

ANIBAL OLIVAN FILHO

**ANÁLISE DOS PRONTUÁRIOS DE PACIENTES DA CASA DE
SAÚDE BEZERRA DE MENEZES: IDENTIFICAÇÃO DOS CASOS DE
ESQUIZOFRENIA E ANÁLISE DOS MEDICAMENTOS
EMPREGADOS - PERÍODO 2002 A 2007.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação e Mestrado em Bioética do Centro Universitário São Camilo, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Profa. Dra. Vera Lúcia Zaher

Co-orientação: Profa. Dra. Margareth Rose Priel

SÃO PAULO

2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ANIBAL OLIVAN FILHO

**ANÁLISE DOS PRONTUÁRIOS DE PACIENTES DA CASA DE
SAÚDE BEZERRA DE MENEZES: IDENTIFICAÇÃO DOS CASOS DE
ESQUIZOFRENIA E ANÁLISE DOS MEDICAMENTOS
EMPREGADOS - PERÍODO 2002 A 2007.**

SÃO PAULO, 2008.

PROFESSOR ORIENTADOR

PROFESSOR EXAMINADOR

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a. Vera Lucia Zaher, pela orientação segura.

À Prof^a. Dr^a.Margareth, co-orientadora do trabalho.

Ao professor Willian Saad Hossne, pelo incentivo e as marcas do exemplo.

Ao Prof. Dr. Pe. Marcio Fabri, pelo apoio.

Aos professores que ministraram aulas no decorrer do Mestrado em Bioética, por partilharem seu conhecimento.

Aos colegas que participaram de mais essa jornada de aprendizagem, pela convivência criativa e enriquecedora.

Dedico este trabalho ao meu pai Annibal Olivan (*in memoriam*) e à minha mãe Nives C.P. Olivan, cujo apoio tem sido constante. Às minhas filhas: Luiza e Esther, sementes germinadas no futuro, pois dão significado à minha vida.

Como é delicada e perfeita a flor viva,
que conhece tanto nascer como morrer:
Enquanto a flor plástica, que dura mil anos,
é sempre brutal em sua imutabilidade...
É a vulnerabilidade que nos mantém
abertos e belos.

Robert Shannon

RESUMO

O presente trabalho propõe investigar os prontuários dos pacientes da Casa de Saúde Bezerra de Menezes (na cidade de Rio Claro), no período compreendido entre 2000 e 2008, visando identificar os casos de esquizofrenia e averiguar os medicamentos utilizados. A pesquisa parte da hipótese de que o elevado número de reinternações poderia ser evitado se fossem empregados antipsicóticos de segunda geração. A análise contempla aspectos bioéticos, buscando demonstrar que o tratamento desses pacientes deve privilegiar o respeito à vulnerabilidade e dignidade humanas. O objetivo central é ampliar a discussão acerca da evolução das terapias farmacológicas e como elas podem contribuir para a qualidade de vida dos pacientes, contemplando o viés bioético.

Palavras-chave: esquizofrenia; antipsicóticos; bioética; vulnerabilidade Humana.

ABSTRACT

The present work considers to investigate handbooks of the patients of the Bezerra de Menezes Psychiatric's Hospital (in Rio Claro City's) in the period understood between 2000 and 2008, aiming at to identify the cases of schizophrenia and to discover the used medicines. The research part of the hypothesis that the high reinternment's number could be avoided if antipsychotic agents of generation were used. The analysis contemplates bioethic aspects, looking for to demonstrate that the treatment of those patients ones should privilege the respect to the vulnerability and human dignity. The central objective is to enlarge the discussion concerning the evolution of the pharmacological therapies and like them they can contribute to the quality of the patient's life, contemplating the bioethic referential's.

Keywords: schizophrenia; antipsychotic agents; bioethic; human vulnerability.

SUMÁRIO

Resumo	
Abstract	
Apresentação	10
1 REFERENCIAL TEÓRICO	12
1.1 Bioética: Expansão do conceito no contexto histórico	12
1.2 Desenvolvimento dos objetivos da bioética nos países latino-americanos, incluso o Brasil	16
1.3 Bioética e saúde pública: contexto brasileiro	20
1.4 O referencial bioético do respeito à vulnerabilidade humana e suas relações com a área da saúde	24
1.4.1 Vulnerabilidade humana, bioética e saúde mental no contexto da saúde pública: alguns apontamentos	28
1.5 Transtornos esquizofrênicos: aportes teóricos	31
1.5.1 Transtornos esquizofrênicos: aportes relativos ao tratamento com foco na farmacologia	37
1.6 Análise comparativa de fármacos: uma revisão	41
1.6.1 Revisão dos estudos acerca dos antipsicóticos atípicos	41
2 OBJETIVO	48
3 DELINEAMENTO DA PESQUISA	49
3.1 Local da pesquisa	49
3.2 Instrumentos, procedimentos e aspectos éticos	50
4 RESULTADOS	52
5 DISCUSSÃO	57
CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho propõe a análise de uma problemática prevalente nos cenários da saúde pública em nível global: a esquizofrenia; a doença se configura como o mais comum dentre os transtornos psiquiátricos graves, atingindo uma incidência anual de 2-4 em cada 10.000 indivíduos. Especificamente, a pesquisa utiliza os prontuários dos pacientes diagnosticados com transtorno esquizofrênico, internados no hospital psiquiátrico Casa de Saúde Bezerra de Menezes, em Rio Claro, interior do estado de São Paulo. Investiga-se o tipo de medicamentos utilizados (antipsicóticos convencionais e atípicos), averiguando-se a possibilidade de que os últimos talvez contribuam para diminuir as taxas de recaída e reinternações.

O tema é abordado contemplando-se o referencial bioético do respeito à dignidade e vulnerabilidade humanas no âmbito da saúde. O enunciado teórico procura reunir e entrelaçar pressupostos de importantes áreas do conhecimento, como a bioética, saúde pública e saúde mental. Segundo o viés bioético, a pesquisa bibliográfica se concentrou no referencial do respeito à vulnerabilidade humana; na preocupação da bioética, sobretudo no Brasil e Ibero – América, com as questões relacionadas à saúde pública e exclusão social, patenteadas pelas inequidades no acesso à saúde.

Na continuidade, discutem-se alguns temas que relacionam bioética e saúde pública, para, finalmente, abordar-se a problemática da saúde mental e da esquizofrenia. No contexto da discussão acerca de saúde mental e esquizofrenia o foco do trabalho converge para as questões relativas à farmacoterapia, considerando-se que, justamente na área da assistência farmacêutica o sistema de saúde brasileiro enfrenta graves dificuldades relacionadas à restrição do acesso aos medicamentos. Esse problema se torna mais acentuado quando se trata de pacientes crônicos, que demandam a manutenção do tratamento, caso da esquizofrenia.

O trabalho de pesquisa se justifica pela necessidade de focar a atenção nos pacientes portadores de esquizofrenia, indivíduos em situação de grande vulnerabilidade social que apresentam baixíssimos índices de qualidade de vida.

Muitas vezes, esse foco na vulnerabilidade do paciente não é valorizado, pois a ênfase radica no fato de a esquizofrenia representar um pesado ônus financeiro para a saúde pública, isso sem falar no custo global da doença.

O objetivo da pesquisa é averiguar as taxas de recaídas, que se descrevem pelo percentual de reinternações, em relação aos medicamentos empregados, levando-se em conta que, segundo a Portaria SAS/MS no. 846/2002, os antipsicóticos atípicos ziprasidona, quetiapina e olanzapina são a última opção para o tratamento da doença, devido aos altos custos desses medicamentos.

Dentre os objetivos secundários, investigam-se dados acerca da prevalência da doença em relação ao sexo dos pacientes, faixa etária, estado civil e períodos de internações, para estabelecer um perfil dos pacientes esquizofrênicos tratados em hospital público integrado ao Sistema Único de Saúde no interior do estado de São Paulo.

No capítulo 1 apresenta-se o referencial teórico, abrangendo as áreas de conhecimento que se vinculam para construir o *corpus* do trabalho. Assim, abordam-se temas relativos à bioética, à bioética e saúde pública, à bioética e os cenários de exclusão social, que se refletem no âmbito da saúde, no Brasil e na Ibero – América, o referencial bioético do respeito à vulnerabilidade humana. Na outra vertente da pesquisa, abordam-se as teorias sobre a esquizofrenia e farmacoterapia específica.

O capítulo 2 apresenta o objetivo do trabalho; o capítulo 3 traz o delineamento da pesquisa e a metodologia utilizada. No capítulo 4 são apresentados os resultados da pesquisa com os prontuários dos pacientes, em forma de tabelas e gráficos. O capítulo 5 traça uma discussão acerca dos achados da pesquisa. Já o capítulo 6, encerra esta proposta de estudo fazendo suas considerações de fechamento do presente trabalho.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Bioética: Expansão do conceito no contexto histórico

Este trabalho parte do pressuposto de que não existem conceitos universais, que dêem conta de expressar a totalidade de idéias e ações que envolvem a bioética. Cumpre ressaltar que, desde sua criação, o termo bioética tem englobado um conjunto de definições que, ao longo do processo histórico, recebeu aportes teóricos de inúmeras áreas do conhecimento e se mantém em pleno desenvolvimento. Portanto, parece pertinente proceder a uma conceituação embutida numa breve retrospectiva histórica, facilitando que se observe a evolução das definições e o alcance que assumem na contemporaneidade.

O termo bioética foi utilizado, pela primeira vez, em 1970, num artigo publicado pelo oncologista Van Rensselaer Potter. No ano seguinte, 1971, Potter reivindicou a autoria da palavra, introduzindo seu conceito no livro *Bioethics: Bridge to the future*. Face ao progresso das biociências e da biotecnologia, Potter enfatizava a necessidade de vincular conhecimento científico à ética, numa mesma área de conhecimento, uma nova ciência que contemplasse o saber biológico (bio) e os valores humanos (ética), alegando que ambas as áreas, ao longo do processo histórico, se desenvolveram alienadas uma da outra (DURAND, 2003).

Ao introduzir o termo na literatura científica, Potter o vinculou ao cenário de uma ética global/ambiental, envolvendo uma ampla esfera de aplicação: "(...) o controle da população, a paz, a pobreza, a ecologia, a vida animal, o bem-estar da humanidade, (...) a sobrevivência da espécie humana e do planeta como um todo" (DURAND, 2003. p.20). Obviamente, uma ciência que englobe tal diversidade de áreas do conhecimento demanda uma visão transdisciplinar, marca que, desde o início, caracterizou o conceito 'bioética'.

No mesmo ano, 1971, André Hellegers, cientista holandês, utilizou o termo bioética, alinhavando-o, especificamente, à ética na Biomedicina. Sob esse aspecto, afastava-se da visão global de Potter, que desejava que a bioética extrapolasse as

fronteiras de áreas-limite do conhecimento, restringindo-se às ciências biológicas e médicas (DURAND, 2003).

A imediata assimilação do termo pela comunidade científica mundial mostra que emergiam questionamentos sobre esses temas, provavelmente, devido aos avanços da biomedicina e biotecnologia, que colocavam novas demandas éticas. Embora a acepção de Potter possuísse caráter muito abrangente, inicialmente a bioética esteve restrita às áreas médica e biomédica, tradicionalmente envolvidas com as questões éticas (PESSINI, 2006).

Uma retrospectiva conceitual que pretenda mostrar a evolução da bioética necessariamente passa pelos contributos teóricos da *Encyclopedia of Bioethics*. A primeira edição da *Encyclopedia*, datada de 1978, trazia a seguinte definição, segundo explicita Pessini (2006): “[A bioética] é o estudo sistemático da conduta humana no âmbito das ciências da vida e da saúde, enquanto essa conduta é examinada à luz de valores e princípios morais” (ENCYCLOPEDIA, 1978 apud PESSINI, 2006, p. 49).

A segunda edição, datada de 1995, ampliava a concepção da bioética: “bioética [se refere ao] (...) estudo sistemático das dimensões morais – incluindo visão, decisão, conduta e normas morais – das ciências da vida e da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar” (Reich, 1996, apud Pessini, 2006).

Em 2003, a terceira edição agregou uma ampla gama de novos temas, além de revisitar, sob outros prismas, temas já focados nas edições anteriores. Destaque-se que, o caráter transdisciplinar da bioética foi especificamente ratificado. (PESSINI, 2006).

Sob aspectos histórico-conceituais, deve-se pontuar que o surgimento da bioética vincula-se às ponderações filosóficas e teológicas prevalentes naquele momento histórico, além dos questionamentos éticos pertinentes ao universo da saúde e da pesquisa biomédica. Assim, o neologismo ‘bioética’ se inscreveu numa tradicional e milenar reflexão, que já englobava várias áreas do saber humano (DURAND, 2003).

Apontam-se quatro fatores que aparecem juntos no surgimento da bioética: “(...) o desenvolvimento tecnocientífico, a emergência dos direitos individuais, a modificação da relação médico/paciente, o pluralismo social.” (DURAND, 2003, p.27). Obviamente, esses fatores compõem o cenário histórico-social, configurando-se como elementos externos, por assim dizer.

Sob aspectos internos, ou seja, referentes ao contexto das Ciências Biológicas, pode-se citar a identificação de problemas graves, que feriam a ética biomédica, que culminaram na publicação do *Belmont Report*, em 1978, o qual “(...) apresentava os princípios éticos que deveriam guiar toda experiência com seres humanos, isto é, a beneficência, o respeito pela pessoa e a justiça” (DURAND, 2003, p. 42).

Assim, se estabelece a premissa de que nenhum fato histórico de relevância decorre de elementos isolados, mas da conjunção, num dado momento, de vários fatores.

Há que se destacar que a abordagem da bioética não é consensual, no sentido de unanimidade de conceitos e idéias construídas ao redor dessas concepções. Historicamente, a abordagem mais clássica é a principialista, referente ao Principialismo. Segundo a vertente principialista:

(...) a bioética centra-se, sobretudo, em alguns princípios cuja aplicação supostamente leva à solução dos dilemas éticos na saúde: autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça e confidencialidade. (...) Trata-se, então, de uma espécie de *pragmatismo ético*. (DURAND, 2003, p. 51. Grifo do autor)

A evolução do conceito de bioética desenvolveu-se para além dos pressupostos do Principialismo, já que assimilou desafios vinculados às especificidades de várias comunidades humanas. Desse modo, na contemporaneidade:

A preocupação ética, a preocupação com uma ética verdadeira, baseada no questionamento sobre o sentido da existência, remete, finalmente, ao *sentido da pessoa*. Pois, em última análise, na bioética, é da pessoa que se trata: das pessoas concretas, singulares, mas também do próprio

sentido da pessoa, de seu respeito, de sua dignidade. (DURAND, 2003, p.61. Grifo do autor.)

Ao focar a diversidade das sociedades humanas e a singularidade dos indivíduos a bioética assumiu feições e desafios variados. Nesse sentido, delineia-se uma concepção bastante adequada que, em síntese, afirma que a bioética objetiva conciliar o uso das ciências biomédicas e suas tecnologias com os direitos humanos. Conforme postula Oliveira:

Parte fundamental da luta da resistência em defesa da espécie é tornar o conhecimento tecnocientífico acessível às pessoas comuns, como elemento necessário ao exercício da cidadania social e política. (...) Colocar esse conhecimento ao alcance das pessoas não especialistas está na ordem do dia, pois ao compreendê-los elas poderão decidir , com conhecimento de causa e segurança, quais os caminhos a eleger para o futuro da humanidade. (OLIVEIRA, 1997, p.77).

Assim, há consenso (OLIVEIRA, 1997; DURAND, 2003; PESSINI, 2006) de que a bioética guarda estreita relação com a preservação dos direitos humanos. Nesse contexto, a visão mecanicista do Princípioalismo é complementada por uma mirada mais abrangente. Assim, ao remeter à conceituação da bioética na contemporaneidade, Hossne (2006) propõe a expressão referenciais bioéticos, que permite amplificar o campo de ressonância da bioética, seja como área do conhecimento, seja como disciplina acadêmica, seja como ciência da vida ou até mesmo como movimento sócio-cultural: Para o autor:

Os referenciais seriam, como o próprio nome indica, as pontes de referência para a reflexão bioética; assim, os 'princípios' deixam de ser princípios (direito e/ou deveres) e passam a ser pontos de referência, aliás, importantíssimos, porém, não só eles. (HOSSNE, 2006, p. 675)

Portanto, quanto à conceituação e evolução histórica da bioética aponta-se que quaisquer das abordagens teóricas que buscam defini-la revelam sua característica principal – o caráter pluriarticulado, que se ramifica em direção aos muitos saberes que, hoje, compõem o repertório da humanidade. Essa peculiaridade concede ao saber bioético um grande potencial para beneficiar o indivíduo e a sociedade. Sobre esse tema, Messetti (2007) afirma: “(..) de neologismo, a bioética

passou, em pouco tempo, a compor uma grande área de conhecimento, cujo conteúdo conceitual e doutrinário está em franca expansão.”

