

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EM AMBULATORIO DE UM HOSPITAL PÚBLICO

SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL PROFILE OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA ATTENDED IN A PUBLIC HOSPITAL AMBULATORY

Priscila Pereira Nunes¹
Luciana Amorim²
Paola Barros Delben³
Helder Lima Gusso⁴
Roberto Moraes Cruz⁵

Recebido em: 06 jun. 2017
Aceito em: 18 jun. 2018

RESUMO: A esquizofrenia é uma doença mental crônica, caracterizada por distorções do pensamento e da percepção e do afeto, com frequência associados a comportamentos sociais inadequados. O objetivo desta pesquisa foi realizar um mapeamento de fatores sociodemográficos e clínicos de pacientes atendidos em um ambulatório de esquizofrenia e outras psicoses de um hospital público do sul do Brasil. Trata-se de uma pesquisa descritiva e correlacional em uma amostra por conveniência de 108 pacientes (59,3% masculino e 40,7% feminino), com idade média de 36 anos (mediana = 36, IIQ = 27,0 - 46,0). A coleta dos dados sociodemográficos e clínicos foram realizado por meio de um questionário e dos instrumentos Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), MINI Plus e Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS-BR). Apenas 16% dos participantes tinham emprego remunerado. Os sintomas típicos do transtorno mostraram-se dentro do esperado (sintomas positivos, mediana = 13, IIQ = 9,25 - 16; sintomas negativos, média = 18,3, DP ± 6,3). O medicamento mais utilizado é a clozapina, um antipsicótico atípico, que possui evidências de eficácia em sintomas positivos e negativos e para modulação de comportamentos suicidas.

Palavras-chave: Esquizofrenia. Perfil clínico. Variáveis sociodemográficas.

ABSTRACT: Schizophrenia is a chronic mental illness characterized by distortions in thinking, perception and affection, frequently associated with inappropriate social behavior. The objective of this research was to map sociodemographic and clinical factors related to schizophrenia in patients attended at a public hospital in southern Brazil. It is a descriptive and correlational research in a convenience sample of 108 patients (59.3% male and 40.7% female), with a mean age of 36 years (median = 36, IIQ = 27.0-46, 0). The sociodemographic and clinical data were collected through a

¹ Aluna do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: priscila.ppnunes@gmail.com.

² Psicóloga, mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: luamorim.psiq@gmail.com.

³ Psicóloga, mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: paola321321x@gmail.com.

⁴ Doutor em Psicologia, professor do Departamento de Psicologia Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: heldergusso@gmail.com.

⁵ Doutor em Engenharia de Produção, pós-doutorado em Métodos e Diagnóstico, professor do Departamento de Psicologia Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: robertocruzdr@gmail.com.

questionnaire and the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), MINI Plus and Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS-BR) instruments. Only 16% of the participants had paid employment. The typical symptoms of the disorder were within the expected (positive symptoms, median = 13, IIQ = 9.25 - 16, negative symptoms, mean = 18.3, SD \pm 6.3). The most commonly used drug is clozapine, an atypical antipsychotic, which has evidence of efficacy in positive and negative symptoms and modulation of suicidal behavior.

Keywords: Schizophrenia. Clinical profile. Sociodemographic variables.

INTRODUÇÃO

Define-se esquizofrenia como uma doença mental crônica, caracterizada por distorções do pensamento e da percepção e do afeto, associadas a comportamentos sociais inadequados na maior parte do tempo (FLEISCHHACKER et al., 2014; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). É uma enfermidade complexa, com prevalência estimada em 1% da população mundial, caracterizada pela presença de distorções do pensamento, alucinações, delírios e comportamento desorganizado, de longa duração e início precoce (ALLOTT et al., 2013).

Não há evidências científicas suficientes para explicar o desenvolvimento da esquizofrenia, embora haja consenso na literatura especializada acerca de sua natureza multifatorial, fato que ressalta a importância de se ter uma maior clareza acerca da influência do contexto no desenvolvimento e curso do transtorno (ZOGHBI; LIEBERMAN, 2018). Assim como não há um consenso acerca das causas, não existe uma perspectiva de cura para a esquizofrenia. Os sintomas são principalmente controlados e amenizados por meio de tratamento medicamentoso, que afeta tanto em aspectos bioquímicos quanto nas interações, sentimentos, escolhas e direção do comportamento por parte do paciente (VEDANA; MIASSO, 2014). A administração da medicação deve facilitar a adesão ao tratamento, a fim de evitar dificuldades e restrições na conduta do paciente.

