



Universidade Presidente Antonio Carlos – UNIPAC
Faculdade de Medicina de Juiz de Fora – FAME/JF



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA, TRATADOS NO HOSPITAL CASA DE SAÚDE ESPERANÇA EM JUIZ DE FORA – MG

Anne Alencar Cunha

Beatriz Christina Decort de Lima Mellilo

Carolina Paiva Marçal

Danielle de Vasconcelos Ribeiro Bastos

Dênnys Dias Calhau Resende

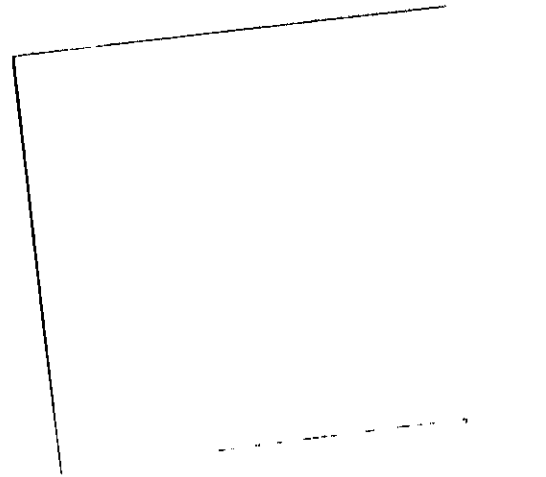
Fernanda Silva Alves de Melo

Maria Teresa Barquette Cardoso

Patrícia Gonçalves Sousa Lima

Tiago de Oliveira Braga

Juiz de Fora – MG
Maio de 2014



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA, TRATADOS NO HOSPITAL CASA DE SAÚDE ESPERANÇA EM JUIZ DE FORA – MG

Anne Alencar Cunha

Beatriz Christina Decort de Lima Mellilo

Carolina Paiva Marçal

Danielle de Vasconcelos Ribeiro Bastos

Dênnys Dias Calhau Resende

Fernanda Silva Alves de Melo

Maria Teresa Barquette Cardoso

Patrícia Gonçalves Sousa Lima

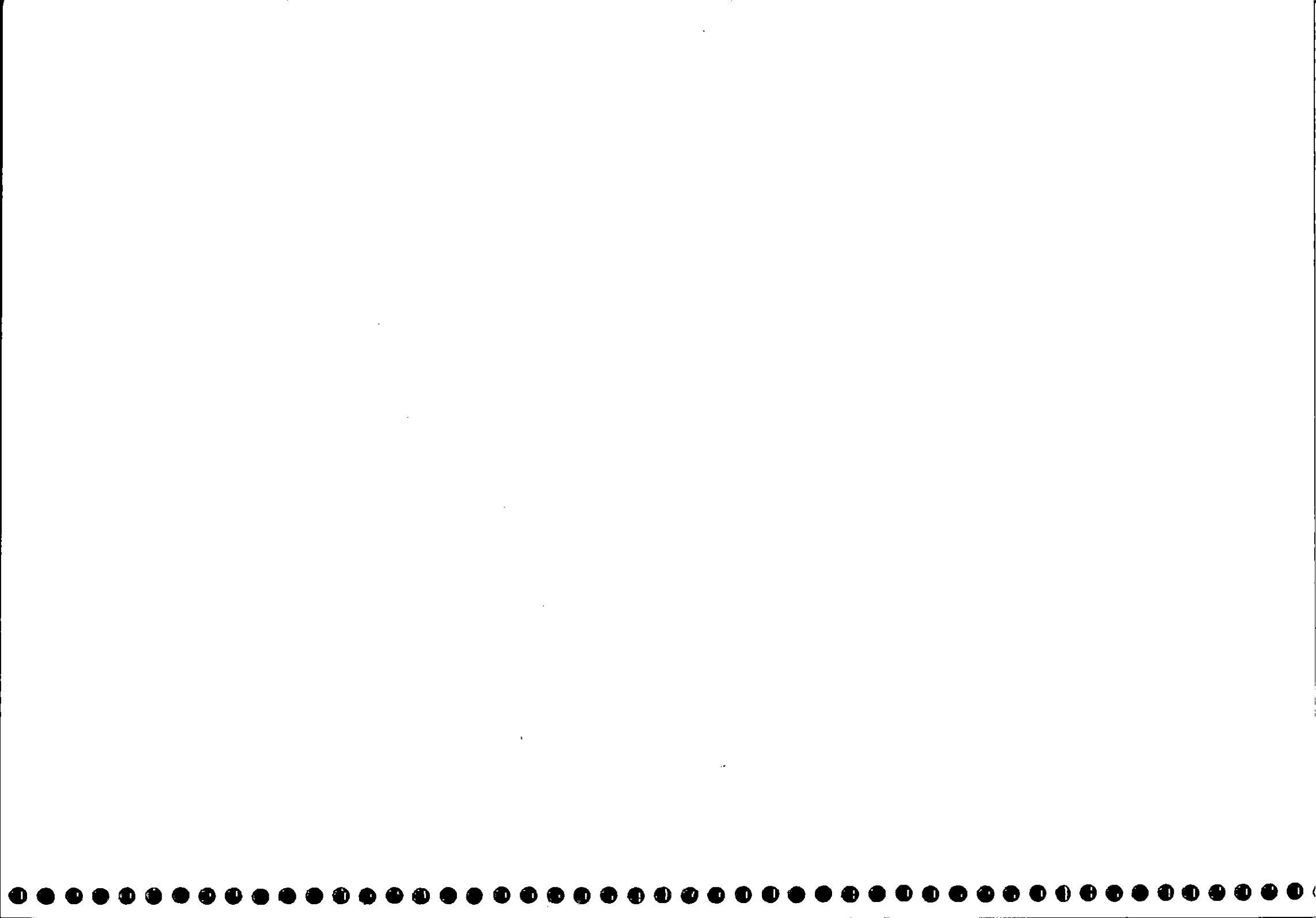
Tiago de Oliveira Braga

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Henrique Faria do Amaral

Co-orientadores: Prof. Dr. Guillermo Patricio Ortega Jacome

Prof^a. Me. Nathália Barbosa do Espírito Santo

Trabalho apresentado à disciplina de Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina de Juiz de Fora, da Universidade Presitende Antônio Carlos.



Dedicamos este trabalho a Deus, por ser
essencial em nossas vidas, autor do nosso destino,
nosso guia, socorro presente nas horas de angústia.



AGRADECIMENTOS

Deixamos nossos agradecimentos a todos os que compartilharam o trilhar de mais esse caminho percorrido, contribuindo, direta e indiretamente, para que realizássemos esta pesquisa, auxiliando-nos e dando-nos forças nos momentos em que mais precisamos.

Nossa gratidão, em primeiro lugar a Deus, por estar conosco em todos os momentos e iluminando-nos, sendo nosso refúgio e fortaleza nos momentos mais difíceis. A Ele, nossa eterna gratidão.

Agradecemos, especialmente, à nossa família, pelo apoio para que nos pudéssemos concretizar essa pesquisa.

Aos Prof. Dr. Guillermo Patricio Ortega Jácome, Profa. Me. Nathália Barbosa do Espírito Santo e Prof. Guilherme Henrique Faria do Amaral nossos orientadores, que nos possibilitaram “aprendizagens únicas”, por meio do grande incentivo e orientação que nos foram concedidos durante essa jornada.

Aos colegas e professores da graduação por toda a ajuda que nos foi dada.

Por fim, agradecemos a todos os funcionários da Casa de Saúde Esperança, em especial ao diretor Ruben Dario C. Vale e a Nara Werner Silva pela enorme ajuda prestada durante a pesquisa.



SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	v
RESUMO	vi
ABSTRACT	viii
1- INTRODUÇÃO	1
1.1- Uso de tabaco em pacientes esquizofrênicos	6
1.2- Uso de álcool em pacientes esquizofrênicos	7
1.3- Hipertensão associada a esquizofrenia	8
1.4- Qualidade de vida em pacientes esquizofrênicos	8
2- JUSTIFICATIVA	9
3- OBJETIVOS	9
3.1- Geral	9
3.2- Específicos	9
4. METODOLOGIA	10
5. RESULTADOS	11
6. DISCUSSÃO	16
7. CONCLUSÃO	19
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
9. ANEXOS	24
9.1- Protocolo de Pesquisa	
9.2- Carta de Autorização do Hospital Casa de Saúde Esperança	
9.3- Parecer Consubstanciado	



LISTA DE TABELAS

Tabela 01-	Fatores sócio-econômicos relacionados a pacientes esquizofrênicos-	12
Tabela 02-	Frequência dos tipos de esquizofrenia relacionados ao sexo -----	12
Tabela 03-	Prevalência do uso de drogas lícitas e ilícitas em pacientes esquizofrênicos -----	13
Tabela 04-	Sintomatologia em pacientes esquizofrênicos -----	14
Tabela 05-	Comorbidades associadas a pacientes esquizofrênicos -----	15
Tabela 06-	Frequência de uso de medicações em pacientes esquizofrênicos -----	15
Tabela 07-	Média de tempo de internação em cada tipo de esquizofrenia -----	16



RESUMO

A esquizofrenia é um transtorno crônico dependente e desorganizado. É uma doença de alta complexidade que envolve vários fatores e sistemas que ainda estão sendo estudados. Pode ser dividido em fases: aguda, no momento da crise e estabilização onde ocorre a adesão do tratamento. O surgimento dos sintomas pode ser considerado um marco entre o normal e o doentio. Quase sempre os primeiros sintomas são negativos ou não específicos e muitas vezes são atribuídos a outros transtornos como ansiedade e depressão. A doença surge com surtos, principalmente no começo. Em geral, homens têm início em torno de 18 a 25 anos e as mulheres por volta de 25 a 35 anos, sendo assim as mulheres possuem um prognóstico melhor. A história familiar quando positiva diminui a idade inicial da doença. O objetivo do trabalho foi avaliar o uso de drogas ilícitas, álcool, tabaco, tempo de hospitalização, tipo de tratamento e comorbidades associadas à doença. Trata-se de um estudo retrospectivo sobre o perfil epidemiológico dos pacientes tratados no hospital Casa de Saúde Esperança em Juiz de Fora – MG, onde foram analisados 201 prontuários no período de janeiro a março de 2014. O protocolo de pesquisa procurou avaliar as condições sociais, vícios em relação à fumo e bebida alcoólica, uso de drogas ilícitas, uso de medicamentos, comorbidades associadas, tempo de internação e tipo de tratamento realizado. Foram incluídos na pesquisa todos os prontuários de pacientes que estiveram internados ou foram submetidos a qualquer tratamento relacionado à esquizofrenia e foram excluídos os prontuários de pacientes menores de 18 anos e os quais os diagnósticos não se associaram ao de esquizofrenia. Os dados foram armazenados no programa Access 2007, Microsoft® Corporation, USA. Para a análise estatística, foi utilizado o programa estatístico Epi Info (TM) 3.5.1, CDC, USA. Foram utilizados métodos descritivos para as variáveis estudadas (proporções, médias, medianas), foi verificada associação entre variáveis selecionadas com análises bivariadas. Como resultado pode-se perceber que a maioria dos internados tinha idade superior a 50 anos (28,3% homens e 52,7% mulheres), solteiros, residem em Minas Gerais e não tinham sua ocupação relatada. O tipo mais frequente de esquizofrenia nos internados foi a paranoide (44,9% homens e 33,8% mulheres) e a grande maioria dos pacientes fez ou faz uso de drogas lícitas ou ilícitas sendo o tabaco (56,7%) o mais utilizado. Pacientes com mais de um sinal positivo foram a maioria e a agitação psicomotora a mais comum. De todos os prontuários revisados poucos apresentaram agressividade e tentativa de autoextermínio.



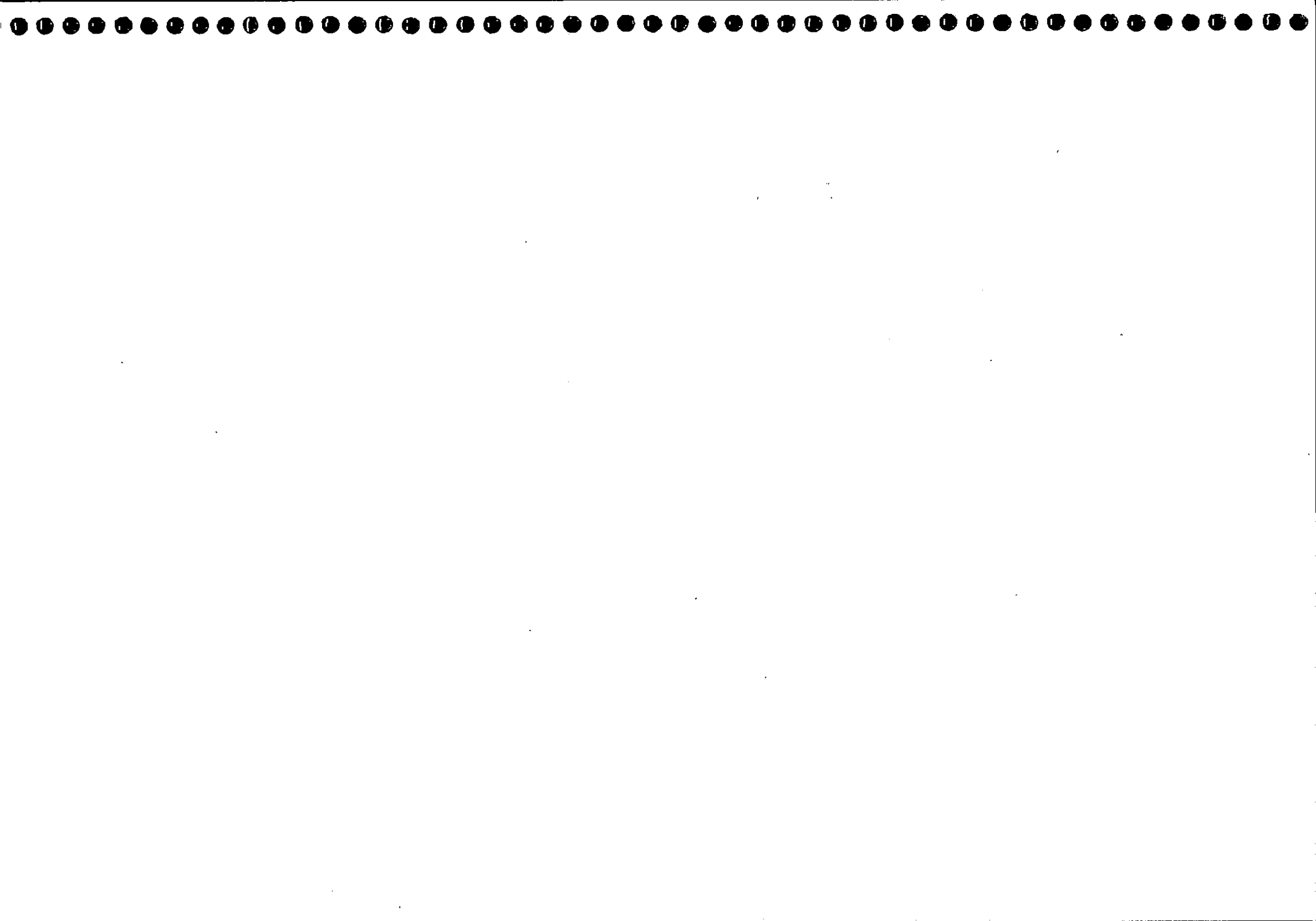
A grande maioria possui outros transtornos associados como ansiedade e depressão. A terapia farmacológica é iniciada com antipsicóticos de preferência atípicos. Em pacientes muito agitados deve-se associar benzodiazepínicos. Como aliado ao tratamento medicamentoso a psicoterapia é de grande importância. Concluímos que de acordo com os resultados apresentados, a maioria dos pacientes apresentam idade superior à 50 anos com 28,3% de homens e 52,7 mulheres. Oriundos de Minas Gerais (96,1%) e solteiros (64,6%) são os que representam maior parcela dentro a totalidade dos pacientes. Apesar de um grande número de pacientes serem submetido a tratamentos específicos na maioria deles com antipsicóticos (69,7%), benzodiazepínicos (48,8%), drogas muito usadas em comorbidades psiquiátricas e longos períodos de internação com média de até 61,1 meses, ainda existe um uso excessivo de substâncias como tabaco e o álcool, estas, sendo as mais utilizadas entre tais pacientes com 56,7% e 39,3% respectivamente. Além da esquizofrenia, uma certa parcela de pacientes possuem outras comorbidades, haja vista que, outros transtornos se encaixam na maioria delas com 95,3% em homens e 87,8% em mulheres, não excluindo ainda comorbidades frequentes na população em geral, como; Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes. Essas patologias interferem diretamente na aceitação da doença, dificultando ainda mais a adesão ao tratamento e o convívio social dos mesmos.

