

Coleção
Acontecimentos Terapêuticos

A eficácia e efetividade do
**PALMITATO DE
PALIPERIDONA**

NO TRATAMENTO

DA ESQUIZOFRENIA

Editorial

O palmitato de paliperidona (PP), um antipsicótico atípico, que está disponível em apresentação injetável de liberação prolongada para o tratamento mostra-se uma alternativa importante para o tratamento da esquizofrenia.

No presente volume da coleção, apresentaremos resumidamente, os resultados de 5 artigos que demonstraram a eficácia e segurança do PP. No final, apresentamos um estudo que discute a superação do ponto de vista psiquiátrico.

O primeiro estudo, de Schreiner e cols., foi multicêntrico e de longa duração, que teve como objetivo comparar a eficácia do PP em injeção de liberação prolongada com a de antipsicóticos orais em pacientes com esquizofrenia. Em seguida, é apresentado outro estudo do mesmo grupo, que avaliou a substituição de tratamentos injetáveis prévios, sem sucesso, pelo PP.

O terceiro estudo foi multicêntrico e avaliou a eficácia do PP em pacientes com episódios agudos de esquizofrenia. Posteriormente, é apresentado o artigo de Rosso e cols. que teve como objetivo avaliar a segurança do PP injetável, especialmente quanto ao risco de síndrome metabólica. O quinto estudo, de Taylor e cols., procurou verificar as taxas de internação hospitalar em 2 anos com o tratamento com PP injetável. Finalmente, o último artigo faz uma revisão interessante sobre o que representa o conceito de superação entre os pacientes com esquizofrenia e discute alguns mitos associados a esse transtorno.

Com esta edição, esperamos fomentar o debate sobre o tratamento oferecido às pessoas com esquizofrenia. A ideia é munir o profissional da saúde com o maior número possível de informações e análises, pois apenas assim ele poderá optar pelo melhor medicamento oferecido no mercado, prezando pela qualidade de vida de seus pacientes.

Boa leitura!

Índice

Pg. 3

O palmitato de paliperidona é superior aos antipsicóticos orais em relação ao tempo até a recaída em pacientes com esquizofrenia recém-diagnosticada

Pg. 5

A troca para palmitato de paliperidona após tratamento sem sucesso com outras medicações injetáveis resultou em melhora clinicamente relevante dos sintomas, do funcionamento e dos efeitos adversos em pacientes com esquizofrenia sintomática não aguda

Pg. 8

O palmitato de paliperidona é eficaz no tratamento dos sintomas agudos da esquizofrenia em pacientes previamente tratados sem sucesso com antipsicóticos orais

Pg. 10

O palmitato de paliperidona não aumenta o risco de síndrome metabólica em pacientes com esquizofrenia

Pg. 12

O palmitato de paliperidona reduziu significativamente a taxa de internação hospitalar

Pg. 14

Superação sob o ponto de vista de um psiquiatra

O palmitato de paliperidona é superior aos antipsicóticos orais em relação ao tempo até a recaída em pacientes com esquizofrenia recém-diagnosticada

Resumo objetivo elaborado pelo Comitê de Redação Científica da SIIC com base no artigo original:

Paliperidone palmitate versus oral antipsychotics in recently diagnosed schizophrenia

Autores: Schreiner A, Adamsoo K, Altamura AC, Franco M, Gorwood P, Neznanov NG, Schronen J, Ucok A, Zink M, Janik A, Cherubin P, Lahaye M, Hargarter L.

Fonte: *Schizophr Res.* 2015;169(1-3):393-9.

Introdução

Apesar da disponibilidade de tratamentos eficazes para a esquizofrenia, a recaída e as exacerbações agudas são comuns. Há divergências quanto às evidências em relação ao uso de antipsicóticos injetáveis de liberação prolongada em comparação aos antipsicóticos orais na prevenção de recaídas.

O presente estudo teve como objetivo avaliar a eficácia do palmitato de paliperidona (PP) injetável de longa ação – um antipsicótico atípico – em comparação a antipsicóticos orais em monoterapia em pacientes com diagnóstico recente de esquizofrenia.

Métodos

Estudo multicêntrico (141 centros, em 26 países), randomizado, prospectivo, aberto, com controle ativo e seguimento de 24 meses que incluiu pacientes com diagnóstico recente de esquizofrenia (1 a 5 anos).