Fatores preditores da esquizofrenia indicam características comuns em relação ao aparecimento e curso do transtorno. Dados internacionais apontam que pacientes com esquizofrenia, geralmente, têm o primeiro contato com serviços de saúde mental antes dos 35 anos, sendo que os homens têm contato mais cedo do que mulheres (KIRKBRIDE et al., 2006). Esta evidência pode ser associada à algumas variáveis como sexo, curso do tratamento e evolução dos casos de esquizofrenia. A idade de início da doença difere-se em 10 anos entre homens e mulheres, e estudos indicam que, para os homens, a idade de início da doença está entre 18 e 25 anos, enquanto que, para as mulheres, entre 25 e 35 anos (CHAVES, 2000; INSEL, 2010).

Há uma alta prevalência de comportamentos suicidas relacionados à esquizofrenia. Pesquisas indicam que cerca de 10% dos indivíduos diagnosticados com esquizofrenia manifestam comportamentos suicidas (ROY, 1990), e alguns estudos apontam a clozapina como o único antipsicótico atípico com evidências promissoras na interferência de comportamento suicida (SILVA; PEREIRA, ROZENTHAL; ELKIS, 2001; SILVA; LOVISI;

VERDOLIN; CAVALCANTI, 2012).

O DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013) aponta algumas comorbidades frequentes em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, dentre elas, estima-se que mais da metade dos indivíduos tem transtorno por uso de tabaco e fuma regularmente. As pesquisas realizadas entre 2001 e 2010, indicam que 43% dos pacientes não adere ao tratamento proposto. Entretanto, o uso de antipsicóticos atípicos foi associado à maior adesão ao tratamento na maioria dos estudos. Já a comorbidade como uso de substâncias psicoativas, falta de apoio social e presença de efeitos colaterais da medicação foram indicados como fatores associados à falta de aderência ao tratamento (SILVA et al., 2012).

Pesquisas internacionais acerca da esquizofrenia têm apontado um crescente movimento em direção ao conceito de recuperação e adaptação, com expectativas de um tratamento que propicie uma vida produtiva e satisfatória para esses pacientes, e não apenas na remissão de sintomas típicos, como alucinações ou delírios (ADDINGTON; PISKULIC; MARSHALL, 2010; FLEISCHHACKER et al., 2014). Dessa forma, a obtenção do mapeamento de fatores sociodemográficos e clínicos relacionados ao quadro da esquizofrenia é etapa imprescindível na elaboração de hipóteses para futuras pesquisas acerca do tema. Além disso, permite a elaboração de políticas de saúde pública que melhorem o cuidado e manejo terapêutico desta parcela da população, bem como pode trazer mais dados sobre o impacto socioeconômico que tais pacientes geram para o sistema de saúde (FLEISCHHACKER et al., 2014).

MATERIAL E MÉTODO

Esta pesquisa é de delineamento descritivo e correlacional (CRESWELL, 2010). Os dados foram coletados em um Ambulatório de Esquizofrenia e outras Psicoses de um hospital público do sul do Brasil. Esta foi aprovada no Conselho de Ética em Pesquisas/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/ CONEP) em 01/03/2016, de acordo com parecer número 1.432.157. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelo paciente e seu responsável e o termo de autorização institucional para a pesquisa pelo profissional responsável do IPq/SC.

CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES

Foram acessados 115 pacientes e seus respectivos familiares, quando foi possível. Os critérios de inclusão dos participantes foram: pacientes com idade igual ou superior a 18 anos; em acompanhamento regular no Ambulatório e que tenham o diagnóstico de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo. E os critérios de exclusão: pacientes com diagnóstico clínico de deficiência intelectual grave que comprometa a compreensão das entrevistas ou o abandono de tratamento/acompanhamento no Ambulatório por período

superior a noventa dias. Desse total, sete casos foram excluídos da pesquisa em função dos critérios de exclusão. A amostra final, portanto, foi de 108 participantes, sendo que apenas 80 deles responderam à totalidade dos instrumentos de pesquisa.

INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

As variáveis sociodemográficas (sexo, nível de escolaridade, profissão, renda, estado civil, ocupação, idade de início da doença e tempo de doença) foram obtidas por meio de entrevista com os pacientes e familiares, assim como também por meio dos prontuários dos pacientes cadastrados no Ambulatório, que realizam acompanhamento regular. A coleta dos dados clínicos (sintomas típicos e comorbidades) foi realizada por meio dos seguintes instrumentos:

- a) *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), utilizado para triagem de síndrome psicótica e outras comorbidades;
- b) *MINI Plus*, para confirmação do diagnóstico de esquizofrenia (AMORIM, 2000; SHEEHAN et al., 1998);
- c) *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS-BR), desenvolvida por Kay e colegas (KAY, FISZBEIN, & OPLER, 1987). É um instrumento que possibilita uma melhor padronização psicométrica para avaliar os sintomas típicos da esquizofrenia.

TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados em um grupo de variáveis: idade atual (a partir da data de nascimento) e tempo de doença (idade atual – hda). A variável procedência (cidade onde reside) foi agrupada em “Grande Florianópolis” e “Outros”. Os seguintes municípios foram considerados enquanto componentes da “Grande Florianópolis”: Águas Mornas; Alfredo Wagner; Angelina; Anitápolis; Antônio Carlos; Biguaçu; Canelinha; Florianópolis; Governador Celso Ramos; Leoberto Leal; Major Gercino; Nova Trento; Palhoça; Paulo Lopes; Rancho Queimado; Santo Amaro da Imperatriz; São Bonifácio São João Batista; São José; São Pedro de Alcântara; e Tijucas. Os municípios agrupados em “Outros” foram: Bom Retiro; Bombinhas; Lages; Navegantes; Porto Belo; e São Carlos.

Variáveis categóricas foram descritas em números absolutos e frequência, variáveis contínuas de distribuição paramétrica em média e desvio padrão e variáveis contínuas com distribuição não-paramétrica em mediana e intervalo interquartil (IIQ) (AGRESTI; FINLAY, 2012). A análise estatística foi realizada por meio do programa IBM-SPSS 20.0 (CHICAGO, IL, USA).

RESULTADOS

Na tabela 1 encontram-se descritas as características sociodemográficas e clínicas coletadas dos participantes. As seguintes variáveis numéricas tiveram sua normalidade testada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov e apresentaram distribuições não paramétricas ($p \leq 0.05$): idade de início histórico doença atual; tempo entre o surgimento de sintomas e o início do tratamento; número de hospitalizações; número de tentativas de suicídio; anos de estudo; idade atual; tempo de doença; renda do paciente; número de tentativas de suicídio (ts) ao longo da vida; e, renda da família. Diante disso, tais variáveis foram descritas por mediana e intervalo interquartil (IIQ) (AGRESTI; FINLAY, 2012; DANCEY; REIDY, 2006). Além disso, estão descritas na tabela 1 a distribuição das frequências das variáveis categóricas sexo, situação ocupacional, uso de substâncias psicoativas (SPA) prévio ao surgimento do transtorno, situação conjugal e local de residência dos participantes (procedência).

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas de pacientes com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos (n = 108)

Variáveis ^a	Valor
Sexo	
Feminino	44 (40,7)
Masculino	64 (59,3)
Idade (anos), mediana (IIQ)	36 (27,0 – 46,0)
Idade de início (anos), mediana (IIQ)	20 (16,0 – 24,25)
Tempo de doença (anos), mediana (IIQ)	13 (6,0 – 22,0)
Psicose não tratada (meses), mediana (IIQ)	6,0 (1,0 – 24,0)
Número de hospitalizações, mediana (IIQ)	2,0 (1,0 – 4,0)
Tentativas de suicídio, mediana (IIQ)	0,0 (0,0 – 1,0)
Trabalha atualmente ^b	
Sim	18 (16,7)
Não	89(82,4)
Uso prévios de substâncias psicoativas ^c	
Não	68 (63,0)
Sim	40 (37,0)
Situação conjugal	
Solteiro	78 (72,2)
Casado	18 (16,7)
Separado	11 (10,2)
Viúvo	1 (0,9)
Anos de estudo	10 (7,8 – 12,0)
Renda do paciente	780,00 (0,00 – 880,00)
Renda familiar	2000,00 (1200,00 – 3000,00)
Procedência ^d	
Grande Florianópolis	100 (92,6)
Outros	7 (92,6)

^a Variáveis numéricas com distribuição não paramétrica estão representados em mediana (IIQ), com a normalidade dos dados definida pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. ^b Dados faltantes para 1 paciente. ^c (SPA) De acordo com anamnese. ^d Dados faltantes para 1 paciente.

Em relação à avaliação dos sintomas típicos do transtorno, apenas a pontuação da PANSS-BR referente aos sintomas negativos apresentou uma distribuição normal, conforme descrito na tabela 2.

Tabela 2. Escores da PANSS-BR de pacientes com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos (n=80)

Variáveis ^a (n = 80 ^b)	Distribuição	Valor de p
PANSS-BR		
Sintomas positivos, mediana (IIQ)	13 (9,25 – 16)	p = 0,007
Sintomas negativos, média ± DP	18,3 ± 6,3	p = 0,18*
Psicopatologia geral, mediana (IIQ)	35 (28,25 – 39)	p = 0,03

^a Variáveis numéricas com distribuição paramétrica estão representados em média ± DP e distribuição não paramétrica em mediana (IIQ), com a normalidade dos dados definida pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. ^b Dados coletados de 80 sujeitos que compõem a amostra total de 108 casos. * valor de p considerado: p ≥ 0,05

Os resultados da confirmação diagnóstica e avaliação de comorbidades, por meio da escala MINI estão detalhados na tabela 3. Nenhum dos participantes apresentou os critérios diagnósticos para anorexia, bulimia ou personalidade antissocial.