Palavras-chave: Esquizofrenia. Tabaco. Álcool.



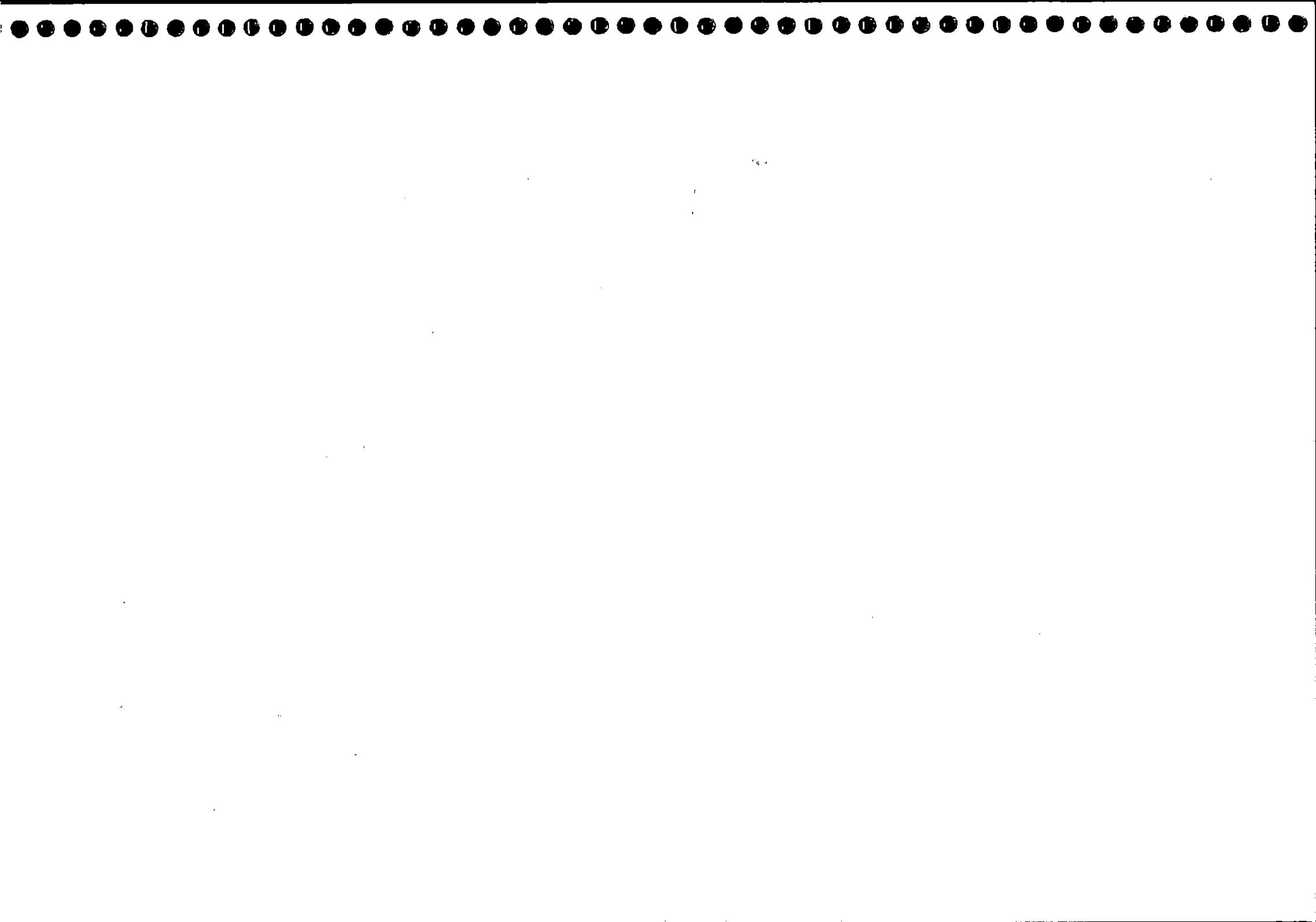
ABSTRACT**EPIDEMIOLOGIC PROFILE OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA
TREATED AT CASA DE SAÚDE ESPERANÇA HOSPITAL IN JUIZ DE FORA
- MG**

Schizophrenia is a dependent and disorganized cronic disorder. It's an illness of high complexity which invovles many factors that are still under study. It can be divided in phases: active phase, during a crisis, and residual phase, when treatment occurs. The occurrence of symptoms can be considered the mark between being normal and being ill. Almost always the first symptoms are negative or non specific, and many times are assigned to other disorders such as anxiety and depression. The illness arises with outbreaks, especially in early stages. Generally, it starts for men between 18 and 25 years old, and for women between 25 to 35 years old, meaning women have a better prognosis. Positive family history diminishes even furter the age at which the illness first manifests. The purpose of this paper was to evaluate the use of illicit drugs, alcohol, tobbaço, hospitalization time, type of treatment and comorbidities related to this illness. This paper is a retrospective study on the epidemiological profile of patients treated at the hospital Casa de Saude Esperanca in Juiz de Fora – MG, where 201 records were analyzed between January and March of 2014. The research protocol evaluated the social conditions, addictions to tobbaço and alcohol, use of illicit drugs, use of medication, relating comorbities, hospitalization time and type of treatment received. All the records of patients that have been hospitalized or were submitted to any kind of treatment related to schizophrenia were included in the research, and all the records of patients that were minors or with diagnosis not associated to schizophrenia were excluded from the reasearch. The data was imported to the software Access 2007, Microsoft ® Corporation, USA. The software Epi Info (TM) 3.5.1, CDC, USA was used for the statistical analyzes. Descriptive methods were used to study the observed variables (proportion, mean, median), and confirmed a relationship between variables selected by bivariate analyzes. The results showed that a majority of hospitalized patients were over 50 years old (28,3% of the men and 52,7% of the women), single, residents of Minas Gerais and didn't report their occupation. The most frequent type of



schizophrenia within the patients was paranoid schizophrenia (44,9% of men and 33,8% of women) and a vast majority of patients used or was currently using either licit or illicit drugs, tobacco being the most used (56,7%). Psychomotor agitation was a common signal between patients, with most patients presenting more than one positive signal. Of all the reviewed patient records, few presented aggression and suicide attempt. The vast majority are diagnosed with other associated disorders such as anxiety and depression. When dealing with excessively agitated patients, one should apply benzodiazepines. Psychotherapy is very important in addition to the medical treatment. As a conclusion, according to these results, most patients were over 50 years old (28,3% male and 52,7% female). The majority of patients were born in Minas Gerais (96,1%), and single (64,6%). Despite the fact that a large number of patients were submitted to specific treatments, with the application of antipsychotics (69,7%), benzodiazepines (48,8%), commonly used drugs for psychiatric comorbidities, and long periods of hospitalization (6,1 months, on average), there's still an excessive use of substances such as tobacco (56,7% of patients) and alcohol (39,3% of patients). Besides schizophrenia, a certain portion of patients presented other comorbidities, given that other disorders fit most of them (95,3% of male and 87,8% of female), including common comorbidities in the general population such as Systemic Hypertension and Diabetes. These pathologies interfere directly with the illness, making more difficult for patients to accept treatment and socialize.

Key-words: Schizophrenia. Tobacco. Alcohol.



1-INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é um transtorno de evolução crônica, que compromete a vida do paciente e o torna frágil, além de aumentar significativamente o risco de suicídio (Shirakawa, 2000). O paciente que sofre de esquizofrenia fica dependente e desorganizado (Villares *et al.*, 1999).

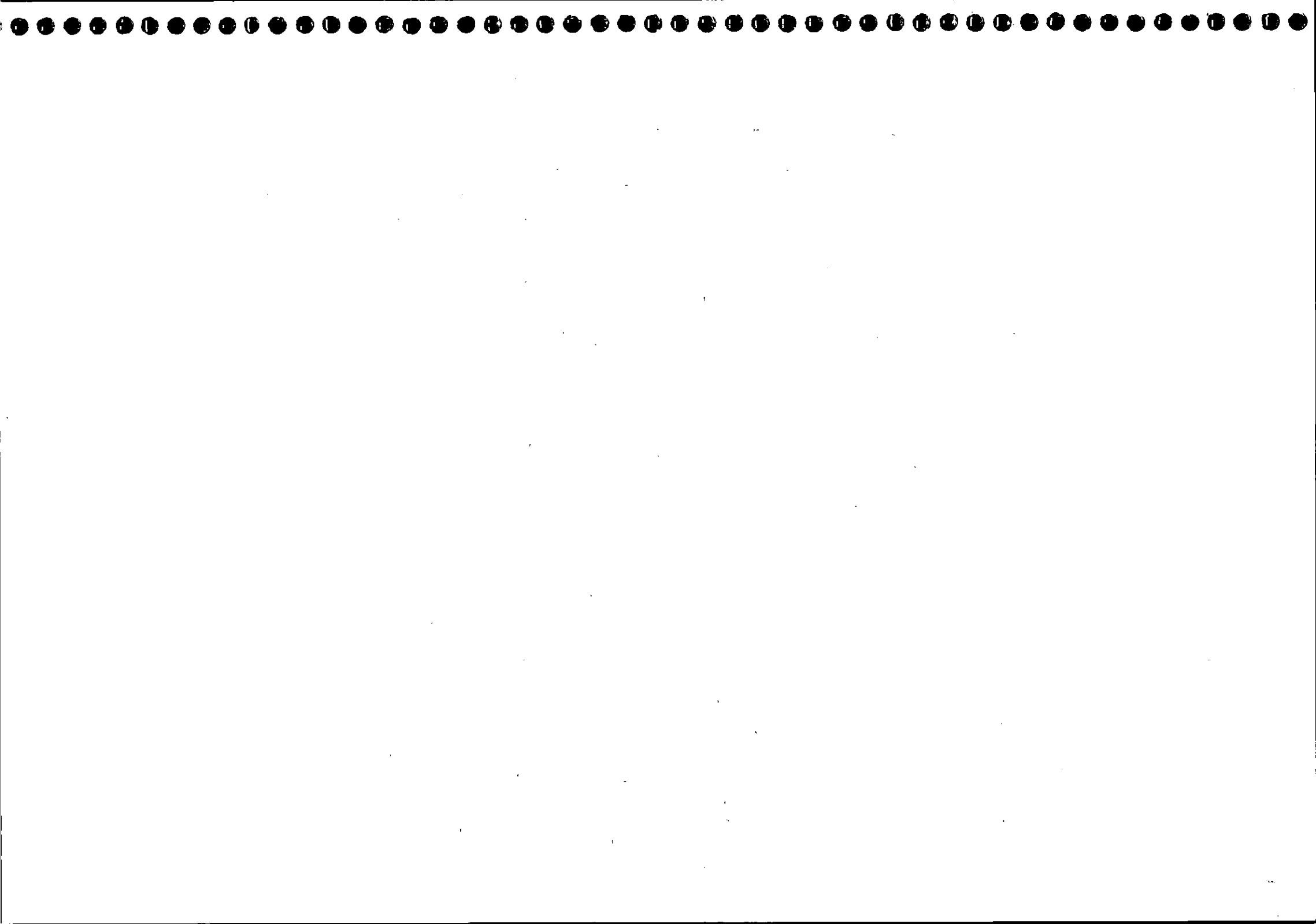
O entendimento atual de esquizofrenia é um resultado de conceitos que sofreu muitas transformações. Uma cronologia dos fatos que nos últimos 100 anos influíram decisivamente para o desenvolvimento desse conceito podem trazer alguma luz para essa questão (Elkis, 2000).

A esquizofrenia é atribuída como algo desconhecido, como se os doentes não tivessem consciência da sua patologia, atribuindo suas mudanças a outras comorbidades, sendo uma doença associada a retrocessos da vida. Relatos mostram que se considerar os esquizofrênicos como uma pessoa humana e não como mero portadores de uma patologia será mais fácil entender que ele pode ser ofendido como qualquer outra pessoa (Bronco *et al.*, 2012).

A esquizofrenia compromete a vida e a relação do seu portador por ser uma doença ampla. Para melhorar os sintomas, prevenir as recaídas e evitar a institucionalização, é aplicada a psicoterapia, a terapia ocupacional e um acompanhamento terapêutico, designado também como “amigo qualificado” (profissional da saúde que ajuda nas tarefas e até passeios) é fundamental. Esse distúrbio pode ser dividido em fases: aguda, no momento da crise, na qual o paciente procura ajuda, e a fase de estabilização, onde ocorre a adesão do tratamento e deve ser trabalhada em cada consulta. Exige um rigoroso acompanhamento psiquiátrico a longo prazo, e tal acompanhamento é altamente importante para o risco de recaída que levam as deteriorações do paciente (Shirakawa, 2000).

O portador de esquizofrenia cursa com uma trajetória difícil, pois o convívio com a doença pode causar mudanças significativas em suas vidas. Desse modo, o início dos sintomas pode ser considerado um marco entre o normal e o doentio (Oliveira *et al.*, 2012).

A expansão do conceito de esquizofrenia deu-se predominantemente nos Estados Unidos devido às influências de Meyer e Sullivan, que interpretavam os conceitos



bleurerianos à luz da psicanálise. Alguns autores conceituaram de outra forma como Kasanim, com a psicose esquizoafetiva, ou como Hoch e Polatin, que aproximaram a esquizofrenia dos transtornos de personalidade por meio do conceito de esquizofrenia “pseudoneurótica”, levando muitos pacientes que hoje seriam diagnosticados como bipolares ou com transtornos de personalidade, a serem diagnosticados como esquizofrênicos (Elkis, 2000).

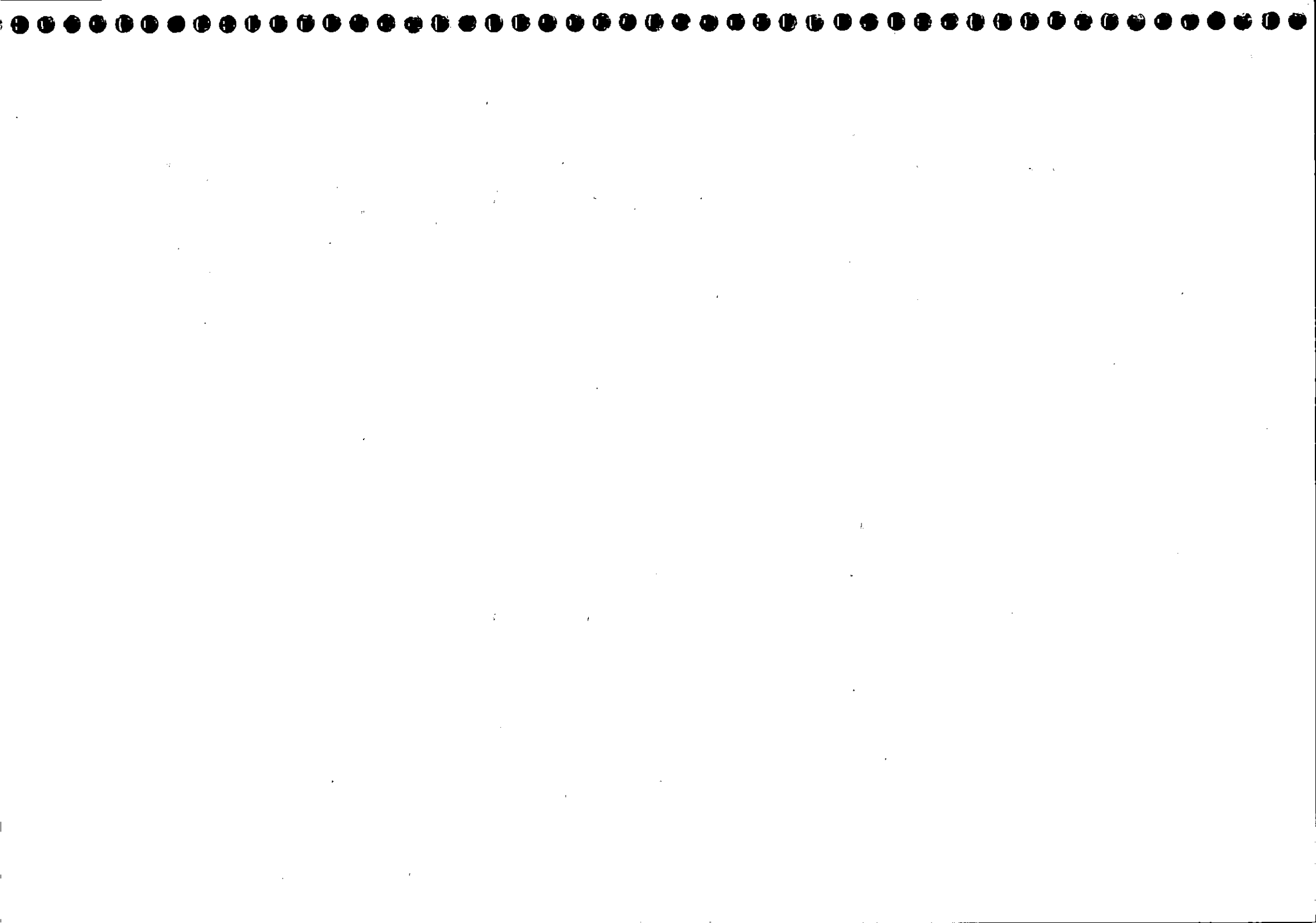
A esquizofrenia é uma doença de alta complexidade, que envolve vários fatores e sistemas que ainda estão sendo estudados. Inúmeros genes foram investigados e associados a doença, mesmo que alguns não tiveram tal associação confirmada. Sabe-se hoje que mesmo com todos os recursos disponíveis o melhor ainda é controlar a doença (Rangel;Santos,2013).