O estudo consistiu em uma fase inicial de duas semanas de tratamento oral e uma fase principal de 24 meses. Foram incluídos pacientes com idade entre 18 e 65 anos, com diagnóstico recente (1 a 5 anos) de esquizofrenia segundo critérios do DSM-IV e com história de duas ou mais recaídas com necessidade de internação hospitalar nos últimos 24 meses. Os pacientes foram randomizados para receber PP ou antipsicótico oral (1:1). Os pacientes de ambos os grupos, anteriormente, realizavam tratamento com antipsicóticos orais. Os pacientes do grupo PP passaram as duas primeiras semanas recebendo a paliperidona formulação oral (ER), enquanto os pacientes do grupo dos antipsicóticos orais tiveram seus antipsicóticos substituídos por outros, de acordo com avaliação do psiquiatra.

Foram excluídos pacientes sem uso prévio de antipsicóticos, pacientes resistentes ao tratamento, pacientes não aptos para uso de antipsicóticos atípicos orais, aqueles que apresentaram síndrome neuroléptica ma-

ligna ou discinesia tardia, pacientes que fizeram uso de haloperidol oral em monoterapia ou de clozapina nos últimos 3 meses.

Após a etapa inicial, os pacientes randomizados para PP receberam uma dose por via intramuscular (deltoide) de 150 mg no primeiro dia, 100 mg no oitavo dia (deltoide) e 75 mg no 38º dia (deltoide ou glúteo). Após esse período, os pacientes receberam doses mensais flexíveis de 25 mg a 150 mg (deltoide ou glúteo). Os pacientes randomizados para antipsicóticos orais (aripirazol, quetiapina, olanzapina, paliperidona ER, risperidona ou haloperidol) também poderiam ter a dose ajustada. Os pacientes foram reavaliados nos dias 1, 8 e, a cada 30 dias, nos primeiros 4 meses, no sexto mês e, depois, a cada 3 meses até o mês 24.

O desfecho primário de eficácia foi o tempo até a recaída. Desfechos secundários incluíram a proporção de pacientes que apresentaram recaída, pontuação *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) total e das subescalas, pontuação do fator *Marder* (Marder), porcentagem de respondedores (redução $\geq 30\%$ na PANSS), satisfação dos pacientes com *Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication* (TSQM), satisfação dos médicos com o tratamento (escala categórica de 7 pontos), *Clinical Global Impression-Severity* (CGI-S), *Clinical Global Impression-Change* (CGI-C), escala *Personal and Social Performance* (PSP), *Short Form (36) Health Survey* (SF-36), *European Quality of Life-5 Dimensions* (EQ-5D) e *Subjective Well-Being under Neuroleptics Scale* (SWN-S).

A segurança e tolerabilidade do tratamento foi avaliada pela ocorrência de eventos adversos, sintomas extrapiramidais (escalas *Abdominal Involuntary Movement Scale* [AIMS], *Behaviorally Anchored Rating Scale* [BARS] e *Symptom Assessment Scale* [SAS]), bem como alterações de peso e índice de massa corpórea.

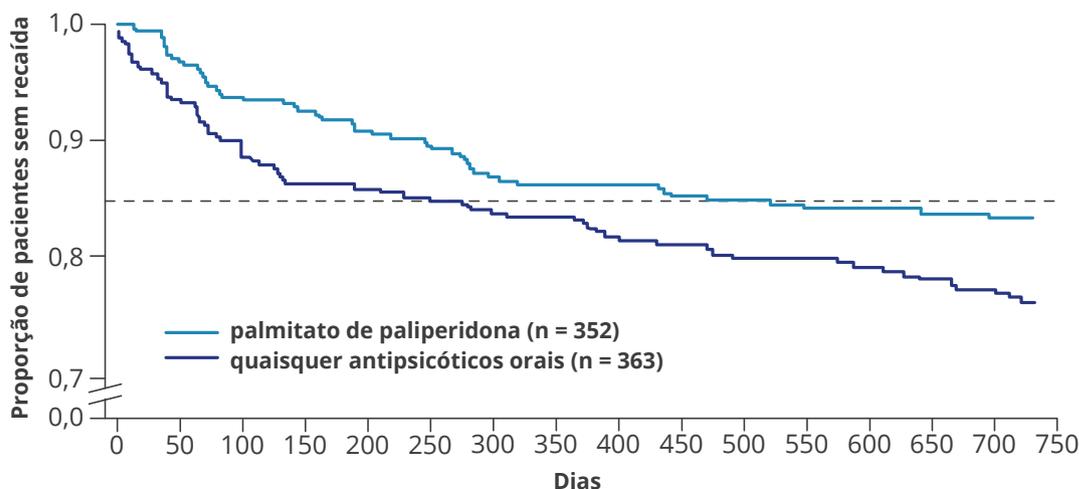
4 | Acontecimentos Terapêuticos

Resultados

Na análise final, foram incluídos 715 pacientes (idade $32,6 \pm 10,4$ anos), sem diferenças entre os grupos PP e antipsicóticos orais quanto às características demográficas. A dose média da quarta injeção de PP foi de $101,7 \pm 29,3$ mg.

