

Mota Neto, D. et al.



## PESQUISA

**Avaliação do tratamento da esquizofrenia num serviço de farmácia especializado**  
*Evaluation of treatment of schizophrenia in a specialized service of pharmacy*  
*Evaluación del tratamiento de la esquizofrenia en un servicio especializado de farmacia*

Dilamar Mota Neto<sup>1</sup>, Carla Solange de Melo Escórcio-Dourado<sup>2</sup>, Pablo Ricardo Barbosa Ferreira<sup>3</sup>, Elaine Cristina da Rocha Oliveira<sup>4</sup>, José Charles Lima Dourado<sup>5</sup>

## RESUMO

A esquizofrenia acomete cerca de 1% da população mundial, representando um importante problema de saúde em termos financeiros, sociais e familiares. O objetivo deste estudo foi avaliar pacientes com esquizofrenia em uso de quetiapina na Farmácia de Dispensação do Componente Especializado de Teresina-PI. A amostra foi constituída por 70 pacientes com esquizofrenia em uso de quetiapina e calculada através do site Sample Size Calculator, o erro amostral foi de 10% com nível de confiança de 95%. Utilizou-se os programas: SPSS Versão 20, Excel 2010 e "R" Versão 3.0.2 para tabulação dos resultados. Aproximadamente 73% dos pacientes estudados foram do sexo feminino e o Índice de Massa Corpórea revelou que 42,9% da amostra estavam com sobrepeso. Com a realização deste estudo pôde-se concluir que mais de um terço dos pacientes esquizofrênicos em uso de quetiapina encontravam-se clinicamente desestabilizados, o que é um dado alarmante em consequência da gravidade da doença. **Descritores:** Esquizofrenia. Obesidade. Farmacoepidemiologia. Antipsicótico.

## ABSTRACT

Schizophrenia affects about 1% of world population, representing a major health problem in financial terms, social and family. The objective of this study was to evaluate patients with schizophrenia use of quetiapine in the Dispensing Pharmacy Specialized Teresina-PI component. The sample consisted of 70 patients with schizophrenia use of quetiapine and calculated through the site Sample Size Calculator, the sampling error was 10% with 95% confidence level. We used the programs: SPSS version 20, Excel 2010 and "R" version 3.0.2 for tabulation of results. Approximately 73% of patients studied were female and the body mass index revealed that 42.9% of the sample was overweight. With this study it was concluded that more than a third of schizophrenic patients on quetiapine were clinically destabilized, which is an alarming fact as a result of disease severity. **Descriptors:** Schizophrenia. Obesity. Pharmacoepidemiology. Antipsychotic.

## RESUMEN

La esquizofrenia afecta a alrededor del 1% de la población mundial, lo que representa un problema de salud importante en términos financieros, social y familiar. El objetivo de este estudio fue evaluar los pacientes con esquizofrenia uso de quetiapina en el componente de dispensación Farmacia Especializada Teresina-PI. La muestra consistió en 70 pacientes con esquizofrenia uso de quetiapina y calculado por el tamaño de la calculadora sitio de muestreo, el error de muestreo fue de 10% con un nivel de confianza del 95%. Se utilizaron los programas SPSS versión: 20, Excel 2010 y la versión 3.0.2 para la tabulación de los resultados "r". Aproximadamente el 73% de los pacientes estudiados eran mujeres y el índice de masa corporal reveló que el 42,9% de la muestra tenía sobrepeso. Con este estudio se concluyó que más de un tercio de los pacientes esquizofrênicos en quetiapina fueron clinicamente desestabilizado, que es un hecho alarmante como resultado de la gravedad de la enfermedad. **Descriptor:** La esquizofrenia. La obesidade. Farmacoepidemiología. Antipsicótico.

1. Possui graduação em Farmácia pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Endereço para correspondência: Curso de Farmácia. Av. Universitária, s/n, Campus Ininga, Teresina-PI. 2. Possui graduação em Farmácia (UFPI), mestrado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Ceará. Atualmente é professora assistente II do curso de farmácia da UFPI. Endereço para correspondência: Curso de Farmácia. Av. Universitária, s/n, Campus Ininga, Teresina-PI. E-mail: csmdourado@gmail.com. 3. Possui graduação em Farmácia pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Farmacêutico do curso de farmácia da UFPI e da Secretaria de Saúde do Estado do Piauí. Endereço para correspondência: Curso de Farmácia. Av. Universitária, s/n, Campus Ininga, Teresina-PI. 4. Graduanda em Farmácia pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Endereço para correspondência: Curso de Farmácia. Av. Universitária, s/n, Campus Ininga, Teresina-PI. 5. Professor da Faculdade Santo Agostinho. Endereço para correspondência: Curso de Farmácia, Bairro São Pedro, Teresina-PI.

Mota Neto, D. et al.

## INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é uma das mais intrigantes e também estudadas condições psiquiátricas (BRESSAN; BUSATTO FILHO, 2007). Pode ser classificada em 9 tipos diferentes, sendo que todos eles tem em comum a desagregação da personalidade da pessoa. Suas principais manifestações podem ocorrer por meio de vários sintomas, como delírios e alucinações, isolamento, perturbação, dificuldade de concentração e distúrbios na memória, ansiedade e depressão (ARANTES-GONÇALVES; MARQUES; COELHO, 2012).

No Brasil, entre agosto de 2012 e agosto de 2013, o número de hospitalizações devido à esquizofrenia chegou a 93.364, com 364 óbitos. Entre os fatores que contribuem para o desenvolvimento da doença destacam-se: a genética e as influências ambientais que têm papel importante, sendo que o abuso de drogas é considerado um dos possíveis fatores precipitantes do distúrbio (GURURAJAN et al., 2012).

Contudo, por se tratar de uma doença crônica, demanda tratamento medicamentoso prolongado e este se dá, primordialmente, pela utilização de antipsicóticos. Não restam dúvidas de que os antipsicóticos são eficazes para o controle das manifestações clínicas, pois diminuem os sintomas, aumentam a adaptação psicossocial do paciente e melhoram o seu bem-estar (FALKAI et al., 2006). O sucesso da terapêutica medicamentosa, no entanto, fica comprometida, porque muitos pacientes não aderem ao tratamento. Essa não adesão está associada a um pior prognóstico, maior probabilidade de recaídas, de internações e aumento no consumo de recursos no setor da saúde (MORKEN; WIDEN; GRAWE, 2008; DALTIQ; MARI; FERRAZ, 2007).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2001) estabeleceu a obrigatoriedade dos

psicofarmacos sejam fornecidos e que estejam sempre disponíveis em todos os níveis de cuidados de saúde. Esses devem ser incluídos nas listas de medicamentos essenciais de todos os países, para tratamento das doenças, devem estar disponíveis sempre que possível, mesmo que para isso, sejam necessárias algumas modificações na legislação reguladora de alguns países. Por atuarem na melhora dos sintomas, diminuindo a incapacidade, abreviando o curso de muitas perturbações e prevenindo as recorrências, não raramente, esses medicamentos representam o tratamento de primeira linha, em especial, nos casos em que não há intervenções psicossociais nem profissionais qualificados para essa finalidade (OMS, 2001).

Devido a esquizofrenia representar um importante problema de saúde pública e serem escassos estudos farmacoepidemiológicos sobre a utilização de antipsicóticos atípicos, faz-se necessário a realização de pesquisas que investiguem o uso desses psicofarmacos. Portanto, este trabalho visa caracterizar os pacientes esquizofrênicos em uso de quetiapina na Farmácia de Dispensação do Componente Especializado de Teresina-PI, haja vista que os resultados apresentados poderão ser úteis na melhoria do serviço e na qualidade de vida dos pacientes.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional descritivo do tipo transversal, no qual, através da análise de laudos e prescrições fez-se uma caracterização dos pacientes usuários de quetiapina na Farmácia de Dispensação do Componente Especializado (FMCED). Para representar o universo foi necessário realizar a avaliação de 70 usuários de quetiapina. O cálculo da amostra foi realizado através do site Sample Size Calculator, com erro amostral de 10% e nível

Mota Neto, D. et al. de confiança de 95%. Foram incluídos no estudo prescrições e laudos de pacientes esquizofrênicos usuários de quetiapina maiores de dezoito anos. O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Piauí, obtendo parecer favorável à sua realização.

Os dados dos pacientes foram coletados de forma aleatória, através da análise de laudos e prescrições arquivados na FMCED. As variáveis colhidas e estudadas foram peso, altura, IMC, número de comprimidos, dose diária, anamnese, faixa-etária e tempo de tratamento. O cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC) foi realizado dividindo-se o peso dos pacientes pela altura ao quadrado. O número de comprimidos tomados pelos pacientes foi obtido através da observação dos laudos e prescrições, a dose diária foi calculada pelo somatório das doses tomadas durante o dia por cada paciente. Na variável tempo de tratamento o tempo fragmentado a partir de 15 dias foi registrado como um mês.

Utilizou-se os programas: SPSS Versão 20 para fazer as tabelas, Excel 2010 para tabulação dos dados e "R" Versão 30.2 na elaboração dos gráficos. Foi realizado o teste de t student para diferença de duas médias de dados emparelhados (entrada no tratamento e estado atual) das variáveis IMC, número de comprimidos, dosagem diária e peso, considerando nível de confiança de 95%. O p-valor foi calculado considerando a hipótese alternativa de que a média das variáveis do estado final dos pacientes foi maior que a inicial, caso essa condição testada fosse aceita o p-valor, foi considerado significativo para  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

