

**PROJECTO PARA UMA
CONSULTA DE ESQUIZOFRENIA RESISTENTE
NO CENTRO HOSPITALAR PSIQUIÁTRICO DE LISBOA**



**CENTRO
HOSPITALAR
PSIQUIÁTRICO
DE LISBOA**

João Gama Marques

Lisboa, Abril de 2017

1. INTRODUÇÃO

1.1 A Esquizofrenia Resistente

A esquizofrenia é uma perturbação mental crónica e incapacitante, que se pode manifestar de múltiplas formas em distintos estratos etários, geralmente no início da idade adulta¹. Pensa-se que a sua prevalência, a nível mundial seja de 1%, independentemente do género, *background* genético ou cultural². Quanto à sua etiologia têm sido apontados inúmeros aspetos: factores genéticos, ambientais, do neurodesenvolvimento, e até sociais³. O tratamento é complexo, varia conforme a fase da doença e deve ser feito numa perspetiva biopsicossocial⁴. Os doentes com esquizofrenia vivem em média, menos 20 anos do que a população geral, derivado duma elevada comorbilidade e dum menor acesso aos serviços de saúde básicos⁵.

Inicialmente a esquizofrenia era conhecida por *dementia precox*, termo que pouco vingou e foi substituído pelo atual, há mais de cem anos⁶. Mais recentemente houve propostas para uma nova designação⁷, com vista a diminuir o estigma do termo, mas sem grande impacto, a um nível global. Os critérios para o diagnóstico de esquizofrenia estabilizaram na evolução da nosologia internacional, nomeadamente na Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, sendo a sua codificação: 295 na 9ª edição de 1975⁸, e F20 na 10ª edição de 1992⁹. No ano passado a *American Psychiatric Association*, publicou na 5ª versão do seu *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, os novos critérios, um pouco menos exigentes e sem os antigos e tradicionais subtipos de esquizofrenia¹⁰.

Nas últimas décadas vários têm sido os autores que se têm debruçado sobre o conceito de esquizofrenia resistente (ou refratária). Trata-se de um conceito complexo¹¹, que se poderá resumir aos casos de esquizofrenia cujos sintomas e sinais não melhoram em nenhuma de duas tentativas de tratamento (com um mês de duração) com dois antipsicóticos distintos¹². São doentes cujo tratamento obriga ao uso de combinações de vários fármacos em dose máxima, podendo haver a necessidade do uso de medicação experimental, (*off label*)¹³ ou o uso de eletroconvulsivoterapia¹⁴.

Pensa-se que entre um quinto¹⁵ a um terço¹⁶ dos doentes com esquizofrenia terão uma forma resistente. São doentes cujo prognóstico é (ainda) pior, o que resulta numa maior incapacidade e num maior número de internamentos para o doente, com todos os custos implicados para a sociedade¹⁷. Sem dúvida alguma, os doentes com esquizofrenia resistente são doentes que representam um enorme desafio para a medicina atual.

1.2 A Esquizofrenia Resistente em Portugal

Quando pesquisamos por *refractory schizophrenia* ou *resistant schizophrenia* na base de dados da Pubmed¹⁸ encontramos mais de quatrocentos artigos científicos, o que revela bem o interesse que tem havido neste tema, por parte de médicos e investigadores a nível internacional.

Quando fazemos uma pesquisa com o termo esquizofrenia no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP)¹⁹ encontramos mais de cinco centenas de documentos, que incluem artigos, teses de mestrado e doutoramento em várias áreas das ciências e das humanidades. Se limitarmos a pesquisa aos documentos médicos, nomeadamente através de idêntica pesquisa no Índice de Revistas Médicas Portuguesas (IndexRMP)²⁰ esse número decresce para cerca de um décimo. Ao fazermos a pesquisa com os termos esquizofrenia resistente ou esquizofrenia refratária o resultado de ambos os motores de busca é nulo. Ou seja, muito se tem publicado em Portugal sobre esquizofrenia, mas pouco se sabe sobre esquizofrenia resistente no nosso país.