Kraepelin e Bleuler observaram que a esquizofrenia quase sempre tem início com sintomas negativos ou não específicos. Logo após, surgem os primeiros sintomas positivos. Muitas vezes esses sintomas são atribuídos a outros transtornos, como ansiedade e depressão que são tratados com ansiolíticos ou antidepressivos (Louzã, 2007).

Bleuler definiu como um grupo de psicoses podendo ser crônico ou intermitente, deter-se ou retroceder em qualquer etapa, mas que jamais teria uma restituição completa em relação ao seu estado pré-morbido (Silveira, 2009).

Segundo Kraepelin era uma doença de “demência precoce” e tal conceito foi mudado pelo psiquiatra Paul Eugen Bleuer, que utilizou o termo esquizofrenia e cada vez entendia-se mais sobre a doença graças aos seus estudos (Silveira, 2009). O termo “esquizofrenia” está atualmente de acordo com o Compêndio de Psiquiatria, que utiliza essa classificação das doenças de acordo com o DSM IV (Nobre, 2011).

Kraepelin percebeu que após um período psicótico os jovens sofriam um “enfraquecimento psíquico”, mas não se tornavam dementes. Isso prova que, observava-se uma evolução favorável em muitos casos (Elkis, 2000). A identificação de anormalidades biológicas na doença tem em conjunto, tornado possível o surgimento de classificações mais precisas de subtipos da doença que consideram características de curso, resposta a tratamento, prognóstico e substrato patogênico (Silva, 2006).



Quando Bleuler denominou esquizofrenia, ou melhor, esquizofrenias (já que existem subtipos), não significava um conceito em oposição ao de demência precoce, mas um aperfeiçoamento de duas variáveis: considerando a idade de início do quadro e uma ênfase na valorização de alguns sintomas específicos, que seriam denominados fundamentais para o diagnóstico, nos quais seriam definidos cada subtipo da esquizofrenia (Elkis, 2000).

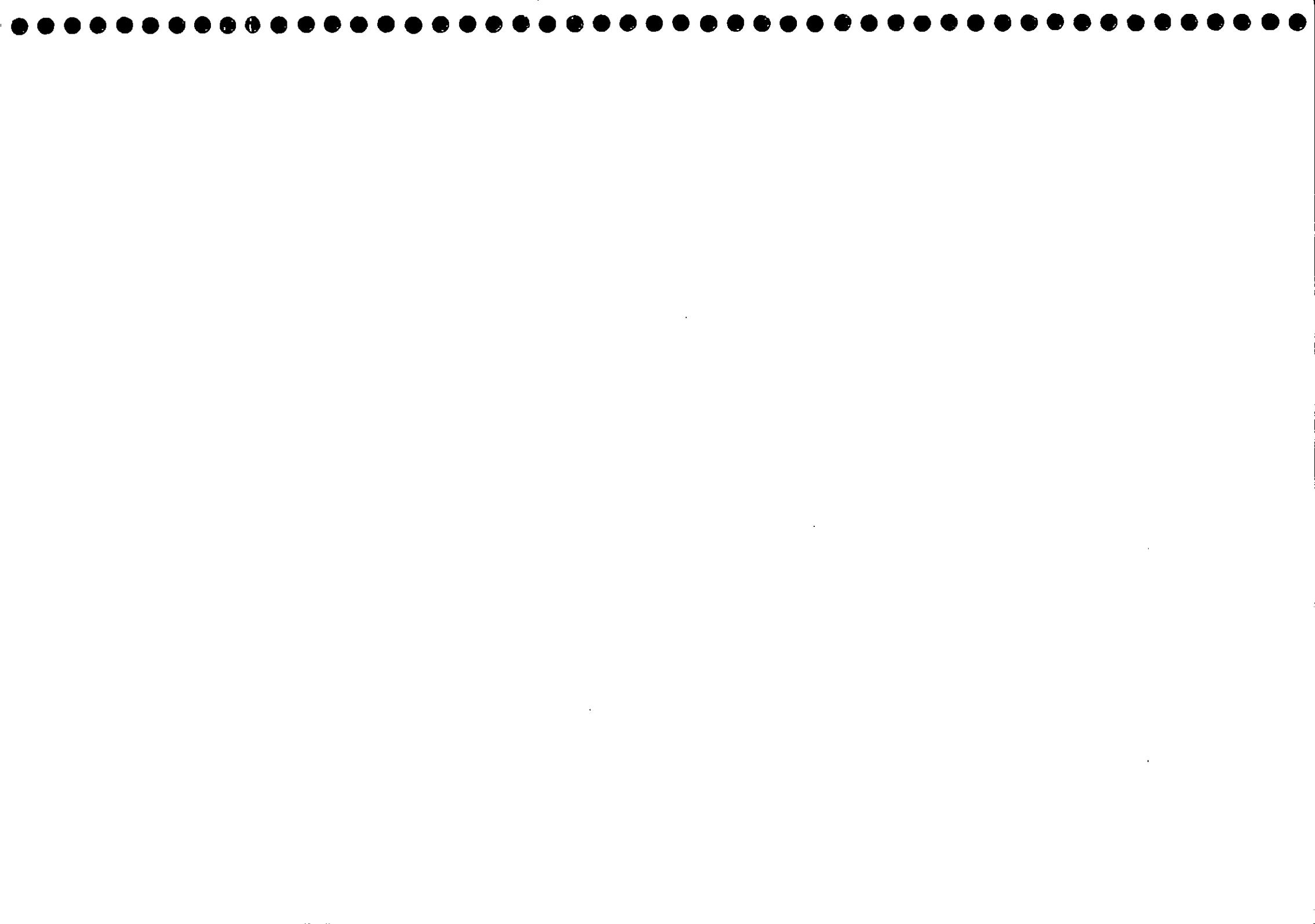
O estudo da epidemiologia se baseia na ocorrência e distribuição de uma doença em diversos grupos populacionais, a fim de investigar os fatores determinantes em sua etiologia e prognóstico. A incidência de esquizofrenia pode ser calculada pelo tipo de corte transversal, ou através de dados sobre o contato de pacientes com unidade de serviços médicos e psiquiátricos (Mari; Leitão, 2000).

Em geral, os homens têm um início em torno dos 18-25 anos e as mulheres em torno dos 25-35 anos. Assim sendo, o sexo é um importante fator preditivo no curso e evolução da esquizofrenia e as mulheres têm um prognóstico melhor que os homens em relação ao número de reinternações psiquiátricas, evolução clínica e funcionamento social (Chaves, 2000).

As revisões dos estudos de prevalência de esquizofrenia correspondem a aproximadamente 0,5%, sendo que as diferentes estimativas de incidência sugerem quatro novos casos por ano numa população de 10 mil habitantes (Mari; Leitão, 2000).

Através de resultados compatíveis com pesquisas realizadas em outros países é possível afirmar uma diferença de prevalência entre os sexos. Havendo história familiar positiva para distúrbios psicóticos, a idade de início da doença é precoce para ambos os sexos, sendo raros os novos casos antes da puberdade e após os 50 anos. Estudos multicêntricos em países menos desenvolvidos mostram que o prognóstico da esquizofrenia é melhor. A proporção de portadores esquizofrênicos com prejuízo social é muito grande, relatando mais de 80% dos pesquisados (scores entre 1 e 4 na avaliação) e pelo menos 30% deles apresentando incapacidade severa (score 4) (Menezes; Mann, 1993).

Nos cinco continentes foram realizados estudos sobre a prevalência em esquizofrenia que apresenta uma taxa de 0,9-11 por mil habitantes. Já os trabalhos de incidência estão em número menor. Esses estudos requerem uma avaliação longitudinal, o que os tornam mais trabalhosos, avaliando diferentes períodos sobre a mesma população e assim determinando



quantos novos casos aparecem neste mesmo intervalo. Para cada mil habitantes há uma incidência anual entre 0,1-0,7 novos casos (Silva, 2006).

As revisões dos estudos antigos de prevalência de esquizofrenia no mundo sugerem uma estimativa em torno 0,5%. Já os estudos de prevalência realizados nos últimos anos apontam para uma prevalência aproximada na ordem de 1% de esquizofrênicos na população total. Diferentes estimativas de incidência da esquizofrenia apontam para aproximadamente 4 novos casos por ano em uma população de 10.000 habitantes, variando entre 1 e 7 novos casos (Mari; Leitão, 2000).

Os primeiros sintomas de pacientes esquizofrênicos são mudanças no comportamento habitual, antes do início dos sintomas psicóticos agudos. Essas alterações requerem muita atenção do observador, pois podem ser confundidas com comportamentos que seriam de um adolescente ou classificadas como mudanças de emoções ou sociais do adulto jovem (Louzã, 2007).

Existem dois tipos de sintomas na esquizofrenia, os primários que são do processo subjacente crônico e maligno, e os secundários que são defesas ou tentativas de deter o processo desintegrador da doença, que acarreta a perda de realidade. Temos como exemplos de sintomas primários a divisão do afeto, onde o paciente não consegue ligar o afeto ao pensamento; divisão das associações, divisão da atenção e perda do sentido da realidade. Já nos sintomas secundários, temos como características os mecanismos de negação, projeção ou transferência do mundo exterior (delírios, alucinações) e regressão ou retrocesso (Mezer, 1972).

Devido à grande sintomatologia não existe um curso típico na esquizofrenia, variando de indivíduo para indivíduo. A doença segue com surtos, a maioria possui vários destes no decorrer da doença, principalmente no seu início (Giacon; Galera, 2006).

Os sintomas secundários predominam no quadro clínico, mas os sintomas primários também podem ser vistos. Considerando que este é um processo doentio, em estado de fluxo, as mudanças ocorrem com frequência no predomínio dos sintomas de cada paciente (Mezer, 1972).



O mais importante para uma boa adesão ao tratamento é fazer com que o paciente perceba algum benefício, se sentindo bem com a medicação, tendo o apoio da família e uma boa relação médico-paciente. Existem ainda aqueles pacientes que apresentam muitos efeitos colaterais do medicamento em uso, e aqueles que não aceitam ou negam a doença, o que contribui para a não adesão ao tratamento. É importante garantir uma adesão adequada, uma vez que a evolução da doença pode ser modificada com um tratamento eficaz (Rosa; Elkis, 2007).

Mesmo que estudos não descrevam ao certo os resultados obtidos em tratamento com um perfil de pacientes, as abordagens cognitivas e comportamentais oferecem um módulo clínico para técnicas terapêuticas (Schmidt; Méa, 2013).

Ao iniciar o uso do fármaco deve atentar-se a ter cautela para o paciente não apresentar sintomas extrapiramidais que são: reação distônica aguda, parkinsonismo medicamentoso, acatisia, discinesia tardia e síndrome neuroléptica maligna. A terapia farmacológica é iniciada com baixas dosagens de antipsicóticos, tendo um ajuste gradual, de preferências com antipsicóticos atípicos. Estes reduzem o risco de discinesia tardia. Em pacientes muito agitados, deve-se associar benzodiazepínicos com o antipsicótico. No caso de esquizofrenia resistente ao tratamento, a clozapina é a droga de escolha. Sempre lembrando de informar o paciente sobre benefícios e efeitos colaterais da medicação. O uso de antidepressivos tem enfoque no tratamento de depressão comórbida ou dos sintomas negativos (Falkai *et al.*, 2006).

A psicoterapia tem sido de grande importância aliado ao tratamento medicamentoso. Tem como objetivo oferecer suporte, aprender a lidar com a doença, ter mais autonomia e independência, e diminuir o isolamento social do esquizofrênico (Zanini, 2000).

Existe também a eletroconvulsoterapia (ECT) que é um tratamento usado em alguns grupos de esquizofrênicos. A ECT é inicialmente indicada para portadores de transtornos muito graves, de frequência, intensidade e duração de sintomas depressivos intensos. É a primeira escolha de tratamento, associada ou não à farmacoterapia com antidepressivos e/ou antipsicóticos. Por meios de estudo da literatura podemos ver a eficácia da ECT em pacientes esquizofrênicos, com menores taxas de recidivas, e menor permanência hospitalar em caso de crises (Salleh *et al.*, 2006).

1.1 - Uso de tabaco em pacientes esquizofrênicos

Estudos demonstram que o tabaco é extremamente associado às doenças psiquiátricas, sobretudo a esquizofrenia (Glassman, 1993).

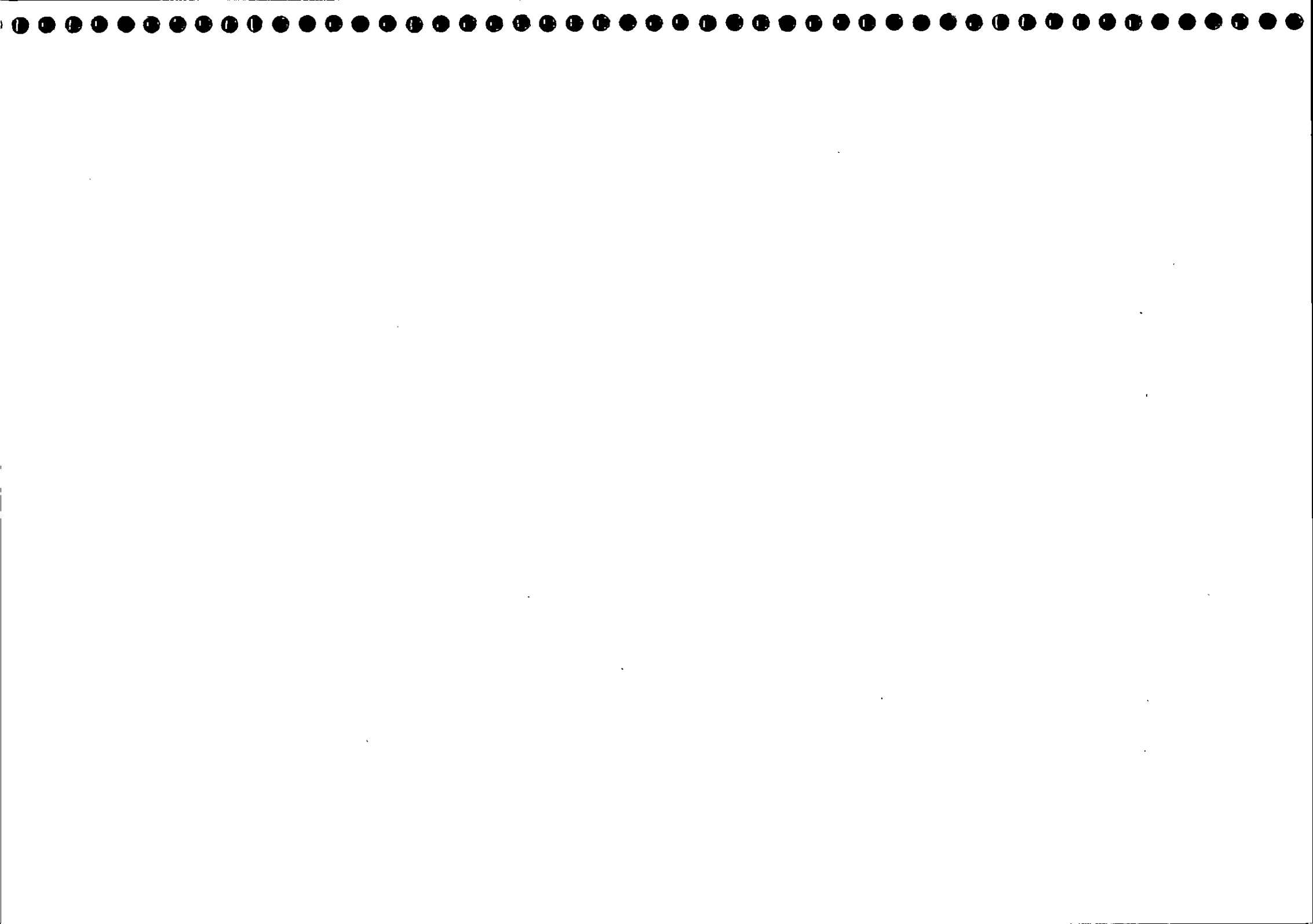
Cerca de 90% dos doentes esquizofrênicos são fumantes. Em amplo aspecto apresentaram consumo elevado e parecem necessitar de níveis mais altos de nicotina. Isso se deve a hipótese de que o consumo de tabaco possa estimular o funcionamento âmbito do córtex pré-frontal, através da liberação de dopamina, amenizando assim os sintomas da doença (Nunes, 2006).