Tabela 3. Frequência da confirmação diagnóstica de esquizofrenia e avaliação de outras comorbidades por meio da MINI.

Confirmação diagnóstica e comorbidades (MINI) ^a	Casos (válidos)			Valor de p ^b
	Homens	Mulheres	Total	
Episódio depressivo maior	n = 64 (59,3%)	n = 44 (40,7%)	n = 108 (100%)	0,12
Distímia	4 (3,7%)	5 (4,6%)	9 (8,3%)	0,35
Risco de suicídio	27 (25,0%)	16 (14,8%)	43 (39,8%)	0,54
Episódio maníaco	9 (8,3%)	11 (10,2%)	20 (18,5%)	0,15
Episódio hipomaniaco	0 (0,0%)	2 (1,9%)	2 (1,9%)	0,08
Transtorno do pânico	7 (6,5%)	3 (2,8%)	10 (9,3%)	0,47
Agorafobia	14 (13,0%)	5 (4,6%)	19 (17,6%)	0,16
Fobia social	9 (8,3%)	1 (0,9%)	10 (9,3%)	0,04*
Dependência do álcool	1 (0,9%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)	0,41
Dependência de spa	4 (3,7%)	0 (0,0%)	4 (3,7%)	0,09
Abuso de spa	3 (2,8%)	2 (1,9%)	5 (4,6%)	0,97
Transtorno do humor com características psicóticas	3 (2,8%)	0 (0,0%)	3 (2,8%)	0,15
Transtorno de ansiedade generalizada	6 (5,6%)	4 (3,7%)	10 (9,3%)	0,96
Transtorno obsessivo compulsivo	8 (7,4%)	2 (1,9%)	10 (9,3%)	0,16
Síndrome psicótica atual	27 (25%)	16 (14,8%)	43 (39,8%)	0,54
Síndrome psicótica ao longo da vida	57 (52,8%)	39 (36,1%)	96 (88,9%)	0,95

^a MINI = Mini International Neuropsychiatric Interview DSM-IV, ^b Significância testada através do teste do Qui-Quadrado. * Valor de referência: p ≤ 0,05.

Os resultados da confirmação diagnóstica por meio da MINI Plus encontram-se descritos na tabela 4. Quatro casos não foram confirmados como esquizofrenia pela MINI e MINI Plus, entretanto, de acordo com os registros encontrados nos prontuários os diagnósticos clínicos destes pacientes são: transtorno esquizoafetivo (1 caso), psicose não orgânica não especificada (1 caso) e, esquizofrenia paranóide (2 casos).

Tabela 4. Frequência da confirmação diagnóstica de esquizofrenia através da MINI Plus.

Confirmação diagnóstica MINI Plus ^a	Casos (válidos)			Valor de p ^b
	Homens n = 64 (59,3%)	Mulheres n = 44 (40,7%)	Total n = 108 (100%)	
Transtorno psicótico sem especificação	2 (1,9%)	2 (1,9%)	4 (3,7%)	0,70
Esquizofrenia atual	38 (35,2%)	24 (22,2)	62 (57,4%)	0,62
Esquizofrenia ao longo da vida	59 (54,6%)	44 (40,7%)	103 (95,4%)	0,06
Transtorno psicótico devido à uma condição médica				
Sim	1 (0,9%)	1 (0,9%)	2 (1,9%)	0,95
Incerto	5 (4,6%)	3 (2,8%)	8 (7,4%)	
Transtorno psicótico induzido por SPA				
Sim	2 (1,9%)	1 (0,9%)	6 (5,6%)	0,44
Incerto	-	-	-	

^a MINI Plus = Mini International Neuropsychiatric Interview DSM-IV, ^b Significância testada por meio do teste do Qui-Quadrado. * Valor de referência: p≤0,05.

Foram encontradas 33 diferentes medicações psicotrópicas utilizadas pelos pacientes atendidos no ambulatório de esquizofrenia. Apesar da frequência de utilização do ácido valpróico (21,3%) e do clonazepam (17,6%), estas não são medicações antipsicóticas. Vale lembrar que, uma vez que no tratamento da esquizofrenia é frequente a utilização de outros fármacos como os ansiolíticos e sedativos para potenciar o efeito da terapêutica, os pacientes podem fazer uso de mais de uma medicação ao mesmo tempo. Na tabela 5 encontram-se listadas as medicações antipsicóticas mais utilizadas pelos participantes.

