualquer uma que conseguir |
| <input type="checkbox"/> Heroína | <input type="checkbox"/> Não usa |
| <input type="checkbox"/> LSD | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| <input type="checkbox"/> Êxtase | <input type="checkbox"/> Não respondeu |
| <input type="checkbox"/> Tinner | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Benzina | |

27. Por quem sente-se atraído sexualmente?

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Homens | <input type="checkbox"/> Não respondeu |
| <input type="checkbox"/> Mulheres | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| <input type="checkbox"/> Ambos | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nenhum | |

28. Quantos parceiros sexuais teve nos últimos seis meses?

29. Com que frequência você usa preservativos?

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> As vezes |
| <input type="checkbox"/> Quase sempre | <input type="checkbox"/> Raramente |

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

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 () Doenças hepáticas crônicas
() Diabetes () Doenças renais crônicas
() Cardiopatia () Nenhuma
() HIV () Não informou
() Disfunção tireóide () Outra: _____
() Doenças respiratórias

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

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Quetiapina | <input type="checkbox"/> Aripiprazol | <input type="checkbox"/> Zuclopentixol |
| <input type="checkbox"/> Ziprasidona | <input type="checkbox"/> Lurasidona | <input type="checkbox"/> Amissulprida |
| <input type="checkbox"/> Olanzapina | <input type="checkbox"/> Droperidol | <input type="checkbox"/> Penfluridol |
| <input type="checkbox"/> Clozapina | <input type="checkbox"/> Flupentixol | <input type="checkbox"/> Pimozida |
| <input type="checkbox"/> Trifluoperazina | <input type="checkbox"/> Flufenazina | <input type="checkbox"/> Acepromazida |
| <input type="checkbox"/> Paliperidona | <input type="checkbox"/> Lurasidona | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| <input type="checkbox"/> Sertindiol | <input type="checkbox"/> Sulpirida | <input type="checkbox"/> Não respondeu |
| <input type="checkbox"/> Levomepromazina | <input type="checkbox"/> Levossulpirida | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Tioridazina | |

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
- Notriptilina
- 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 e Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais

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 2º Ad SI 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 2º Ad SI 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

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 substanciado 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 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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.691.265

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_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 SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br