Ainda, no contexto dos direitos humanos, que extrapola os limites dos compartimentos de cada área do conhecimento e tampouco restringe a participação dos indivíduos, postula-se que:

A bioética refere-se a todos os profissionais, intervenientes e usuários do mundo da saúde, médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, pesquisadores, administradores, economistas, juristas, agentes pastorais, voluntários, parentes e doentes. Ela interpela todos os cidadãos e cidadãs (e os políticos) (...) sobretudo porque a bioética implica escolhas da sociedade. [Sendo, portanto,] (...) uma responsabilidade democrática, dever de todos. (DURAND, 2003, p.414)

1.2 Desenvolvimento dos objetivos da bioética nos países latino – americanos, incluso o Brasil

A partir da década de 90, tendo a visão da bioética se expandido por todos os continentes, intensificou-se uma outra reflexão: a abordagem universal da bioética satisfaz as especificidades relativas à diversidade cultural, religiosa, étnica das múltiplas comunidades humanas que convivem no planeta? Ora, o seu surgimento está vinculado aos Estados Unidos, e, nesse sentido, possui a marca de um movimento norte-americano. Em algumas circunstâncias, o ideário da bioética, vinculado ao *modus vivendi* norte-americano, é assimilado como “manifestação do imperialismo cultural e moral do Ocidente” (DURAND, 2003, p.412).

As teorizações sobre o assunto levaram à compreensão de que o multiculturalismo constitui-se num dos mais altos desafios para a bioética, impondo-se o dilema: “(...) pode-se excluir que a consideração de [quaisquer] culturas mudará a concepção das coordenadas básicas da bioética?” (DURAND, 2003, p.411).

Não há respostas fáceis para essa indagação. Evitar o imperialismo ocidental implicaria em “aprender a pluralidade das perspectivas e a multiplicidade de vozes como um enriquecimento mútuo” (DURAND, 2003, p. 412). Estabelece-se, então, a necessidade de identificar o que é universal nos contextos específicos,

priorizando-se o fato de que “o objetivo do universal não deve se realizar em detrimento do particular” (DURAND, 2003, p.413).

Significando, com isso, que culturas específicas demandam respostas também específicas. Assim sendo, que respostas a bioética pode elaborar para os problemas específicos da América Latina?

A bioética chegou à América Latina ainda na década de 1970, período em que a resistência à ‘americanização’ era regra, de acordo com a visão marxista que norteava o imaginário social e político dos países. Entretanto, sob aspectos históricos, observa-se que “um estágio radical de assimilação da bioética seguiu-se ao estágio crítico de recepção na América Latina” (MAINETTI, PEREZ, 2007, p.40).

No contexto latino-americano, a bioética ultrapassou o âmbito da Medicina e da Biomedicina para realizar-se como conhecimento filosófico-científico inserido no seio da cultura, contemplando a discussão dos grandes temas que demandam a atenção da sociedade: a problemática ecológica, a revolução biológica, a medicalização da vida, por exemplo. Nesse sentido:

A bioética tornou-se possível em virtude das amplas mudanças da nossa compreensão da condição humana e de nossa crescente capacidade de transformar o corpo humano. Desde o começo, a rota latino-americana da bioética foi uma busca do humano, no sentido de uma busca da base da bioética na antropologia filosófica centrada na nova capacidade de alterar o corpo e criar uma moralidade alternativa. (DRANE, 1996, apud MAINETTE, PEREZ, 2007).

Sob esse aspecto filosófico-antropológico e considerando verdadeira a assertiva de Durand (2003), relativa à preeminência dos “objetivos particulares” que a bioética deve estabelecer para cada *locus* cultural, tornou-se perceptível que, nos cenários latino-americanos impunham-se objetivos específicos que não poderiam ser ignorados. O principal fator de influência sobre as peculiaridades desses objetivos é a própria estrutura social, fundamentada sobre a desigualdade e inequidade, prevalente nos países latino-americanos, que afeta diretamente a área da saúde. Pois:

Nos países latino-americanos, o exercício de direitos civis e políticos é impossível quando estes não são acompanhados por direitos econômicos, sociais e culturais. Entre os direitos civis e políticos estão o direito à vida e ao tratamento humano, ou a integridade pessoal e o direito à liberdade, ou a autonomia. (...) aqueles de posição econômica e social muito inferior não podem garantir os direitos (...) aos cuidados de saúde. (GRACIA, 2007, p. 31.)

Nesses países, embora exista um aparelho de saúde de alta tecnologia, esse está restrito aos que podem pagar e, para a grande maioria da população, os cuidados médicos são primários. Nesse caso, “os problemas bioéticos mais importantes são os relacionados à justiça e à distribuição de recursos escassos” (GRACIA, 2007, p. 31). Esses seriam os “objetivos particulares” citados por Durand (2003).

É pertinente reconhecer, então, que nesses países os problemas que se colocaram para a bioética precisavam ser elaborados segundo o prisma dos necessitados, segundo o viés das desigualdades sociais, lembrando que, “(...) entre outras razões, a bioética surgiu para reforçar o lado mais frágil de qualquer interrelação historicamente determinada” (GARRAFA e PORTO, 2003, p.37).

Para consolidar essa vocação de fortalecer o lado mais frágil, sobretudo no contexto latino-americano, havia necessidade de a bioética assumir um “(...) novo enfoque baseado em práticas intervencionistas, diretas e duras, que instrumentalizem a busca da diminuição das inequidades” (GARRAFA e PORTO, 2003, p.38).

Esse desafio que se colocou, e se coloca, à bioética latino-americana e brasileira, inclusive, já que no Brasil prevalecem os cenários da inequidade social, envolve a oposição obstinada ao sistema que mantém:

Esse mundo desigual, no qual uns tem a possibilidade de sentir prazer enquanto a outros resta a probabilidade do sofrimento. [Esse cenário exige uma bioética] (...) capaz de dissolver a divisão estrutural centro-periferia do mundo e assumir um conseqüencialismo solidário alicerçado na superação da desigualdade. [Uma bioética cuja proposta] (...) traga a igualdade para o cotidiano de seres humanos concretos dando à idéia de humanidade sua dimensão plena (GARRAFA e PORTO, 2003, p.44).

Em face desses cenários, que posicionamentos a bioética latino-americana precisa assumir? Na contemporaneidade, que feições culturais podem caracterizá-la?

Para responder essas questões faz-se necessário destacar que a retrospectiva histórica mostra que a bioética desenvolveu-se amplamente em todos os países da América Latina, fato representado pela emergência de líderes bioeticistas mundialmente reconhecidos, pelo florescimento de cursos e atividades acadêmicas e institucionais ligados à área. Critica-se, entretanto, o fato de não ter se lutado por uma maior compatibilidade entre o ideário bioético e os interesses dos países do chamado Terceiro Mundo (EDUARDO, 2007). A solução para esse problema passa pela necessidade de:

(...) uma bioética de intervenção e participação, capaz de aproximar-se dos níveis do Estado e promover uma linha pedagógica nos processos de educação cidadã que realize ajustes temáticos e programáticos compatíveis com sua realidade e necessidades específicas. (EDUARDO, 2007, p.136)

Torna-se pertinente ressaltar, ainda:

A questão de igualdade e justiça no acesso aos serviços de saúde é algo que precisa de atenção especial na bioética da América Latina. (...) As preocupações com justiça e igualdade na medicina contemporânea certamente afetam os pacientes latino-americanos e a prática médica profissional na América Latina. De modo algum tem sido dada a atenção merecida a esses importantes desenvolvimentos da bioética. (DRANE, 2007, pp. 91 e 93)

No contexto brasileiro, não é diferente:

A bioética no Brasil (...) tem pela frente o desafio de lidar ao mesmo tempo com os “problemas persistentes” advindos da desigualdade social e da exclusão e “problemas emergentes” trazidos pela revolução biotecnológica, que afetam a vida e a saúde das pessoas bem como de toda a sociedade. (PESSINI, BARCHIFONTAINE, 2007, p.99)

De modo geral, as projeções de futuro da bioética, no Brasil e América Latina, relacionam-se com “(...) a justiça, a equidade e a alocação de recursos na área de saúde” (PESSINI, BARCHIFONTAINE, 2007, p. 375).

Pessini e Barchifontaine (2007) são enfáticos quando afirmam que o grande desafio da bioética latino-americana radica em não ignorar a realidade social excludente que permeia os países latino-americanos. Não resolve concentrar-se no ‘micro foco’, por assim dizer; é fundamental projetar o ‘macro foco’, ou seja, abranger toda a realidade social, na qual os indivíduos se movimentam, e que prima por ser excludente.

Ora, os cenários de inequidade social e desigualdade que, talvez, revelem sua face mais perversa no âmbito da saúde, influenciam diretamente as questões relacionadas à bioética e saúde pública e bioética e vulnerabilidade humana. Os próximos tópicos abordam essas temáticas, que guardam estreita relação com a proposta desse trabalho.

1.3 Bioética e saúde pública: contexto brasileiro

Já foi pontuado que, nos países latino-americanos, de modo geral, e no Brasil, especificamente, as questões relativas à influência que a exclusão social exerce sobre a saúde (no âmbito sanitário e de acesso às novas tecnologias) devem integrar a agenda da bioética. Entretanto, esse fato não implica num consenso, pois há muita resistência à chamada politização do paradigma bioético que se expressa na bioética de intervenção (GARRAFA e PORTO, 2003).

Nos países latino-americanos e no Brasil há uma preocupação, por parte da bioética, em democratizar o acesso a sistemas sanitários de qualidade, bem como aos benefícios advindos da evolução tecnocientífica, aos mais modernos recursos farmacológicos e nutricionais, o que implica na necessidade de reduzir a pobreza e a exclusão social. Essa preocupação é pertinente, pois o direito à saúde é a pedra-de-toque do modelo bioético no contexto da saúde pública (GARRAFA e PORTO, 2003).

Quando se fala em saúde pública, remete-se à:

Arte e ciência de promover, proteger e restaurar a saúde dos indivíduos e da coletividade, e obter um ambiente saudável, através de ações e serviços resultantes de esforços organizados e sistematizados da sociedade. (FORTES e ZOBOLI, 2004, p.14. Grifos dos autores).

É preciso ressaltar que, no Brasil, segundo a Constituição Federal de 1988: “Saúde é direito de todos e dever do Estado”. Ainda, sabe-se que as ações de saúde pública ocorrem num contexto onde qualquer ação individual não seria efetiva; esse fato, por si só, já destaca o seu caráter intersetorial, que privilegia a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade, já que não se restringe ao setor saúde. Sendo assim: “Para a saúde da coletividade concorrem (...) a alimentação e nutrição, a habitação, meio-ambiente, trabalho, educação, transporte, lazer (...)” (FORTES e ZOBOLI, 2004, p.16).

Fica claro, então, que o campo da saúde pública é vasto; muitos temas relativos a ele tem sido objeto de interesse da bioética, no Brasil. Sobretudo ao considerar-se que a instrumentação do direito à saúde pode ser analisada segundo o viés do referencial bioético de equidade, conforme já discutido.

Coloca-se, nesse caso, a questão: como olhar a saúde pública e, particularmente, o sistema de saúde brasileiro, segundo o ângulo da equidade? Considerando-se que:

(...) diversos sistemas públicos de saúde, inclusive o brasileiro, não apresentam condições para dar conta da integralidade das necessidades de todas as pessoas. (...) não é possível ofertar a todas as pessoas a totalidade de intervenções na saúde, e é sempre necessário que sejam estabelecidas prioridades na distribuição e na alocação de recursos. (FORTES, 2004, p.41).

Sabendo-se que o enunciado citado é a regra de outro das ações do SUS, que realmente não se responsabiliza por todas as necessidades de saúde de todos os indivíduos, qual seria o caminho a trilhar para que o referencial bioético da equidade permeasse a saúde pública?

Uma resposta para essa pergunta passa pelo reconhecimento de que não se pode prescindir da chamada Bioética de Proteção que se configura como “instrumento de reflexão imprescindível, pois oferece propostas concretas para tomadas de decisões no campo dos direitos que subsidiam a implementação de autêntica cidadania” (SIQUEIRA, PORTO, FORTES, 2007, p.167).

Em síntese, a bioética de proteção fundamenta-se na preocupação com os riscos que afetam as pessoas vulneráveis, tais como os pacientes psiquiátricos, por exemplo, que são alvo da pesquisa desse trabalho. Para a bioética de proteção o governo, a despeito da estrutura de Estado, tem o compromisso de oferecer proteção a todos os cidadãos contra a violência, a pobreza e demais riscos que representem violação aos direitos humanos, sobretudo no campo da saúde (SIQUEIRA, PORTO, FORTES, 2007 apud SCHRAMM, 2005).

Nesse contexto, o que se propõe à saúde pública brasileira é que engendre uma resposta a situações de fragilização ou ameaça potencial aos seres humanos, atualizando e contextualizando o princípio da responsabilidade¹. Nesse sentido, é válida a seguinte proposição:

A responsabilidade com relação à saúde do povo brasileiro vai muito além da limitada capacidade e das restritas fronteiras das profissões do setor, exigindo para sua viabilização a co-responsabilidade direta da própria sociedade, uma vez que se trata de um direito e de um patrimônio dela mesma e pelos quais – sem paternalismos – ninguém mais do que ela deve lutar. Em outras palavras, a existência de mecanismos de controle social das políticas públicas brasileiras é indispensável para que se analise a questão à luz da bioética. (GARRAFA, 2004, p. 56)

O que se depreende dos postulados de Garrafa (2004) é que na área de saúde pública e coletiva, diante da complexidade do contexto brasileiro, é que se impõe a necessidade de converter a ética da responsabilidade em medidas práticas traduzidas em políticas públicas. Que essas políticas sejam formuladas a partir da

¹ Aqui, o princípio da responsabilidade remete aos postulados de Hans Jonas, que envolve a afirmação de uma conduta responsável de todos aqueles cujas ações possam, potencialmente, interferir nos amplos domínios da vida. Para Hans Jonas o princípio da responsabilidade deve fundamentar a ética moderna, sobretudo devido ao incomensurável poder que a espécie humana adquiriu para modificar o planeta e os próprios seres vivos.

reflexão sobre a fixação de prioridades que contemplem a adoção do princípio de justiça como equidade, reiterando, mais uma vez que:

É necessário observar que (...) as ações em saúde pública quando orientadas quase que exclusivamente pelo binômio custos/benefícios, sem levar em conta quem serão os beneficiados,, podem resultar em discriminação de necessidades de menor prevalência e de grupos humanos minoritários, podendo resultar em práticas injustas contra grupos ou pessoas já submetidos a condições de profundas desigualdades sociais (FORTES, 2004).

Uma das principais vertentes relativas à questão da justiça como equidade diz respeito à alocação e/ou distribuição de recursos em saúde. A Organização Mundial de Saúde pretende que a busca pela equidade nos sistemas de saúde precisa considerar a predominância de diferenças nas condições de saúde das pessoas e, a partir disso, desenvolver ações que minimizem as desigualdades em saúde, revertendo o quadro que o Fórum Global da Saúde, realizado em 2000, desvelou: 90% dos investimentos em saúde se dirigem aos problemas de 10% da população (FORTES, 2003).

A priorização do desenvolvimento de métodos de alocação equitativa dos recursos de saúde remete, necessariamente, à importância da saúde na prosperidade e bem-estar dos indivíduos que, por sua vez, influencia a cadeia de produtividade do mundo do trabalho e o nível de renda. Nesse sentido específico, é do interesse do próprio Estado organizar de forma otimizada a oferta e o financiamento dos bens e serviços de saúde, garantindo um acesso equitativo a toda a população, entretanto, não é esse o cenário brasileiro (GARRAFA e PORTO, 2003).