Tabela 5. Medicações antipsicóticas mais utilizadas pelos pacientes

Antipsicóticos	Casos (válidos)		Total n = 108 (100%)
	Homens n = 64 (59,3%)	Mulheres n = 44 (40,7%)	
Clozapina	23 (21,3%)	11 (10,2%)	34 (31,5%)
Olanzapina	20 (18,5%)	11 (10,2%)	31 (28,7%)
Risperidona	9 (8,3%)	9 (8,3%)	18 (16,7%)
Haloperidol	6 (5,6%)	5 (4,6%)	11 (10,2%)
Paliperidona	3 (2,8%)	5 (4,6%)	8 (7,4%)
Haloperidol decanoato	2 (1,9%)	5 (4,6%)	7 (6,5%)
Quetiapina	2 (1,9%)	4 (3,7%)	6 (5,6%)

O fármaco mais utilizado pelos participantes da pesquisa foi a clozapina (31,5%), seguido de olanzapina (28,7%), tanto para homens quanto para mulheres. Em geral, os antipsicóticos são os mais escolhidos para o tratamento da esquizofrenia, pois são os únicos medicamentos com eficácia demonstrada principalmente em relação aos sintomas positivos (alucinações, delírios, pensamento e/ ou comportamento bizarro) (FLEISCHHACKER et al., 2014).

DISCUSSÃO

Indo ao encontro de outras pesquisas sobre as características sociodemográficas das pessoas diagnosticadas com esquizofrenia (ALVARADO et al., 2012; CESARI;

BANDEIRA, 2010), destaca-se que há mais participantes do sexo masculino. O sexo pode ser considerado como um fator preditor importante e com influência na idade de diagnóstico, curso e evolução da doença. Estudos indicam que o prognóstico para mulheres é melhor em relação ao número de reinternações psiquiátricas, funcionamento social e evolução do quadro clínico (CHAVES, 2000).

Quanto ao estado civil, a maioria dos participantes é solteiro, concordando com outras pesquisas (ALVARADO et. al, 2012; CARDOSO et. al, 2006). Chaves (2000) indica que os homens têm maior probabilidade de ficarem solteiros devido à idade de início da doença. Um estudo brasileiro que buscou identificar fatores associados à qualidade de vida identificou a variável estado civil como um dos fatores preditivos para maior ou menor índice de qualidade de vida. Dos homens casados, 62,5% apresentou qualidade de vida comprometida, enquanto 84,6% dos solteiros apresentou qualidade de vida muito comprometida (CARDOSO et. al 2006).

Em relação à situação ocupacional, os resultados mostraram que 16,7% dos participantes trabalham atualmente pelo menos 20 horas semanais e recebem remuneração. Estudos internacionais reportam índices de emprego que variam entre 4 e 13% (EVENSEN et al., 2016; HONKONEN; STENGARD; VIRTANEN; SALOKANGAS, 2007; TANDBERG; SUNDET; ANDREASSEN; MELLE; UELAND, 2013; TURNER et al., 2009). No Brasil, Cesari e Bandeira (2010) encontraram um índice de 20,8% de pacientes esquizofrênicos que trabalhavam. Esses resultados mostram-se relevantes, uma vez que a reabilitação no trabalho é um desafio considerável de tratamento após a doença psicótica (ALLOTT et al., 2013). Para superar as dificuldades de reinserção profissional iniciativas como os programas de emprego apoiado (*supported employment*), estão sendo implementados em vários países (ARGENTZELL; HÅKANSSON; EKLUND, 2012; CORBIÈRE et al., 2011). No Brasil, apesar dos pacientes não contarem com essas iniciativas, foram encontradas taxas de emprego maiores que de países com programas de inserção no mercado de trabalho para pacientes com esquizofrenia.

A capacidade de manter um trabalho remunerado é considerado essencial na recuperação funcional dos pacientes com esquizofrenia, uma vez que, muitas vezes, a melhora dos sintomas nem sempre é acompanhada de melhorias funcionais (ADDINGTON et al., 2010). Pesquisas mostram que as pessoas com uma doença mental geralmente percebem maior bem-estar quando se ocupam de trabalho remunerado (ARGENTZELL et al., 2012; BIO; GATTAZ, 2011).

Estudos têm associado ao aumento da vulnerabilidade à esquizofrenia e o uso de substâncias psicoativas (SPA) (CARNEY et al., 2017; MILLAN et al., 2016), em especial, o consumo de *cannabis* em idade precoce (BARNETT et al., 2007; CARNEY et al., 2017). Além disso, o uso de SPA está associado a prognósticos desfavoráveis, uma vez que pode complicar o tratamento e prejudicar a recuperação (ALBERT et al., 2017; BARNETT et al., 2007).