Quando se compara os esquizofrênicos fumantes com os não fumantes, percebemos que o primeiro grupo possuem cerca de 1,6 vezes mais concentração de nicotina na urina quando comparada ao segundo grupo, mesmo que a quantidade de cigarros fumados por dia seja a mesma, porém, não há diferença nos níveis de creatinina, demonstrando que mesmo com o aumento da concentração de nicotina não diminui o funcionamento renal (Olincy *et al.*, 1997).

A prevalência do consumo de tabaco é mais elevada em pessoas com problemas psiquiátricos e de saúde mental, em relação a maioria da população. Mesmo que muitos estudos não sejam consensuais, nota-se que em pacientes esquizofrênicos que fumam, pode ocorrer uma aceleração do metabolismo dos neurolépticos, o que poderá aumentar as dosagens previamente prescritas. Quando estes param de consumir tabaco, podem registrar um aumento dos níveis neurolépticos em circulação e, isso pode acarretar a redução de referidas dosagens (Nunes, 2006).

O consumo de tabaco e as perturbações na saúde mental são de extrema importância, não só pela alteração e elevação da prevalência nestes doentes esquizofrênicos e possíveis associações etiológicas, mas também, principalmente pela interferência com o sucesso terapêutico aplicado (Nunes, 2006).

Contudo para a psiquiatria não se deve levar em consideração apenas o consumo de tabaco, mas sua associação com os efeitos da esquizofrenia, para que se possa entender melhor o funcionamento do cérebro sadio e o afetado pela doença (Glassman, 1993).



O consumo de tabaco é o principal fator de risco evitável de doença cardiovascular. Estima-se que 30% da mortalidade anual seja causada pelo consumo do tabaco. Quando o hábito de fumar se associa a outros fatores, como por exemplo, aumento do colesterol, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, há um grande aumento de doença vascular cardíaca. O que ocorre, é que com o consumo exacerbado de tabaco há um decréscimo da função vasodilatadora do endotélio, que é uma das primeiras manifestações (Nunes, 2006)

No organismo, o tabaco induz um processo inflamatório em âmbito pulmonar, que se traduz sistematicamente por uma resposta inflamatória generalizada, que se manifesta por aumento de leucócitos e dos níveis de proteína C-reativa. No entanto, pode-se dizer que doentes que tenham valores aumentados de leucócitos apresentam um risco mais elevado de doença coronária, de AVC e de morte súbita (Nunes, 2006).

1.2– Uso de álcool em pacientes esquizofrênicos

Deve ser sempre detalhadamente abordada o uso abusivo de álcool ou drogas. Em casos de abuso podem ser um grande auxílio utilizar medicações de depósito (Rosa; Helkis, 2007).

Em pacientes com outros problemas psiquiátricos os sintomas do abuso do álcool são menos severos, enquanto que em pacientes esquizofrênicos continuarão sendo afetados por meses ou anos após o uso, apesar de intervenções farmacológicas (Schukit; Monteiro, 1988).

As comorbidades mais comumente associadas aos pacientes dependentes do álcool são ansiedade e depressão, que acomete de 23 a 70% dos doentes. O paciente que adere corretamente ao tratamento com uso de psicofármacos e psicoterapia integrada, além de melhorar significativamente os sintomas de humor e ansiedade, diminui o consumo excessivo de álcool (Alves *et al.*, 2004).

É necessário oferecer assistência máxima para o transtorno psiquiátrico grave juntamente com a consulta e, se necessário encaminhar para programas de aconselhamento destinados a fazer com que o paciente entenda a necessidade de se abster da droga (Schukit; Monteiro, 1988).



1.3– Hipertensão associada à esquizofrenia

Uma importante questão de saúde pública é a associação de doenças mentais graves, incluindo a esquizofrenia, com doenças cardiovasculares, o que faz envolver tanto profissionais especializados em saúde mental, como outros especialistas e profissionais de saúde pública (Azevedo *et al.*, 2007).

Estudos revelam que devido à maior prevalência da doença cardiovascular e à gravidade de condições clínicas dos esquizofrênicos, eles têm uma taxa de mortalidade duas vezes maior que a população em geral, e comparada com a média das pessoas não-portadoras da esquizofrenia sua expectativa de vida é 20% menor (Azevedo *et al.*, 2007).

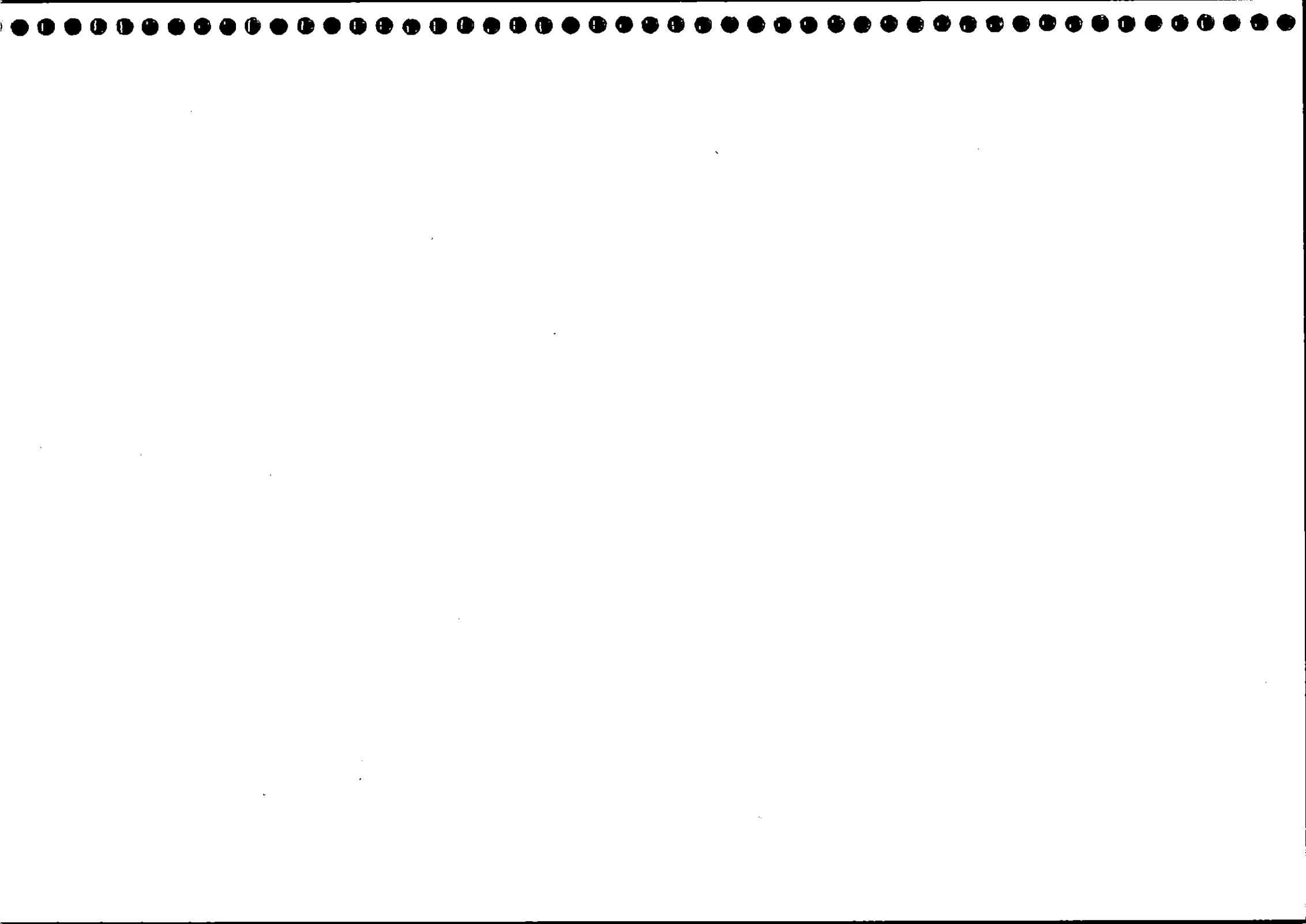
O aumento do uso de medicações antipsicóticas em portadores de transtornos mentais graves coincide com o aumento de relatos da literatura psiquiátrica sobre alterações metabólicas relacionadas com tais condições (Azevedo *et al.*, 2007).

Estudos realizados através de periódicos constataram crescimento da taxa-padrão de mortalidade por doenças cardiovasculares (DCV) concluído assim que a desinstitucionalização parece ser um risco relativo de óbitos por DCV e causas não-naturais tendo maior prevalência para o sexo masculino (Sampaio; Caetano, 2006).

1.4- Qualidade de vida em pacientes esquizofrênicos

Pacientes esquizofrênicos apresentam sintomas de ansiedade e depressão maior ou igual aos sintomas negativos e positivos da esquizofrenia em relação à qualidade de vida. Usando medidas terapêuticas específicas, esses fatores podem ser modificados acrescentando ganhos consideráveis na qualidade de vida desses pacientes (Souza; Coutinho, 2006).

É necessário um conhecimento maior da qualidade de vida da população de esquizofrênicos para direcionar gastos públicos em saúde, visando atender as reais necessidades desse grupo. É de suma importância que a qualidade de vida desses pacientes receba maior atenção na agenda das políticas públicas no campo da saúde mental (Souza; Coutinho, 2006).



Um estudo de qualidade de vida com 123 pacientes portadores de esquizofrenia, onde foi abordado: características sócio-demográficas, clínicas de domínio social e ocupacional, além de relações interpessoais, mostrou uma qualidade de vida com uma diferença relevante entre os sexos, em que o sexo feminino se apresentou com uma relativa superioridade nesses quesitos, principalmente nas áreas ocupacionais. Sendo o estado civil o fator de variação da qualidade de vida mais relevante nesse estudo (Cardoso *et al.*, 2006).

2 – JUSTIFICATIVA

É importante avaliar o perfil epidemiológico em pacientes esquizofrênicos, e verificar alguns aspectos daqueles que faz ou fizeram o tratamento hospitalar, correlacionando uso de antipsicóticos e psicoterapias, analisando o consumo de álcool e tabaco e outras drogas dentre os pacientes. Esta importância está associada ao fato de ser um transtorno psiquiátrico sem cura, com um número significativo de pacientes na cidade de Juiz de Fora, e muitos dos pacientes enxergarem no álcool e tabaco um meio de fuga para os sintomas, com isso piorando sua qualidade de vida, atrapalhando o tratamento e diminuindo sua perspectiva de vida.

3 – OBJETIVOS

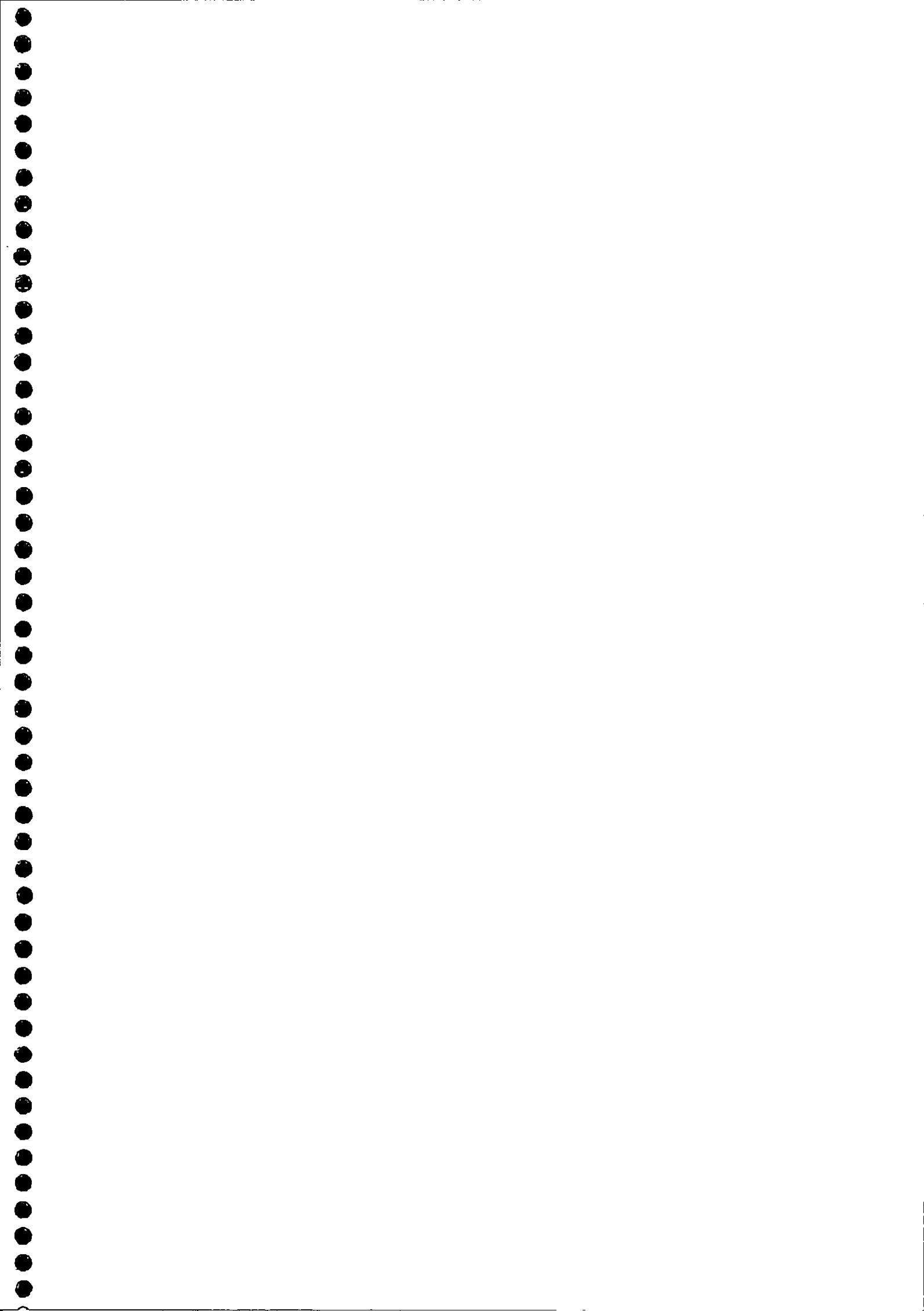
3.1- Geral

Estimar o perfil epidemiológico de pacientes esquizofrênicos que iniciaram seu tratamento em Juiz de Fora - MG.

3.2 – Específicos

3.2.1 – Verificar a frequência de uso de tabaco e álcool nos pacientes esquizofrênicos que iniciaram seu tratamento no hospital Casa de Saúde Esperança Juiz de Fora - MG.

3.2.2 – Avaliar o tempo de hospitalização nos pacientes esquizofrênicos que em tratamento no hospital acima citado.



3.2.3 – Verificar o tipo de tratamento usado em casa paciente no hospital mencionado.

3.2.4 – Verificar quais as comorbidades associadas aos pacientes esquizofrênicos tratados no hospital descrito.