Provavelmente, esse fato vincula-se a que, no Brasil, o debate sobre a equidade no acesso aos serviços de saúde e na alocação de recursos é recente, embora a temática já se fizesse presente na Lei Magna de 1988 e nas Normas Operacionais Básicas (NOBs) do SUS. Atualmente, a problemática da alocação e distribuição de recursos em saúde reveste-se de acentuada importância política e social, a cada dia, e tem ligação direta com a definição de prioridades de investimento do Estado e quanto ele destinará do seu orçamento global para o setor, o que envolve decisões políticas (FORTES, 2004).

Levando-se em conta, ainda, o impacto que a tecnociência tem exercido sobre os sistemas de saúde, segundo os vieses dos custos e do acesso, e não é diferente em relação ao Brasil, o que se observa é que uma grande parcela da população está excluída do acesso aos avanços tecnológicos especificamente por questões econômicas relacionadas aos critérios equivocados de distribuição de justiça e, deve-se ratificar: “Não se constrói um verdadeiro Estado social de direito sem uma justa distribuição de recursos no campo sanitário” (SIQUEIRA,2004).

Face aos pressupostos teóricos discutidos, aponta-se que, no contexto da saúde pública brasileira, a bioética pode ser assimilada como importante instrumento de análise, disponível aos profissionais envolvidos nos diversos setores que compõem o mosaico do sistema público de saúde. A bioética pode contribuir para aperfeiçoar a formulação de políticas públicas que definam prioridades, estabeleçam critérios de gestão e proporcionem a legítima mediação dos interesses conflitantes que permeiam o cotidiano da saúde pública brasileira, contemplando, ainda, o fator co-responsabilidade Estado/Sociedade.

1.4 O referencial bioético do respeito à vulnerabilidade humana e suas relações com a área da saúde

No decorrer da explanação teórica já se estabeleceram os vínculos possíveis entre bioética e saúde pública, apontando para o viés da vulnerabilidade humana. Nesse tópico, procura-se compreender o referencial bioético do respeito à vulnerabilidade e dignidade humanas no contexto da área da saúde, pois essa discussão guarda escrupulosa relação com a temática da pesquisa que embasa o presente trabalho, já que os pacientes psiquiátricos se incluem entre os indivíduos mais vulneráveis, conforme mostra a fundamentação teórica.

A priori, é pertinente delinear as informações acerca da vulnerabilidade e dignidade humanas. Assim, aponta-se que:

A animalidade e a humanidade são transcendentais ao florescimento humano, um empreendimento eivado de obstáculos e riscos que tornam a existência humana altamente frágil e vulnerável (...) Além dessa

vulnerabilidade intrínseca à existência humana, alguns indivíduos são afetados por circunstâncias desfavoráveis, nas quais a pobreza, a falta de educação, as dificuldades geográficas, as doenças crônicas e endêmicas ou outros infortúnios os tornam ainda mais vulneráveis. (KOTTOW, 2003, p. 72)

Estabelece-se, então, que existe uma vulnerabilidade constituinte do ser humano, denominada “vulnerabilidade primária”, a qual demanda uma política protetora por parte do Estado, proteção esta que se configura como um “princípio de justiça”. Eventualmente, pode ser agravada por situações que envolvem desempoderamento, destituição, privações e incapacidades que tornam o indivíduo mais vulnerável, ou seja, mais sujeito às circunstâncias que o tornam alvo de danos e males, criando, num crescendo, um quadro de suscetibilidade. Denomina-se “vulnerabilidade secundária” (KOTTOW, 2003).

A grande maioria da população mundial pode ser incluída entre os predispostos à vulnerabilidade secundária, já que sobrevivem em condições desfavoráveis, sobretudo sob o ponto de vista da justiça social e distribuição eqüitativa de bens e serviços em todas as esferas da vida, e mais precisamente na área da saúde (GARRAFA e PORTO, 2003).

Segundo outro ângulo:

Pessoas vulneráveis são pessoas relativa ou absolutamente incapazes de proteger seus próprios interesses. (...) Vulneráveis em virtude do seu baixo nível de educação, da falta de familiaridade com os conceitos científicos modernos, de sua pobreza ou de sua impotência e, portanto, expostos de alguma maneira à exploração. (...) [São] pessoas que não tem acesso a um bom sistema de cuidados da saúde ou mesmo a serviços médicos. (MACKLIN, 2003, p.60)

A vertente de investigação teórica que interessa a esse trabalho prioriza a vulnerabilidade secundária vinculada à prevalência de doenças crônicas e as interfaces que assume em relação à área da saúde e à bioética. Nesse contexto, torna-se a propósito explicar por que a bioética se ocupa desse tema, configurando-se o respeito à vulnerabilidade humana um destacado referencial bioético. Primeiramente, porque se pode supor que “a reflexão bioética detecte e condene tudo o que maltrate pessoas vulneráveis ou predispostas (...) a sofrer danos ou ser vítimas de (...) exploração” (KOTTOW, 2003, 73).

Pontua-se, também, que

“Os bioeticistas em particular preocupam-se com a proteção da saúde com o acesso justo e eficiente a cuidados de saúde em toda parte e para todos. (...) [Pois] a condição de saúde, a qualidade de vida e a expectativa de vida precisam ser protegidas de maneira prioritária.” (SASS, 2003, p.80)

Ao se analisar a palavra vulnerabilidade sob o viés etimológico assimila-se mais claramente a relevância que assume no campo específico da bioética. *Vulnus* significa ferida, assim pessoas vulneráveis são aquelas suscetíveis de sofrerem feridas, sejam feridas físicas, psíquicas ou morais. A questão da vulnerabilidade sempre esteve presente nas reflexões bioéticas, mas em 1998, através da *Barcelona Declaration*² foi incluída, pela primeira vez, entre os princípios éticos básicos na bioética e no biodireito (NEVES, 2007)

O enunciado da *Barcelona Declaration* define que a suscetibilidade às feridas configura o dever de não ferir, além de sensibilizar para a necessidade de cuidar dos vulneráveis. O referencial bioético do respeito pela vulnerabilidade humana traz embutido em si o conceito mais amplo do respeito à dignidade humana, abrangendo a área dos direitos humanos e, no campo da saúde esse aspecto assume grande relevância, considerando-se que:

(...) no plano da assistência clínica (...) o princípio da vulnerabilidade interpela directamente o profissional de saúde na sua responsabilidade de estabelecer relações simétricas com a pessoa doente e obriga as instituições a protegerem (...) todos os cidadãos igualmente, mesmo quando estes não tem poder reivindicativo. (...) No âmbito das políticas de saúde e de investigação, o princípio da vulnerabilidade exige, tanto no plano social interno como no internacional, que o benefício de alguns não seja alcançado pela exploração da fraqueza de outros, bem como a compreensão de que a melhoria do bem-estar de apenas alguns torna, afinal, os restantes marginalizados ainda mais vulneráveis. (NEVES, 2007, p.43-44.)

O referencial bioético do respeito à vulnerabilidade humana remete directamente à equidade, que implica na exigência de se proteger o indivíduo vulnerável de acordo com suas necessidades ao longo da vida, já que, nas várias

² A Declaração de Barcelona é um projeto da União Européia; apresenta os princípios fundamentais da bioética e do biodireito. Disponível em: www.delegy.ec.europa.eu/en/eu_and_country/4.pdf

fases do transcurso da vivência humana, esse caráter de vulnerável assume formas diferentes: tais como no início da vida, no fim da vida, em situações de doenças, etc. Nesse contexto, a saúde pública tem um papel destacado (JUNGES, 2007).

O Estado, e aqui se inclui o Estado brasileiro, tem o dever de cuidar da saúde das populações, de desenvolver ações sanitárias que favoreçam a saúde de todos os cidadãos, especialmente aqueles que compõem os grupos mais vulneráveis, que vivenciam situações de risco social, que são os principais clientes das ações estatais. Nesse caso, como as políticas de saúde pública podem oferecer uma resposta que contemple esses indivíduos vulneráveis sem reduzi-los ao papel de vítimas? (JUNGES, 2007).

Não existem respostas fáceis para esse questionamento. O que se propõe é que as políticas públicas ideais promoveriam o empoderamento³ dos indivíduos fragilizados. Quanto maior o capital social das comunidades, maior o seu nível de empoderamento, permitindo que seus membros estejam mais protegidos das situações de vulnerabilidade. Nesse sentido, as políticas públicas de saúde deveriam focar “as redes sociais de apoio da comunidade” (JUNGES, 2007, p.120).

Outro aspecto dessa questão alude à “eqüidade focalizada”, que postula que as políticas públicas de saúde deveriam prover recursos diferenciados para demandas também diferenciadas, atendendo grupos específicos⁴ devido à vulnerabilidade de sua situação e à urgência da demanda. No contexto brasileiro, e aceitando-se que o fundamento do SUS é a universalização do acesso igualitário às ações de saúde, as políticas públicas investem na descentralização e gestão local (municipalizada) dos serviços de saúde e na participação social dos usuários dos serviços. “Nestes aspectos estão as grandes potencialidades das políticas públicas em responder aos agravos que vulnerabilizam a saúde no Brasil.” (JUNGES, 2007, p. 133)

³ Cumpre salientar que esse empoderamento não visa o indivíduo isoladamente, mas o empoderamento das redes sociais intersubjetivas às quais os indivíduos possam pertencer. Remete-se, nesse caso, ao ‘capital social’, conforme proposto por Bordieu (1986), que prevê a agregação de recursos potenciais no contexto de uma rede de relações duradoura, que evidencie o poder da coletividade, capacitando-os a intervirem na esfera social mais ampla.

⁴ Por exemplo: focalização de recursos destinados à saúde da criança, da mulher, dos pacientes portadores de HIV, de diabetes, etc.

Não se pode esquecer que os usuários do SUS, esses dos quais se demanda 'participação social', constituem a população com baixíssimos níveis de estudo e pouca renda; nesse sentido, é válida a premissa que propõe que "a saúde pública deve ser guiada pelo princípio da ética da proteção" que garanta o respeito à vulnerabilidade (PLENTZ, PHITAN, EICK, 2007, p.220).

Concernente ao exposto, postula-se que o respeito à vulnerabilidade humana integra o campo conceitual da bioética, configurando-se como um dos seus mais destacados referenciais, de acordo com a pluralidade de enfoques que formam os constructos dessa área do conhecimento cuja prioridade é "(...) o resgate da dignidade da pessoa humana (...) [passando] pela proteção à vida humana e seu ambiente, através da tolerância, do cuidado e da solidariedade" (BARCHIFONTAINE, 2007, p. 264).

1.4.1 Vulnerabilidade humana, bioética e saúde mental no contexto da saúde pública: alguns apontamentos

É conveniente destacar que o campo da saúde mental guarda afinidade com o campo da bioética, sobretudo no que concerne ao caráter inter, trans e multidisciplinar dessas áreas do conhecimento. A saúde mental é um dos campos pioneiros da medicina em que as ações e intervenções apresentam-se, intensivamente, interdisciplinares, intersetoriais (ZOBOLI, 2003).

Sob outro viés, ressalta-se que a concepção de vulnerabilidade e sua relação com a bioética, bem como a vertente relativa ao campo da saúde pública ficaram delineadas no tópico anterior. Para o que interessa a esse trabalho, objetiva-se focar na vulnerabilidade secundária ocasionada por doenças e, mais especificamente, por doenças mentais crônicas como é o caso do transtorno esquizofrênico, abordado nesta pesquisa. Nesse contexto, parte-se da consideração que: "Historicamente, subentendeu-se que os vulneráveis seriam os deficientes mentais (...) e os institucionalizados de qualquer ordem" (BARCHIFONTAINE, 2007, p.79).

Ao se considerar que, das dez principais doenças que afetam a população mundial entre 15 e 44 anos quatro estão associados a distúrbios mentais, fica patente a relevância de se instigar essa discussão (CESARINI, 2007).

Ao se estabelecer que os deficientes mentais e os indivíduos institucionalizados são vulneráveis enquanto seres humanos, e estão vulneráveis devido às condições circunstanciais impostas pela doença, vale ressaltar a premissa: “as pessoas vulneráveis precisam lutar para conservar um sentido de valor pessoal (...) conservar um sentido de realismo sobre suas limitações e ao mesmo tempo recusar-se a ser excluído da vida social” (CAMPBELL, 2003, p.90).

Ora, o que se pretende apontar através da pesquisa que origina este trabalho é, dentre outras premissas, que o emprego de determinada farmacologia implica em reincidentes internações dos pacientes, que acabam excluídos da vivência em sociedade.

Não se pode ignorar, também, que indivíduos com deficiências mentais sofrem com a tendência prevalente na sociedade de que pessoas com doenças incuráveis e/ou crônicas possuem menor valor; desse modo, os pacientes necessitam lutar contra as ameaças à sua auto-estima, já que os problemas que enfrentam são “de atitude diante do eu e de valorização ou desvalorização do eu por outros” (CAMPBELL, 2003, p. 91).

Aceitando-se a premissa de Campbell (2003) impõem-se o questionamento:

Os transtornos mentais quebram o *ethos* que governa a prática clínica se ela for analisada somente pelo prisma da autodeterminação pessoal. Parece ser esse o primeiro desafio para as perspectivas futuras da interface entre a bioética e a saúde mental. (ZOBOLI, 2003, p.2)

As perspectivas futuras da bioética em relação aos deficientes mentais, institucionalizados ou não, consistem em insistir na manutenção do respeito à vulnerabilidade desses pacientes, em quaisquer situações. Assim, é cabível pressupor que, segundo o viés bioético, é importante que se explorem as possibilidades de ação que favoreçam, no âmbito da saúde pública relacionada à psiquiatria, a efetiva preservação da dignidade humana desses indivíduos

fragilizados pela doença. Talvez, essas ações passem pela revisão da farmacologia empregada, da disponibilização de terapias, do envolvimento do profissional médico e de toda a equipe transdisciplinar.

Parece pertinente, no intuito de fortalecer a análise, transcrever dados referentes à Política Nacional de Saúde Mental vigente no país. A Lei no. 10.226, de 6 de abril de 2001, dispõe acerca da proteção e dos direitos dos indivíduos portadores de transtornos mentais. O Artigo 1º. Prevê:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.
Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.
(BRASIL, 2001)

Observa-se, então, que a legislação garante aos pacientes a oferta de um novo padrão de assistência em saúde mental, que abrange a ampliação do próprio conceito de cuidado. Esse pressuposto fica patente no Artigo 4º. §2º da citada Lei Federal, que determina que se disponibilize aos portadores de transtornos mentais: "(...) assistência integral (...) incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros" (BRASIL, 2001).

Com base no exposto, aponta-se que a integralidade do cuidado, garantida pela Lei, contempla o problema da vulnerabilidade do portador de transtorno mental. Nesse sentido, mais uma vez observam-se os subsídios que a bioética pode oferecer quando se trata de delinear as necessidades desses sujeitos vulneráveis e propor, através da bioética de proteção e da bioética de intervenção, conforme já

analisado, um cenário de idéias e contextualizações que favoreçam a efetiva execução dos direitos garantidos por lei.

Há, certamente, vários outros aspectos que englobam o viés bioético relacionado ao campo da saúde mental, configurando múltiplos desafios para a bioética. Nesse tópico se traçou um desses vieses, relativo ao respeito à vulnerabilidade humana do paciente psiquiátrico, tema concernente ao objeto da pesquisa, mas não se pode deixar de enfatizar a necessidade de ampliar a discussão da problemática.

1.5 Transtornos esquizofrênicos: aportes teóricos

Para definir doença mental, primeiramente, faz-se necessário pontuar o que se entende por saúde mental. A OMS estabelece que a saúde mental depreende a capacidade do ser humano de relacionar-se bem consigo mesmo, com os outros e com o meio envolvente, respondendo às demandas práticas do cotidiano. Esse conjunto de competências pode ser traduzido como um sentimento de bem-estar embasado na harmonia interior, na espontaneidade das funções relacionais citadas (ARANTES-GONÇALVES; ALMEIDA, 2004).

Em síntese, alguns critérios são considerados determinantes da saúde mental: a) atitudes positivas em relação a si próprio; b) crescimento, desenvolvimento e auto-realização; c) integração e resposta emocional; d) autonomia e autodeterminação; e) percepção apurada da realidade; f) domínio ambiental e competência social (ARANTES-GONÇALVES; ALMEIDA, 2004).

Quanto às concepções de doença ou transtorno mental, a OMS (2008) postula que “doença mental pode ser entendida como uma variação mórbida do normal, variação esta capaz de produzir prejuízo na performance global da pessoa (social, ocupacional, familiar e pessoal) e/ou das pessoas com quem convive” (ARANTES-GONÇALVES; ALMEIDA, 2004).