De qualquer modo alguma da literatura nacional disponível sobre esquizofrenia tem potencial interesse para contribuir para a criação de uma consulta especializada. Existem inclusive alguns trabalhos de qualidade, dedicados a aspetos clínicos e sociais e até documentos governamentais oficiais, como as normas de utilização de anti-psicóticos da Direção Geral de Saúde²¹.

Uma estimativa otimista e tendo em conta a estatística internacional, aplicada à população portuguesa, admitir-se-á que existam em Portugal, pelo menos 33.000 doentes com esquizofrenia resistente, sendo que um terço destes terão suposta residência na área da grande Lisboa.

2. FUNDAMENTAÇÃO E OBJECTIVOS DO PROJECTO

Assim, apesar de não existirem dados nacionais, nem atuais nem oficiais, relativamente à prevalência da esquizofrenia resistente em Portugal, facilmente se percebe o enorme potencial no estudo e tratamento das pessoas que sofrem desta entidade clínica.

Os doentes que mais beneficiam dos cuidados psiquiátricos continuados são os indivíduos com perturbações psiquiátricas graves, e nomeadamente com o diagnóstico de esquizofrenia resistente. Por este motivo, a adesão ao tratamento é essencial, embora seja muito afetada pela ausência de consciência de doença. Se o tratamento for interrompido, ocorrerá uma descompensação na grande maioria dos casos, o que tornará o internamento inevitável, sendo que são bem conhecidos dos serviços psiquiátricos os doentes de “porta giratória”, que têm carências de várias ordens e que colocam grandes desafios no seu acompanhamento²². Por outro lado, sempre que ocorrem agudizações há um aumento de riscos para o próprio doente e eventualmente para terceiros, que importa prevenir.

Um trabalho especializado com os doentes com esquizofrenia resistente serviria para uma melhoria dos cuidados de saúde mental a prestar a estes doentes, com todos os benefícios que se adivinham para estes, seus familiares, bem como para os serviços de saúde mental e, em última análise, para a sociedade contemporânea.

3. CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA DE ESQUIZOFRENIAS DO CHPL

3.1 Caracterização Geral

Com a presente orgânica do CHPL, os doentes com o diagnóstico de psicose esquizofrénica (CID9) que careçam de tratamento em regime de internamento, são exclusivamente internados na Clínica de Psicoses Esquizofrénicas.

3.1.1 Caracterização Processual

Os doentes com esquizofrenia resistente internados no CHPL provêm maioritariamente do Serviço de Urgência do Hospital de São José, Centro Hospitalar Lisboa Central (SU HSJ CHPL). Haverá uma minoria internada diretamente através da consulta externa ou de outros serviços hospitalares. Os doentes posteriormente são transferidos para o Serviço de Estabilização e Tratamento de Agudos (SETA) onde, após confirmação diagnóstica, são direcionados para a Clínica 6 – Psicoses Esquizofrénicas. Depois de estabilizados a grande maioria desses doentes regressa aos cuidados dos técnicos de saúde mental que os seguiam previamente, nomeadamente o médico psiquiatra assistente e a restante equipa, geralmente da psiquiatria comunitária, da sua área de residência. No entanto haverá uma minoria de doentes que, antes de regressar à comunidade, pode beneficiar de uma passagem por outras estruturas do CHPL, como por exemplo o Hospital de Dia, o Serviço de Reabilitação ou o tratamento na Electroconvulsivoterapia.

3.2 Serviços Documentais

Tal como todos os outros doentes do HJM CHPL, os doentes com esquizofrenia resistentes deverão ter o seu processo clínico em dois formatos habituais, informático digital e no clássico suporte de papel.

3. DESENVOLVIMENTO DA CONSULTA DE ESQUIZOFRENIA RESISTENTE

3.1 Missão

Seguimento do número máximo de doentes com esquizofrenia resistente, seja em regime de consultoria ou aconselhamento com outros médicos psiquiatras, seja com seguimento por tempo indefinido ou temporário, por exemplo até estabilização do plano terapêutico por exemplo.

Os critérios para a avaliação e/ou seguimento na consulta de esquizofrenia resistente seriam simplesmente resposta parcial do quadro clínico a duas tentativas terapêuticas (com um mês de duração cada) com pelo menos dois anti psicóticos distintos.