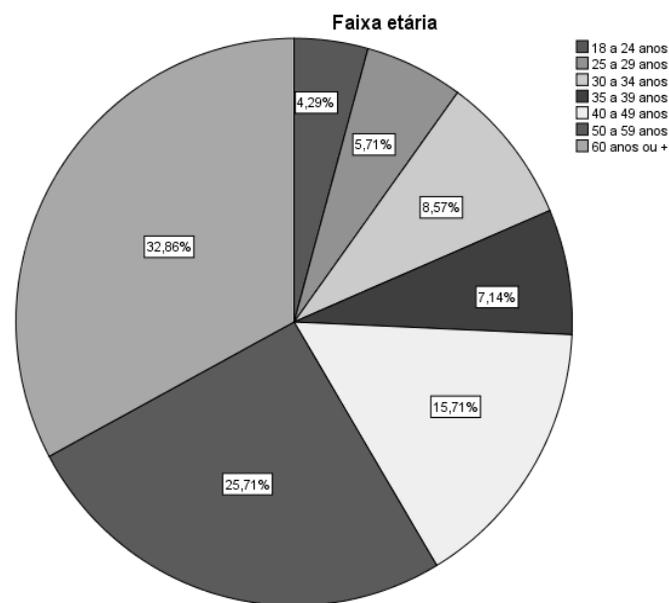
No serviço estudado estavam cadastrados 1.989 pacientes esquizofrênicos, usuários de quetiapina. Dentre estes, 1.002 eram do sexo

R. Interd. v. 9, n. 3, p. 74-83, jul. ago. set. 2016

masculino e 987 do sexo feminino. Dos 70 selecionados para o estudo, 51 foram do sexo feminino o que correspondeu a 72,9% e 19 do sexo masculino correspondendo a 27,1% do total da amostra pesquisada. Como a coleta de dados realizada foi aleatória obteve-se uma maior quantidade de pacientes femininos, entretanto na FMCED a maior quantidade de usuários de quetiapina com esquizofrenia é do sexo masculino.

De acordo com a análise da faixa etária percebeu-se que dentre os pacientes analisados a minoria (4,29%), encontrava-se na faixa de 18 a 24 anos e a maioria (32,86%) acima de 60 anos como está representado no Gráfico 01.

**Gráfico 01:** Distribuição dos pacientes de acordo com a faixa etária



Fonte: Farmácia de Dispensação do Componente Especializado de Teresina-PI, 2015.

Através da avaliação dos laudos coletou-se informações sobre o IMC ao cadastrar-se na FMCED e o IMC final de cada paciente possibilitando assim fazer uma comparação do IMC da data de entrada até o momento atual (Tabela 01).

Mota Neto, D. et al.

**Tabela 01:** Distribuição dos pacientes segundo IMC.

	Frequência (I)	Porcentua l (I)	Frequência (F)	Porcentual (F)
Abaixo do peso	2	2,9	0	0
Peso normal	29	41,4	25	35,7
Sobrepeso	24	34,3	30	42,9
Obesidade	15	21,4	15	21,4
Total	70	100,0	70	100,0

**FONTE:** Farmácia de Dispensação do Componente Especializado de Teresina-PI, 2015.  
**Legenda:** I: inicial; F: final.

No estudo realizado, dividiu as idades dos pacientes em várias faixas-etárias, calculando para cada uma delas o IMC de entrada e o IMC atual (Tabela 02).

**Tabela 02:** Correlação entre a faixa etária e o IMC dos pacientes

	IMC (I) Média	IMC (F) Média
18 a 24 anos	27,99	24,76
25 a 29 anos	27,76	31,60
30 a 34 anos	23,72	24,98
35 a 39 anos	27,89	31,21
40 a 49 anos	25,03	25,79
50 a 59 anos	26,91	28,19
>60 anos	26,28	26,04

**FONTE:** Farmácia de Dispensação do Componente Especializado de Teresina-PI, 2015.

**Legenda:** I: inicial; F: final.

Vale ressaltar que foi realizado o teste de t student por meio do qual comprovou-se que o IMC dos pacientes analisados aumentou em relação ao início do tratamento com quetiapina na FMDCE-PI.

Dos pacientes estudados 16% usavam quetiapina de 25mg, 29% de 100mg do medicamento e 55% quetiapina de 200mg.

Comparando-se o número de comprimidos tomados no início do tratamento com o atual a porcentagem de pessoas que tomava um só comprimido diminuiu de 38,6% para 31,4%, já em relação às pessoas que tomavam dois comprimidos aumentou de 34,5% para 35,7%. Além disso, a quantidade de pacientes que tomava 3 comprimidos aumentou de 21,4% para 24,3% e para concluir o as pessoas que tomavam 4 comprimidos aumentaram de 5,7% para 8.6%.