O termo esquizofrenia (esquizo = cisão, frenia = mente) foi introduzido na literatura médica, em 1911, pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler, visando definir uma doença psíquica caracterizada pela cisão do pensamento, do afeto, da vontade e do

sentimento subjetivo da personalidade (CARPENTER JR.; BUCHANAN, 1999). O transtorno esquizofrênico⁵ inclui-se entre as doenças mentais, sendo considerado:

(...) Uma síndrome clínica, (...) uma doença do cérebro que se manifesta com múltiplos sinais e sintomas envolvendo o pensamento, percepção, emoção, movimento e comportamento. Essas manifestações combinam-se de variadas maneiras, criando uma diversidade considerável entre os pacientes, mas o efeito cumulativo da doença é sempre grave e geralmente de longa duração. (CARPENTER JR.; BUCHANAN, 1999)

Segundo definição do CID 10⁶, seção F20:

Os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, idéias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos. (OMS/OPAS, 2003, p. 317)

Os transtornos esquizofrênicos compreendem uma gama de subtipos, dentre elas: esquizofrenia paranóide, esquizofrenia hebefrênica, esquizofrenia catatônica, esquizofrenia indiferenciada, depressão pós-esquizofrênica, esquizofrenia residual, esquizofrenia simples, ataque esquizofreniforme, esquizofrenia cenestopática, psicose esquizofreniforme, transtorno esquizofreniforme e esquizofrenia não especificada (OMS/OPAS, 2003).

Quanto à epidemiologia, sabe-se que afeta cerca de 0,85% da população mundial, com tendência a aumento percentual quando se consideram os transtornos do espectro da esquizofrenia, derivados de observações de manifestação da doença nos parentes biológicos dos pacientes. A incidência e a prevalência, no percurso da

⁵ A esquizofrenia é tida como síndrome clínica, pois não se pode comprovar uma única entidade de doença, e, sim, várias, cada uma delas com sua própria etiologia e patofisiologia específicas (CARPENTER JR.; BUCHANAN, 1999)

⁶ Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Transtornos Mentais e Comportamentais. A publicação respeita os critérios da Organização Panamericana de Saúde - OPAS e OMS.

vida, são praticamente as mesmas em qualquer região do mundo, e giram em torno de 1% (trinta novas manifestações da doença em cada cem mil habitantes/ano). No sexo masculino, a incidência atinge o ápice entre na faixa etária entre os 18 e os 25 anos; no sexo feminino, a incidência máxima ocorre entre os 25 e os 35 anos (CARPENTER JR.; BUCHANAN, 1999).

Interessa pontuar que a incidência da esquizofrenia é maior nas populações urbanas de baixa renda, destacando-se que: “A maior prevalência é geralmente atribuída ao fenômeno da decadência social, na qual pessoas afligidas ou vulneráveis tendem a perder seus empregos e posições sociais (...)” (CARPENTER JR.; BUCHANAN, 1999, p. 960.).

Cabe comentar que, os indivíduos portadores de transtornos esquizofrênicos, além da vulnerabilidade conferida pela doença, conforme já se estabeleceu no Capítulo 1, inserem-se na população que sofre com a vulnerabilidade social, criando-se uma espécie de círculo vicioso.

Acerca da etiologia da doença ressalta-se que não existe conhecimento suficiente para subsidiar quaisquer afirmações categóricas; dentre as principais hipóteses formuladas estão a influência genética (expressão alterada dos genes); hipóteses vinculadas à neuroimunovirologia (diante dos aportes da neurobiologia tem sido refutadas); influência de complicação no parto e gravidez (ligadas a déficit no suprimento de oxigênio – hipoxia) (CARPENTER JR.; BUCHANAN, 1999).

Concernente aos fatores fisiopatológicos, a esquizofrenia apresenta perturbação de algumas funções cerebrais, mas não de todas. Convém apontar que, nos últimos 20 anos, convencionou-se que o transtorno relaciona-se aos circuitos neurais do cérebro, e não a áreas distintas, como se acreditava. Quanto à fisiopatologia prevalecem as seguintes hipóteses: teorias neuroanatômicas (investigam as relações estruturais e funcionais entre cérebro e comportamento); teorias bioquímicas (investigam o papel dos sistemas neurotransmissores e neuromoduladores envolvidos nos circuitos cerebrais e como esses circuitos se relacionam com o comportamento) (CARPENTER JR.; BUCHANAN, 1999).

Considerando-se que a síndrome da esquizofrenia envolve mais de um processo patológico, o diagnóstico é complexo. Ocorre, ainda, que os sinais e sintomas presentes na síndrome podem surgir no curso de qualquer doença que afete o cérebro. Há consenso no emprego das diretrizes do CID 10 e do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM –IV-TR*⁷. O diagnóstico se embasa, entre outros fatores, na análise individualizada dos chamados ‘sintomas positivos’ e ‘sintomas negativos’ (LIPTON; CANCRO, 1999).

Os sintomas positivos são mais intensos na fase aguda da doença; referem-se aos delírios, alucinações, pensamento e discurso desarticulado, alterações comportamentais, ansiedade, impulsividade, etc. Os sintomas negativos resultam da perda ou diminuição das capacidades mentais, e derivam da evolução da doença, culminando em isolamento social, indiferença afetiva, enfraquecimento do julgamento e perda da energia vital, comprometendo de modo global a vivência do indivíduo acometido pela doença (LIPTON; CANCRO, 1999). O Anexo I traz os critérios diagnósticos preconizados pelo DSM-IV-TR.

Ainda, referente ao diagnóstico, a avaliação médica deve incluir uma história médica e familiar completa, abrangendo investigação de doenças psiquiátricas e neurológicas presentes na família do portador do transtorno esquizofrênico, além de avaliações laboratoriais e químicas e, eventualmente, exames de imagens cerebrais (LIPTON; CANCRO, 1999).

Acerca do prognóstico da esquizofrenia, historicamente predominava o pessimismo. Todavia, na contemporaneidade dois estudos⁸ coordenados pela OMS: o *International Pilot Study of Schizophrenia –IPSS* e o *Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders – DOSMED*, sobre o qual se estruturam a maioria dos estudos internacionais que enfocam o tema. Dados produzidos pelos estudos demonstram que, de modo geral, 1/3 dos pacientes não sofreram recaídas nos dois primeiros anos após o primeiro surto esquizofrênico; após os dois primeiros anos a

⁷ O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais é uma publicação da *American Psychiatric Association*.

⁸ Estudos publicados na década de 1980. Destacam-se por suas características metodológicas, cujas investigações foram efetivadas através de instrumentos padronizados para a inclusão e para as avaliações de seguimento. Os estudos apresentam desenho de coorte prospectivo, utilizando amostras com grande número de pacientes, provenientes de regiões geográficas definidas em diversos centros em diferentes países (MENEZES, 2000).

taxa de recaídas sobe para 60%. O IPSS estabeleceu que 26% dos pacientes estão no grupo de melhor evolução e 18% pertencem ao grupo de pior desfecho (LIPTON; CANCRO, 1999; MENEZES, 2000).

Em relação à história natural da doença, estudos de seguimento mostram que o sexo é um importante fator preditivo no curso e na evolução da esquizofrenia. Independentemente da medida de desfecho clínico – tempo de permanência no hospital, número de recaídas, remissão de sintomas, adaptação social e número de suicídios –, as mulheres mostram um melhor desempenho que os homens (LIPTON; CANCRO, 1999; MENEZES, 2000).

Observa-se que, quanto ao prognóstico, os autores citados na explanação não abordam a possibilidade da cura. Para o DSM –IV-TR:

A maioria dos estudos sobre curso e resultado da Esquizofrenia sugere que o curso pode ser variável, com alguns indivíduos exibindo exacerbações e remissões, enquanto outros permanecem cronicamente enfermos. A variabilidade na definição e na determinação impossibilita uma previsão acurada do resultado da Esquizofrenia a longo prazo. A remissão completa (i.e., um retorno ao pleno funcionamento pré-mórbido) provavelmente não é comum neste transtorno. Daqueles que parecem enfermos, alguns parecem ter um curso razoavelmente estável [permanência de sintomas na ausência da fase aguda], enquanto outros apresentam uma piora progressiva associada com grave incapacitação. (DSM-IV –TR, 2002).

Obviamente, a cronificação da esquizofrenia implica em pesados custos, sob aspectos financeiros e sociais.⁹ Países como o Estados Unidos, Canadá e Inglaterra conduziram estudos acerca dos custos em esquizofrenia, em 2002, 2004 e 2005, respectivamente. Todas as análises estabelecem um alto custo financeiro, tanto direto como indireto. Convém ressaltar que, concernente aos custos diretos, o percentual de 67% diz respeito aos gastos com hospitalização; quanto aos custos

⁹ Convencionou-se classificar os custos em saúde nas seguintes categorias: custos diretos (médicos e não médicos), custos indiretos e custos intangíveis. Especificamente, **custos diretos médicos** remetem à intervenção médica em si, hospitalizações, procedimentos diagnósticos realizados e terapias instituídas. Os **custos diretos não-médicos** dizem respeito aos gastos periféricos (por ex. com transporte e alimentação) advindos dos pacientes e/ou familiares como resultado direto da doença ou do tratamento. Os **custos indiretos** envolvem a perda de produtividade e de competências sociais e funcionais devido à doença e/ou ao tratamento. Os **custos intangíveis** remetem a ao custo social e psíquico como dor, sofrimento e limitações impostas pela doença, são intangíveis devido à dificuldade de valoração (DALRIO, MARI e FERRAZ, 2007).

indiretos, entre 70% e 80% se referem à perda da produtividade dos pacientes, a maioria permanecendo desempregados (DALTIO, MARI e FERRAZ, 2007).

No Brasil não existem estudos dessa amplitude. Apenas, em 1998 foi realizado um estudo com foco no estado de São Paulo, que interessa devido ao fato de que o hospital objeto desta pesquisa localiza-se no referido estado. Em 2006, foi investigado o custo direto (médico-hospitalar) da esquizofrenia para o setor público do estado, com ênfase na distribuição dos pacientes e emprego de recursos consoante às modalidades de tratamento. Com base nesse estudo, aponta-se que 81,5% dos pacientes portadores de transtornos esquizofrênicos, no estado, são cobertos pelo SUS. À época da pesquisa, 3,7% desses pacientes estavam em internações temporárias; 2,3% em regime de internação permanente; 23% em tratamento ambulatorial e 71% permaneciam excluídos do acesso a tratamento regular (DALTIO, MARI e FERRAZ, 2007).

Em termos financeiros, o custo direto total, para o setor público estadual atingiu R\$ 222 milhões, perfazendo 2,2% do total de gastos em saúde do estado de São Paulo. A destinação dos recursos mostra que 11% dos R\$ 222 milhões foram empregados em tratamento ambulatorial; 9,8% destinados a pacientes não inclusos em programas regulares; 30,5% em internações permanentes e 48,7% despendidos nas internações temporárias. O mesmo estudo aponta que a esquizofrenia responde por 25% das internações psiquiátricas ocorridas no país (DALTIO, MARI e FERRAZ, 2007).

Ora, a presente pesquisa trabalha com a hipótese de que o emprego de antipsicóticos atípicos seja mais eficaz, contribuindo, talvez, para evitar as constantes reinternações temporárias que, conforme referido, captam quase 50% do total dos recursos estaduais empregados para o tratamento da esquizofrenia. Além do que, um dos objetivos do presente trabalho é traçar um paralelo entre a questão do respeito à vulnerabilidade humana enquanto referencial bioético e o enfoque no tratamento dos pacientes esquizofrênicos que, conforme demonstrado, apresentam-se dependentes da cobertura do SUS (81,5% dos pacientes só no estado de São Paulo, aliás, o maior PIB do país).

Hipoteticamente, os investimentos em tratamentos eficazes podem representar a diferença entre o risco de maior vulnerabilização social (com os prejuízos concomitantes) e a possibilidade de dignificar a existência desses indivíduos, alçando-os à condição de sujeitos de direitos.

1.5.1 Transtornos esquizofrênicos: aportes relativos ao tratamento com foco na farmacologia

Destaca-se que há uma vasta literatura científica sobre o tratamento da esquizofrenia, abrangendo uma retrospectiva histórica e procedendo à revisão das terapêuticas¹⁰ e seus efeitos, e dos procedimentos de reabilitação.

Até o início do século XX, convencionava-se internar os pacientes esquizofrênicos em hospitais psiquiátricos. Nesse período, as diversas abordagens terapêuticas aplicadas (remoção de dentes, amígdalas, partes do cérebro, sangrias, fármacos eméticos e purgantes, etc) mostravam-se ineficazes e sem fundamento. Na década de 1930, surgiram algumas intervenções que tiveram impacto no tratamento: choque cardiazólico, coma insulínico, leucotomias cerebrais, e eletroconvulsoterapia (VALLADA, F^o.; BUSATTO F^o., 1996).

O aparecimento dos neurolépticos¹¹ ou antipsicóticos¹², no início da década de 1950, revolucionou o tratamento dos transtornos esquizofrênicos, influenciando, até a contemporaneidade, o padrão das abordagens terapêuticas. A introdução da clorpromazina – CPZ, a partir de 1952, na Europa e desde 1954, nos Estados Unidos, inaugurou “a era moderna da terapia médica efetiva para a esquizofrenia” (VALLADA, F^o.; BUSATTO F^o., 1996; CARPENTER, BUCHANAN, 1999).

Portanto, a partir de 1952, inicia-se a era da psicofarmacologia. A CPZ tornou-se a alternativa por excelência no tratamento dos casos agudos e, rapidamente, novos antipsicóticos com propriedades similares surgiram no mercado.

¹⁰ Estabelece-se uma diferença entre tratamento e reabilitação. Tratamento diz respeito às intervenções cujo objetivo é minimizar as manifestações diretas da doença; reabilitação diz respeito aos procedimentos específicos voltados para a redução e administração dos prejuízos secundários ao processo da doença (CARPENTER, BUCHANAN, 1999).

¹¹ Assim nomeados devido aos seus efeitos neuronais.

¹² Assim chamados devido à sua eficácia clínica.

Muitos pacientes, institucionalizados há anos, apresentaram significativa recuperação, viabilizando a alta hospitalar e contribuindo para uma melhora substancial no prognóstico da doença. O advento dos antipsicóticos, realmente efetivos no controle dos sintomas esquizofrênicos, levou a um progressivo abandono dos tratamentos antigos. (VALLADA, F^o.; BUSATTO F^o., 1996; CARPENTER, BUCHANAN, 1999).

Após o advento dos antipsicóticos, surgiram inúmeros estudos que comprovaram a superioridade dessas drogas em quadros esquizofrênicos agudos. As drogas antipsicóticas voltadas ao tratamento da esquizofrenia têm em comum a capacidade para ocupar receptores dopaminérgicos pós sinápticos no cérebro. Apresentam uma ampla gama de mecanismos de ação, configurando-se como “fundamentalmente efetivos no tratamento dos sintomas positivos da doença, sendo questionável sua ação sobre sintomas negativos” (VALLADA, F^o.; BUSATTO F^o., 1996). Os antipsicóticos podem ser subdivididos em dois grupos, quanto à relação efetividade/dosagem. O quadro 1 resume os principais aspectos referentes ao tema.

Quadro 1 – Antipsicóticos: efetividade/dosagem versus prevalência de efeitos colaterais

- | |
|---|
| <p>1) Neurolépticos de alta potência: produzem efeitos terapêuticos mesmo em dosagens pequenas (haloperidol, flufenazina, trifluoperazina, tiotixene). Efeitos Colaterais: menor ocorrência de sedação e hipotensão postural; efeitos colaterais motores freqüentes, os chamados efeitos extrapiramidais ou parkinsonismo.</p> <p>2) Neurolépticos de baixa potência: também conhecidos como ‘sedativos, tais como a clorpromazina, tioridazina, levomepromazina, são bloqueadores dopaminérgicos menos potentes e precisam ser administrados em doses mais altas para produzir efeito antipsicótico, provocam maior sedação e efeitos autonômicos, mas há diminuição dos efeitos extrapiramidais.</p> |
|---|

Fonte: VALLADA, F^o.; BUSATTO F^o., 1996.

