



Simpósio Satélite Janssen

Tratar a Esquizofrenia: da Razão à Ação



ANTÓNIO BAJOUCO, PSIQUIATRA, CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA

Investiga-se, realiza-se formação mas há um problema que persiste: o estigma...

AB – Sim, é verdade. Pessoas com doenças mentais graves lutam contra dois problemas: os sintomas, que interferem na autonomia, independência e qualidade de vida, e o estigma social. O estigma associado à doença mental é dos mais importantes e difíceis obstáculos para a recuperação e reabilitação do indivíduo; afeta negativamente o tratamento; nega oportunidade de trabalho; impede a autonomia e a realização de objetivos de vida. É capaz de prejudicar a qualidade de vida, inclusive da família. A discriminação pode ser tão incapacitante quanto a própria doença. Além disso, viver em ambiente estigmatizante frequentemente acarreta o autoestigma, que junto com o estigma são dois obstáculos fundamentais à integração social e à vida plena em sociedade. O combate ao estigma é primordial para que o portador de doença mental viva de forma independente e autónoma, tenha oportunidades de trabalho, persiga suas metas e usufrua de oportunidades com dignidade e plena inserção social.

Se o estigma existe na sociedade, existe também às vezes nos próprios técnicos, nos psiquiatras por exemplo. Há pois que combater esta realidade. Desde logo, promover em todos a convicção de que estes doentes com esquizofrenia tem uma doença crónica que como outras patologias crónicas não psiquiátricas, não tendo cura são tratáveis. E que hoje temos fármacos, antipsicóticos de segunda e terceira geração que são eficazes, seguros e com bom perfil de tolerabilidade ao contrário de outros antipsicóticos que usávamos há cerca de 20, 30 anos. Mais, existem hoje formulações injetáveis de longa duração de ação destas novas moléculas que permitem uma boa adesão ao tratamento

condição essencial para a não deterioração clínico- funcional destes doentes. É pois importante que os decisores clínicos tenham práticas de acordo com o estado da arte, como o fazem os clínicos noutras patologias não psiquiátricas.

Assim se tratados de modo eficaz em fases iniciais do tratamento teremos doentes mais preservados do ponto de vista clínico e funcional e portanto mais passíveis de em termos reabilitativos recuperarem funcionalidade, e serem reinseridos rapidamente em contexto académico, laboral, familiar. Se fizermos isto, será naturalmente mais fácil ir combatendo o estigma. É este conjunto de coisas que nos irá provavelmente ajudar no futuro a que se fale dos doentes esquizofrénicos como falamos por exemplo de doentes com Hepatite C ou Doença de Crohn ou outras, que sendo doenças de evolução crónica, não são vistas pela sociedade em geral, de modo discriminatório.

Na sua comunicação, apresentou indicadores de grande dependência funcional destes doentes quando não tratados devidamente...

AB – Sim, quando não tratados e quando a funcionalidade é péssima, o peso da doença nos cuidadores informais, nomeadamente os familiares, é enorme. Um doente totalmente dependente por força dum tratamento pouco eficaz da doença, pode resultar num consumo excessivo de tempo dos familiares e, muitas vezes, com grandes repercussões na saúde dos mesmos. Desse ponto de vista, devemos dar um enfoque cada vez maior na funcionalidade do doente, e na ajuda aos familiares.

Isso sobreleva o papel dos familiares, amigos e associações de doentes mas parece falhar algo essencial, que é o apoio estatal...

AB – Afirmo há pouco que espero que o Estado retome em breve a comparticipação a 100% dos fármacos antipsicóticos que utilizamos com estes doentes para que todos (psiquiatras, famílias e doentes) tenhamos as melhores escolhas para os doentes, sem barreiras económicas. Não se compreende que se gastem, e muito bem, milhares de euros em doenças como a hepatite C e outras, e que com doentes esquizofrénicos tenhamos as dificuldades que temos do ponto de vista da comparticipação dos antipsicóticos nomeadamente dos mais recentes. Também aqui há um estigma, que começa pelo próprio Estado, que diferencia negativamente de modo evidente os pagamentos e copagamentos dos fármacos destes doentes.

E depois, quando pensamos em reintegração na comunidade, em cuidados integrados e continuados, continuamos sem estruturas na comunidade que permitam uma melhor reintegração destes doentes, e nomeadamente continuamos sem uma verdadeira rede de cuidados continuados integrados, nesta área da saúde mental, que vem sendo prometida há muito, mas que tarda em chegar.