Nesta pesquisa, foram identificados 40 pacientes (37,0%) que reportaram o uso de SPA anterior à esquizofrenia, além de 4 casos de dependência de SPA (3,7%) e 5 casos

de abuso de SPA (4,6%). De acordo com o estudo de Wilson e Cadet (2009) a prevalência de abuso de substâncias entre indivíduos com diagnóstico de psicose é uma preocupação cada vez maior e os pacientes com esquizofrenia podem ter taxas de abuso de substâncias até 47% maiores do que o público em geral. Abuso de SPA e comportamento suicida representam as principais causas de sofrimento, morbidade e óbitos evitáveis especialmente entre indivíduos com esquizofrenia (CEDERLÖF et al., 2017).

Os sintomas negativos, definidos como afeto embotado, isolamento social, pensamento empobrecido, perda de interesse e perda da capacidade de sentir prazer, são elementos-chave da esquizofrenia (LINCOLN; MEHL; KESTING; RIEF, 2011), e têm sido associados à funcionalidade dos pacientes (GALDERISI ET AL., 2014; RAMSAY; STEWART; COMPTON, 2012). Na amostra estudada, o escore médio da PANSS encontrado para os sintomas negativos foi de 18,3 (DP \pm 6,3), refletindo os resultados encontrados em outros estudos que utilizaram o mesmo instrumento de avaliação (CHOU; MA; YANG, 2014; GALDERISI et al., 2014; GEE et al., 2016; LINCOLN et al., 2011; RAMSAY et al., 2012). Os sintomas negativos representam uma necessidade clínica significativa não satisfeita e a busca por tratamentos de maior eficácia recebeu interesse renovado nos últimos anos. Apesar disso, os mecanismos que permeiam os sintomas negativos continuam mal compreendidos e o aumento da compreensão da variação no curso dos sintomas negativos pode ajudar o entendimento dos mecanismos subjacentes à ele (GEE et al., 2016).

Os dados referentes aos sintomas positivos e os de psicopatologia geral, também avaliados pela PANSS, não apresentaram uma distribuição normal na amostra coletada, dificultando a comparação com outros achados. Tal evidência, porém, demonstra a necessidade da continuidade desta pesquisa e da ampliação número de sujeitos entrevistados para que se possa realizar análises estatísticas mais robustas (AGRESTI; FINLAY, 2012; DANCEY; REIDY, 2006).

Este estudo também indicou um alto nível de risco de suicídio entre os participantes. A MINI indicou que 39,8% da amostra possui algum risco de suicídio e que, segundo Chaves (2000), é mais frequente no sexo masculino e está associado com desesperança, depressão e falta de expectativas. Sintomas e comportamentos depressivos são frequentes em todas as fases da esquizofrenia e associam-se a vários aspectos negativos do desfecho clínico, elevando a taxa de recaídas, pior qualidade de vida e suicídio (CERDELOF, 2017; BRESSAN, 2000).

O fármaco mais utilizado pelos participantes da pesquisa foi a clozapina (31,5% da amostra), considerada um antipsicótico atípico, e que pode reduzir efetivamente os sintomas psicóticos em pacientes com esquizofrenia. Diferente dos fármacos típicos, há evidências de que a clozapina diminui o uso de drogas para pacientes com esquizofrenia (AKERMAN, 2014), embora possua efeitos colaterais, tais como o aumento de peso, sedação e déficit na produção de hemoglobina, fazendo com que seja necessário exames periódicos para manutenção da medicação (AKERMAN, 2014; MILLAN, 2016). Alguns estudos também apontam para a eficácia da medicação na prevenção e extinção de

comportamentos suicidas para pacientes esquizofrênicos (SILVA; PEREIRA,; ROZENTHAL; ELKIS, 2001; SILVA; LOVISI; VERDOLIN; CAVALCANTI, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que as variáveis sexo e estado civil estão de acordo com que a literatura indica, que em geral, há maior predominância do sexo masculino e a maioria das pessoas com esquizofrenia é solteira. A maior parte dos participantes não trabalha, mas ainda assim cerca de 16% dos participantes tem um emprego remunerado. Os escores de sintomas negativos obtidos nesta pesquisa através da PANSS estão de acordo com outros estudos. O medicamento mais utilizado é a clozapina, um antipsicótico atípico, que possui evidências de eficácia em sintomas positivos e negativos e para modulação de comportamentos suicidas.