Na Tabela 03 o número mínimo de comprimidos foi 1 e o máximo 4 sendo que a média da quantidade antes do tratamento ficou

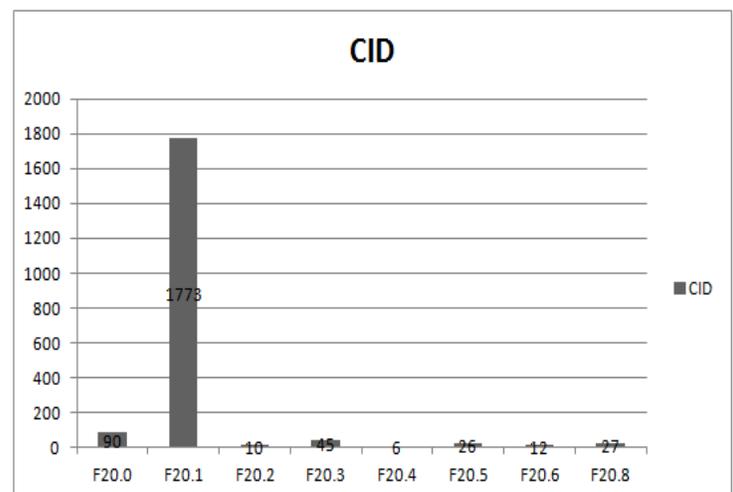
em 1,93 e média quantidade do medicamento no final da coleta de dados foi 2,1 comprimidos. Já no caso da dose diária a menor dose foi de 25mg e a maior de 800mg. Sendo que obteve-se uma média de entrada de 268,21 e uma média atual de 292,86 mg. No caso dos pacientes com dose máxima, para se atingir 800 mg os pacientes devem tomar quatro comprimidos de 200mg para atinge a dose diária. A média da dose diária atual chegou a quase três comprimidos por dia.

**Tabela 03:** Dose diária e quantidade de comprimidos no tratamento com quetiapina dos pacientes pesquisados

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Número de comprimidos de entrada	70	1	4	1,93	0,934
Número de comprimidos de atual	70	1	4	2,10	0,950
Dose diária de entrada	70	25	800	268,21	206,503
Dose diária de atual	70	25	800	292,86	214,262

**FONTE:** Farmácia de Dispensação do Componente Especializado de Teresina-PI, 2015.

Pôde-se observar também uma distribuição bastante significativa no número de pacientes quanto ao CID, como observa-se no gráfico 02 abaixo:

**Gráfico 02:** Distribuição dos pacientes por CID na Farmácia de Dispensação do Componente Especializado de Teresina-PI

Fonte: Farmácia de Dispensação do Componente Especializado de Teresina-PI, 2015. **Legenda:** F 20.0: esquizofrenia paranóide; F 20.1: esquizofrenia hebefrênica; F 20.2: esquizofrenia catatônica; F 20.3: esquizofrenia indiferenciada; F 20.4: depressão pós-esquizofrênica; F 20.5: esquizofrenia residual; F 20.6: esquizofrenia simples; F 20.8: outras esquizofrenias.

De acordo com a observação do Gráfico 02 percebe-se que 1.773 pacientes possuíam esquizofrenia hebefrênica, correspondendo a

Mota Neto, D. et al. maioria dos pacientes, 90 pessoas a esquizofrenia paranóide, 45 indiferenciada, 26 residual, 39 esquizofrenia simples, 10 a catatônica e 6 esquizofrenia pós-depressão. Detectou-se essa descrição no sistema da FMCED (HÓRUS), pois nos laudos na grande maioria estava descrito apenas o termo esquizofrenia.

A descrição do efeito estabilizador da quetiapina era realizada do seguinte modo: não estabilizou, não relatou e estabilizou. De acordo com os dados observados nos laudos, pôde-se constatar que 23% dos pacientes já estavam estabilizados com o tratamento, entretanto 41% ainda não haviam se estabilizado com o uso de quetiapina, em 2% dos laudos não havia nada relatado quanto ao estado do paciente e em 34% a descrição estava ilegível.

## DISCUSSÃO DOS DADOS

O termo esquizofrenia significa mente dividida dissociada, devido ao fato de que os pensamentos e os sentimentos não se relacionam entre si de uma maneira lógica e harmoniosa. Afeta aproximadamente 1% da população mundial e os sintomas podem ter início no final da adolescência ou início da vida adulta. Caracteriza-se como uma síndrome clínica que designa um grupo de psicoses caracterizadas por alterações graves no pensamento, nas emoções e no comportamento (GURURAJAN; MANNING, 2012).

Estudos de seguimento mostram que o sexo é um fator que pode prever a evolução e o curso da esquizofrenia. Independentemente da medida de desfecho clínico como tempo de permanência no hospital, número de recaídas, remissão de sintomas, adaptação social e número de suicídios, as mulheres mostram um melhor desempenho que os homens. A pior evolução no sexo masculino pode estar relacionada à maior frequência de fatores associados, ao pior prognóstico na

esquizofrenia como personalidade pré-mórbida mais comprometida, idade de início mais precoce, sintomas negativos, pior resposta ao tratamento e alterações cerebrais estruturais (CHAVES, 1994).

A esquizofrenia, em geral, é iniciada antes dos 25 anos de idade, sendo que seu início diferencia-se quando se compara o gênero masculino com o feminino, ou seja, entre 10 e 25 anos para os homens e entre 25 e 35 para as mulheres (SADOCK; SADOCK, 2007). O estudo realizado na FMCED, não teve acesso, a idade com que o paciente manifestou a doença pela 1ª vez. No entanto, os dados disponíveis nos laudos mostraram quando o paciente começou a receber o antipsicótico atípico, que como visto no Gráfico 01, somando-se as duas últimas faixa-etárias foi a partir dos 50 anos de idade, correspondendo a 58,57% do total pesquisado.