Ao selecionar a droga deve-se considerar que não existem muitas diferenças entre elas, no que concerne à eficácia clínica. Devem ser respeitadas as especificidades individuais (alguns pacientes respondem melhor a algum tipo de droga, enquanto para outros os efeitos terapêuticos não são expressivos). Os fatores principais que devem pautar a escolha dizem respeito à tolerabilidade aos efeitos colaterais; o uso anterior de neurolépticos, que pode influenciar

negativamente o padrão da resposta; se há recaídas constantes com o uso da mesma droga (obviamente, analisando-se a aderência ao tratamento) (VALLADA, F^o.; BUSATTO F^o., 1996).

De modo geral, não convém associar dois ou mais neurolépticos simultaneamente, exceto na administração de neurolépticos de depósito, que exige a complementação via oral. Os neurolépticos de depósito são utilizados na manutenção de tratamento depois de controlada a fase aguda. Quanto a esse tema:

Sabe-se que nos dois primeiros anos após a instituição do tratamento, pacientes recebendo doses de manutenção de neurolépticos apresentam duas a quatro vezes menos recaídas em comparação a pacientes não medicados. (...) Portanto, a medicação deve ser mantida por pelo menos um ano a fim de diminuir o risco de recaídas. (VALLADA, F^o.; BUSATTO F^o., 1996, p.147).

Estudos mostram que entre 20% a 30% dos pacientes esquizofrênicos não respondem ao tratamento farmacológico com neurolépticos. Não há consenso entre os estudiosos quanto à definição de resistência ao tratamento, mas, geralmente, evidencia-se na ausência de resposta terapêutica depois de 4 a 6 semanas de tratamento com um ou mais antipsicóticos recomendados e ministrados em doses adequadas. A caracterização de resistente ao tratamento somente é aceita depois de descartados alguns fatores, entre eles: não-aderência ao tratamento; interação de drogas (como aquelas usadas para controlar os efeitos parkinsonianos); níveis plasmáticos baixos (pacientes obesos, por exemplo) (VALLADA, F^o.; BUSATTO F^o., 1996).

Se realmente for constatada a resistência ao tratamento recomenda-se: aumentar a dosagem; mudar o neuroléptico; utilizar neurolépticos atípicos (dentre os quais: clozapina, sulpirida, risperidona, remoxipride, sertindole); uso do lítio; associação de carbamazepina - CBZ às drogas antipsicóticas; eletroconvulsoterapia; associação neurolépticos-benzodiazepínicos; emprego de estratégias psicossociais () (VALLADA, F^o.; BUSATTO F^o., 1996).

Sobre os neurolépticos atípicos¹³, eles começaram a ser sintetizados em meados da década de 1970. Essas drogas se dividem em vários grupos familiares, que incluem:

- Dibenzodiazepinas: como a clozapina, a olanzapina, quetiapina, etc;
- Benzamidas substituídas: como o remoxipride e a sulpirida.
- Derivados do benzisoxazol: como a risperidona.
- Ziprasidona.
- Sertindole (OLIVEIRA, 2000)

A clozapina foi o primeiro agente antipsicótico denominado 'atípico', por ser clinicamente efetivo, com a vantagem de não apresentar efeitos colaterais extrapiramidais, como os demais drogas. Começou a ser empregada já em 1975 e, desde 1988, surgiram estudos sobre sua eficácia, publicados por Kane et al, demonstrando a "superior eficácia da clozapina em pacientes com esquizofrenia resistente ao tratamento".(STIP, 1999).

As vantagens da clozapina em relação aos neurolépticos convencionais se caracterizam pelo amplo espectro de atividade antipsicótica, rapidez de início de ação e ausência relativa de reações extrapiramidais, que comprometem muito a qualidade de vida do paciente. Entretanto, apresenta um grave efeito adverso, a agranulocitose (diminuição dos leucócitos totais), observada em 1 a 2% dos casos, o que obriga ao controle hematológico constante, implicando em custos para os sistemas de saúde. A clozapina só passou a ser comercializada a partir de 1992, ocasião em que surgiram vários outros neurolépticos de segunda geração (STIP, 1999).

Fechando esse tópico, depreende-se do referencial estudado que, devido à complexidade da esquizofrenia, vinculada às especificidades individuais de cada paciente, não convém descrever uma fórmula cujo uso generalizado possa trazer resultados. O julgamento clínico, caso a caso, é imprescindível.

¹³ Ou de segunda geração. O aspecto comum aos antipsicóticos considerados atípicos é o poder de promover a ação antipsicótica em doses que não produzam, significativamente, sintomas extrapiramidais. No mercado brasileiro, dispõe-se da clozapina, da risperidona, da olanzapina e da quetiapina (OLIVEIRA, 2000)

1.6 Análise comparativa de fármacos: uma revisão

Já ficou estabelecido que a farmacoterapia antipsicótica constitui-se no tratamento por eleição da esquizofrenia. Apesar de não possuírem poder curativo, os neurolépticos se consagraram como a principal chave terapêutica em todos os estágios da patologia, sobretudo porque reduzem o tempo de hospitalização, permitindo aos pacientes que a manutenção seja feita no ambiente familiar.

Especificamente, as drogas antipsicóticas fundamentam os tratamentos somáticos da esquizofrenia no mundo contemporâneo. Aliás, o uso extenso de antipsicóticos está reservado aos pacientes esquizofrênicos. Inicialmente, com a descoberta dos neurolépticos ocorreu uma ênfase na redução dos sintomas, no que se refere ao tratamento somático, obliterando a preocupação com a qualidade de vida dos pacientes esquizofrênicos. Entretanto, no final da década de 1990, as questões relativas à qualidade de vida dos pacientes voltaram à pauta, sobretudo relacionadas às estratégias de rebaixamento das doses dos antipsicóticos e à ampliação do uso dos neurolépticos atípicos, como a clozapina, risperidona e demais drogas já citadas (SCHULZ, 1999).

1.6.1 Revisão dos estudos acerca dos antipsicóticos atípicos

Com o objetivo de discutir a suposição de que as drogas antipsicóticas atípicas apresentam maior eficácia em pacientes com esquizofrenia resistente, que sofrem várias reinternações, procede-se a uma revisão dos artigos publicados acerca do assunto. Os artigos foram obtidos através de indicação dos laboratórios: *Bristol Myers Squibb, Astra Zeneca e Eli Lilly do Brasil*. Outros artigos, com foco nas publicações brasileiras e sul-americanas, foram pesquisados em bancos de dados eletrônicos tais como *Medline, Lilacs e Scielo Scientific*. As datas de publicação dos artigos estudados variam entre 1997 e 2007. Convém explicar que, embora os artigos tenham sido lidos na íntegra, para o que interessa a esse trabalho o foco radica nas conclusões propostas pelos autores após a condução das pesquisas com neurolépticos atípicos.

Na relação dos artigos enviados por *Bristol Myers Squibb*¹⁴, publicados entre 2003 e 2007, dez publicações abordam a eficácia do antipsicótico atípico aripiprazol em relação a risperidona e haloperidol, além de apresentarem pareceres acerca dos efeitos colaterais. Kane et al (2007) realizaram um estudo de 4 semanas, com três grupos de pacientes, duplo cego, randomizado, de aripiprazol versus placebo e haloperidol como controle ativo. Concluíram que os pacientes não apresentaram ganho de peso (considerado efeito colateral dos neurolépticos atípicos), e aqueles tratados com aripiprazol não apresentaram efeitos extrapiramidais que comprometessem a qualidade de vida (KANE ET AL, 2007).

Kasper et al (2003) publicaram estudo de longa duração (52 semanas), randomizado, duplo cego, multicêntrico, em 1294 pacientes em recaída aguda com esquizofrenia crônica. Concluíram que o aripiprazol apresenta eficácia a longo prazo semelhante à do haloperidol, mas teve desempenho melhor que o haloperidol quanto à melhora dos sintomas negativos e depressivos, adesão ao tratamento e, sobretudo, menor incidência de efeitos extrapiramidais (KASPER ET AL, 2003).

Potkin et al (2003) conduziram um estudo duplo cego, Fase III, multicêntrico, de quatro semanas, em 404 pacientes, traçando uma análise entre aripiprazol e risperidona. Concluíram que o aripiprazol foi bem tolerado, com eventos adversos leves e moderados, de natureza transitória. Ambos os medicamentos não foram relacionados a ganho de peso e a eficácia das duas drogas foi tida como similar extrapiramidais (*BRISTOL MYERS SQUIBB*, 2008).

Estudos efetivados por *American Diabetes Association*, *American Psychiatry Association of Clinical Endocrinologists*, *North American Association for the Study of Obesity*, apresentam um consenso acerca do uso de antipsicóticos atípicos e os fatores: risco de *diabetes mellitus*, hiperlipidemia e ganho de peso. O aripiprazol obteve o melhor desempenho, como mostra a tabela 1, na próxima página:

¹⁴ O laboratório comercializa o aripiprazol com o nome fantasia Abilify. O laboratório realizou pesquisa eletrônica em bases de dados internacionais e nacionais, utilizando as palavras-chave: *aripiprazole and risperidone* e *aripiprazole and haloperidol*. Postado via correio no dia 31 de janeiro de 2008.

Tabela 1 – Análise dos antipsicóticos atípicos relativos a alterações metabólicas

Droga	Ganho de peso	Risco de diabetes	Hiperlipidemia
Clozapina	+++	+	+
Olanzapina	+++	+	+
Risperidona	++	0	0
Quetiapina	++	0	0
Aripiprazol	+/-	-	-
Ziprasidona	+/-	-	-

+ = Efeito de aumento; - = sem efeito; 0 = resultados discrepantes;

Fonte: care.diabetesjournals.org

Achados da pesquisa realizada por El- Sayeh e Morganti (2004) não definem a superioridade do neurolépticos atípicos sobre os convencionais, mas patenteiam a menor incidência de efeitos extrapiramidais não só em relação aos antipsicóticos típicos como em relação a outros neurolépticos de segunda geração, tais como olanzapina e risperidona (EL-SAYEH ET AL, 2004).

Artigo publicado por Miller et al (2007), traçando uma comparação quanto à eficácia do tratamento e incidência de efeitos extrapiramidais e discinesia tardia entre aripiprazol e haloperidol, concluiu que os resultados obtidos mostraram que o risco potencial de desenvolvimento de discinesia por parte dos pacientes durante tratamento de manutenção da esquizofrenia é significativamente mais baixo com o emprego de aripiprazol (MILLER ET AL, 2007).

Estudos envolvendo pacientes chineses, defendem a superioridade do aripiprazol em relação à risperidona, sobretudo concernente à tolerabilidade e significativa diminuição dos efeitos colaterais relativos à hiperlipidemia e efeitos extrapiramidais. (CHAN ET AL, 2007).

Fazendo um contraponto, no estudo de Daniel et al (2007) os resultados não apontam para a melhor efetividade do aripiprazol em relação ao haloperidol no que se refere à sintomatologia, mas relatam melhor tolerabilidade do aripiprazol (DANIEL ET AL, 2007).

O laboratório *Astra Zeneca* indicou sete artigos abordando a eficácia e incidência de efeitos colaterais de neurolépticos atípicos. Dentre a seleção do laboratório, cinco artigos guardavam relação com o tema desta pesquisa. Mullen et al (2001) compararam a eficácia e tolerabilidade da quetiapina e risperidona, através

de estudo randomizado em 728 pacientes com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. Os autores concluíram que a quetiapina é tão efetiva quanto a risperidona quanto à eficácia no controle dos sintomas, inclusive da depressão associada à esquizofrenia. Embora a risperidona esteja mais associada à presença de efeitos extrapiramidais, a tolerabilidade global das drogas é similar (MULLEN ET AL, 2001).

Outros estudos sobre a segurança e a tolerabilidade do emprego da quetiapina e risperidona foram efetivados por Caro, Ward e Robinson (1999); White, Simons e Yu (2002); Mintzer, Mullen e Sweitzer (2004); os referidos trabalhos apontam as vantagens clínicas do uso desses medicamentos. Ainda, estudo randomizado, com grupos paralelos, visando comparar a quetiapina, risperidona e olanzapina foram conduzidos por Sacchetti, Valsecchi e Parrinello (2007) concluindo que os três antipsicóticos atípicos exercem eficácia similar quanto ao tratamento da esquizofrenia aguda e resistente (CARO ET AL, 1999; WHITE ET AL, 2002; MINTZER ET AL, 2004; SACCHETTI ET AL, 2007).

O laboratório *Eli Lilly do Brasil* selecionou três artigos sobre o antipsicótico atípico olanzapina. Um dos artigos traz uma comparação entre antipsicóticos típicos e atípicos, quanto à eficácia das drogas no tratamento de manutenção. A clozapina e a olanzapina mostraram ser significativamente mais eficazes do que os antipsicóticos típicos, sobretudo pela adesão dos pacientes devido à menor incidência de efeitos colaterais (ASCHER-SVANUM, 2006).

Outra pesquisa traçou uma comparação acerca da eficácia das drogas haloperidol (via oral) e olanzapina (via oral) na manutenção do tratamento de pacientes esquizofrênicos; na conclusão os autores apontam a superioridade da olanzapina, enfatizando a significativa minimização da incidência de hiperprolactemia (TRAN ET AL, 1998).

Ainda, foi realizado um estudo multicêntrico, duplo-cego, comparando o desempenho da olanzapina em relação à risperidona no tratamento da esquizofrenia. A olanzapina mostrou significativa eficácia sobre a risperidona, tantos no que se refere ao controle dos sintomas positivos quanto negativos, com menores incidências de efeitos colaterais extrapiramidais e disfunção sexual. Segundo os

autores, a olanzapina leva vantagem sobre a risperidona quanto ao binômio risco/benefício (TRAN ET AL, 1997).

Sobre a ziprasidona (geodon) estudos randomizados e multicêntricos, focando o geodon em relação ao haloperidol (via intramuscular e via oral) mostraram que a ziprasidona apresenta melhores resultados com menor incidência de efeitos colaterais extrapiramidais. Além disso, geodon mostrou-se significativamente mais efetivo no controle dos sintomas psicóticos agudos (BROOK ET AL, 2000).

Outro estudo aponta a superioridade da ziprasidona em relação ao haloperidol, notadamente no quesito hiperprolactemia; a ziprasidona reduz os sintomas psicopatológicos de modo eficaz, observando-se apenas elevações passageiras da prolactina, que são revertidas com a adequação da dosagem, sem prejuízo dos efeitos antipsicóticos (GOFF ET AL, 1998).

Um outro estudo, comparando a ziprasidona e a risperidona, estabelece que os dois fármacos melhoraram os sintomas psicóticos igualmente, sendo ambos bem tolerados. A ziprasidona apresentou menor efeito relativo à produção de prolactina e menor ganho de peso que a risperidona (ADDINGTON ET AL, 2004).

Oliveira (2000) explica que no mercado brasileiro dispõe-se da clozapina, da risperidona, da olanzapina, quetiapina e ziprasidona, neurolépticos pesquisados nos artigos coletados através dos citados laboratórios. Estão disponíveis, ainda, as benzamidas substituídas benzamidas substituídas (sulpirida e amisulprida) e a tioridazina. A autora cita:

Os antipsicóticos atípicos podem contribuir para a melhor qualidade de vida. Entretanto, os antipsicóticos convencionais permanecem como primeira escolha quando se consideram estritamente questões relativas ao custo do tratamento. Esse último aspecto ainda prevalece em nosso meio. (OLIVEIRA, 2000).

No Brasil, Gama et al (2004) desenvolveram pesquisa envolvendo a clozapina, com 56 pacientes atendidos pelo Programa de Atenção à Esquizofrenia Refratária da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Rio Grande do Sul. A conclusão dos autores aponta:

Observando os resultados apresentados, podemos concluir que os pacientes apresentaram uma melhora significativa da sintomatologia avaliada após seis meses de início do tratamento e que esta melhora se mantém após noventa e três meses de início do tratamento com clozapina. (...) Vale ressaltar a importância do início precoce do tratamento da psicose e da necessidade da participação do Estado, no sentido de oferecer suporte psicossocial e financeiro para a otimização do tratamento de pacientes psiquiátricos. (GAMA ET AL, 2004.)