SOFIA BRISSOS, PSIQUIATRA, CENTRO HOSPITALAR PSIQUIÁTRICO DE LISBOA, INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL

Parece mais ou menos consensual, face aos argumentos aqui apresentados, que quer numa primeira fase, quer numa fase mais crónica do tratamento da esquizofrenia, os antipsicóticos injetáveis de longa duração de segunda geração são a escolha mais indicada... no entanto, ainda parece haver alguma resistência por parte dos prescritores... Porquê?

SB – De facto, há atitudes que são difíceis de compreender e daí o título deste simpósio: ir da razão à ação. Porque é que, hoje em dia, temos tanta informação do ponto de vista científico e das guidelines, sobre o que devemos fazer mas, depois, na prática, continuamos a tomar decisões que, se calhar, têm mais a ver com questões emocionais e preconceitos? Os antipsicóticos injetáveis de longa duração ainda estão muito associados à ideia de coerção, de castigo, de deixar para quando o doente se portou mal, quando já não há nada a fazer... Queremos acreditar que os doentes vão fazer tudo aquilo que dizemos e recomendamos e que vão tomar os comprimidos porque queremos o melhor para eles; mas depois isso não acontece, o que acarreta habitualmente consequências trágicas. E então nessa altura, quando já muito se perdeu, é que se avança para a hipótese mais eficaz – diria até mais eficiente – as formulações injetáveis. Creio que há esse viés cognitivo, como alguns colegas falaram, e não podemos pensar que a formulação injetável constitua um castigo ou algo coercivo. Estas formulações trazem muito mais benefícios para os doentes, para além da mera garantia da toma, tal como já é reconhecido com formulações de longa duração noutras especialidades veem estes fármacos. Hoje em dia, se um diabético tivesse a possibilidade de fazer uma injeção por mês em vez de se picar todos os dias na barriga, certamente não hesitaria...

Tal como sucede já relativamente a alguns tratamentos de substituição opiácea...

SB – Como é óbvio... Há hoje em dia uma série de tratamentos, desde a área da psoríase, tratamentos biológicos nas doenças autoimunes, em que os doentes querem fazer a formulação de longa duração porque os liberta, quer do ponto de vista da comodidade posológica mas, acima de tudo, porque estão a fazer um fármaco mais recente e inovador. O que é estranho é que haja colegas que iniciam o tratamento com um antipsicóti-

co oral da segunda geração e, quando pensam transitar para um injetável, passam para um de primeira geração... O nosso objectivo é pôr um doente bem num determinado fármaco e depois mantê-lo bem nesse fármaco, nomeadamente numa formulação injectável de longa duração, e não voltar à estaca zero.

Quer dizer que as barreiras se situam mais no profissional de saúde do que no utente?

SB – Estou completamente convicta disso: as barreiras são hoje muito mais do profissional de saúde do que propriamente do doente. As barreiras do doente, em psiquiatria, têm a ver com o facto de muitos doentes não quererem tomar medicação por não se acharem doentes; mas quando tomam, não creio que seja mais difícil propor um injetável de longa duração a um doente psiquiátrico do que a um doente de qualquer outra especialidade, sobretudo quando se explicam os benefícios de um injetável versus um oral.

Atribuiria essa opção a falta de formação ou de confiança?

SB – Não creio... penso que são hábitos. Nós somos seres de hábitos e estamos habituados a fazer as coisas de uma determinada maneira e, muitas vezes, não paramos para pensar. Temos que parar, pensar por que estamos a fazer as coisas de determinada maneira e tentar mudar.

Sendo óbvio que os doentes não são todos iguais, em que medida constituem estes antipsicóticos injetáveis de segunda geração um garante de que há sempre esperança na reabilitação ou, pelo menos, na funcionalidade e qualidade de vida?

SB – Sim, na funcionalidade sobretudo. Já ando na psiquiatria há tempo suficiente para ver bem a diferença entre entrar numa enfermaria de doentes psicóticos há 20 anos atrás e a realidade atual. Não tem nada a ver. Se calhar, esta geração mais nova não sentiu isso... é muito, muito diferente!

Quer dizer que, com a farmacologia atual, não há casos impossíveis?

SB – Claro que não e queremos ir ainda mais longe. Mas, nos últimos 20 anos, deram-se passos muito importantes nesta área e acredito que continuaremos a dar.

Além da farmacologia, haverá certamente outras ferramentas terapêuticas indispensáveis...