3.2 Estrutura da Consulta de Esquizofrenia Resistente

3.2.1 Estrutura Física

A Consulta de Esquizofrenia Resistente funciona num gabinete do edifício da Consulta Externa do HJM CHPL (Pavilhão 20), às quintas-feiras das 14h00 às 20h00.

3.2.2 Recursos Humanos

Numa fase inicial a consulta seria assegurada por um psiquiatra do Serviço de Esquizofrenias (Dr. João Gama Marques), ou por quem este designar, na sua ausência. Com o passar do tempo, e em caso do número de doentes se tornar significativo, a consulta poderá ser aberta a outros elementos da Equipa de Esquizofrenia que nela queiram participar.

A Enfermagem do CHPL estará direta ou indiretamente envolvida nesta consulta, uma vez que fará a administração da terapêutica aos doentes, quer no Pavilhão 20 do CHPL, quer no domicílio dos doentes, nomeadamente no caso dos doentes que são predominantemente acompanhados pelas equipas comunitárias que fazem as visitas domiciliárias e administram a terapêutica anti-psicótica injetável intramuscular de longa duração (ANATENSOL DECANOATO[®], FLUANXOL RETARD[®], CISORDINOL DEPOT[®], HALDOL DECANOATO[®], RISPERDAL CONSTA[®], INVEGA XEPLION[®] ou ABILIFY MANTENA[®]).

3.2.3 Recursos Técnicos e Informáticos

Os registos deverão ser feitos no sistema informático SCLINIC \ SAM, em vigor no CHPL, para desta forma ficarem acessíveis a todos os profissionais, quer no CHPL quer no SU HSJ CHLC.

3.3 Objetivos

3.3.1 Objectivos Operacionais

- Atendimento das necessidades dos doentes com esquizofrenia resistente;
- Exercer uma psiquiatria de excelência fazendo uso da psicofarmacologia atual;
- Propor a criação de uma base de dados com informação clínica;
- Reduzir o número de recaídas, através do necessário tratamento;
- Contribuir para a melhor qualidade de vida dos doentes com esquizofrenia resistente;
- Participar na psicoeducação de doentes, familiares e membros da sociedade em geral;
- Eventual elaboração de relatório anual de atividades desenvolvidas e/ou a desenvolver.

3.3.2 Objectivos Táticos e Estratégicos

- Estabelecer articulação com todos os outros serviços do HJM CHPL que tenham doentes com esquizofrenia resistente, para que os mesmos possam (eventualmente) ser seguidos por uma equipa especializada. Dessa articulação salientamos a que deve ser feita com:
 - Clínica de Psicoses Esquizofrénicas.
 - Hospital de Dia Eduardo Luiz Cortesão.
 - Serviço de Reabilitação.
 - Unidade de Eletroconvulsivoterapia.
 - Psiquiatria Comunitária.
- Desenvolver e valorizar a investigação científica na área da esquizofrenia resistente, com projetos específicos na área;
- Promover a monitorização da qualidade dos serviços prestados;
- Desenvolver parcerias, privilegiando a formação, investigação e colaboração na área da esquizofrenia resistente, entre diversas instituições, nomeadamente:
 - Instituto de Formação Avançada da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (IFA FMUL)²³ ,

- Instituto da Filosofia da Linguagem da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa (IFL FCSH UNL)²⁴,
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD)²⁵,
- Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED)²⁶
- Associação de Educação e Apoio na Esquizofrenia (AEAPE)²⁷
- Outros eventualmente interessados.

3.4 Procedimentos e Processos

3.4.1 Procedimentos Gerais

Salvaguardando a independência dos médicos assistentes psiquiatras que previamente seguiam os doentes com esquizofrenia resistente, propõe-se um modelo geral de avaliação para os doentes, bem como a criação duma bateria de avaliação de rotina, que deverá ser administrada, para além de eventuais exames solicitados pelo psiquiatra, com o objetivo de sistematizar a informação colhida e proceder à análise sociodemográfica, clínica e psicológica dos casos avaliados, para fins de investigação, e também da avaliação do programa.