Comparando os dados obtidos com um estudo que visou traçar um perfil dos usuários incluídos no protocolo de tratamento da esquizofrenia, com medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), dispensados no Hospital Especializado Lopes Rodrigues em Feira de Santana- BA, Costa e Andrade (2011) encontraram uma certa disparidade entre os resultados, pois a média de idade dos usuários foi de 37 anos, com desvio padrão de 15,5 anos, a idade mínima de 8 anos e máxima de 92 anos. Entretanto, no estudo realizado em Feira de Santana foram analisados 538 laudos e no presente estudo foram analisados 70, o que mostra uma margem de erro maior. Na pesquisa realizada na FMCED, o tempo médio de admissão foi dois anos e um mês e o mínimo foi de um mês e o tempo máximo foi de 10 anos e três meses.

Em geral, o tratamento de escolha é realizado com antipsicóticos típicos ou atípicos. As combinações dos típicos e atípicos em geral é muito comum, tais práticas não são convincentes quanto ao aumento da eficácia, além disso,

Mota Neto, D. et al. podem comprometer a segurança e tolerabilidade, aumentando os custos dos cuidados em saúde (Davids & Bunk, 2006). No serviço estudado além de quetiapina é disponibilizado aos esquizofrênicos, olanzapina, clozapina e risperidona.

A quetiapina é um dos antipsicóticos mais novos no mercado farmacêutico, estruturalmente relacionada com a clozapina, entretanto não tem necessidade de monitorização sanguínea. Trata-se de um derivado dibenzotiazepina, com larga faixa de afinidade em relação aos diferentes subtipos de receptores no sistema nervoso central. Apresenta baixa a moderada afinidade pelos receptores 5-HT<sub>1A</sub>, 5-HT<sub>2</sub>, D<sub>1</sub> e D<sub>2</sub>, a com afinidade predominante por 5-HT<sub>2</sub> em comparação com D<sub>2</sub>, é uma das principais características para sua atipicidade (Goldstein, 1999).

Apesar disso, não se pode esquecer-se das terapias, além de recursos hospitalares e serviços comunitários, tal como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (Stenfanelli & Fukuda, 2008). Os CAPS são instituições destinadas a cuidar de pacientes com transtornos mentais, buscando a autonomia do paciente, estimulando a integração social e familiar através de atendimentos psicológicos e médicos, além de uma equipe multidisciplinar responsável por um atendimento integral, humano e individualizado (Brasil, 2004).

O efeito estabilizador da quetiapina está relacionado ao fato de esse antipsicótico atípico interagir com vários receptores, mostrando afinidade pelos receptores de serotonina (5HT<sub>2</sub>) e pelos receptores dopaminérgicos D<sub>1</sub> e D<sub>2</sub>. Essa combinação de antagonismo pelo receptor 5HT<sub>2</sub> em relação ao D<sub>2</sub> contribui para o efeito antipsicótico desse fármaco. Esse medicamento também tem afinidade pelos receptores histamínicos e alfa<sub>1</sub>-adrenérgicos, porém baixa afinidade por receptores muscarínicos. Dentre as reações adversas pode-se destacar: xerostomia,

constipação, sonolência e tontura (HOWLAND; MYCEK, 2007).

Pacientes com transtornos mentais independente da idade precisam ser acompanhados e diagnosticados o mais rápido possível, evitando assim acontecimentos desastrosos tanto com os pacientes acometidos com esquizofrenia como com as outras pessoas que fazem parte do seu convívio. Por isso é importante a procura de ajuda em um CAPS, pois lá o paciente e a família serão auxiliados em relação a sua doença.

A epidemia global de obesidade tem crescido nos últimos 40 anos e os esforços de sua prevenção ainda é mínima nos países. As previsões indicam que as altas taxas de obesidade afetaram a saúde e a economia da população. Os governos devem coordenar a sua prevenção, mas até agora poucos têm mostrado liderança. A base de evidências sobre como prevenir a obesidade é limitada e precisa ser urgentemente melhorada para além de estudos randomizados controlados e incluir cada vez mais as avaliações de experiências, mudanças de políticas e análises de custos (GORTMAKER, 2011).

A obesidade é um fator de risco para várias Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT. Dentre as principais pode-se citar: cardíacas, acidente vascular cerebral, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes (OMS, 2008). O excesso de peso é um dos principais fatores que contribuem para a mortalidade e para a carga global de doenças no mundo. Em termos de mortes atribuíveis, os principais fatores de risco são a hipertensão arterial (contribui para 13% das mortes no mundo), seguida do consumo de tabaco (9%), hiperglicemia (6%), inatividade física (6%) e excesso de peso ou obesidade (5%) (OMS, 2009). A propósito, na pesquisa realizada identificamos que 35,7 % dos pacientes estavam com sobre peso e 21,4 % obesos (Tabela 01).

Mota Neto, D. et al.