4 – METODOLOGIA

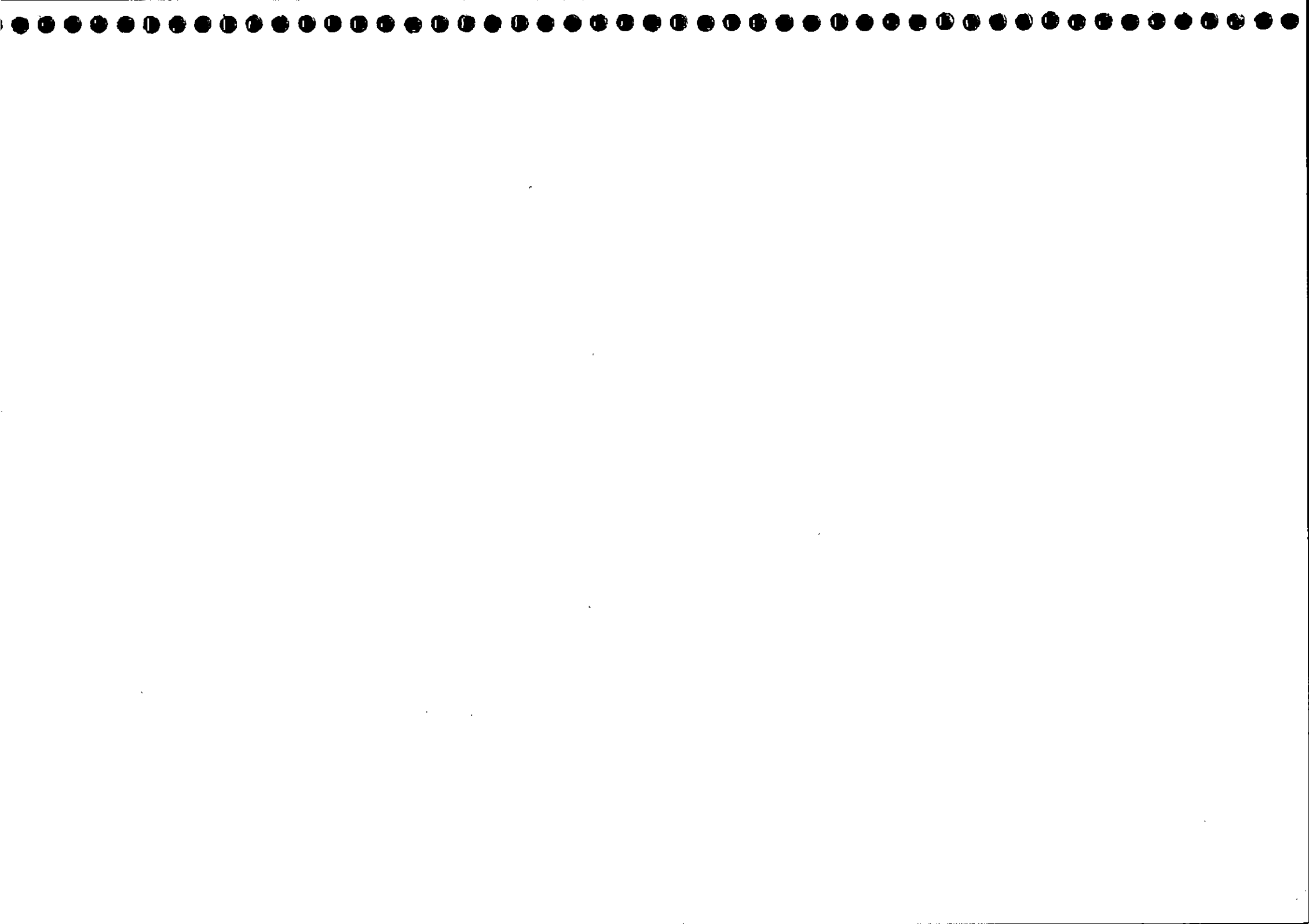
Foi realizado um estudo retrospectivo de revisão de prontuários sobre pacientes esquizofrênicos, que iniciaram o tratamento no hospital Casa de Saúde Esperança em Juiz de Fora - MG, que faz ou fizeram uso de substâncias lícitas e ilícitas. Foram analisados 201 prontuários de pacientes internados no período de janeiro de 2012 a março de 2014.

No período compreendido entre janeiro a abril de 2014, todos os prontuários foram analisados, nos quais fatores sócio econômicos, uso de tabaco, uso de bebidas alcoólicas e pressão arterial de cada paciente foi revisado.

O protocolo de pesquisa confeccionado pelos autores procurou avaliar as condições sociais, vícios em relação à fumo e bebida alcoólica, uso de drogas ilícitas, uso de medicamentos, comorbidades associadas, tempo de internação e tipo de tratamento realizado.

Foram incluídos na pesquisa todos os prontuários de pacientes que estiveram internados ou foram submetidos à quaisquer tratamento relacionado à esquizofrenia, no hospital Casa de saúde esperança de Juiz de Fora – MG e foram excluídos os prontuário de pacientes menores de 18 anos e os quais os diagnósticos não se associaram ao de esquizofrenia.

Os dados foram armazenados no programa Access 2007, Microsoft ® Corporation, USA. Para a análise estatística, foi utilizado o programa estatístico Epi Info (TM) 3.5.1, CDC, USA. Foram utilizados métodos descritivos para as variáveis estudadas (proporções, médias, medianas), foi verificada associação entre variáveis selecionadas com análises bivariadas. Para a comparação entre variáveis contínuas foi utilizado o teste *t* de student, e para variáveis categóricas o teste de qui quadrado. Na análise do *p*-valor e os intervalos de confiança o valor crítico foi definido em 95%. Os dados foram agrupados e apresentados em tabelas e gráficos.



Esta pesquisa acarreta risco mínimo aos pacientes estudados. Todas as informações obtidas através dessa pesquisa são confidenciais e asseguramos sigilo sobre todas as informações pessoais, de acordo com as normas preconizadas na Resolução CNS 466/12, que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil.

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presidente Antonio Carlos, com o parecer número: 547.102.

5 – RESULTADOS

Foram analisados 201 prontuários de pacientes com esquizofrenia que estiveram internados na Casa de Saúde Esperança, sendo a prevalente pacientes maiores que 50 anos. Destes 36 (28,3%) eram homens e 39 (52,7%) eram mulheres, sem significância estatística com p -valor de 0,001 (Tabela 1).

Analisando a naturalidade dos pacientes constata-se que 122 (96,1%) homens e 71 (95,9%) mulheres são de Minas Gerais, representando quase a totalidade destes. Percebemos que 54 (41,5%) homens e 36 (48,6%) mulheres não relataram a sua situação em relação à ocupação, porém os que trabalham representam uma taxa elevada sendo, 33 (26,0%) dos homens e 12 (16,2%) de mulheres (Tabela 1).

Em relação ao estado civil dos mesmos nota-se que os solteiros 82 (64,6%) homens e 29 (39,2%) mulheres foram maioria (Tabela 1).

Quanto aos subtipos de esquizofrenia, a maioria se encaixa na esquizofrenia paranóide (CID F.20.0) com 57 (44,9%) dos homens e 25 (33,8%) mulheres, levando em consideração que a esquizofrenia não especificada (F20.9) representa uma alta taxa entre homens e mulheres, com 50 (39,4%) e 27 (36,5%) respectivamente (Tabela 2).

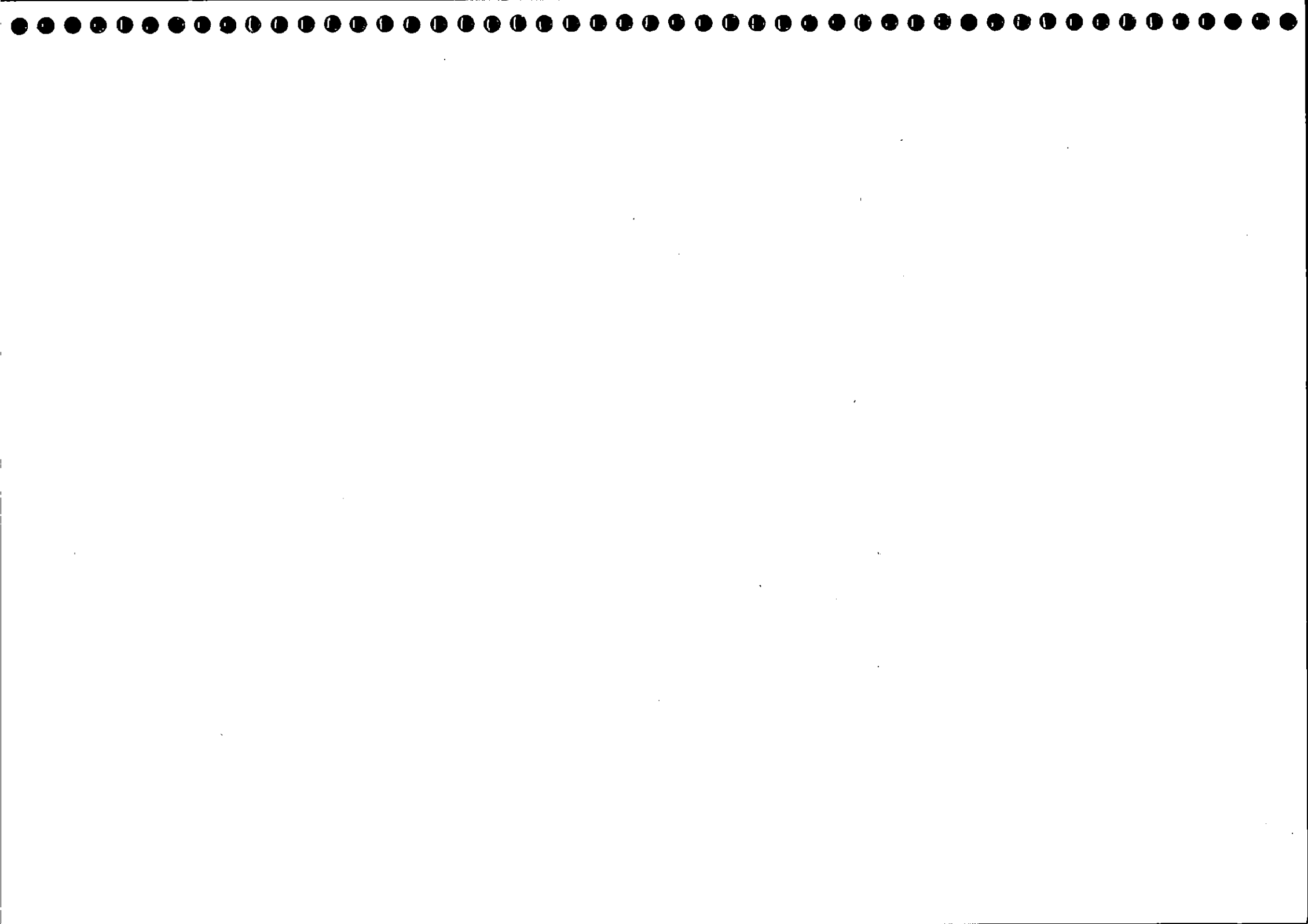


Tabela 1 - Fatores sócio-econômicos relacionados a pacientes esquizofrênicos

	Masculino		Feminino		P-valor
	n	%	n	%	
IDADE					
Menor que 20 anos	9	7,1%	1	1,4%	0,001
De 21 a 30 anos	19	15,0%	3	4,1%	
De 31 a 40 anos	36	28,3%	13	17,6%	
De 41 a 50 anos	27	21,3%	18	24,3%	
Maior que 50 anos	36	28,3%	39	52,7%	
ESTADO					
Minas Gerais	122	96,1%	71	95,9%	0,826
Rio de Janeiro	2	1,6%	2	2,7%	
São Paulo	2	1,6%	1	1,4%	
Bahia	1	0,8%	–	–	
OCUPAÇÃO					
Trabalha	33	26,0%	12	16,2%	0,357
Sem ocupação	24	18,9%	13	17,6%	
Aposentado	16	12,6%	13	17,6%	
Não relatado	54	42,5%	36	48,6%	
ESTADO CIVIL					
Solteiro	82	64,6%	29	39,2%	0,100
Casado	13	10,2%	10	13,5%	
Divorciado	3	2,4%	2	2,7%	
Viúvo	1	0,8%	2	2,7%	
Não relatado	28	22,0%	31	41,9%	

Tabela 2 - Frequência dos tipos de esquizofrenia por sexo

Tabela 2 - Frequência dos tipos de esquizofrenia por sexo						
	Masculino		Feminino		Total	P-valor
	n	%	n	%	100%	
TIPOS DE ESQUIZOFRENIA						
Esquizofrenia Paranóide (F20.0)	57	44,9%	25	33,8%	82	0,116
Esquizofrenia Hebefrênica (F20.1)	–	–	2	2,7%	2	
Esquizofrenia Catatônica (F20.2)	1	0,8%	1	1,4%	2	
Esquizofrenia Indiferenciada (F20.3)	3	2,4%	1	1,4%	4	
Depressão pós-esquizofrênica (F20.4)	–	–	2	2,7%	2	
Esquizofrenia Residual (F20.5)	14	11,0%	15	20,3%	29	
Outras Esquizofrenias (F20.8)	2	1,6%	1	1,4%	3	
Esquizofrenia não especificada (F20.9)	50	39,4%	27	36,5%	77	



No que se refere a hábitos e vícios, 88,5% dos homens e 11,5% das mulheres afirmaram fazer uso de alguma droga, entre elas a mais frequente foi a maconha com 26 homens usuários; no crack foram 23 homens e 01 mulher usuários e 17 homens e 02 mulheres usuários de cocaína (Tabela 3).

Em relação ao álcool 47,2% dos homens e 25,7% das mulheres afirmaram ser etilistas ou ex-etilistas. No tabagismo foram relatados 59,1% dos homens e 52,7% das mulheres (Tabela 3).

Tabela 3- Prevalência do uso de substâncias lícitas e ilícitas em pacientes esquizofrênicos

	MASCULINO		FEMININO		P-valor
	n	%	n	%	
DROGAS					
Sim	46	36,2%	6	8,1%	0,000
Não	81	63,8%	68	91,9%	
ETILISMO					
Sim	60	47,2%	19	25,7%	0,003
Não	67	52,8%	55	74,3%	
TABAGISMO					
Sim	75	59,1%	39	52,7%	0,381
Não	52	40,9%	35	47,3%	
CRACK					
Sim	23	18,1%	1	1,4%	0,000
Não	104	81,9%	73	98,6%	
COCAÍNA					
Sim	17	13,4%	2	2,7%	0,013
Não	110	86,6%	72	97,3%	
MACONHA					
Sim	26	20,5%	–	–	0,000
Não	101	79,5%	74	100,0%	



Quanto a sintomatologia, dentro de sinais negativos 5,5% dos homens apresentavam embotamento afetivo e 8,1% das mulheres apresentavam empobrecimento da linguagem e pensamento. Dos homens 34,6% e 40,5% das mulheres apresentavam mais de um sinal e 42% de ambos sexos tinham essa informação ignorada (Tabela 4).

Dos sinais positivos o mais prevalente nos homens foi agitação psicomotora (9,4%) e nas mulheres foram os atos impulsivos com 9,5%. Apresentaram mais de um sintoma 55,9% dos homens e 62,2% das mulheres. A informação foi ignorada para 22% deles (Tabela 4).

Em relação à agressividade e autoextermínio foi analisada uma prevalência maior em homens 29,1% e 7,9% respectivamente, comparado as mulheres onde 28,4% eram agressivas e 5,4% tentaram o auto-extermínio (Tabela 4).

Tabela 4 - Sintomatologia em pacientes esquizofrênicos

	Masculino		Feminino		P-valor
	n	%	n	%	
SINAIS NEGATIVOS					
Embotamento afetivo	7	5,5%	3	4,1%	0,515
Retração social	6	4,7%	4	5,4%	
Empobrecimento da linguagem e pensamento	5	3,9%	6	8,1%	
Diminuição da fluência verbal	2	1,6%	–	–	
Autonegligência	5	3,9%	1	1,4%	
Lentificação psicomotora	3	2,4%	–	–	
Mais de um sinal	44	34,6%	30	40,5%	
Informação ignorada	55	43,3%	30	40,5%	
SINAIS POSITIVOS					
Alucinações	3	2,4%	–	–	0,230
Idéias Delirantes	5	3,9%	2	2,7%	
Atos Impulsivos	4	3,1%	7	9,5%	
Agitação Psicomotora	12	9,4%	5	6,8%	
Mais de um sinal	71	55,9%	46	62,2%	
Informação Ignorada	32	25,2%	14	18,9%	
AGRESSIVIDADE					
Sim	37	29,1%	21	28,4%	0,738
Não	89	70,1%	53	71,6%	
Informação ignorada	1	0,8%	–	–	
AUTO EXTERMÍNIO					
Sim	10	7,9%	4	5,4%	0,593
Náo	116	91,3%	70	94,6%	
Informação ignorada	1	0,8%	–	–	



Nas comorbidades associadas à esquizofrenia o mais observado foram outros transtornos, sendo 95,3% dos homens e 87,8% das mulheres, logo em seguida vem a hipertensão com 3,9% dos homens e 10,8% das mulheres. Diabetes e cardiopatias foram relatados em apenas um paciente de cada sexo (Tabela 5).