O tempo até a recaída foi significativamente maior nos pacientes que receberam PP injetável de longa ação, em comparação àqueles que receberam antipsicóticos

orais (*hazard ratio*: 1,5; intervalo de confiança 95%: 1,1-2,2; $p = 0,019$) (**Figura 1**). O percentil 85 do tempo até a recaída foi de 469 dias no grupo PP e de 249 dias no grupo antipsicóticos orais. Menos pacientes do grupo PP apresentaram recaída (14,8% vs 20,9% do grupo antipsicóticos orais; $p = 0,032$), representando uma redução de 29,4% do risco relativo.



| Paciente em fase de tratamento | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---|
| PP | 352 | 326 | 306 | 292 | 278 | 272 | 260 | 256 | 252 | 244 | 237 | 233 | 230 | 225 | 221 | 0 |
| AP orais | 363 | 323 | 297 | 280 | 265 | 258 | 246 | 242 | 230 | 227 | 216 | 212 | 207 | 201 | 198 | 0 |

Figura 1. (Adaptada) Curva Kaplan-Meier do tempo até a recaída.

O PP também foi superior aos antipsicóticos orais na melhora da pontuação total da PANSS (No dia 8, a alteração média foi de -4,8 [PP] vs. -3,7 [antipsicóticos orais]; $p = 0,021$ e no final do estudo, a alteração média foi de -16,6 [PP] vs. -14,1 [antipsicóticos orais]; $p = 0,075$). Foram considerados respondedores 75,6% dos pacientes do grupo PP e 69,4% do grupo antipsicóticos orais ($p = 0,079$). No dia 8 e no final do estudo, o PP foi superior aos antipsicóticos orais na subescala Psicopatologia Geral da PANSS ($p = 0,018$ e $p = 0,045$, respectivamente). Os itens "pensamentos desorganizados" ($p = 0,042$) e "excitação/hostilidade não controlada" da escala PANSS ($p = 0,033$ no oitavo dia e $p = 0,008$ no final do estudo) apresentaram melhora significativa.

Também houve superioridade do PP na subescala "conveniência" da escala TSQM (mês 24 [$p < 0,01$], mês 12 e no final do estudo; $p < 0,0001$ para ambos). Quanto à satisfação dos pacientes, houve superioridade do PP, em comparação aos antipsicóticos orais, apenas nos itens "segurança" (mês 12; $p < 0,01$), "via de administração" (meses 24, 12 e no final do estudo; $p < 0,0001$) e "satisfação

geral" (meses 24 e 12 e no final do estudo; $p < 0,05$). Não houve diferenças entre os grupos nos demais desfechos secundários, com exceção de melhora superior da EQ-5D no grupo antipsicóticos orais ($p = 0,017$) no mês 12.

Eventos adversos graves ocorreram em 11,6% dos pacientes do grupo PP e 12,7% do grupo antipsicóticos orais. O abandono do tratamento por eventos adversos ocorreu em 4,0% dos pacientes do grupo PP e 3,0% do grupo antipsicóticos orais. Não houve diferenças entre os grupos nas pontuações das escalas de sintomas extrapiramidais.

Conclusão

O objetivo desse estudo foi prover evidências robustas sobre a melhor eficácia do tratamento com antipsicóticos injetáveis de longa ação no tratamento dos estágios iniciais da esquizofrenia. A superioridade do PP sobre os antipsicóticos orais demonstrada ao longo desse estudo pode trazer uma maior clareza sobre o tema, assim como desmistificar o seu uso perante as crenças de psiquiatras que são resistentes em sua recomendação nos estágios iniciais da esquizofrenia.

A troca para palmitato de paliperidona após tratamento sem sucesso com outras medicações injetáveis resultou em melhora clinicamente relevante dos sintomas, do funcionamento e dos efeitos adversos em pacientes com esquizofrenia sintomática não aguda

Resumo objetivo elaborado pelo Comitê de Redação Científica da SIIC com base no artigo original:

Paliperidone palmitate in non-acute patients with schizophrenia previously unsuccessfully treated with risperidone long-acting therapy or frequently used conventional depot antipsychotics.

Autores: Schreiner A, Bergmans P, Cherubin P, Keim S, Llorca PM, Cosar B, Petralia A, Corrivetti G, Hargarter L.

Fonte: *J. Psychopharmacol.* 2015;29(8):910-22.