Vale ainda ressaltar que dentre os pacientes analisados observou-se que a soma dos obesos mais os que estavam com sobrepeso resultou em 57,1%, esse fato trouxe uma certa preocupação, pois essa disfunção em relação ao peso pode desencadear várias outras doenças. Corroborando, com o aumento do IMC, também foi detectado aumento no peso. De acordo com Eskinazi (2011), no estudo realizado sobre o consumo de lipídios e obesidade em pacientes esquizofrênicos em dois serviços psiquiátricos do hospital das clínicas de Porto Alegre-RS a obesidade esteve presente em 40% dos pacientes e quando considerados juntos com os casos de sobrepeso este percentual se eleva para 80% da amostra. Dentre esses pacientes 68% utilizavam antipsicóticos atípicos, 28% típicos e 4% utilizavam ambos.

Costa (2009) relatou que a obesidade tornou-se mais comum entre indivíduos com esquizofrenia, quando comparado à população em geral, por causas multifatoriais e não bem definidas, sendo citadas as medicações antipsicóticas, estilo de vida, maus hábitos alimentares e inatividade física.

Outro estudo também mostrou resultados semelhantes onde o sobrepeso e a obesidade foram prevalentes na população esquizofrênica, quando comparada com pacientes psiquiátricos sem o diagnóstico de esquizofrenia e a população em geral. Na população esquizofrênica foram encontrados 45% dos pacientes eutróficos, 30% com sobrepeso e 25% com obesidade (ZORTÉA et al., 2010). Também Leitão-Azevedo e colaboradores (2007) mostraram que a maioria de pacientes com esquizofrenia (70%) apresentavam sobrepeso/obesidade quando comparados com a população geral (30%).

Zugno et al. (2012) relatam que a obesidade pode ser causa, das outras doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes mellitus (DM), dislipidemias e outras alterações

relacionadas à síndrome metabólica, aumentando o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, que são a maior causa de morte em indivíduos com esquizofrenia. Em pacientes com esquizofrenia, sedentarismo, dieta desbalanceada e uso de antipsicóticos são condições comumente presentes e contribuem para ganho ponderal (ATTUX et al., 2009).

O aumento do IMC comprovado na pesquisa, apresenta uma relação direta com as pesquisas sobre aumento de IMC citadas acima. Dessa forma, entende-se que os antipsicóticos em conjunto com o modo de vida sedentário, podem ser responsáveis pelo aumento do IMC em pacientes esquizofrênicos.

Em geral, as razões para o paciente não aderir ao tratamento medicamentoso são multifatoriais, envolvendo planos terapêuticos complexos, dificuldade em entender as prescrições médicas, insatisfação dos pacientes com os serviços de saúde, tratamento de doenças assintomáticas, aspectos socioeconômicos e crenças dos pacientes (OSTEBERG; BLASCHKE, 2005; ODEGARD; GRAY, 2008; OBRELI et al., 2010).

Interferências individualizadas, lembretes de uso do medicamento, informações sobre a farmacoterapia, auto-monitoramento, participação da família na farmacoterapia do paciente, participação do paciente na escolha da farmacoterapia, estabelecimento de metas de curto e a longo prazo, monitoramento contínuo (presencial ou por telefone), entre outras, se mostraram efetivas em aumentar a adesão à farmacoterapia e, conseqüentemente, promovem o alcance de resultados clínicos de qualidade (HAYNES et al., 2008; BORGES et al., 2010; OBRELI et al., 2011). Conhecer com certo grau de exatidão a extensão a qual o paciente adere ao seu regime farmacoterapêutico é essencial na prática clínica, já que o grau de adesão apresenta uma relação com os resultados clínicos (Farmer,

Mota Neto, D. et al. 1999). Por exemplo, pacientes com taxas maiores de aderência mostraram melhores resultados clínicos no controle de doenças crônicas (BORGES et al., 2010; OBRELI et al., 2011).

No presente estudo a média da dose diária a atual chegou a quase três comprimidos por dia. Esse tratamento muitas vezes não é aderido pelo pacientes, a literatura nos mostra que no tratamento dos transtornos mentais, a não adesão à medicação é observada em cerca de 50% dos indivíduos, dificultando abordagens terapêuticas, psicossociais, interação entre equipe de saúde e paciente, além de atrapalhar a reintegração social do paciente (CARDOSO; GALERA, 2006; CSERNANSKY; SCHUCHART, 2002). Pesquisas recentes junto a pacientes com diagnóstico de esquizofrenia mostram que o risco de recaída esta em torno de 3.5% a 10% ao mês (DAVIS; CHEN, 2003; CSERNANSKY; SCHUCHART, 2002) e indicam a não adesão ao tratamento psicofarmacológico como a principal razão para a ocorrência de recaída em pacientes não hospitalizados (YAMADA et al., 2006).

Como pode-se perceber a grande maioria dos pacientes são esquizofrênicos hebefrênicos (Gráfico 02), essa é a forma de esquizofrenia caracterizada pela presença de uma perturbação dos afetos; as ideias delirantes e as alucinações são transitórias e fragmentárias, o comportamento é imprevisível e irresponsável. Tem afeto superficial, discurso incoerente, pensamento desorganizado e tendência ao isolamento social. Geralmente o prognóstico é desfavorável devido ao rápido desenvolvimento de sintomas “negativos”, particularmente uma frieza afetiva.