A bateria de avaliação de rotina deverá ser administrada durante as consultas, e consistirá num questionário estruturado desenvolvido para o efeito e com as seguintes escalas:

- Escala de avaliação de sintomas positivos e negativos: *Positive And Negative Symptom Scale (PANSS)*
- Escala de avaliação de funcionamento pessoal e social: *Personal and Social Performance (PSP)*

3.4.2 Perspetiva Financeira

Pretende-se reduzir os custos associados aos múltiplos internamentos destes doentes, bem como dos custos judiciais inerentes às inúmeras situações, com impacto social, decorrentes das descompensações psicóticas e epifenómenos daí resultantes.

3.4.3 Formação

Face à especialização das equipas do CHPL, a Consulta de Esquizofrenia Resistente estará aberta a estagiários ou estudantes, como médicos, psicólogos, neuropsicólogos, psicopedagogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, sociólogos, antropólogos, filósofos ou estudantes das referidas áreas que queiram colaborar, quer do ponto de vista assistencial, quer do ponto de vista da formação e investigação. Para que este tipo de colaboração ocorra basta que haja autorização da Direção Clínica do CHPL. Pretende-se que os estudantes ou estagiários tenham a oportunidade de poder conhecer melhor os fenómenos biopsicossociais e antropossociológicos presentes em doentes com esquizofrenia resistente.

3.4.4 Investigação

A investigação é uma garantia fundamental para a melhoria contínua da qualidade do trabalho clínico, e uma componente indispensável na formação médica. O Plano Nacional de Saúde²⁸ contempla a valorização das actividades de investigação dos serviços, captando profissionais de várias áreas no campo da saúde mental, mas não só.

Deverão ser desenvolvidas oportunidades de investigação, e encorajar os profissionais de saúde do CHPL, nomeadamente os médicos internos da especialidade de psiquiatria de adultos, a participar nos mesmos. Para isso será fundamental, por exemplo, a cooperação com a direção do Internato Médico do CHPL. Deverá ainda estabelecer parcerias com outras instituições (hospitalares, académicas ou outras) para o desenvolvimento de projectos de investigação, no âmbito de ensino pré e pós-graduado, mestrados ou doutoramentos.

Procurará manter-se uma estreita ligação com o Núcleo de Investigação Científica e Comissão de Ética do CHPL para a otimização do desenvolvimento de projetos de investigação.

Divulgar-se-ão as suas actividades no relatório anual de actividades, e ainda em encontros científicos, ou através da publicação em revistas científicas.

3.4.5 Arquivística

Propomos que toda a informação seja registada informaticamente e em suporte de papel, como já acontece com os restantes processos clínicos no CHPL.

3.4.6 Qualidade e Acreditação

A equipa propõe-se melhorar continuamente a qualidade dos serviços prestados, desenvolvendo mecanismos internos e externos de monitorização, nomeadamente em estreita articulação com todos os outros serviços do CHPL, que tratem doentes com esquizofrenia resistente.

Dessa articulação poderá resultar uma avaliação dos serviços prestados, efetuada com periodicidade anual, no sentido de verificar os padrões de qualidade e promover critérios padronizados para a prestação dos mesmos.

3.5 Cronograma

1ª Fase de Implementação (Abril – Setembro 2017):

- Criação de protocolo de avaliação dos doentes;
- Criação de base de dados para registo dos procedimentos clínicos;
- Estabelecimento de contactos com equipas que têm doentes com esquizofrenia resistente.

2ª Fase de Implementação (Outubro – Dezembro 2017):

- Divulgação da consulta;
- Início da consulta;
- Delineação de projetos de investigação

3ª Fase de Implementação (Outubro-Dezembro 2018):

- Acreditação da Consulta
- Desenvolvimento de projetos de investigação.

3.6 Comentário

O presente projeto de desenvolvimento de uma consulta especializada para doentes com esquizofrenia resistente provavelmente defrontar-se-á com vários obstáculos, nomeadamente a resistência à mudança. A estrutura e funcionamentos rígidos instituídos dificultarão a implementação de muitas das propostas, que visam primariamente a qualidade dos serviços prestados aos doentes e também à sociedade.

É nesta conjuntura que se torna necessário um maior empenho por parte dos profissionais; cremos que tal só será possível através da mobilização de um grupo de profissionais motivados para esta tarefa, criando simultaneamente, incentivos curriculares, entre outros.