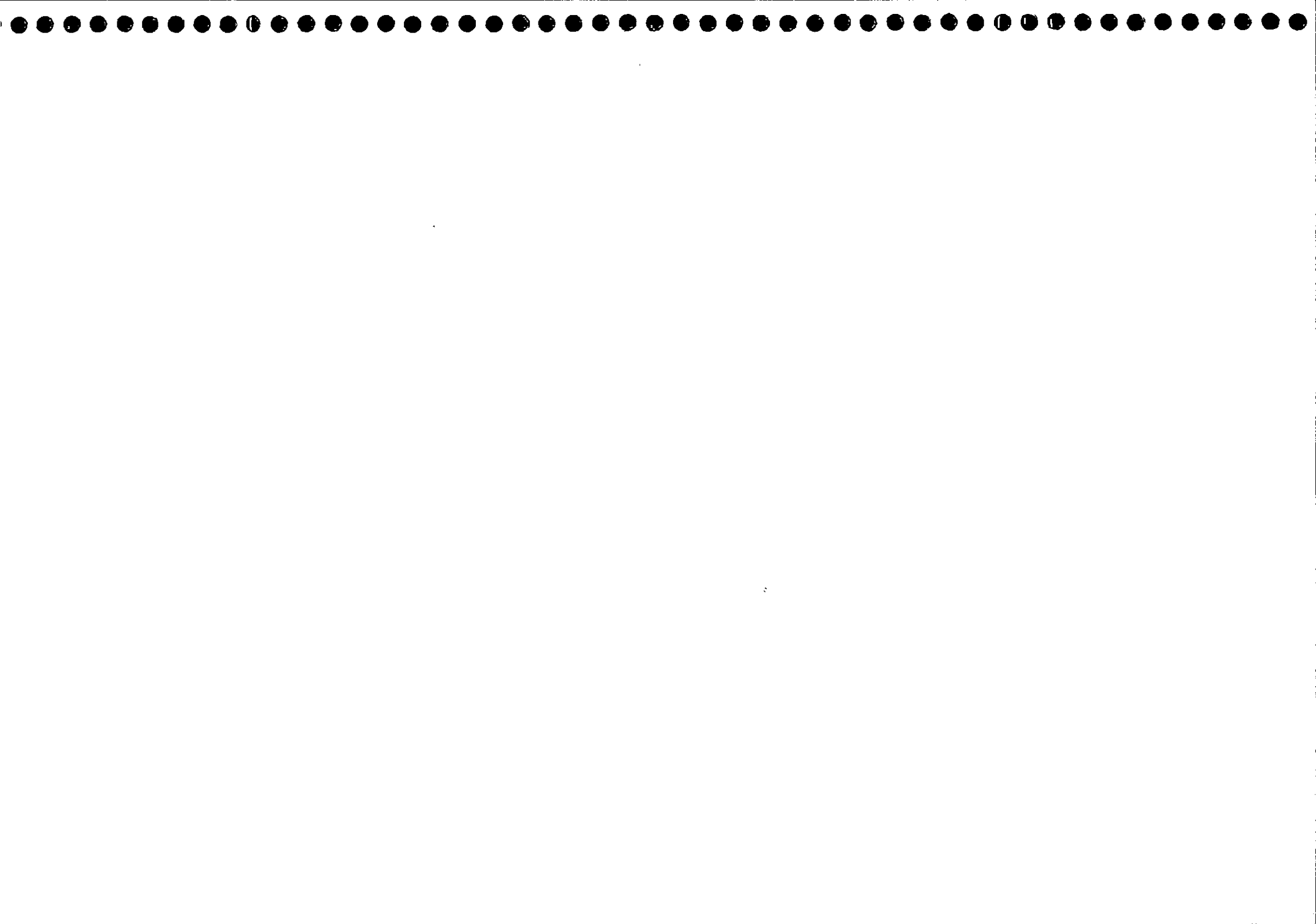
Tabela 5 - Comorbidades associadas a pacientes esquizofrênicos

	Masculino		Feminino		P-valor
	n	%	n	%	
COMORBIDADES					
Diabetes	1	0,8%	–	–	
Hipertensão	5	3,9%	8	10,8%	
Cardiopatias	–	–	1	1,4%	
Outros Transtornos	121	95,3%	65	87,8%	0,112

O tratamento dos pacientes foi através de uma associação de classes em sua maioria, sendo 69,7% de antipsicóticos, 48,8% de benzodiazepínicos, 40,3% anti-histamínicos, 26,9% de anticonvulsivantes, 17,4% de medicações intra-hospitalar, 3,5% de anti-depressivos, 2,5% fizeram uso de estabilizadores de humor e 3,5% não tinham sua medicação relatada (Tabela 6).

Tabela 6 - Frequência do uso de medicamentos em pacientes esquizofrênicos

	n	%
MEDICAÇÃO		
Antipsicóticos	140	69,7%
Benzodiazepínicos	98	48,8%
Anti-histamínicos	81	40,3%
Anti-convulsivante	54	26,9%
Intra-hospitalar	35	17,4%
Anti-depressivo	7	3,5%
Estabilizador de humor	5	2,5%
Não relatado	7	3,5%



A média de internação dos pacientes em relação ao subtipo de esquizofrenia a mais prevalente foi a esquizofrenia residual com 61,10 meses sendo 29 pacientes com tal diagnóstico, seguida da esquizofrenia catatônica com 27,00 meses sendo apenas 2 pacientes (Tabela 7).

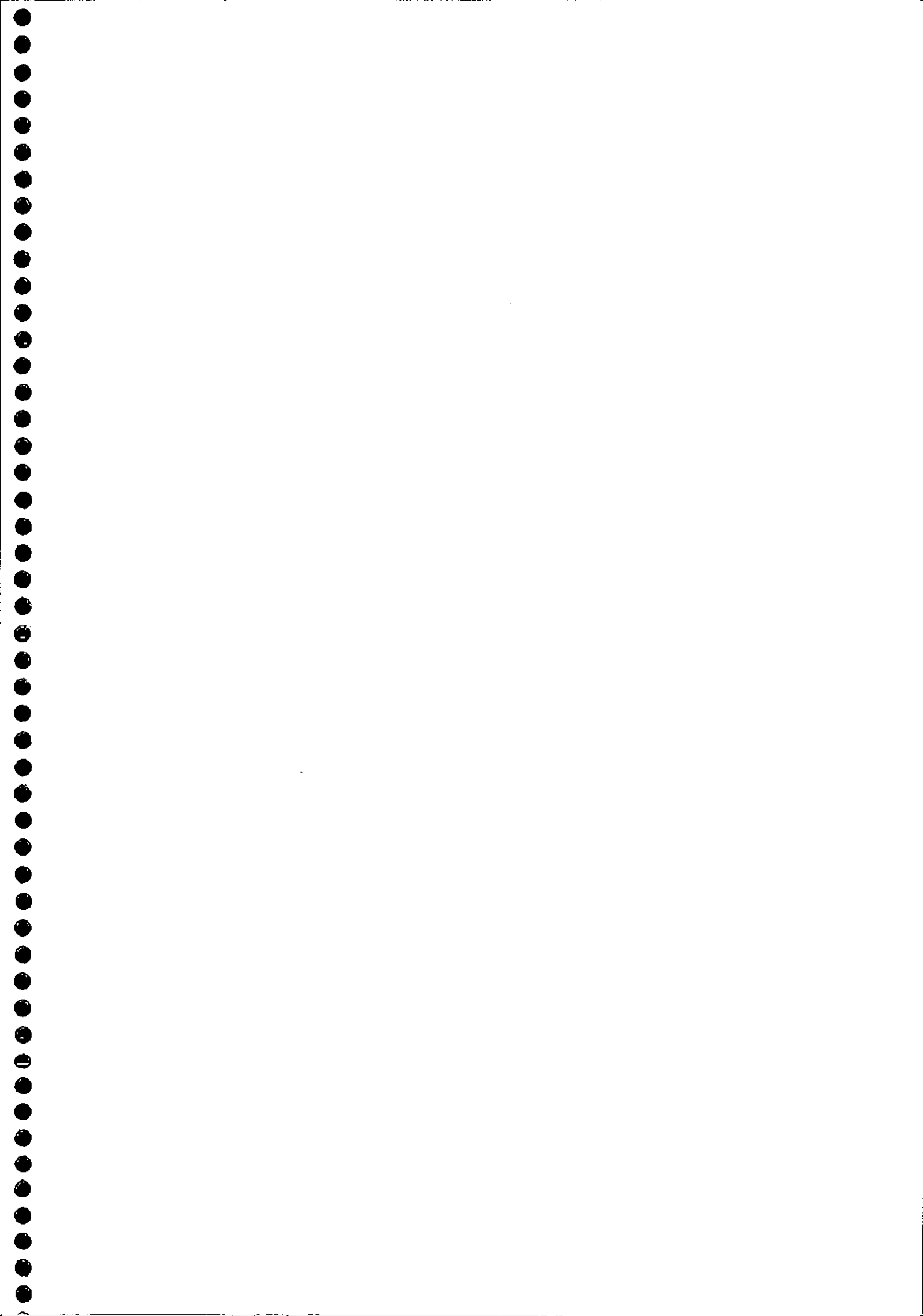
Em relação a idade o tempo de internação mais prevalente foi de 41 a 50 anos, com 39,11 meses de internação (Tabela 7).

Tabela 7 - Média de tempo de internação em cada tipo de esquizofrenia

	n	média	DP	P-valor
TIPOS DE ESQUIZOFRENIA				
Tempo de internação (meses)				
Esquizofrenia Paranóide	82	13,1	44,3	
Esquizofrenia Hebefrênica	2	13,0	15,6	
Esquizofrenia Catatônica	2	27,0	33,9	
Esquizofrenia Indiferenciada	4	3,3	5,9	
Depressão pós-esquizofrênica	2	6,0	7,1	
Esquizofrenia Residual	29	61,1	110,0	
Outras Esquizofrenias	3	3,0	2,0	
Esquizofrenia não especificada	77	25,3	116,7	0,457
IDADE (ANOS)				
0 a 20 anos	11	1,7	2,6	
20 a 31 anos	21	3,6	7,5	
31 a 40 anos	49	4,6	12,6	
41 a 50 anos	45	39,1	152,2	
> 50 anos	75	37,7	82,5	0,127

6 – DISCUSSÃO

A amostra da presente pesquisa foi realizada com 201 pacientes com idade superior a 18 anos, dos quais todos receberam tratamento na Casa de Saúde Esperança, na cidade de Juiz de Fora –MG. Foram excluídos do estudos aqueles com idade inferior a 18 anos.

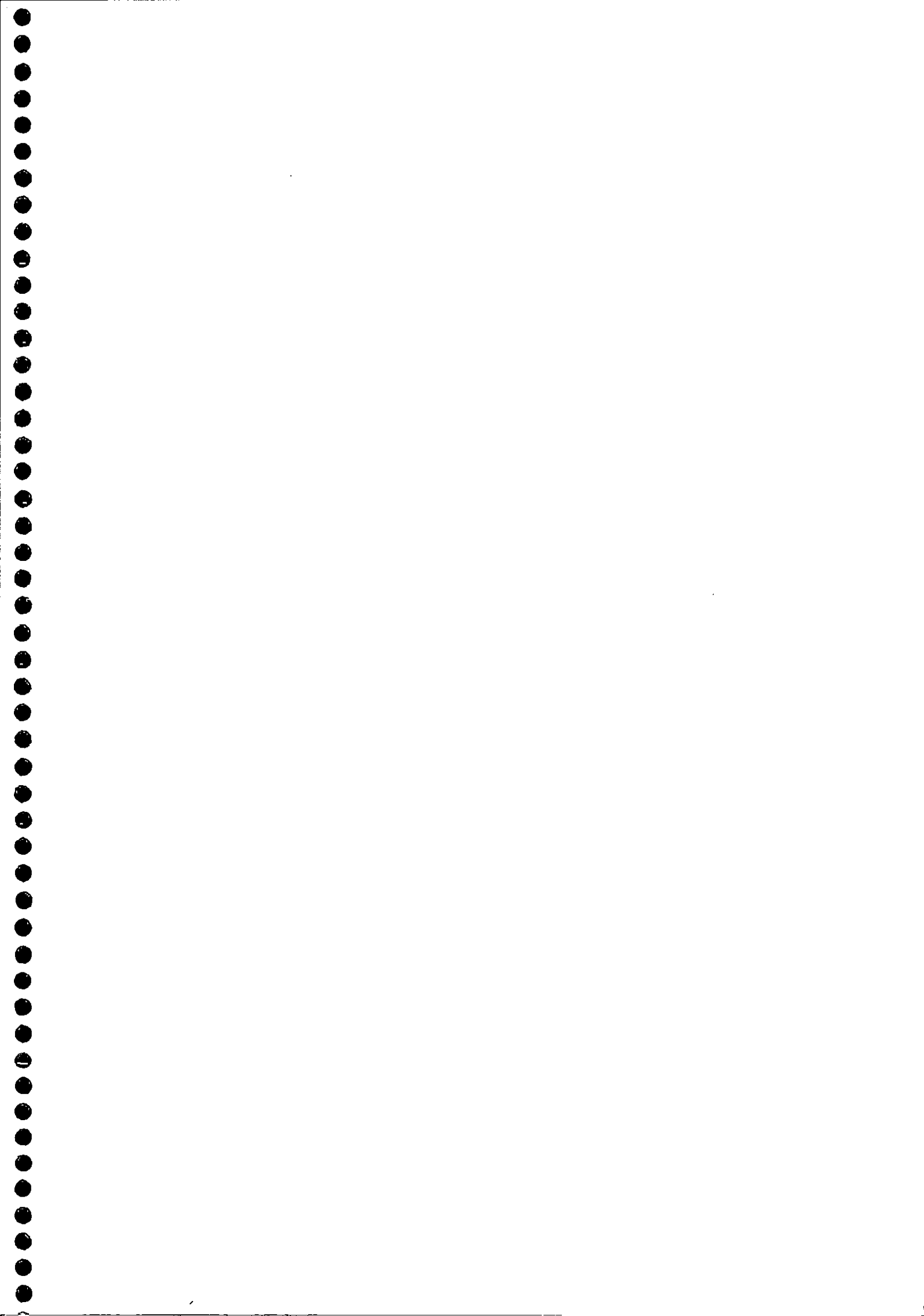


Houveram algumas restrições neste estudo devido a alguns aspectos, principalmente dificuldade em conseguir coletar dados, devido o encerramento das atividades de algumas unidades psiquiátricas da cidade de Juiz de Fora-MG.

Após a análise de prontuários, a pesquisa evidenciou que, a idade inicial do quadro da doença em homens foi de 22,1% entre 18 aos 30 anos, enquanto somente 5,5% das mulheres foram diagnosticadas nessa faixa etária. Segundo Chaves (2000) em seu estudo, a esquizofrenia tem início mais precoce em homens, entre 18 e 25 anos, e mais tardia em mulheres, numa faixa etária de 25 a 30 anos, a razão homem/mulher é de 2:1. Ocorrendo assim a concordância entre os resultados.

Em relação ao estado civil a grande maioria dos pacientes são solteiros com 64,6% de homens e 16,2% de mulheres e apenas uma pequena parcela deles são casados sendo 10,2% de homens e 13,5% de mulheres. Nunes e cols. (2009) fez um estudo que evidenciou a predominância de pacientes solteiros com 82,6% homens e 78,4% mulheres e os casados 3,5% homens e 2,0% mulheres. É observado também que a doença interfere socialmente na vida do doente, sendo que aproximadamente 18% dos pacientes não apresentam ocupação, endossando o estudo de Menezes e Mann (1993) que relata que ao menos 30% dos pacientes de sua coleta apresentava incapacidade severa.

Os subtipos da esquizofrenia variam no prognóstico e tratamento e são classificados em: paranóide, hebefrênica, catatônica, indiferenciada e residual. Este estudo evidenciou que sobre os subtipos o que prevalece é a paranóide com 44,9% em homens e 33,8% em mulheres, em segundo lugar temos a residual com 11,0% em homens e 20,3% em mulheres, logo após a indiferenciada com 2,4% em homens e 1,4% em mulheres. Estes resultados se assemelham ao estudo de Andrade e Costa (2011) realizado em Feira de Santana-BA, com pacientes esquizofrênicos do SUS que evidenciou que os subtipos clínicos de maior frequência foram o paranoide (51,1%), o indiferenciado (14,6%) e o residual (1,3%).