REFERÊNCIAS

- ADDINGTON, J.; PISKULIC, D.; MARSHALL, C. Psychosocial Treatments for Schizophrenia. **Current Directions in Psychological Science**, Special Issue on Schizophrenia, v. 19, n.4 p. 260–263, 2010.
- AGRESTI, A.; FINLAY, B. **Métodos Estatísticos para as Ciências Sociais**. 4. ed. Porto Alegre: Penso, 2012
- ALBERT, N.; GLENTHØJ, L. B.; MELAU, M.; JENSEN, H.; HJORTHØJ, C.; NORDENTOFT, M. Course of illness in a sample of patients diagnosed with a schizotypal disorder and treated in a specialized early intervention setting. Findings from the 3.5 year follow-up of the OPUS II study. **Schizophrenia Research**, v. 182, p. 24–30, abr. 2017.
- ALLOTT, K. A.; YUEN, H. P.; GARNER, B.; BENDALL, S.; KILLACKEY, E. J.; ALVAREZ-JIMENEZ, M.; ... PHILLIPS, L. J. Relationship between vocational status and perceived stress and daily hassles in first-episode psychosis: an exploratory study. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 48, n.7, p.1045–1052, jul. 2013.
- ALVARADO, R.; TORRES GONZÁLEZ, F.; SCHILLING, S.; ALVARADO, F.; DOMÍNGUEZ, C.; KÜSTNER, B. M.; ALISTE, F. Factors associated with unmet needs in individuals with schizophrenia in Chile. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, m.4, p. 466–472, 2012.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition - DSM-5**. 5. ed. Washington: Ed. American Psychiatric Association, 2013.
- AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n.3, p. 106-115, 2000.

ARGENTZELL, E.; HÅKANSSON, C.; EKLUND, M. Experience of meaning in everyday occupations among unemployed people with severe mental illness. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, v. 19, n.1, p. 49–58, jan 2012.

BARNETT, J. H.; WERNERS, U.; SECHER, S. M.; HILL, K. E.; BRAZIL, R.; MASSON, K., ... JONES, P. B. Substance use in a population-based clinic sample of people with first-episode psychosis. **British Journal of Psychiatry**, v. 190, p. 515–520, jun, 2007

BIO, D. S.; GATTAZ, W. F. Vocational rehabilitation improves cognition and negative symptoms in schizophrenia. **Schizophrenia Research**, v. 126, n.1-3, p. Ago, 265–269, 2011.

CARDOSO, C. S.; CAIAFFA, W. T.; BANDEIRA, M.; SIQUEIRA, A. L.; ABREU, M. N. S.; FONSECA, J. O. P. Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: uma comparação por sexo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.6, p. 1303-1314, jun, 2006.

CARNEY, R.; YUNG, A. R.; AMMINGER, G. P.; BRADSHAW, T.; GLOZIER, N.; HERMENS, D. F.; ... PURCELL, R. Substance use in youth at risk for psychosis. **Schizophrenia Research**, v.181, p. 23–29, 2017.

CEDERLÖF, M.; KUJA-HALKOLA, R.; LARSSON, H.; SJÖLANDER, A.; ÖSTBERG, P.; LUNDSTRÖM, S.; ... LICHTENSTEIN, P. A longitudinal study of adolescent psychotic experiences and later development of substance use disorder and suicidal behavior. **Schizophrenia Research**, v.181, p. 13–16, mar, 2017.

CESARI, L.; BANDEIRA, M. Avaliação da qualidade de vida e percepção de mudança em pacientes com esquizofrenia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro v. 59, n.4, 293–301, 2010.

CHAVES, A. C. Diferenças entre os sexos na esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n.1, p. 21–22, mai, 2000.

CHOU, C.-Y.; MA, M.-C.; YANG, T.-T. Determinants of subjective health-related quality of life (HRQoL) for patients with schizophrenia. **Schizophrenia Research**, v. 154, n.1–3, 83–88, abr, 2014.

CORBIÈRE, M.; ZANIBONI, S.; LECOMTE, T.; BOND, G.; GILLES, P. Y.; LESAGE, A.; GOLDNER, E. Job acquisition for people with severe mental illness enrolled in supported employment programs: A theoretically grounded empirical study. **Journal of Occupational Rehabilitation**, v. 2, n.1-3, p. 342–354, set, 2011.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DANCEY, C. P.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para Psicologia**. Porto Alegre. Ed. Artmed, 2006.

EVENSEN, S.; WISLØFF, T.; LYSTAD, J. U.; BULL, H.; UELAND, T.; FALKUM, E. Prevalence, Employment Rate, and Cost of Schizophrenia in a High-Income Welfare Society: A Population-Based Study Using Comprehensive Health and Welfare Registers. **Schizophrenia Bulletin**, v. 42, n.2, p. 476–483, 2016.

FLEISCHHACKER, W. W.; ARANGO, C.; ARTEEL, P.; BARNES, T. R., CARPENTER, W.; DUCKWORTH, K.; ... WOODRUFF, P. Schizophrenia--time to commit to policy change. **Schizophr Bull**, v. 40, n.3, p. 165-94, abr, 2014.