SB – Claro! Mas essas só se tornam verdadeiramente úteis e só acabamos por tirar das mesmas os verdadeiros benefícios depois de termos a base de trabalho, que é a farmacologia.

Quando se deparam com um doente com comorbilidade que inclua dependência e esquizofrenia, em que medida será importante perceber o que surgiu primeiro?

SB – Essa é muitas vezes a questão do ovo e da galinha e se calhar nunca vamos saber... o que interessa é ser pragmático e, perante um problema, procurar resolvê-lo. A causa muitas vezes tem que ficar para depois, até porque muitas vezes a opção terapêutica será semelhante...

Num caso desse tipo, o tratamento é feito em simultâneo?

SB – Também, mas a psicose tem prioridade sobre o resto. Um doente que esteja psicótico e não esteja compensado nunca terá boa qualidade de vida, não será funcional e muito dificilmente se manterá abstinente do consumo de drogas. A partir daí, tudo o resto torna-se mais fácil.

Em termos orgânicos, também haverá alguma dificuldade, uma vez que se o doente é dependente terá que ser referenciado para cuidados especializados, ou seja, para um CRI...

SB – Sim, muitas vezes sim e colaborar, articular... é muito importante trabalhar do ponto de vista multidisciplinar, em equipa e haver essa articulação, não só dentro dos serviços de saúde mas também com outras áreas. Falámos aqui na reabilitação e é indispensável fazer outras pontes, como com a área social.





FERNANDO MEDEIROS PAIVA, MESTRE EM PSIQUIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO, HOSPITAL LUSÍADAS

“A esquizofrenia é uma doença cerebral orgânica, de causalidade predominantemente genética, com redução progressiva da massa cinzenta cerebral e da neurogênese, desde o primeiro episódio. Longe vão os tempos do ridículo conceito psicanalítico da mãe esquizofrenizante e do bom e mau seio de Melanie Klein. Mas é bom lembrá-lo. É bom lembrar que é necessário tratar a esquizofrenia desde o seu primeiro episódio, janelas de oportunidade a não perder, e manter o tratamento durante toda a vida, na maioria dos casos”.

A literatura refere que 2/3 dos doentes com esquizofrenia aderem parcialmente ou não aderem de todo à medicação. Contudo, sabemos que em Portugal 70% destes doentes são tratados com APs orais... Onde está a verdade?

FMP – Há uma resposta curta e simples: a principal barreira à adesão terapêutica centra-se no psiquiatra, que sobrevaloriza o conhecimento que tem do doente e desvaloriza ou ignora o que ele pensa e sente. Mas vou dar uma resposta mais completa... há mais barreiras à adesão terapêutica farmacológica, nomeadamente o próprio doente, o medicamento e o ambiente. O doente tem falta de insight da doença – anosognosia. Ligadas ao doente temos ainda o défice cognitivo, o estigma da doença e a comorbilidade, principalmente com abuso de substâncias e alcoolismo. Do clínico consideramos a deficiente relação médico doente; o médico não sabe ultrapassar a ausência de insight da doença, tem muita dificuldade em escutar, fazer acordos, empatizar e acamaradar e não informa o doente e os seus familiares sobre a doença e sobre o tratamento. Do medicamento, regimes complexos e tomas diárias várias vezes ao dia em vez de uma dose única diária, mensal ou trimestral; efeitos colaterais indesejáveis e dificuldade de avaliação da adesão. Enquanto o doente afirma que em 86% dos casos cumpriu a medicação, a impressão do médico não é tão favorável, cifrando-se em 66%. A monitorização eletrónica reflete uma adesão ainda mais baixa, 63%, e a prova dos nove, a média do nível plasmático, cifra-se nuns baixíssimos 49%. Isto é, os doentes não tomam a medicação mas o contador eletrónico e os psiquiatras acham que sim. Do ambiente são entraves à adesão o viver só, os níveis emocionais elevados e stressantes nas interações sociais e familiares, o sensacionalismo dos media que aumentam o estigma da medicação e, por fim, as dificuldades económicas e de acesso às instituições de saúde.

Passemos então às barreiras ao uso de Injetáveis de Longa Duração... por que não são tão usados?