O subtipo hebefrênico ou, como mais recentemente denominado desorganizado, tem como sintomas mais característicos a discrepância dos pensamentos e dos afetos, desinibição e ingenuidade. A conduta destes enfermos é desorganizada, primitiva, e o contato com a realidade e com outras pessoas é pobre e

inadequado. Delírios, se presentes, são frouxos e pouco sistematizados, acompanhados ou não de alucinações, também pouco definidas. Já o subtipo paranóide mostram predominantemente delírios sistematizados, sólidos, com detalhada coerência interna, e/ou alucinações, muitas vezes de primeira ordem de Schneider. Afetos e discurso estão repetidamente preservados do ponto de vista formal (SOARES; GONÇALVES; JUNIOR 2011).

O subtipo catatônico tem como característica básica à presença dos sintomas catatônicos esquizofrênicos. O subtipo denominado esquizofrenia simples, introduzido por Bleuler, é bastante raro e consiste nos sintomas característicos da fase residual, sem que haja uma fase de sintomas psicóticos produtivos antecedendo o quadro. A validade deste subtipo hoje em dia é bastante discutida, já que muitos quadros clínicos que antes seriam chamados esquizofrenia simples são, dentro dos padrões diagnósticos atuais, classificados como personalidade esquizóide ou depressão. Além dos subtipos descritos acrescentam-se ainda a esquizofrenia indiferenciada, marcada por sintomas característicos de mais de um subtipo, e a esquizofrenia residual, aplicável aos casos em que não há mais sintomas agudos, mas persistem sintomas clínicos deficitários (VALLADA FILHO; BUSATO FILHO, 1996).

A hebefrenia deveria normalmente ser somente diagnosticada em adolescentes e em adultos jovens. A esquizofrenia quando aparece na infância, é um quadro grave, com mau prognóstico, na maioria dos casos. Incide numa personalidade que ainda não está completamente desenvolvida e bloqueia o processo do desenvolvimento dessa personalidade. Por isto, considera-se que a gravidade é menor quanto mais velha está a criança, pelas defesas que já têm estruturadas (SOARES; GONÇALVES; JUNIOR 2011). Na FMCED a pesquisa não teve acesso a forma de avaliação dos farmacêuticos em relação aos

Mota Neto, D. et al. subtipos de esquizofrenia, entretanto sabe-se que eles avaliam os pacientes de acordo com o que está descrito nos laudos e prescrições.

A esquizofrenia não tem cura, porém com o tratamento adequado a qualidade de vida do paciente pode ser preservada. Entre os 5 e 10 anos iniciais dessa doença, o cérebro e a memória podem sofrer deterioração. Passado esta etapa a doença tende a se estabilizar, observando-se assim melhoras consideráveis nos pacientes, possibilitando a realização das atividades cotidianas e uma reintegração social. Pesquisas apontam que esse período geralmente está situado entre os 20 e 30 anos de idade. No entanto, mais de 50% dos pacientes afetados por essa patologia não recebem tratamento adequado no período crítico da doença e culturalmente são tratados como loucos e com muita indiferença. Essa atitude leva ao agravamento da doença prejudicando assim a recuperação do pacientes esquizofrênicos (OMS, 2010; MENEGATTI et al., 2004; OMS, 1998).

Na pesquisa realizada na FMCED percebeu-se que a maioria (41%) dos pacientes não haviam se estabilizado com o tratamento de quetiapina. Em outro estudo os efeitos colaterais foram a razão para a descontinuidade do tratamento em 80% dos pacientes não aderentes intencionalmente, dessa forma deduz-se que esses pacientes não conseguiram se estabilizar porque não continuaram o tratamento, esses pacientes também consideraram o desconforto ocasionado pelos sintomas da doença tão intensos quanto os acarretados pelos efeitos adversos dos antipsicóticos (NICODELI et al., 2011).

## CONCLUSÃO

Com a realização deste estudo pode-se perceber o uso de quetiapina por pacientes esquizofrênicos resultou em aumento significativo do índice de massa corporal e no serviço de

R. Interd. v. 9, n. 3, p. 74-83, jul. ago. set. 2016

farmácia estudado mais de um terço desses pacientes encontravam-se clinicamente desestabilizados. Portanto, a fim de aumentar a adesão à farmacoterapia, promover a reinserção social e melhoria da qualidade de vida desses pacientes a implantação de um programa de acompanhamento farmacoterapêutico seria extremamente relevante, visto que são portadores de uma doença crônica que necessita de orientação e cuidados relativos ao uso correto de seus medicamentos.

## REFERÊNCIA

ATTUX, C. et al. Intervenções não farmacológicas para manejo do ganho de peso em pacientes com esquizofrenia em uso de antipsicóticos. *Arquivo brasileiro de endocrinologia e metabolismo*, **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 53, n. 4, jun. 2009.