GALDERISI, S.; ROSSI, A.; ROCCA, P.; BERTOLINO, A.; MUCCI, A.; BUCCI, P.; ... BIRINDELLI, N. The influence of illness-related variables, personal resources and context-related factors on real-life functioning of people with schizophrenia. **World Psychiatry**, v. 13, n.3, p. 275–287, out, 2014.

GEE, B.; HODGEKINS, J.; FOWLER, D.; MARSHALL, M.; EVERARD, L.; LESTER, H.; ... BIRCHWOOD, M. The course of negative symptom in first episode psychosis and the relationship with social recovery. **Schizophrenia Research**, v. 174, n.1–3, p. 165–171, jul, 2016.

HONKONEN, T.; STENGARD, E.; VIRTANEN, M.; SALOKANGAS, R. K. Employment predictors for discharged schizophrenia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, v. 42, n.5, p.372–380, 2007.

INSEL, T. R. **Rethinking schizophrenia**. *Nature*, v. 468, n.7321, p. 187-193, nov, 2010.

KAY, S. R., FISZBEIN, A.; OPLER, L. A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. **Schizophr Bull**, v. 13, n.2, p. 261–276, 1987.

KIRKBRIDE, J. B.; FEARON, P.; MORGAN, C.; DAZZAN, P.; MORGAN, K., TARRANT, J.; ... JONES, P. B. Heterogeneity in Incidence Rates of Schizophrenia and Other Psychotic Syndromes. **Archives of General Psychiatry**, v. 63, n.3, p. 250, mar, 2006.

LINCOLN, T. M.; MEHL, S.; KESTING, M.-L.; RIEF, W. Negative Symptoms and Social Cognition: Identifying Targets for Psychological Interventions. **Schizophrenia Bulletin**, v. 37, n. 2, p. S23–S32, set, 2011.

MILLAN, M. J.; ANDRIEUX, A.; BARTZOKIS, G.; CADENHEAD, K.; DAZZAN, P.; FUSAR-POLI, P.; ... WEINBERGER, D. Altering the course of schizophrenia: progress and perspectives. **Nature Reviews Drug Discovery**, v. 15, n.7, p. 485–515, jul, 2016.

RAMSAY, C. E.; STEWART, T.; COMPTON, M. T. Unemployment among patients with newly diagnosed first-episode psychosis: prevalence and clinical correlates in a US sample. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 47(5), 797–803, mai, 2012.

ROY A. Relationship between depression and suicidal behavior in schizophrenia. In: DeLisi, L. E (ed.). **Depression in schizophrenia**. Washington (DC): American Psychiatric Press, 1990.

SHEEHAN, D. V; LECRUBIER, Y.; SHEEHAN, K. H.; AMORIM, P.; JANAVS, J.; WEILLER, E.; ... DUNBAR, G. C. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. **J Clin Psychiatry**, v. 59, n. 2, p. 22–57, 1998.

SILVA, C. E. R. E.; PEREIRA, B. B.; ROZENTHAL, M.; ELKIS, H. Estudo-piloto com clozapina em hospital público: resultados de um ano de acompanhamento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 4, p. 180–187, 2001.

SILVA, T. F. C.; LOVISI, G. M.; VERDOLIN, L. D.; CAVALCANTI, M. T. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes do espectro esquizofrênico: uma revisão sistemática da literatura. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, n.4, p. 242–251, 2012.

TANDBERG, M.; SUNDET, K.; ANDREASSEN, O. A.; MELLE, I.; UELAND, T. Occupational functioning, symptoms and neurocognition in patients with psychotic disorders: investigating subgroups based on social security status. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 48, n. 6, p. 863–874, jun, 2013.

TURNER, N.; BROWNE, S.; CLARKE, M.; GERVIN, M.; LARKIN, C.; WADDINGTON, J. L.; O'CALLAGHAN, E. Employment status amongst those with psychosis at first presentation. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 44, n.10, p. 863–869, out, 2009.

VEDANA, K. G. G.; MIASSO, A. I. The meaning of pharmacological treatment for schizophrenic patients. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n.4, p. 670–678, 2014.

WILSON, N.; CADET, J. L. Comorbid Mood, Psychosis, and Marijuana Abuse Disorders: A Theoretical Review. **Journal of Addictive Diseases**, v. 28, n.4, p. 309–319, out, 2009.

ZOGHBI, A. W.; LIEBERMAN, J. A. Alive but not well: the limited validity but continued utility of the concept of schizophrenia. **Psychological medicine**, v. 48, n. 2, p. 245-246, 2018.