Durão, Souza e Miasso (2007) realizaram pesquisa de avaliação com onze pacientes portadores de esquizofrenia, participantes de um grupo que utilizava antipsicóticos atípicos, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP). O estudo descreve a percepção do próprio paciente sobre seu estado de saúde após o uso da clozapina e acompanhamento em grupo. As autoras observam, na conclusão:

(..) [Houve] melhora no nível de recuperação, que contribuiu de modo significativo para a adesão ao tratamento e para mudança qualitativa nos tratamentos em si. Simultaneamente, houve o rompimento da solidão e do isolamento social, que a maioria dos pacientes se encontrava antes de frequentar os grupos, recompondo o círculo de amigos e de convívio social, permitindo a concretização de um primeiro nível de ressocialização que a muitos conduz, seguida, do reinício de tentativas de reintegração social plena, evidenciadas pela busca do retorno aos estudos ou atividades profissionais. (DURÃO, SOUZA, MIASSO, 2007.)

Outro estudo estabelece que:

Embora ainda exista certa falta de consenso quanto ao uso de neurolépticos atípicos, ninguém nega que estas drogas trouxeram benefícios claros e irrefutáveis, primeiramente, em sua eficácia clínica relativa aos sintomas negativos da esquizofrenia e, também, por não provocar os efeitos extrapiramidais, que podem ser extremamente incapacitantes para os pacientes. O impacto dessas drogas atípicas é considerável, não só na qualidade de vida dos pacientes, mas também em sua reinserção social e profissional. (STIP, 1999. . Tradução nossa.)

Sob os aspectos econômicos relativos ao emprego das drogas antipsicóticas atípicas:

Os neurolépticos atípicos também podem ser distinguidos dos típicos (ou convencionais) sob aspectos econômicos, pois são marcadamente mais caros. São poucos os estudos fármaco-financeiros publicados sobre o tema, mas, de modo geral, esses estudos têm apontado que os neurolépticos atípicos ajudam a reduzir o custo global da esquizofrenia,

devido à diminuição da taxa de recaídas, do número de reinternações e do número de consultas, além da economia com outros custos em saúde (STIP, 1999. Tradução nossa.)

O sistema de saúde brasileiro se depara com problemas graves no campo da assistência farmacêutica, que ocasionam restrições importantes de acesso aos tratamentos farmacológicos. No caso das doenças crônicas, o custo da farmacoterapia é um fator fundamental. Para minimizar a problemática foi criado o Programa de Medicamentos Excepcionais do Governo Federal, que, através de protocolos clínicos estabelece diretrizes para o emprego racional de medicamentos de alto custo indicados para doenças crônicas, inclusive a esquizofrenia. O protocolo padroniza os antipsicóticos risperidona, clozapina, quetiapina, ziprasidona e olanzapina (CHAGURI ET AL, 2006).

A prioridade de inclusão no protocolo é para os pacientes que tenham diagnóstico de esquizofrenia de acordo com CID-10; ausência de resposta terapêutica com a administração de pelo duas classes químicas de antipsicóticos convencionais (clorpromazina e tioridazina e ou haloperidol) durante tratamento contínuo por três meses; pacientes que apresentam grave ocorrência de discinesia tardia, distonias graves, síndrome neuroléptica maligna, prolactinomas e câncer de mama prolactino-dependente (CHAGURI ET AL, 2006).

As diretrizes terapêuticas do governo federal brasileiro para o tratamento da esquizofrenia estão embasadas no postulado que afirma:

Os antipsicóticos atípicos podem contribuir para a melhor qualidade de vida dos pacientes. Entretanto, de acordo com citações feitas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Esquizofrenia Refratária, mais de 100 ensaios clínicos randomizados e duplo-cegos e metanálises demonstram claramente a eficácia dos medicamentos antipsicóticos 'tradicionais' como alternativas de primeira linha para o tratamento da esquizofrenia (BRASIL, 2002).

Este tópico do trabalho trouxe algumas considerações acerca da eficácia dos neurolépticos atípicos. Entretanto, cumpre ressaltar que prevalece um cenário de controvérsias acerca do emprego das drogas típicas ou atípicas, sobretudo devido aos custos imediatos mais altos relativos aos atípicos.

2 OBJETIVO

O objetivo da pesquisa é averiguar as taxas de recaídas, que se descrevem pelo percentual de reinternações, em relação aos medicamentos empregados, levando-se em conta que, segundo a Portaria SAS/MS no. 846/2002, os antipsicóticos atípicos ziprasidona, quetiapina e olanzapina são a última opção para o tratamento da doença, devido aos altos custos desses medicamentos.

3 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, retrospectivo que avaliou prontuários de pacientes internados em uma Instituição de Saúde.

3.1 Local da pesquisa

A Casa de Saúde Bezerra de Menezes está localizada na cidade de Rio Claro, interior de São Paulo, na região administrativa de Campinas. Atualmente, possui uma área de 498,7 km, e o índice demográfico atinge a marca de 190.373 mil habitantes. A sede do município conta com serviços públicos de ordem municipal, estadual e federal. O PIB do município gira em torno de R\$ 2.420.027,00 e o PIB *per capita* é de R\$ 13.181,00 (IBGE, 2007).

Quanto à área da saúde, viés que interessa a essa pesquisa, o município de Rio Claro foi habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com a NOB-96, em 4 de maio de 1998. Na cidade de Rio Claro já foram realizadas 5 Conferências Municipais de Saúde, desde 1997; nessas conferências predominou uma intensa discussão sobre as necessidades mais prementes da população. De modo geral, podemos assinalar que este fato aponta para a relevância conferida ao tema saúde no município (COSTA FERREIRA, 2003).

A cidade de Rio Claro conta com cinco hospitais (sendo um deles o hospital psiquiátrico, reduto da pesquisa), três maternidades, oito unidades básicas de saúde, dois centros de saúde, 4 pronto-socorros, 1 centro de vigilância sanitária, 1 centro de zoonoses, 1 centro de habilitação infantil e uma unidade de saúde do trabalhador (COSTA FERREIRA, 2003).

A Casa de Saúde Bezerra de Menezes – Instituto de Higiene e Saúde Mental - foi fundada por um grupo espírita liderado por Virgílio Marques dos Santos, em 26 de junho de 1951. O prédio do hospital foi cedido sob regime de comodato pela prefeitura municipal. A inauguração do hospital ocorreu em 1960. EM 1964, a instituição foi reconhecida como Utilidade Pública Municipal (Lei 935/64). Trata-se de um hospital voltado ao atendimento de pacientes “portadores de doenças mentais, nervosas e toxicômanos” (Mazziotti, 1978).

Configura-se como entidade filantrópica, integrada ao Sistema Único de Saúde – SUS, cujo objetivo é “oferecer assistência multiprofissional a indivíduos portadores de distúrbios psíquicos em fase aguda, toxicômanos e pacientes de longa data, sem distinção de sexo, raça, cor, religião ou padrão social” (Casa de Saúde Bezerra de Menezes, 2007).

O hospital atende aos 26 municípios que integram a Diretoria Regional de Saúde – X (DRS-X, de Piracicaba). A população total desses municípios abrange cerca de 1.405.864 habitantes. Quanto às dotações orçamentárias, o hospital recebe verba estadual destinada a entidades filantrópicas, e municipal, vinculada à prefeitura de Rio Claro. Quanto à capacidade operacional, a instituição oferece 200 leitos, dos quais 195 são reservados ao SUS, perfazendo 97% do total. Os demais leitos são oferecidos às internações particulares e convênios de empresas de saúde privadas (Casa de Saúde Bezerra de Menezes, 2007).

3.2 Instrumentos, procedimentos e aspectos éticos

O universo de pesquisa está formado pelos pacientes internados no período entre 2002-2007 e corresponde a cerca de 2.300 indivíduos internados com diversas patologias psiquiátricas, com prevalência dos transtornos por substâncias psicoativas e transtornos psicóticos. Deste universo, foram selecionados para estudo os prontuários dos pacientes cujo diagnóstico seja compatível com transtornos esquizofrênicos conforme CID 10 (F20.0 a F20.9, especificamente) e DMS-IV-TR, perfazendo um total de 621 prontuários.

Quanto à metodologia, aceitando-se que documento é “qualquer base de conhecimento, fixada materialmente e disposta de maneira que se possa utilizar para consulta, estudo, prova etc”¹⁵, a presente pesquisa pode ser denominada estudo de documento, análise documental ou análise de conteúdo¹⁶, cuja finalidade é captar informações contidas no texto, no caso, os artigos e livros que compõem a fundamentação teórica e os prontuários dos pacientes.

¹⁵ BUARQUE DE HOLANDA, A. *Novo Aurélio: século XXI*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2005. Cd Room.

¹⁶ FRANCO, M.L.P.B. *Análise de Conteúdo*. In: *Coleção Série Pesquisa*. Brasília: Liberlivro, 2005.

Como instrumento de pesquisa, elaborou-se uma ficha que contém dados pertinentes ao tema do estudo, confeccionada a partir das informações presentes nos prontuários selecionados. Quanto ao procedimento, foi realizado um levantamento de todos os prontuários; em seguida, cinco técnicos do SAME do hospital, habituados ao manejo dos arquivos, selecionaram os prontuários que se adequam à temática da pesquisa, preenchendo as fichas a partir dos dados encontrados. Cumpre ressaltar que o pesquisador empreendeu um pré-teste que envolveu o treinamento da equipe que colaborará com o desenvolvimento do trabalho.

Remetendo aos aspectos éticos, é fato reconhecido que a pesquisa envolvendo seres humanos demanda autorização dos pacientes, na forma do Termo de Consentimento Livre e Espontâneo – TCLE, quando da utilização de dados pessoais, mesmo que de prontuários. Embora esta pesquisa defina como objetos de estudo os prontuários que estão sob a custódia da Casa de Saúde Bezerra de Menezes, com a finalidade de compilar informações referentes aos fármacos utilizados para o tratamento dos transtornos esquizofrênicos, traçando o perfil de utilização desses fármacos e sua efetividade, não se descreverão dados que comprometam os pacientes ou que permitam a identificação dos mesmos, portanto, não se justificava a autorização.

Destaca-se, novamente, que os pacientes serão catalogados por números e não serão utilizados quaisquer dados pessoais que possam identificá-los. Antes, a investigação contemplará apenas dados relativos ao diagnóstico e tratamento, assegurando-se total e irrestrita discricção em respeito aos pacientes, preservando-se os preceitos éticos de privacidade das informações. Nesse contexto, parece pertinente a dispensa do TCLE.

4 RESULTADOS

Foram coletados dados dos prontuários de 621 pacientes internados no hospital psiquiátrico “Casa de Saúde Bezerra de Menezes”. Os pacientes foram identificados por números de 001 a 621. Dentre os dados coletados, citam-se: sexo, idade, estado civil, número de internações e reinternações, períodos de hospitalização, e antipsicóticos convencionais atípicos empregados na primeira, última e todas as internações, além de alguns antipsicóticos também atípicos usados excepcionalmente em pacientes com várias internações. As tabelas inseridas abaixo correspondem aos dados coletados.

Tabela 2 – Variável relacionada ao sexo

SEXO			
Masculino		Feminino	
Nº.	%	Nº.	%
379	61,0	242	38,9

A tabela 3 traz os dados relativos ao estado civil dos pacientes pesquisados, declarados solteiros, viúvos, casados, amasiados e desquitados.

Tabela 3 - Variáveis relativas ao estado civil

Estado Civil	Sexo	
	Masculino (379 pctes)	Feminino (242 pctes)
	No.	No.
Solteiro(a)	293	106
Casado(a)	45	77
Amasiado(a)	05	16
Desquitado(a)	30	31
Viúvo(a)	06	12

A tabela 4, na página seguinte, traz informações sobre a faixa etária dos pacientes.

Tabela 4– Variáveis relativas à faixa etária em relação ao total de pacientes/sexo

Nascimento	Sexo		Total (621)
	Masculino (379 pctes)	Feminino (242 pctes)	
Década de 20	00	01	01
Década de 30	04	03	07
Década de 40	26	15	41
Década de 50	72	56	125
Década de 60	121	75	196
Década de 70	109	77	186
Década de 80	47	19	66

A tabela 5 informa acerca do número de internações e reinternações sofridas pelos 621 pacientes, sem definição da categoria sexo.

Tabela 5 - Quantidade de internações em relação ao total de pacientes

1 internação		2 a 4 internações		5-6 internações		7 ou mais internações	
Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
449	72,30	157	25,28	10	1,62	5	0,80

Na tabela 6 analisa-se o número de reinternações considerando-se a categoria sexo dos pacientes.

Tabela 6– Percentual de reinternações em relação ao sexo dos pacientes

	1 internação		2 a 4 internações		5-6 internações		7 ou mais internações	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Feminino	185	76,44	54	22,31	1	0,41	2	0,82
Masculino	264	69,65	103	27,17	9	2,37	3	0,79

Quanto aos antipsicóticos convencionais, a tabela 7 explicita os dados coletados nos prontuários em relação ao total de pacientes (621).

Tabela 7 – Uso dos antipsicóticos convencionais/total de Pacientes (no.)

Internações	Antipsicóticos Convencionais*						
	Haldol**	Neozine***	Melleril	Ana-tensol	Halo-peridol	Levome-promazina	Neuleptil
1ª	384	235	123	29	35	9	6
Última	115	103	28	12	5	0	1
Todas	9	12	2	5	0	0	2

* Observe-se que, muitas vezes são administrados em associação.

** Os nomes haldol e haloperidol correspondem à mesma substância; foi respeitada a forma como foram registrados nos prontuários.

*** Neozine e levomepromazina também correspondem à mesma substância; foi respeitada a forma como foram registrados nos prontuários

A tabela 8 define o percentual de uso dos antipsicóticos atípicos em relação ao total de pacientes.

Tabela 8 – Uso dos antipsicóticos atípicos/ total de pacientes (no.)

Internações	Antipsicóticos Atípicos*					
	Risperidona	Ziprasidona	Olanzapina	Aripiprazol	Risperdal	Clozapina
1ª.	107	1	-	-	-	-
Última	35	-	-	-	-	-
Todas	7	--	-	-	-	-
Excepcional-mente	-	6	3	1	1	1

* Os nomes dos medicamentos são citados conforme a designação de cada substância, segundo recomendações da Anvisa. Nos prontuários aparecem com os nomes comerciais: Geodon, Abilify, Zyprexa e Leponex.

A Tabela 9, na página seguinte, relaciona o total de pacientes que não sofreram reinternações e foram medicados com esses antipsicóticos convencionais e atípicos, associados entre si ou não.

Tabela 9 – Antipsicóticos administrados aos pacientes/uma internação

Antipsicóticos	Total de pacientes internados 1 vez
Haldol	99 pacientes
Neozine	162 pacientes
Melleril	33 pacientes
Risperidona	35 pacientes
Convencional + Convencional	114 pacientes
Risperidona + Convencional	39 pacientes

Quanto aos dias de internação, para os pacientes com apenas uma hospitalização, a tabela 10 copia essas informações:

Tabela 10 – Dias de internação/ pacientes com uma hospitalização

Dias de internação	Pacientes Nº.
1 -10 dias	28
11- 30 dias	72
31-60 dias	187
61-90 dias	107
91- 120 dias	27
121-180 dias	17
181-240 dias	06
241-365 dias	02
Entre 1 e 2 anos (365-730 dias)	02
4 anos (1460 dias)	01
Total	449

A tabela 11 resume informações acerca dos pacientes que sofreram uma internação, visando a avaliação das datas de alta em relação à previsão de taxas de recaída, com foco no antipsicótico empregado.

Tabela 11 – Ano da alta/pacientes com uma internação/antipsicótico empregado

Ano da alta	Número de pacientes c/ 1 internação (449)		Total	
	C/ antips. convencional	C/ antips. atípico	Nº.	%
2002	56 pactes	04 pactes	60	13,36%
2003	72 pactes	04 pactes	76	16,92%
2004	47 pactes	12 pactes	59	13,14%
2005	32 pactes	17 pactes	49	10,91%
2006	76 pactes	14 pactes	90	20,04%
2007	74 pactes	25 pactes	99	22,04%
2008	11 pactes	-	11	2,44%

5 DISCUSSÃO

Conforme exposto no referencial teórico, ressalta-se que a complexidade da esquizofrenia não permite que se extrapole o campo das hipóteses. O objetivo desta análise, focada na problemática das terapias farmacológicas empregadas no tratamento da esquizofrenia é propor uma discussão acerca dos medicamentos, pressupondo que os antipsicóticos atípicos, talvez sejam uma opção de tratamento que valoriza mais a qualidade de vida do paciente, já que facilitam a reinserção social e profissional. Entretanto, não se pode ignorar que muitos outros fatores contribuem para o resultado final, ou seja, favorecer a ressocialização dos pacientes, diminuindo as reinternações e/ou o prazo das internações. Ainda, reconhecendo que outras variáveis, tais como o custo, precisam ser analisadas concomitantemente.