BORGES, A.P. et al. The pharmaceutical care of patients with type 2 diabetes mellitus. *Pharm World Sci*, v. 32, n. 6, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

CARDOSO, L. **Perfil demográfico e clínico de pessoas que fazem uso de Decanoato de Haloperidol**. 2006. Dissertação [Mestrado em Enfermagem], Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2006.

CHAVES, A.C. **Diferenças entre os sexos na evolução da esquizofrenia**. 1994. Dissertação [Mestrado em Psiquiatria], Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 1994.

Costa, A. S. F. **Obesidade e síndrome metabólica na esquizofrenia**. 2009. Monografia [Graduação em Nutrição], Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Porto, 2009.

COSTA, J.A.L.; ANDRADE, K.V.F. Perfil dos usuários incluídos no protocolo de esquizofrenia em um programa de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 35, n. 2, 2011.

CSERNANSKY, J.G.; SCHUCHART, E.K. A recaída e a rehospitalização avaliadas nos pacientes com

Mota Neto, D. et al. esquizofrenia: efeitos de antipsicóticos de segunda geração. **CNS Drugs**, v. 16, n. 7, 2002.

DAVIDS, E. et al. Psychotropic drug prescription in a psychiatric university hospital in Germany. **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**, v. 30, n. 6, 2006.

ESKINAZI, B.G. **Consumo de lipídeos e obesidade em pacientes com esquizofrenia**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso [Graduação em Nutrição], Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2011.

GOLDSTEIN, J.M. Quetiapine fumarate: a new atypical antipsychotic. **Drugs of Today**, v. 35, n. 193, 1999.

GORTMAKER, S. L. et al. Changing the future of obesity: science, policy, and action. **Lancet**, v. 37, n. 8, 2011.

GURURAJAN, A. et al. Drugs of abuse and increased risk of psychosis development. **Aust N Z J Psychiatr**, v. 46, n. 12, 2012.

HAYNES, R.B. et al. Interventions for enhancing medication adherence. **Syst Rev**, v.16, n. 2, 2008.

HOWLAND, R.D.; MYCEK, M.J. **Farmacologia Ilustrada**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

LEITÃO, A.C.L. et al. Sobrepeso e obesidade em pacientes esquizofrênicos em uso de clozapina crianças de Pernambuco, Brasil. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, v. 6, n. 1, 2006.

MENEGATTI, R. et al. Esquizofrenia: quarenta anos da hipótese dopaminérgica sobótica da química medicinal. **Quim Nova**, v. 27, n. 3, 2004.

NICOLINO, P.S. et al. Esquizofrenia: adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno e terapêutica medicamentosa. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p.708-715, 2011.

OBRELI, N.P.R. et al. Fatores interferentes na taxa de adesão à farmacoterapia em idosos atendidos na rede pública de saúde do Município de Salto Grande - SP, Brasil. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 13, n. 3, 2010.

ODEGARD, O.S.; GRAY, S.L. Barriers to medication adherence in poorly controlled diabetes mellitus. **Diabetes Educ**, v. 34, n. 4, 2008.

OMS - World Health Organization. **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks**. Geneva: World Health Organization, 2015. Disponível em: <[http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/)>. R. Interd. v. 9, n. 3, p. 74-83, jul. ago. set. 2016

disease/GlobalHealthRisks\_report\_full.pdf>. Acesso em 5 maio 2015.

OMS - World Health Organization. **Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry**. Technical Report Series, 854. Genebra: OMS, 1995.

OMS - World Health Organization. **Report of a WHO consultation on Obesity**. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Geneve: WHO, 2008. Disponível em: <[http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/cod\\_2008\\_sources\\_methods.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_2008_sources_methods.pdf)>. Acesso em 30 mar. 2015.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. **N Engl J Med**, v. 353, n. 5, 2005.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V.A. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. Tradução Claudia Dornelles. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SOARES, H.L.R; GONÇALVES, H.C.B.; JUNIOR, J.W. Esquizofrenia hebefrênica: psicose na infância e adolescência. **Revista de Psicologia**, v. 23, n. 1, 2011.

STEFANELLI, M.C.; FUKUDA, I.M.K.; ARANTES, E.C. **Enfermagem psiquiátrica: em suas dimensões assistenciais**. Barueri, SP: Manole, 2008.

PEREIRA, D.; LUIZ, L. R. **Manual de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

YAMADA, K. et al. Predisposição a não adesão à medicação nos pacientes não hospitalizados com a esquizofrenia: uma continuação de 2 anos. **Psychiatry Res**, v. 141, n. 1, p. 61-9, jan. 2006.

ZORTÉA, K. et al. Estado nutricional de pacientes com esquizofrenia frequentadores do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **J Bras Psiquiatr**, v. 59, n. 2, p. 126-130, 2010.

ZUGNO, A. I. et al. Energy metabolism, leptin, and biochemical parameters are altered in rats subjected to the chronic administration of olanzapine. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 34, n. 2, p. 168-75, jun., 2012.

**Submissão: 11/12/2015**

**Aprovação: 07/03/2016**