FMP – Porque os doentes têm um conhecimento limitado ou inadequado sobre ILD, em virtude de só 50% dos psiquiatras os informarem. Porque, quando são informados, iniciam a terapêutica mais cedo e aceitam-na ou são neutrais em 2/3 dos casos, rejeitando-a apenas 1/3. Outras barreiras ao uso de ILD são o medo da agulha e da injeção, o medo de perda de controlo sobre a medicação, o estigma da injeção como um ato coercivo e os custos das deslocações e do medicamento. O clínico tam-

bém pode ser uma barreira, tanto por conhecimento insuficiente ou pouca experiência, como por excesso de confiança (erros cognitivos de validade). A pouca clareza das guidelines (não são atualizadas) e a contradição de alguns estudos publicados contribuem para a ambivalência do médico, que acaba por transmitir a sua insegurança ao doente. E por último, a grande barreira concentra-se nos gestores e nos responsáveis políticos, que desconhecem ou ignoram os estudos de fármaco-economia existentes.

Terminemos com as vantagens dos Antipsicóticos Injetáveis de Longa Duração (ILD) da Segunda Geração (SG) sobre os Injetáveis da Primeira Geração (PG) e Oraís...

FMP – Há uma quintupla vantagem: maior eficácia com menor dose, devido ao seu perfil farmacodinâmico – baixa ocupação de D2 e bloqueio suplementar de 5HT2 e menos efeitos colaterais indesejáveis, devido ao seu perfil farmacocinético a que corresponde uma concentração plasmática mais estável, evitando o metabolismo de primeira passagem no fígado; maior prevenção de recaídas; efeito neuroprotetor demonstrado em vários trabalhos de investigação ao longo de mais de 15 anos, contrapondo o efeito neurotóxico dos APG; menor taxa de mortalidade: os doentes tratados com ILD SG têm taxas de mortalidade muito menores que os medicados com orais ou ILD de PG e que os não tratados; Não admira pois que tenham uma superior adesão terapêutica.

Será verdade que são os psiquiatras com mais anos de experiência clínica que utilizam mais frequentemente os Antipsicóticos Oraís (AO) e antipsicóticos Injetáveis de Longa Duração (ILD) da Primeira Geração (PG)?

FMP – A resposta a esta pergunta diz respeito ao confronto entre a evidência científica e os erros cognitivos na tomada de decisão clínica. Penso que explanámos com algum pormenor a evidência clínica da preferência dos AILD de SG no tratamento da esquizofrenia. Mas quando iniciei a minha viagem nesta profissão, de que gosto muito, ouvi alguns psiquiatras com mais experiência clínica dizerem: Primeiro, que os barbitúricos eram bem melhores que as benzodiazepinas; Segundo, que os antidepressivos tricíclicos e os IMAO eram preferíveis aos SSRI e similares. Hoje, já ninguém se lembra dos barbitúricos como ansiolíticos e indutores do sono e ninguém usa os IMAO. E os SSRI, logo que foram introduzidos os genéricos, passaram a ser, nas guidelines, a primeira escolha. Terceiro, que a “impregnação neuroléptica” dos APG (efeito parkinsoniano da clorpromazina e do haloperidol) era sinónimo de eficácia terapêutica e a sua superioridade sobre os ASG (risperidona e olanzapina) era então apregoada. Mas logo que estes (nomeadamente a risperidona) foram introduzidos no mercado de genéricos passaram de imediato a primeira escolha nas guidelines. Apetece parafrasear o dito economês de Clinton durante a campanha para as presidenciais de 1992: “É a economia, estúpido”. Embora as ilusões de ótica e táteis nos possam enganar, hoje facilmente as desconstruímos – que “a Terra é plana e é o centro do mundo, girando o sol à sua volta”. Já os erros cognitivos por excesso de confiança são mais difíceis de eliminar. Vão desde a justificação dos árabes para proibir as mulheres de conduzirem porque faz mal aos ovários, até graves erros médicos: os clínicos que dizem estar absolutamente certos dos diagnósticos antemortem erram em 40% das vezes; No último Dia Mundial para a Segurança do Doente (17 de novembro passado), a OMS alertou para o erro médico: cerca de 2,6 milhões de doentes de países de baixo e médio rendimento morrem anualmente devido a erros médicos – o equivalente a 7 mil pessoas por dia; Mas nos países de alto rendimento acontece o mesmo. A terceira principal causa de morte nos hospitais dos EUA é o erro médico, logo a seguir às doenças cardiovasculares e ao cancro e acima das doenças pulmonares obstrutivas crónicas. Não admira pois que haja erros cognitivos deste tipo em alguns psiquiatras que usam deca-noato de haloperidol, promovendo toxicidade neuronal com apoptose com mais altas taxas de mortalidade e resistam a usar AP ILD SG como primeira linha no tratamento, quer na fase crónica da esquizofrenia, mas também na fase inicial da mesma.