Trabalhou-se com a hipótese de que a oferta mais freqüente de antipsicóticos atípicos provavelmente contribuiria para melhorar a qualidade de vida dos pacientes, implicando em maior respeito à vulnerabilidade à qual estão sujeitos os portadores de doenças mentais crônicas, como a esquizofrenia, e que, além disso, dependem do acesso à saúde pública.

As variáveis relativas ao sexo – 379 (61,10%) pacientes do sexo masculino e 242 (38,90%) do sexo feminino – correspondem aos dados mundialmente aceitos, que apontam para a prevalência da esquizofrenia para o sexo masculino.

A variável relativa ao estado civil também é coerente com as estatísticas verificadas globalmente; do total de 621 pacientes, 64,25% são solteiros. O percentual de pacientes do sexo feminino solteiras é menor. Esse fato pode guardar relação com a idade em que a doença costuma se manifestar, diferente para cada sexo. Nos homens, o ápice da incidência radica entre os 20 e os 25 anos. Entre as mulheres, entre os 30 e 35 anos. Observa-se, então, que o percentual de pacientes do sexo masculino solteiros gira em torno de 30% acima do percentual dos pacientes do sexo feminino solteiras.

Acerca das variáveis relativas à faixa etária, considerando-se o total de pacientes por sexo, a análise dos prontuários mostra que o número de pacientes do

sexo masculino entre 21 e 50 anos, que corresponde, à faixa etária que possui maior presença e expressividade profissional no *lócus* social urbano, é o mais alto em relação às outras faixas etárias, perfazendo 277 pacientes, ou seja, 73,08%.

Em relação às pacientes do sexo feminino, o percentual mais alto corresponde à faixa etária entre 31 e 40 anos, perfazendo 31,81% em relação ao total de 242 pacientes.

Quanto aos percentuais de internações e reinternações, consoante ao total de pacientes durante o período analisado, observa-se que 72,30% tiveram uma internação; 25,28% sofreram entre 2 a 4 hospitalizações; 1,62% foram internados 5 ou 6 vezes e 0,80% dos pacientes foram hospitalizados 7 ou mais vezes. Segundo exposto no referencial teórico há um importante fator relacionado ao sexo no prognóstico da esquizofrenia. De fato, quanto à taxa de recaída e reinternações, o estudo dos prontuários demonstrou que os pacientes de sexo masculino atingem o percentual de 30,33% do total de reinternações, contra 23,54% das pacientes.

Observa-se, quanto aos dias de internação, que em média os pacientes que sofreram apenas uma internação estiveram hospitalizados entre 31 e 60 dias (41,64% do total de 449 pacientes); apenas um percentual bastante baixo ficou internado em torno de 10 dias (6,23% do total). Outro fato importante a ser considerado é que o período delimitado pela pesquisa perfaz cinco anos, portanto torna-se imprescindível considerar que o prazo para ocorrerem reinternações, segundo exposto no referencial teórico, varia entre 18 e 24 meses, sendo que a maioria dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos, no Brasil, apresenta sintomas psicóticos e incapacidade social aproximadamente dois anos após a internação.

Assim, os pacientes que tiveram somente uma internação e receberam alta a partir de 2006 integram a faixa de risco de recaídas. São 200 pacientes (44,54% do total de 449 indivíduos) que se encontram nessa situação, pois tiveram alta entre 2006 e 2008 (90 em 2006; 99 em 2007 e 11 em 2008). Se forem consideradas as estatísticas referentes às taxas de recaídas, há probabilidade de que o percentual de pacientes com mais de uma internação salte de 172 para 372 pacientes. Segundo

essa probabilidade, do total de 621 pacientes, apenas 249 pacientes (40,09%) teriam, efetivamente, um prognóstico melhor.

Observa-se que os antipsicóticos convencionais são administrados aos pacientes associados a outros fármacos convencionais, por exemplo, haldol/nezine; haldol/melleril; haldol/anatensol. Aparecem, também, associados a antipsicóticos atípicos: haldol/risperidona; nezine/risperidona; melleril/risperidona.

Apenas 23, 98% do total de pacientes recebeu antipsicóticos atípicos em alguma internação, sobretudo risperidona (22,86%); associada ou não a antipsicóticos convencionais. Dos demais antipsicóticos atípicos que aparecem nos prontuários pesquisados, apenas o Geodon (ziprasidona) foi oferecido uma única vez, 0,16% do total, logo na primeira internação. Os atípicos – geodon, zyprexa, abilify, risperdal e leponex foram oferecidos excepcionalmente, a pacientes com 3 ou mais internações¹⁷. A oferta desses atípicos totaliza 1, 92% em relação ao total de pacientes.

É importante observar que os estudos acerca da eficácia dos atípicos, citados no capítulo 1, destacam o diferencial de se oferecer esses medicamentos logo na primeira internação. O que se depreende da análise dos prontuários é que o emprego desses fármacos reserva-se aos pacientes com várias internações, que, inicialmente, foram tratados com vários antipsicóticos convencionais (principalmente haldol e nezine).

A risperidona é o atípico mais empregado, normalmente associado a um antipsicótico convencional. Dos 107 pacientes que receberam a risperidona logo na primeira internação, 69,15% (74 pacientes) não sofreram reinternações. Desses, 35 pacientes (45,94%) receberam a risperidona sem associação com outros antipsicóticos e 39 pacientes (52,70%) receberam a risperidona associada a um antipsicótico convencional. Nesse contexto, apenas 3,08% dos pacientes tratados com a risperidona sofreram reinternações.

¹⁷ Especificamente: abilify foi oferecido a paciente que sofreu 10 internações; leponex a paciente que sofreu 3 internações; geodon a pacientes que sofreram entre 4 a 8 internações; risperdal a paciente com 3 internações.

Concentrando o foco da atenção nos pacientes que foram internados apenas uma vez, ou seja, 449 pacientes (72,30%), o percentual de pacientes que não sofreu reinternações com emprego da risperidona é de 23,9%. O percentual de pacientes que recebeu antipsicóticos convencionais é de 76,10%. Os antipsicóticos mais receitados, na ordem decrescente, são: haldol, neozine, melleril e risperidona.

A administração de antipsicóticos é o principal suporte do tratamento da esquizofrenia, e sua aplicação contínua diminui as taxas de recaída. A alta incidência de efeitos colaterais extrapiramidais, dentre outros fatores, compromete a adesão dos pacientes ao tratamento, implicando nas taxas de recaída mais altas e conseqüente piora da qualidade de vida dos pacientes.

A análise dos prontuários não permite inferir que os pacientes tratados com antipsicóticos atípicos apresentam taxas menores de recaídas, sobretudo porque o emprego dos atípicos ainda é bastante restrito no contexto da saúde pública, já que se observou que 76,02% dos pacientes receberam antipsicóticos convencionais, nos cinco anos cobertos pela pesquisa. Para a obtenção de resultados mais consistentes seria produtivo conduzir pesquisa comparativa com um hospital que não integre a rede pública e que ofereça prioritariamente a terapia com antipsicóticos atípicos.

6 CONCLUSÃO

O estudo do referencial teórico permite inferir que o paciente esquizofrênico é um indivíduo em situação de vulnerabilidade social, que têm necessidades importantes concernentes à atenção à saúde e seguridade. Mais de 80% dos pacientes esquizofrênicos, no Brasil, dependem do SUS através dos serviços de atenção à saúde mental e assistência farmacêutica.

De modo geral, a bioética, ao se preocupar com as questões relativas à saúde pública e com o respeito à vulnerabilidade humana tem potencial para impulsionar uma discussão mais ampla acerca das demandas prevalentes no campo da saúde mental, principalmente relacionada à esquizofrenia, transtorno psiquiátrico responsável pela maioria das hospitalizações.

Ficou estabelecido, através do referencial teórico, que o tratamento precoce e com medicação eficaz, com maior nível de tolerabilidade e segurança, pode contribuir para incrementar a adesão dos pacientes ao tratamento, evitando-se as recaídas e reinternações que agravam os problemas com custos em saúde pública e comprometem a qualidade de vida do paciente, de certa forma acarretando um acréscimo no custo global da doença.

A análise dos prontuários mostrou que um percentual considerável de pacientes sofre com recaídas. Embora esses índices estejam de acordo com os dados geralmente aceitos para o prognóstico da esquizofrenia, concentrando-se a atenção no viés do respeito à vulnerabilidade humana esses pacientes precisam receber uma atenção diferenciada, para que se ampliem as suas perspectivas de reinserção social e profissional. Essa possibilidade é coerente com os temas defendidos pela bioética de proteção e de intervenção, cujos postulados prevêm a diminuição das inequidades sociais, inclusive no que se refere ao acesso às novas tecnologias e farmacoterapias voltadas para a área da saúde.

A avaliação dos prontuários não permitiu uma visão conclusiva, direta e inequívoca, sobre o tema pesquisado, mas contribuiu para mostrar que há uma disparidade entre os postulados teóricos acerca dos antipsicóticos atípicos (considerados como a melhor opção quando o foco é a qualidade de vida dos

pacientes) e as diretrizes de tratamento utilizadas no hospital público Bezerra de Menezes, que empregam os atípicos como opção excepcional, sobretudo os mais onerosos como quetiapina e olanzapina.

É interessante sugerir que para a obtenção de informações mais amplas seria necessário realizar um estudo paralelo, cobrindo o mesmo período delimitado na presente pesquisa, em hospital psiquiátrico da rede privada, para traçar comparações entre taxas de recaída e reinternações e farmacoterapia empregada. Desse modo, ressalta-se que este trabalho mantém-se aberto, já que propõe outras vertentes de análise, inclusive no que se refere à bioética em relação à saúde mental.

Enfatiza-se que esta pesquisa objetiva, somente, traçar um marco inicial para um trabalho que precisa ser desenvolvido numa escala maior, envolvendo outros hospitais da rede pública e também da rede privada, com a finalidade de gerar dados que possam dar conta da complexidade do tema, sobretudo se o considerarmos sob o ângulo do referencial bioético do respeito à vulnerabilidade e dignidade humanas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASCHER-SVANUM H.; ZHU, B.; FARIES, D.; LANDBLOOM, R.; SWARTZ, M.; SWANSON J. Time to discontinuation of atypical versus typical antipsychotics in the naturalistic treatment of schizophrenia. In: **BMC Psychiatry**. 2006; 6: 8. Disponível: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1402287>> Acesso em: 16/03/2008.

ADDINGTON D.E. N.; PANTELIS C.; DINEEN, M.; BENATTIA I.; ROMANO, S. J. Efficacy and tolerability of ziprasidone versus risperidone in Patients with acute exacerbation of schizophrenia or schizoaffective disorder: An 8-week, double-blind, multicenter trial. In: **The Journal of clinical psychiatry** - ISSN 0160-6689, 2004, vol. 65, nº12, pp. 1624-1633. Disponível em: <<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid=16377922>> Acesso em: 21/03/2008.

ARANTES-GONÇALVES, F.; ALMEIDA, P. Os contornos bioéticos de um caso clínico de perturbação depressiva *major*. In: **Revista Portuguesa de Psicossomática**. Vol. 6 no. 2, jul./dez., 2004, pp 127-140. Disponível: redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/287/28760210.pdf Acesso em: 29/03/2008.

BARCIFICONTAINE, C. de Paul. Humanização na saúde: estratégia de marketing? A visão do bioeticista. In: **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. Barchifontaine C de P. e Zoboli, E.L.C.P. [orgs]. São Paulo: Idéias & Letras, 2007.

BORDIEU, P. The forms of capital. In: **Handbook of theory for the sociology of Education**. RICHARDSON, J.G. [org]. Wesport: Greenwood Press, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental. **Lei 10.216**, 6 de abril de 2001. Disponível: www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em 28 de março de 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 846**, de 31 de outubro de 2002. Disponível: www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdt_forum_cmde.pdf Acesso em: 23/02/2008.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, Medicamentos Excepcionais**. Série A - Normas e Manuais Técnicos. 1ª Ed. Brasília, 2002.

_____. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Captado em 17/12/2007.

BROOK, S.; LUCEY, J.V. GUNN, K.P. Intramuscular ziprasidone compared with intramuscular haloperidol in the treatment of acute psychosis symptoms. In: **J Clin Psychiatry**. 2000 Dec; 61(12):933-41. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11206599>>. Acesso em: 21 de março de 2008.

CAMPBELL, A.V. Pessoas vulneráveis: experiências e esperanças. In: **Bioética: poder e injustiça**. Garrafa, V. e Pessini, L. [org]. São Paulo: Edições Loyola, 2003

CARO, J.J.; WARD, A.; LEVINTON, C.; ROBINSON, K. Antipsychotics agents and the risk of developiong diabetes. Edited by Caro Research Institute, Canadá. [Recebido via postal em 12 de fevereiro de 2008].

CARPENTER JR., W.T.; BUCHANAN, R.W. Esquizofrenia: introdução e panorama geral. In: **Tratado de psiquiatria compreensiva**. Kaplan, H; Sadock, B.J. [org]. Volume 1. Sexta Ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

CASA DE SAÚDE BEZERRA DE MENEZES. **Retrospectiva Histórica**. [apostilado], 2007.

CESARINI, F. Quem vai estar deprimido amanhã? In: **Folha de São Paulo**. São Paulo, 17/12/2007. Cad. Ciência, p. 41.

CHAGURI, J.L.,FARIA, M.F.,MUNDIM, R.M. **Estudo da conformidade das prescrições de antipsicóticos atípicos do programa de medicamentos excepcionais do Distrito Federal à Portaria SAS/MS nº 846, de 31/10/2002**. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade de Brasília, 2006.

CHAN, H.Y.; LIN, S.K.; HWANG, T.J.; SU, T.P.T.; CHIASNG, S>; HWU, H.G. Efficacy and safety of aripiprazole in the acute treatment of schizophrenia in Chinese patients with risperidone as an active control: a randomized trial. In: **J of Clinical Psychiatry**, 2007, 68:1(29-36). Disponível: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17284127?dopt=Abstract>>Acesso: 1/02/2008.

COSTA FERREIRA, M. M. A construção do SUS a partir da experiência de Rio Claro. In: **Coletânea Rio Claro – a Cidade Azul no limiar do Novo Milênio**. Arquivo do Município de Rio Claro, 2003.

DALTIO, Claudiane Salles; MARI, Jair de Jesus; FERRAZ, Marcos Bosi. Estudos farmacoeconômicos e carga da doença em esquizofrenia. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo,2008.Disponível:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000800012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 Abr 2008. doi: 10.1590/S0101-60832007000800012.

DANIEL, D.G. CURRIER, G.W.; ZIMBROFF, D.; ALLEN, M.H.; OREN, D.; MANOS, G.; MCQUADE, R.; PIKALOV, A.; CRANDALL, D.T. Efficacy and Safety of Oral Aripiprazole Compared with Haloperidol in Patients Transitioning from Acute Treatment with Intramuscular Formulations. IN: **Journal of Clinical Psychopharmacology**. 27(2):171-176, April 2007. Disponível: <www.practicalpsychiatry.com/pt/re/jpsychpract/fulltext.00131746-200705000-00005.htm> Acesso em: 1/03/2008.

DRANE, J. Bioethical Perspectives from Ibero-America. In: **The Journal of Medicine and philosophy**, 1996, vol.21, p. 557-569.

_____. Uma história pessoal da bioética na América-latina: O desafio atual da profissão médica e a influência da indústria farmacêutica. In: **Bioética na Ibero-América: história e perspectivas**. Pessini, L. e Barchifontaine, C de P. [orgs]. São Paulo: Loyola, 2007.

DURAND, G. **Introdução Geral à Bioética: história, conceitos e instrumentos**. São Paulo? Loyola, 2003.

DURÃO, A.M.S.; SOUZA, M.C.B.M. MIASSO, A.I. Cotidiano de portadores de esquizofrenia após uso de clozapina e acompanhamento grupal. In: **Rev. Escola de Enfermagem USP**, 2007. 41(2):251-257. DOI: 10.1276/S0519-34662007.

EDUARDO, J.L.O. A bioética na Bolívia: antecedentes e projeções. In: **Bioética na Ibero-América: história e perspectivas**. Pessini, L. e Barchifontaine, C de P. [orgs]. São Paulo: Loyola, 2007.