Já sobre as substâncias lícitas, elas apresentam maior proporção entre as drogas relacionadas aos pacientes esquizofrênicos, sendo o tabaco responsável por 59,1% dos homens e 52,7% das mulheres, enquanto que o álcool esteve presente em 47,2% dos homens e em 25,7% das mulheres. No estudo de Nunes (2006) 90% dos esquizofrênicos são fumantes, existe uma hipótese que o tabaco atuaria no córtex frontal, através da liberação de dopamina, atenuando assim os sintomas da doença. Olincy e cols. (1997) publicou que os pacientes esquizofrênicos que usam o tabaco apresentam uma taxa de nicotina de 1,6 vezes superior na urina se comparados com os pacientes que não são usuários do mesmo.

O quadro da doença inicia com sinais negativos e, posteriormente, positivos, e de acordo a amostra do estudo os que mais prevaleceram em relação aos sinais negativos foram o embotamento afetivo em homens (5,5%) e Empobrecimento da linguagem e pensamento nas mulheres (8,1%), ainda sobre os sinais negativos a maior prevalência foram a associação de dois ou mais sinais em ambos os sexos, homens (34,6%) e mulheres (40,5%). Em relação aos sinais positivos, 9,4% dos homens apresentaram agitação psicomotora, e 9,5% de mulheres apresentaram atos impulsivos. Contudo, a taxa de associação de um ou mais sinais positivos também se mostrou maior com 55,9% em homens e 62,2% em mulheres. O estudo de Carvalho (2012) revelou que comportamentos que surgiram no início da doença ou que se mantiveram por um longo período de tempo, a agitação psicomotora foi o maior com 62,5% dos pacientes.

A esquizofrenia pode vir associada a outras comorbidades. O estudo constatou que as que mais prevaleceram foram outros transtornos, com 95,3% em homens e 87,8% em mulheres. No estudo de Bressann (2000), afirma-se que em todas as fases da esquizofrenia foram encontradas taxas expressivas de quadro de depressão. Já a segunda comorbidade mais prevalente associada a esquizofrenia neste estudo foi a hipertensão. Segundo Azevedo e cols. (2007), como o uso de antipsicóticos em pacientes com transtornos mentais é alto, o mesmo coincide com o aumento da literatura psiquiátrica sobre alterações metabólicas com tais condições. Em relação a doença cardiovascular associada a gravidade de condições clínicas dos esquizofrênicos, a taxa de mortalidade é maior em duas vezes comparada a população em geral.



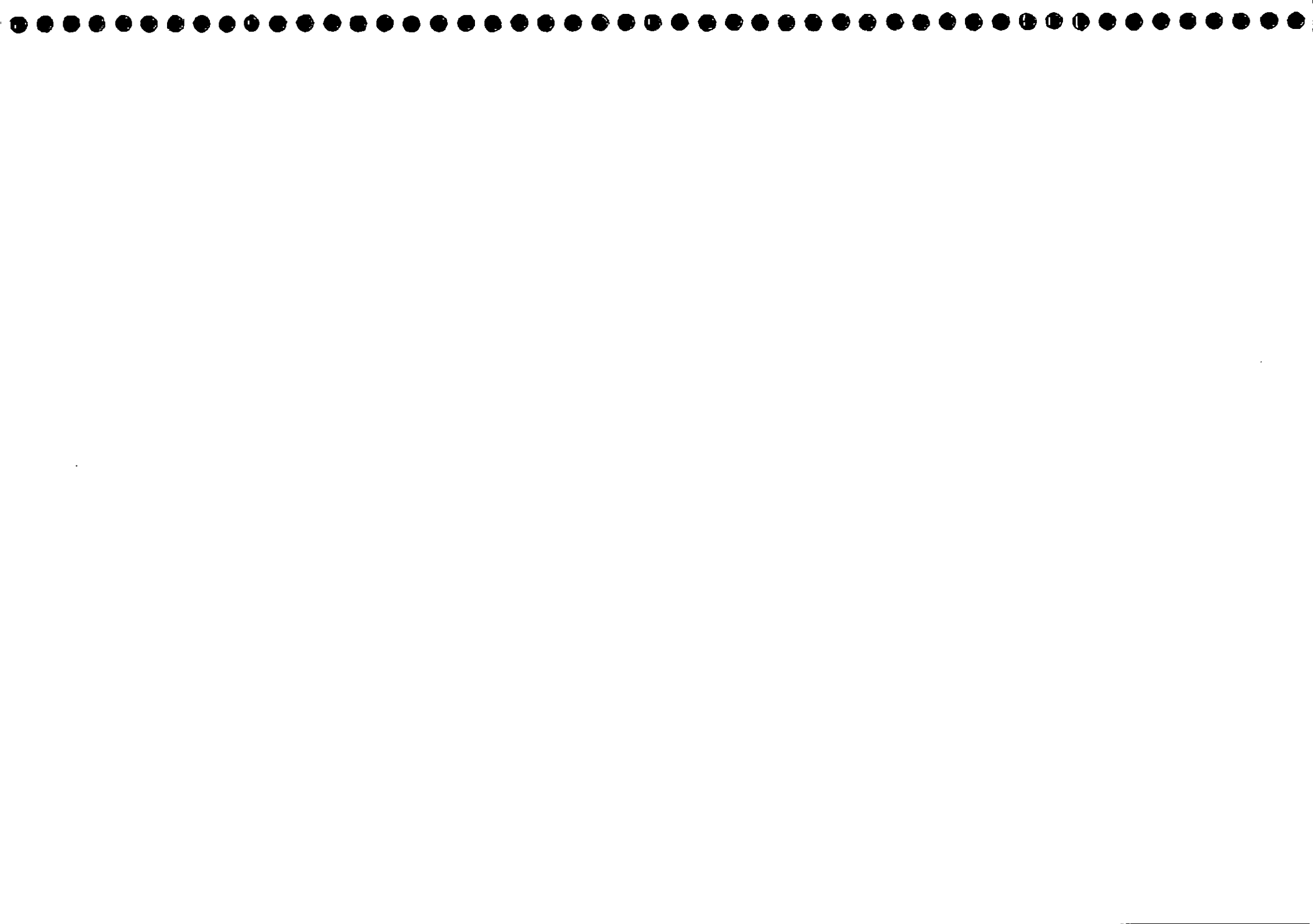
Em relação aos fármacos utilizados no controle da esquizofrenia os antipsicóticos são os mais frequentes. A análise realizada com os prontuários, aponta que os medicamentos com maior proporção são os antipsicóticos com 69,7%, em seguida, os benzodiazepínicos associados com 48,8%. O estudo de Louzã (2007) afirma que os antipsicóticos são os principais medicamentos usados no tratamento de pacientes com esquizofrenia, corroborando assim com as análises realizadas.

Portanto ao fim, cumprimos com todos os objetivos propostos, uma vez que todos os itens foram estudados e todos os prontuários devidamente analisados. Diante dos fatos, este trabalho foi de suma importância para nosso conhecimento e compreensão desta patologia, pois o aprofundamento deste tema nos permitiu compreender melhor fatores associados à esquizofrenia, visando um futuro aperfeiçoamento na terapêutica desses pacientes.

7 – CONCLUSÃO

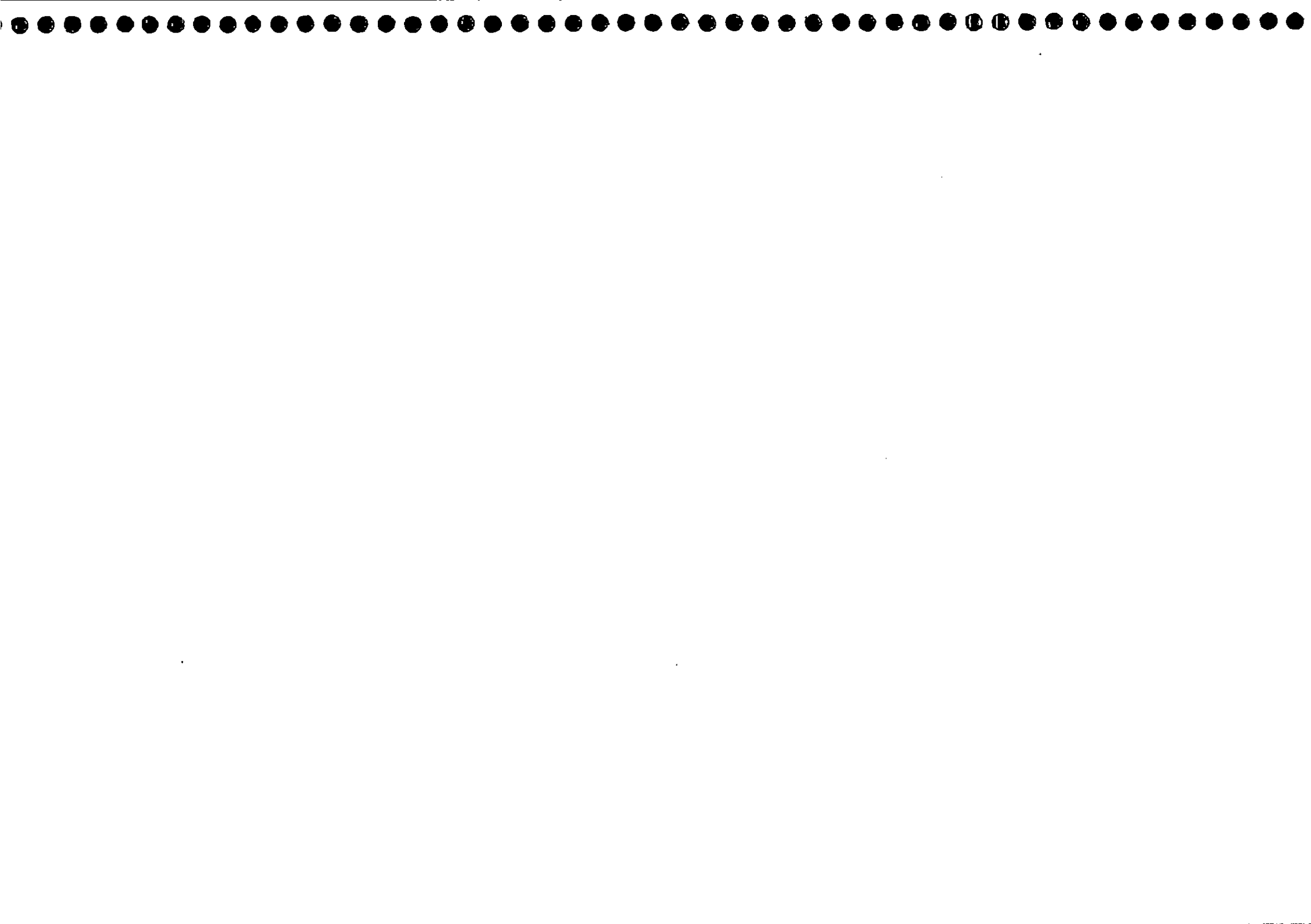
Concluimos que de acordo com o resultados apresentados, a maioria dos pacientes apresentam idade superior à 50 anos com 28,3% de homens e 52,7 mulheres. Oriundos de Minas Gerais (96,1%) e solteiros (64,6%) são os que representam maior parcela dentre a totalidade dos pacientes.

Apesar de um grande número de pacientes serem submetido á tratamentos específicos na maioria deles com antipsicóticos (69,7%), benzodiazepínicos (48,8%), drogas muito usadas em comorbidades psiquiátricas e longos períodos de internação com média de até 61,1 meses, ainda existe um uso excessivo de substâncias como tabaco e o álcool, estas, sendo as mais utilizadas entre tais pacientes com 56,7% e 39,3% respectivamente. Além da esquizofrenia, uma certa parcela de pacientes possuem outras comorbidades, haja vista que, outros transtornos se encaixam na maioria delas com 95,3% em homens e 87,8% em mulheres, não excluindo ainda comorbidades frequentes na população em geral, como; Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes. Essas patologias interferem diretamente na aceitação da doença, dificultando ainda mais a adesão ao tratamento e o convívio social dos mesmos.



8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alves H, Kessler F, Ratto LRC. Comorbidade: uso do álcool e outros transtornos psiquiátricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2004; 26(supl I):51-3.
2. Azevedo CLL, Guimarães LR, Lobato MI, Belmonte-de-Abreu P. Ganho de peso e alterações metabólicas em esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica* 2007; 34(2):184-88
3. Branco FMFC, Passos AVB, Silva ASV, Martins MCS, Teixeira TPV, Monteiro CFS. O significado da esquizofrenia para o portador. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI* 2012; 5(2):26-31.
4. Bressan AR. A depressão na esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2000; 22 (Supl I): 27-30.
5. Cardoso CS, Caiaffa WT, Bandeira M, Siqueira AL, Abreu MNS, Fonseca JOP. Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: Uma comparação por sexo. *Caderno de Saúde Publica* 2006; 22(6):1303-14.
6. Chaves AC. Diferenças entre os sexos na esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2000; 22(supl I):21-2.
7. Costa JAS, Andrade KVF. Perfil dos usuários incluídos no protocolo de esquizofrenia em um programa de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica. *Revista Baiana de Saúde Publica* 2011; 35(2): 446-56.
8. Elkis H. A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2000; 22 (supl I):23-6.
9. Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF, Möller HJ. Diretrizes da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica para o tratamento biológico da esquizofrenia parte 1: tratamento agudo. *Revista de Psiquiatria e Clínica* 2006; 33(supl 1):7-64.



10. Giacon BCC, Galera SAF. Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem USP* 2006; 40(2):286-91.
11. Glassman AH. Cigarette Smoking: Implications for Psychiatric Illness. *American Journal Psychiatry* 1993; 150 : 546-53.
12. Jarvik ME. Beneficial effects of nicotine. *British Journal of Addiction* 1991; 86: 571-75
13. Louzã MR. Detecção precoce: é possível prevenir a esquizofrenia? *Revista de Psiquiatria Clínica* 2007; 34(2):169-73.
14. Mari JJ, Leitão RJ. A epidemiologia da esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2000; 22(supl I):15-7.
15. Menezes PR, Mann AH. The social adjustment of patients with schizophrenia implications to the mental health policy in Brazil. *Revista de Saúde Pública* 1993; 27(supl 5):340-9.
16. Mezer RR. *Psiquiatria dinâmica*. Porto Alegre: Editora globo; 1972.
17. Mion Jr D, Nobre F, Kohlmann Jr O, Machado CA, Gomes MAM, Amodeo C, et al. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 2010; 95(supl 1):1-51.
18. Nobre TL. Algumas considerações psicanalíticas a respeito da esquizofrenia. *Psicologia Revista São Paulo* 2011; 20(1):67-78.
19. Nunes E. Consumo de tabaco. Efeitos na saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 2006; 22:225-44.