A consulta de esquizofrenia resistente proporcionará uma maior eficácia e eficiência dos serviços prestados, facilitando o trabalho de todos os profissionais envolvidos, e idealmente aumentando a satisfação dos mesmos, bem como das entidades associadas.

Este projecto assenta numa disponibilidade pessoal e motivação profissional e académica, com base num profundo interesse nesta matéria, e numa procura da melhoria, diversificação e especialização dos serviços prestados pelo CHPL.

**Clínica de Psicoses Esquizofrénicas,
Hospital Júlio de Matos, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa,
10 de Abril de MMXVII**

**João Gama Marques
Médico Psiquiatra, HJM, CHPL**

Referências

- ¹ Gogtay N, Vyas NS, Testa R, Wood SJ, Pantelis C. Age of onset of schizophrenia: perspectives from structural neuroimaging studies. *Schizophr Bull.* 2011 May;37(3):504-13.
- ² McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Med.* 2004 Apr 28;2:13
- ³ Insel TR. Rethinking schizophrenia. *Nature.* 2010 Nov 11;468(7321):187-93.
- ⁴ Stahl SM, Morrissette DA, Citrome L, Saklad SR, Cummings MA, Meyer JM, O' Day JA, Dardashti LJ, Warburton KD. "Meta-guidelines" for the management of patients with schizophrenia. *CNS Spectr.* 2013 Jun;18(3):150-62.
- ⁵ Laursen TM, Munk-Olsen T, Vestergaard M. Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry.* 2012 Mar;25(2):83-8.
- ⁶ Bleuler E. *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien.* Leipzig, Germany: Deuticke; 1911.
- ⁷ Lieberman JA, First MB. Renaming Schizophrenia. *BMJ.* 2007 January 20; 334(7585): 108
- ⁸ <http://icd9.chrisendres.com/index.php?action=child&recordid=2374>
- ⁹ <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F20-F29>
- ¹⁰ <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>
- ¹¹ McIlwain ME, Harrison J, Wheeler AJ, Russell BR. Pharmacotherapy for treatment-resistant Schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2011; 7: 135–149
- ¹² Meltzer HY. Treatment-resistant schizophrenia--the role of clozapine. *Curr Med Res Opin.* 1997;14(1):1-20.
- ¹³ Englisch S, Zink M. Treatment-resistant Schizophrenia: Evidence-based Strategies. *Mens Sana Monogr.* 2012 Jan-Dec; 10(1): 20–32.
- ¹⁴ Chanpattana W, Sackeim HA. Electroconvulsive therapy in treatment-resistant schizophrenia: prediction of response and the nature of symptomatic improvement. *J ECT.* 2010 Dec;26(4):289-98.
- ¹⁵ Kerwin RW, Bolonna A. Management of Clozapine resistant schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment.* 2005; 11(2): 101–106.
- ¹⁶ Conley RR, Buchanan RW. Evaluation of treatment resistant schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin.* 1997; 23(4): 663–674.
- ¹⁷ Meltzer HY, Cola P, Way L, Thompson PA, Bastani B, Davies MA, Snitz B. Cost effectiveness of clozapine in neuroleptic-resistant schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 1993 Nov;150(11):1630-8.
- ¹⁸ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- ¹⁹ <http://www.rcaap.pt/>
- ²⁰ <http://www.indexrmp.com>
- ²¹ <http://www.saude-mental.pt/saude-mental-de-adultos/utilizacao-clinica-de-antipsicoticos-%E2%80%93norma-n%C2%BA-0242011-de-29092011/>
- ²² Haywood TW, Kravitz HM, Grossman LS, Cavanaugh JL Jr, Davis JM, Lewis DA. Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *Am J Psychiatry.* 1995 Jun;152(6):856-61.
- ²³ <http://www.fm.ul.pt>
- ²⁴ <http://www.ifl.pt>
- ²⁵ <http://www.idt.pt>
- ²⁶ <http://www.infarmed.pt>
- ²⁷ <http://aeape-esquizofrenia.blogspot.pt>
- ²⁸ http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/1B55859D-1CEB-4F8E-A45F-C601F3C60D60/0/Plano_Nacional_Saude_2004.pdf