EL-SAYEH, H.G.; MORGANTI, C. Aripiprazole for schizophrenia. In: **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2004, Issue 2. Art. No.: CD004578. DOI: 10.1002/14651858.CD004578.pub3. Disponível:
< <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab004578.html>> Acesso em: 11/04/2008.

FORTES, P.A.C. Como priorizar recursos escassos em países em desenvolvimento. In: **Bioética: poder e injustiça**. Garrafa, V. Pessini, L. [org]. São Paulo: Loyola, 2003.

_____. Reflexões sobre o princípio ético da justiça distributiva aplicados aos sistemas de saúde. In: **Bioética e Saúde Pública**. 2ª. Ed. Fortes, P.A.C. e Zoboli, E.L.C.P. [orgs]. São Paulo: Loyola, 2004.

FORTES, P.A.C.; ZOBOLI, E.L.C.P. Bioética e saúde Pública: entre o individual e o coletivo. In: **Bioética e Saúde Pública**. 2ª. Ed. Fortes, P.A.C. e Zoboli, E.L.C.P. [orgs]. São Paulo: Loyola, 2004.

GAMA, C.S.; SOUZA, C.M.; LOBATO, M.I.; ABREU, P.S.B. Relato do uso de clozapina em 56 pacientes atendidos pelo Programa de Atenção à esquizofrenia Refratária da Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul. In: **Rev. de Psiquiatria. RS**, 26(1):21-28, jan/abr.2004. Disponível em:
<www.scielo.br/pdf/rprs/v26n1/20473.pdf> Acesso em: 31/01/2008.

GARRAFA, V.; PORTO, D. Bioética: poder e injustiça: por uma ética de intervenção. In: **Bioética: poder e injustiça**. Garrafa, V. Pessini, L. [org]. São Paulo: Loyola, 2003.

_____. Reflexões sobre políticas públicas brasileiras de saúde à luz da bioética. In: **Bioética e Saúde Pública**. 2ª. Ed. Fortes, P.A.C. e Zoboli, E.L.C.P. [orgs]. São Paulo: Loyola, 2004.

GOFF, D.C., POSEVER, T., HERZ, L. SIMMONS, J. KLETTI, N., LAPIERRE, K., WILNER, K.D., LAW, C.G., KO, G.N. An exploratory haloperidol-controlled dose-finding study of ziprasidone in hospitalized patients with schizophrenia or

schizoaffective disorder. In: **J Clin Psychopharmacol**. 1998 Aug;18(4):296-304. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9690695>> Acesso em: 23/03/2008.

GRACIA, D. O contexto histórico da bioética latino-americana. In: **Bioética na Ibero-América: história e perspectivas**. Pessini, L. e Barchifontaine, C de P. [orgs]. São Paulo: Loyola, 2007.

HOSSNE, W.S. Bioética – Princípios ou referenciais? In: **O mundo da saúde**. São Paulo, 2006. out/dez, p.673-677.

JONAS, H. **Le principe responsabilité**. [Tradução francesa de Jean Greish]. Paris: Cerf, 1992.

JUNGES, J.R. Vulnerabilidade e saúde: limites e potencialidades das políticas públicas. In: **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. Barchifontaine C de P. e Zoboli, E.L.C.P. [orgs]. São Paulo: Idéias & Letras, 2007.

KANE, J.M.; CRANDALL, D.T.; MARCUS, R.N.; EUDICONE J.; PIKALOV III A.; CARSON, W.H.; SWYZEN, W.; Symptomatic remission in schizophrenia patients treated with aripiprazole or haloperidol for up to 4 weeks. In: **Schizophr Research** 2007; 95:143–150. Disp: <<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/165/3/397>> Acesso em: 16/03/2008.

KASPER, S.; LERMAN, M.N.; MCQUADE, R.D.; SAHA, A.; CARSON, W.H.; ALI, M.; ARCHIBALD, D.; INGENITO, G.; MARCUS, R.; PIGOTT, T.: Efficacy and safety of aripiprazole vs haloperidol for long-term maintenance treatment following acute relapse of schizophrenia. In: **J Neuropsychopharmacol** 2003; 6:325–337. Disponível:<www.medscape.com/viewarticle/550884_2> Acesso em: 27/03/2008.

KOTTOW, M.H. Comentários sobre bioética, vulnerabilidade e proteção. In: **Bioética: poder e injustiça**. Garrafa, V. Pessini, L. [org]. São Paulo: Loyola, 2003.

LIPTON, A.A. Esquizofrenia: aspectos clínicos. In: **Tratado de psiquiatria compreensiva**. Kaplan, H; Sadock, B.J. [org]. Volume 1. Sexta Ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

MACKLIN, R. Bioética, vulnerabilidade e proteção. In: **Bioética: poder e injustiça**. Garrafa, V. e Pessini, L. [org]. Loyola, 2003.

MAINETTI, J.A.; PEREZ, M.L. Os discursos da bioética na América Latina e referências de bioética na Argentina. In: **Bioética na Ibero-América: história e perspectivas**. Pessini, L. e Barchifontaine, C de P. [orgs]. São Paulo: Loyola, 2007.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) Porto Alegre: Artmed, 2002.

MAZZIOTTI, N. Considerações sobre o processo evolutivo da saúde. In: **Rio Claro: Sesquicentenário**. Publicação do Museu Histórico e Pedagógico Amador Bueno da Veiga, 1978.

MESSETTI, M.H. **Análise das resoluções do conselho nacional de saúde (1995 – 2005) sob a perspectiva da bioética**. Dissertação de mestrado apresentada ao Centro Universitário São Camilo. São Paulo, 2007.

MILLER, D.D.; EUDICONE, J.M.; PIKALOV, A.; KIM, E. Comparative assessment of the incidence and severity of tardive dyskinesia in patients receiving aripiprazole or haloperidol for the treatment of schizophrenia: a post hoc analysis. In: **J of Clinical Psychiatry**, 2007, 68:12(1901-1906). Disponível: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18162021>> Acesso: 12/03/2008.

MINTZER, J.E.; MULLEN, A.; SWEITZER, D.E. A comparison of extrapyramidal symptoms in older outpatients treated with quetiapina or risperidone. Edited by Astra Zeneca Phramaceuticals and Medical University of South Caroline. [Recebido via postal em 12 de fevereiro de 2008].

MULLEN, J.; Jibson M.D.; Sweitzer D.A comparison of the relative safety, efficacy, and tolerability of quetiapine and risperidone in outpatients with schizophrenia and other psychotic disorders: the quetiapine experience with safety and tolerability (QUEST) study. In: **Clinical Therapeutics**, vol. 23, no. 11, 2001. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/content/els/01492918/2001/00000023/00000011/art89080>> Acesso em: 27?03/2008.

NEVES, M do C.P. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição e princípio. In: **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. Barchifontaine C de P. e Zoboli, E.L.C.P. [orgs]. São Paulo: Idéias & Letras, 2007.

OLIVEIRA, F. Bioética: uma face da cidadania. In: **Coleção Polêmica**. São Paulo: Moderna, 1997.

OLIVEIRA, Irismar R. Antipsicóticos atípicos: farmacologia e uso clínico. **Rev. Bras. Psiquiatria**. São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000500013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Apr 2008. doi: 10.1590/S1516-44462000000500013.

OMS/OPAS. Organização Mundial De Saúde/Organização Panamericana de Saúde. **Classificação Internacional de Doenças** (CID 10ª. revisão), 7ª. Ed. São Paulo: Edusp, 2003.

PESSINI, L. Bioética: da origem à prospecção de alguns desafios contemporâneos. In: **Bioética e Longevidade Humana**. Pessini e Barchifontaine [org.] São Paulo: Loyola, 2006.

PESSINI, L; BARCHIFONTAINE, C de P. Algumas questões para o futuro da bioética na região latino-americana. In: **Bioética na Ibero-América: história e perspectivas**. Pessini, L. e Barchifontaine, C de P. [orgs]. São Paulo: Loyola, 2007.

_____. Uma radiografia da bioética no Brasil: pioneiros, programas educacionais e institucionais e perspectivas. In: **Bioética na Ibero-América: história e perspectivas**. Pessini, L. e Barchifontaine, C de P. [orgs]. São Paulo: Loyola, 2007.

PLENTZ, F.C.L.; PHITAN, L.H.; EICK, L.G. Análise comparativa da vulnerabilidade dos usuários e dos consumidores dos serviços públicos e privados de assistência médica. In: **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. Barchifontaine C de P. e Zoboli, E.L.C.P. [orgs]. São Paulo: Idéias & Letras, 2007.

POTKIN, S.G.; SAHA, A.R.; KUJAWA, M.J.; WILLIAM H.; CARSON, M.D.; ALI, M.; STOCK, E.; STRINGFELLOW, J.; INGENITO, G.; MARDER, S.R. Aripiprazole, an Antipsychotic With a Novel Mechanism of Action, and Risperidone vs Placebo in Patients With Schizophrenia and Schizoaffective Disorder. In: **Arch Gen Psychiatry**. 2003;60:681-690. Disponível: <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/abstract/60/7/681> Acesso em: 16/03/2008.

REICH, W T [editor] **The Encyclopedia of bioethics**. New York: The Free Press, 1982.

_____. [editor] **The Encyclopedia of bioethics**. 2nd ed. New York: Simon, Schuster, Macmillan, 1996.

SACHETTI, E.; VALSECCHI, P.; PARRINELLO, G. A randomized, flexible-dose, quasi-naturalistic comparison of quetiapina, risperidona and olanzapina in the short-term treatment of schizophrenia: the QUERISOLA trial. Edited by Elsevier Schizophrenia Reserch. [Recebido via postal em 12 de fevereiro de 2008].

SASS, H.M. Promover a educação em saúde para enfrentar a doença e a vulnerabilidade. In: **Bioética: poder e injustiça**. Garrafa, V. e Pessini, L. [org]. Loyola, 2003.

SCHRAMM, F.R.A. Bioética sin universalidad? Justificación de uma bioética latinoamericana y carbeña de protección. In: **Estatuto Epistemológico de la bioética**. México: Universidad Nacional Autónoma de México/ Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de la UNESCO, 2005. p.165-85.

SCHULZ, S.C. Esquizofrenia: tratamento somático. . In: **Tratado de psiquiatria comprehensiva**. Kaplan, H; Sadock, B.J. [org]. Volume 1. Sexta Ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

SIQUEIRA, J.E. Bioética, tecnociência e impacto nos serviços de saúde. In: **Bioética e Saúde Pública**. 2^a. Ed. Fortes, P.A.C. e Zoboli, E.L.C.P. [orgs]. São Paulo: Loyola, 2004.

SIQUEIRA, J.E.; PORTO, D.; FORTES, P.A.C. Linhas temáticas da bioética no Brasil. In: **Bioética no Brasil: tendências e perspectivas**. Fabri dos Anjos, M. e Siquiera, J.E. [orgs]. São Paulo: Ideáis & Letras, 2007.

STIP, E. Encabezados de temas médicos: agentes antipsicóticos; clozapina; cognición; receptores, dopamina; risperidona; esquizofrenia. In: **Journal Psychiatry**

Neurosci. 2000;25(2):137-53. 1999. Disponível em: <[www.recherche en Santé du Québec/Fondation%Lafontaine.fr](http://www.recherche.en.Santé.du.Québec/Fondation%Lafontaine.fr)> Acesso em: 02/02/2008.

The Barcelona Declaration. Disponível em: <www.delegy.ec.europa.eu/en/eu_and_country/4.pdf> Acesso em: 26/02/2008.

TRAN, P.V.; HAMILTON, S.H.; KUNTZ, A.J.; POTVIN, J.H.; ANDERSEN S.W.; BEASLEY, C. Jr. Double-blind comparison of olanzapine versus risperidone in the treatment of schizophrenia and other psychotic disorders. In: **J Clin Psychopharmacol** 1997; 17:407-418.

TRAN, P.V.; DELLVA, M.A.; TOLLEFSON, G.D.; WENTLEY, A.L.; BEASLEY C. M.; Oral olanzapine versus oral haloperidol in the maintenance treatment of schizophrenia and related psychoses. In: **British journal of psychiatry** - ISSN 0007-1250, 1998, vol. 172, n^oJUN, pp. 499-505 . Disponível em: <<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=2275373>> Acesso em 16/03/2008.

VALLADA, F^o. H.; BUSATTO F^o.G., Esquizofrenia. In: **Manual de psiquiatria.** Almeida, O.P.; Dratcu, L.; Laranjeira, R. [org.s] Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

WHITE, R. SIMONS, W.R.; YU, E. Supplemental analysis of the quetiapina experience with safety and tolerability (QUEST) Study. Edited by Global Health Economics & Outcomes Research. [Recebido via postal em 13 de fevereiro de 2008].

ZOBOLI, E.L.C.P. Bioética e Saúde Mental. (Texto apresentado na mesa redonda sobre saúde mental, no Centro de Cooperação OPAS/EEUSP, em 21 de março de 2003). Disponível:<http://www.portalbioetica.com.br/artigos/saudemental_zoboli.pdf> Acesso em: 28 de março de 2008.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BUARQUE DE HOLANDA, A. *Novo Aurélio: século XXI*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2005. Cd Room.

CHIZZOTTI, Antônio. *A pesquisa em ciências humanas e sociais*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

FRANCO, M.L.P.B. Análise de Conteúdo. In: *Coleção Série Pesquisa*. Brasília: Liberlivro, 2005.

Anexo I - Critérios Diagnósticos para Esquizofrenia: DSM-IV*

A. Sintomas característicos: Dois (ou mais) dos seguintes, cada qual presente por uma porção significativa de tempo durante o período de 1 mês (ou menos, se tratados com sucesso):

- (1) delírios
- (2) alucinações
- (3) discurso desorganizado (por ex., freqüente descarrilamento ou incoerência)
- (4) comportamento amplamente desorganizado ou catatônico
- (5) sintomas negativos, isto é, embotamento afetivo, alogia ou avolição.

Nota: Apenas um sintoma do Critério A é necessário se os delírios são bizarros ou as alucinações consistem de vozes que comentam o comportamento ou os pensamentos da pessoa, ou duas ou mais vozes conversando entre si.

B. Disfunção social/ocupacional: Por uma porção significativa do tempo desde o início da perturbação, uma ou mais áreas importantes do funcionamento, tais como trabalho, relações interpessoais ou cuidados pessoais, estão acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início (ou, quando o início dá-se na infância ou adolescência, fracasso em atingir o nível esperado de aquisição interpessoal, acadêmica ou ocupacional).

C. Duração: Sinais contínuos da perturbação persistem por pelo menos 6 meses. Este período de 6 meses deve incluir pelo menos 1 mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que satisfazem o critério A (isto é, sintomas da fase ativa) e pode incluir períodos de sintomas prodrômicos ou residuais. Durante esses períodos prodrômicos ou residuais, os sinais da perturbação podem ser manifestados apenas por sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas relacionados no Critério A presentes de uma forma atenuada (por ex., crenças estranhas, experiências perceptuais incomuns).

D. Exclusão de Transtorno Esquizoafetivo e Transtorno do Humor: O Transtorno Esquizoafetivo e o Transtorno do Humor com Aspectos Psicóticos foram descartados, porque (1) nenhum Episódio Depressivo Maior, Maníaco ou Misto ocorreu concomitantemente aos sintomas da fase ativa; ou (2) se os episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, sua duração total foi breve relativamente à duração dos períodos ativo e residual.

E. Exclusão de substância/condição médica geral: A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., uma droga de abuso, um medicamento) ou a uma condição médica geral.

F. Relação com um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento: Se existe uma história de Transtorno Autista ou um outro Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, o diagnóstico adicional de Esquizofrenia é feito apenas se delírios ou alucinações proeminentes também estão presentes por pelo menos 1 mês (ou menos, se tratados com sucesso). Classificação do curso longitudinal (pode ser aplicada apenas 1 mês após o aparecimento inicial dos sintomas da fase ativa):

Episódico Com Sintomas Residuais Entre Episódios (episódios são definidos pelo ressurgimento de sintomas psicóticos proeminentes); especificar também se:

Com Sintomas Negativos Proeminentes

Episódico Sem Sintomas Residuais

Entre episódios

Contínuo (sintomas psicóticos proeminentes estão presentes durante todo o período de observação); especificar também se:

Com Sintomas Negativos Proeminentes

Episódio Único em Remissão Parcial; especificar também se:

Com Sintomas Negativos Proeminentes

Episódio Único em Remissão Completa

Outro Padrão ou Padrão Inespecífico

* Disponível em: virtualpsy.locaweb.com.br/dsm_janela.php?cod=171

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)