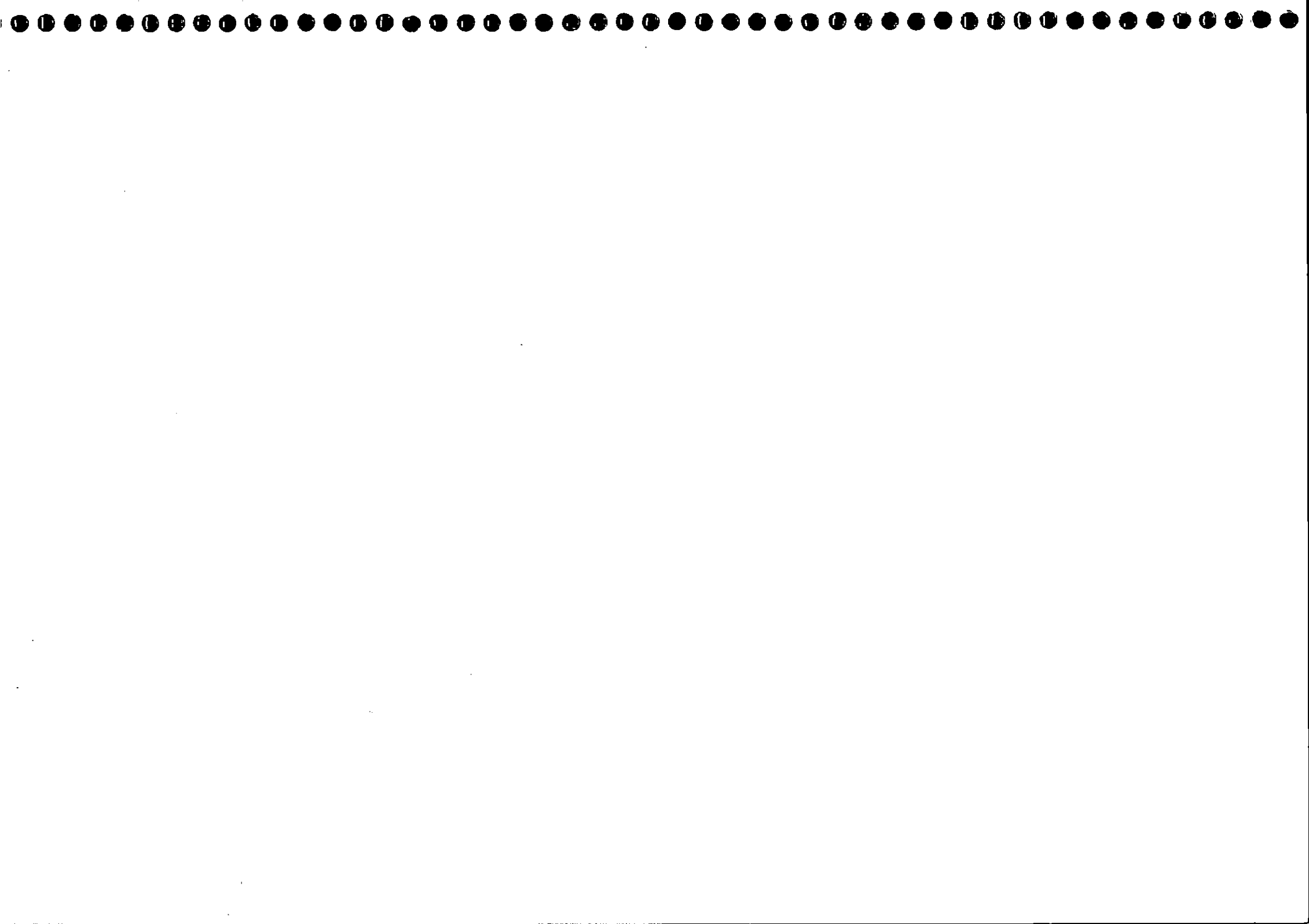
20. Nunes LVA, Dieckmann LHJ, Lacaz FS, Bressan R, Matsuo T, Mari JJ. A acurácia da Escala de Experiência Sexual do Arizona (ASEX) para identificar disfunção sexual em pacientes do espectro da esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria e Clínica* 2009;36(5):182-9.
21. Olincy A, Young DA, Freedman R. Increased levels of the nicotine metabolite cotinine in Schizophrenics Smokers Compared to Other Smokers. *Biological Psychiatry* 1997; 42: 1-5.
22. Oliveira RM, Facina PCBR, Júnior ACS. A realidade do viver com a esquizofrenia. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2012; 65(2):309-16.
23. Rangel BL, Santos A. Aspectos genéticos da esquizofrenia. *Revista UNINGÁ Review* 2013; 16(3):27-31.
24. Rosa MA, Elkis H. Adesão em esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica* 2007; 34(sulp 2):198-92.
25. Salleh MA, Papakostas I, Zervas I, Christodoulou G. Eletroconvulsoterapia: critérios e recomendações da Associação Mundial de Psiquiatria. *Revista de Psiquiatria Clínica* 2006; 33(5):262-7.
26. Sampaio ALP, Caetano D. Mortalidade em pacientes psiquiátricos: revisão bibliográfica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2006; 55(3):226-31.
27. Schmidt DR, Méa CPD. Transtorno de Personalidade Paranoide Dentro do Enfoque Cognitivo-Comportamental. *Revista de Psicologia da IMED* 2013; 5(2):77-83.
28. Schuckit MA, Monteiro MG. Alcoholism, Anxiety and Depression. *British Journal of Addiction* 1988; 83:1373-80.
29. Shirakawa I. O tratamento da esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2000; 22(Supl. I): 56-8.



30. Silva RCB. Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia USP* 2006; 17(4):263-85.
31. Silveira RD. Psicanálise e psiquiatria nos inícios do século XX: a apropriação do conceito de esquizofrenia no trabalho de Hermelino Lopes Rodrigues. *Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental* 2009; 3(12):582-96.
32. Souza LA, Coutinho ESF. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes em esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2006; 28(supl I):50-8.
33. Vilares CC, Redko CP, Mary JJ. Concepções de doenças por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 1999; 21(1):36-47.
34. Zanini MH. Psicoterapia na esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2000; 22(supl I):47-9.



9 - Anexos





Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC
Faculdade de Medicina de Juiz de Fora FAME/JF



PROTOCOLO DE PESQUISA

Identificação

Nome do Paciente (iniciais): _____

Número do Prontuário: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: ☐ masculino ☐ feminino

Naturalidade: _____ UF: _____

Estado Civil: _____

Filiação: _____ ☐ informação ignorada

Pai _____

Mãe _____

Usuário possui documentos? ☐ sim ☐ não ☐ informação ignorada

Qual(is): _____

Endereço do usuário

Bairro: _____

Município: _____ UF: _____

Ocupação principal à época da internação atual

Dados clínicos

Histórico Familiar de Doença Psiquiátrica:

☐ Sim. Qual? _____

☐ Não.

☐ Informação ignorada.

Internação Múltipla (local das internações):

☐ Na mesma clínica

☐ Em mais de uma clínica. Qual? _____

☐ Só teve uma internação

☐ Informação ignorada

Tratamento antes da internação atual:

☐ Ambulatório: _____ ☐ Hospital: _____

Município: _____ UF: _____

☐ Não recebia tratamento

☐ Informação ignorada

Data da primeira internação psiquiátrica nesta unidade: _____



Diagnóstico principal:

Comorbidade	Sim/Não	Qual(is)?	Início	Fim	Medicação
D. M.					
H.A.S.					
S.I.D.A.					
Pneumopatias					
Cardiopatias					
Nefropatias					
Neuropatias					
Hepatopatias					
Psiquiátricas					

Sinais: ☐ Sim ☐ Não

Positivos		Negativos	
Alucinações		Embotamento afetivo	
Ideias delirantes		Retração social	
Atos impulsivos		Empobrecimento da linguagem e pensamento	
Agitação psicomotora		Diminuição da fluência verbal	
Neologismos		Autonegligência	
		Lentificação psicomotora	

Uso de medicamentos: ☐ Sim ☐ Não

[illegible]



Hábitos e vícios:

Tipo	Sim/Não	Início	Fim	Unidade/Dia
Tabagismo				
Etilismo				
Outros				

Tempo da internação atual (independente da renovação da AIH): _____

☐ Informação ignorada

Motivo da permanência da internação atual: _____

☐ Informação ignorada

Tentativa de auto-extermínio: ☐ sim ☐ não

Última recorrência: _____ Número aproximado de ocorrências: _____

Agressividade contra outros: ☐ sim ☐ não

Última recorrência: _____ Número aproximado de ocorrências: _____

Boletim de Alta Hospitalar:

Nome: _____

CID: _____ Data da internação: _____ Data da alta: _____

Tratamento: _____

Observações: _____





**Ilma Senhor Rubem Dário Cardoso Vale,
Diretor da Casa de saúde Esperança.**

Vimos, por meio desta, apresentar os acadêmicos do curso de Graduação em Medicina da Universidade Presidente Antonio Carlos (FAME/JF) Anne Alencar Cunha, matrícula: 091-007097, Beatriz Christina Decort de Lima Melillo, matrícula: 091-007076, Carolina Paiva Marçal, matrícula: 091-007071, Danielle de Vasconcelos Ribeiro Bastos, matrícula: 091-007623, Dênys Dias Calhau Resende, matrícula: 082-004263, Fernanda Silva Alves de Melo, matrícula: 091-007004, Maria Teresa Barquette Cardoso, matrícula: 082-004290, Patrícia Gonçalves Sousa Lima, matrícula: 091-006998, Tiago de Oliveira Braga, matrícula: 082-004306 que estão desenvolvendo um projeto "Perfil epidemiológico dos pacientes com esquizofrenia tratados em Juiz de Fora-MG", como parte de requisito parcial para conclusão do referido curso.

Os referidos alunos realizarão uma pesquisa cujo objetivo é avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes tratados em Juiz de Fora-MG.

Os dados coletados poderão ser usados como fonte de informação para definir o perfil epidemiológico dos pacientes esquizofrênicos que fazem uso de álcool, tabaco e outras drogas em Juiz de Fora. O mesmo será executado sob a orientação do professor Dr. Guilherme Henrique Faria do Amaral. Os Prontuários dos pacientes que foram submetidos ao tratamento serão analisados, e um questionário de informações sócio culturais será preenchido de acordo com os mesmos.

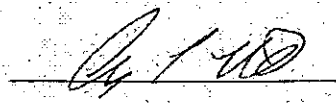
Considerando que os prontuários da pesquisa serão selecionados nessa instituição, solicitamos autorização para a realização da mesma. Cabe esclarecer que os trâmites necessários para a realização da pesquisa envolvendo seres humanos, dispostos pela Resolução CNS 466/12, serão observados com rigor.

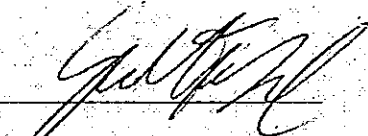
O protocolo será apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presidente Antônio Carlos de Juiz de Fora e só será iniciado após ter sido aprovado por este Comitê. O senhor (a) receberá uma cópia da carta de aprovação tão logo ela esteja disponível.

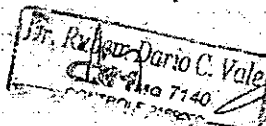
Colocamos nossa contribuição para o que for necessário e, desde já, contamos com a vossa valiosa contribuição.

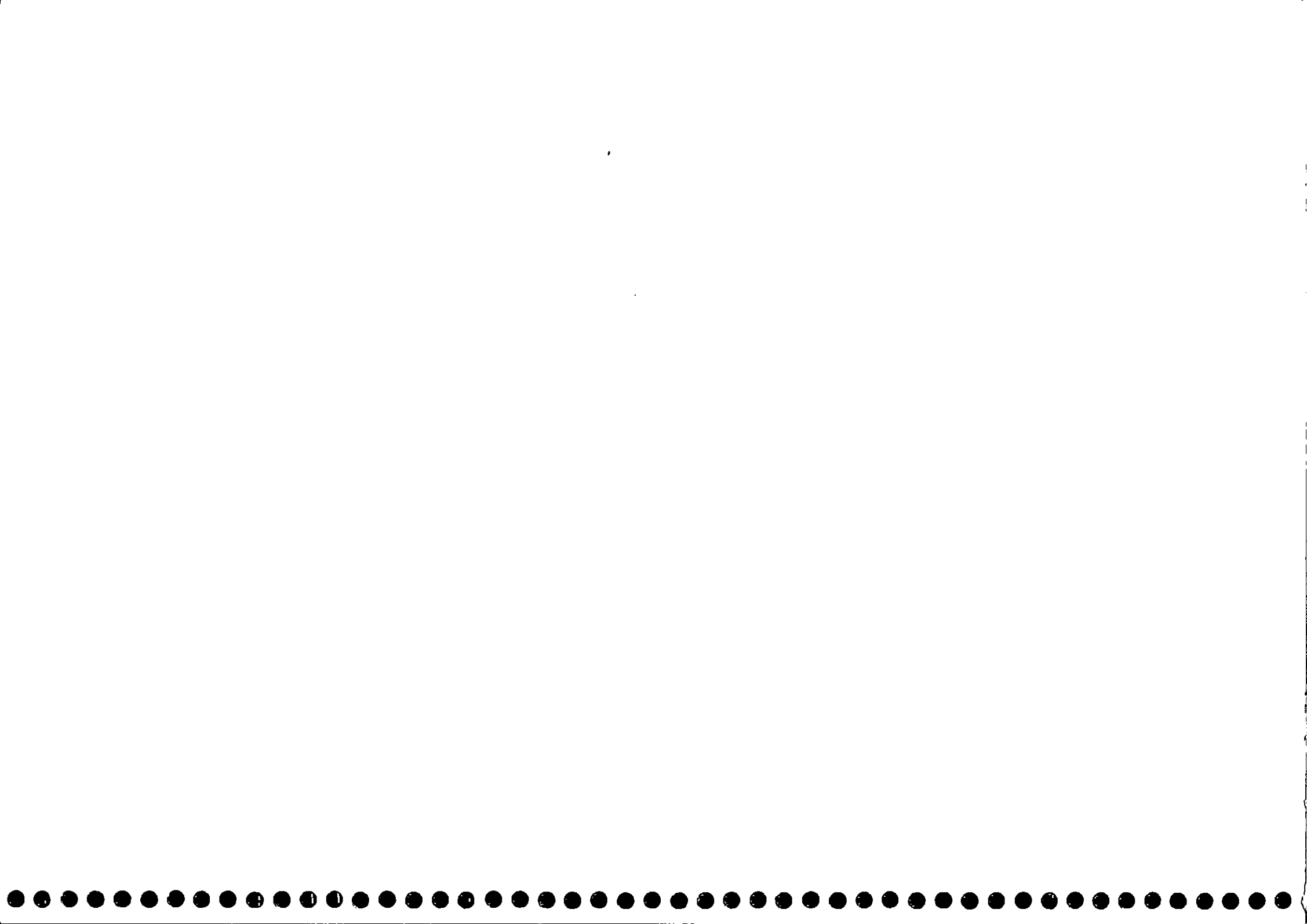
Atenciosamente,

Juiz de Fora, 15 de Outubro de 2013.


Dr. César Carvalho Esteves
Coordenador do Curso
Faculdade de Medicina de Juiz de Fora
FAME/JF - UNIPAC


Dr. Guilherme Henrique Faria do Amaral
Orientador da Pesquisa
Faculdade de Medicina de Juiz de Fora
FAME/JF - UNIPAC





PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil epidemiológico dos pacientes com esquizofrenia tratados no Hospital Casa de Saúde Esperança em Juiz de Fora-MG

Pesquisador: Guilherme Henrique Faria do Amaral

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 23293213.8.0000.5156

Instituição Proponente: Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 547.102

Data da Relatoria: 27/03/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo retrospectivo por meio da análise de prontuários no período de janeiro a dezembro de 2013 para identificar o perfil epidemiológico dos paciente com esquizofrenia tratados no Hospital Casa de Saúde Esperança em Juiz de Fora - MG.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: Verificar o perfil epidemiológico de pacientes esquizofrênicos que iniciaram seu tratamento em Juiz de Fora-MG.

Objetivo Secundário: 1. Verificar a frequência de uso de tabaco e álcool nos pacientes esquizofrênicos que iniciaram seu tratamento no hospital Casa de saúde esperança Juiz de Fora-MG. 2. Avaliar o tempo de hospitalização nos pacientes esquizofrênicos que em tratamento no hospital Casa de saúde esperança em Juiz de Fora-MG. 3. Verificar o tipo de tratamento usado em casa paciente no hospital Casa de saúde esperança em Juiz de Fora-MG. 4. Identificar as comorbidades associadas aos pacientes esquizofrênicos tratados no hospital Casa de saúde esperança em Juiz de Fora-MG.

Objetivos passíveis de serem alcançados mediante instrumento de coleta de dados (protocolo de pesquisa).

Endereço: - Rodovia MG - 338 - KM 12

Bairro: Colonia Rodrigo Silva

CEP: 36.201-143

UF: MG

Município: BARBACENA

Telefone: (32)3339-4960

Fax: (32)3339-4960

E-mail: cep@unipac.br



Continuação do Parecer: 547.102

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Toda pesquisa gera riscos mesmo que mínimos conforme descrito nas informações do projeto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa coerente com sequência lógica e percurso metodológico bem descrito facilitando visualização do caminho a ser percorrido durante o estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória (Autorização da Instituição e Folha de rosto) devidamente apresentados. Estudo dispensa TCLE devido a pesquisa ser realizada através da análise de prontuários.

Recomendações:

Atualizar cronograma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa passível de alcançar objetivos propostos mediante apresentado. Oriento atualizar cronograma de execução na etapa de coleta de dados.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BARBACENA, 06 de Março de 2014

Assinador por:
Isabela Rodrigues Costa
(Coordenador)

Endereço: Rodovia MG - 338 - KM 12

Bairro: Colonia Rodrigo Silva

CEP: 36.201-143

UF: MG

Município: BARBACENA

Telefone: (32)3339-4960

Fax: (32)3339-4960

E-mail: cep@unipac.br