Introdução

O tratamento de manutenção após a estabilização dos sintomas agudos da esquizofrenia é fundamental para evitar recaídas e internações hospitalares, bem como para a melhora do funcionamento psicossocial, da qualidade de vida e da evolução em longo prazo. As diretrizes atuais recomendam o uso de antipsicóticos orais (APO) ou de antipsicóticos injetáveis de longa ação, estes últimos apresentam menor risco de recaída em comparação aos APO, embora existam resultados controversos.

O palmitato de paliperidona (PP) é um antipsicótico atípico de longa ação para uso por via intramuscular (IM) em injeção mensal única (PP-1M), sendo indicado no tratamento de manutenção de pacientes adultos com esquizofrenia.

O objetivo principal deste estudo foi avaliar a resposta e a tolerabilidade do PP injetável de longa ação em pacientes com esquizofrenia sintomática não aguda, após a substituição do tratamento prévio sem sucesso com outros antipsicóticos injetáveis de longa ação.

Métodos

O estudo *Paliperidone Palmitate Flexible Dosing in Schizophrenia* (PALMFlexS) foi multicêntrico (160 centros, em 21 países), prospectivo, não randomizado, aberto e com 6 meses de seguimento. Foram incluídos pacientes adultos com diagnóstico de esquizofrenia não aguda, mas sintomática. Os pacientes deveriam ter apresentado insucesso com o tratamento com rispe-

ridona injetável de longa ação ou com antipsicóticos convencionais de depósito (haloperidol, flupentixol, flufenazina, zuclopentixol). O insucesso foi definido como falta de eficácia, falta de tolerabilidade, presença de efeitos adversos clinicamente relevantes, falta de adesão terapêutica ou desejo do paciente em interromper o tratamento.

O desfecho primário foi a mudança de pontuação nas escalas *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) e *Clinical Global Impression-Severity* (CGI-S). Desfechos secundários incluíram avaliações pelas escalas *Clinical Global Impression-Change* (CGI-C), subescalas da PANSS, *Personal And Social Performance* (PSP), *Subjective Well-being under Neuroleptics-Scale* (SWN-S), *Mini International Classification of Functionality, Disability and Health* (ICF) e a satisfação dos pacientes pela escala *Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication* (TSQM). Também foram avaliados o sono e a sonolência diurna. A segurança e a tolerabilidade foram avaliadas pela *Extrapyramidal Symptom Rating Scale* (ESRS), bem como pelo monitoramento de sinais vitais, índice de massa corpórea e registro de eventos adversos.

Resultados

Foram incluídos 231 pacientes, dos quais 174 sofreram substituição de antipsicóticos convencionais de depósito por PP, e 57 sofreram substituição da risperidona injetável de longa ação por PP. A idade média variou entre 39,9 e 44,4 anos nos diferentes grupos de tratamento prévio. A dose média de PP utilizada foi de 105 mg a 113,9 mg (**Tabela 1**).

6 | Acontecimentos Terapêuticos

Tabela 1. (Adaptada) Desfechos de eficácia*

| Pacientes que substituíram o: | | | | | |
|--|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|
| | Hal-Dec | Fpt-Dec | Flu-Dec | Zuc-Dec | RLAT |
| Pontuação total PANSS (média), n | 53 | 34 | 44 | 41 | 54 |
| Basal (DP) | 75,7 (13,2) | 73,7 (14,1) | 75,0 (15,4) | 74,6 (16,5) | 67,5 (20,7) |
| LOCF (DP) | 66,9 (20,2) | 63,6 (19,2) | 67,5 (20,1) | 64,0 (19,8) | 58,2 (24,0) |
| Alteração média entre o basal e a LOCF (DP) | -8,8 (19,2) | -10,1 (18,4) | -7,5 (19,4) | -10,6 (21,5) | -9,2 (21,1) |
| IC 95% | -14,1; -3,5 | -16,5; -3,7 | -13,4; -1,5 | -17,4; -3,8 | -15,0; -3,5 |
| p-valor† | <0,0001 | 0,0006 | 0,0029 | 0,0007 | 0,0001 |
| Subescala positiva da PANSS (média), n | 53 | 34 | 44 | 41 | 54 |
| Basal (DP) | 16,2 (5,8) | 16,2 (4,5) | 15,5 (5,3) | 16,5 (5,1) | 14,5 (6,4) |
| LOCF (DP) | 15,1 (7,2) | 14,1 (5,9) | 14,6 (5,8) | 14,2 (5,6) | 13,1 (6,5) |
| Alteração média entre o basal e a LOCF (DP) | -1,1 (5,9) | -2,1 (5,7) | -0,9 (5,1) | -2,3 (5,7) | -1,4 (5,3) |
| IC 95% | -2,7; 0,6 | -4,1; -0,2 | -2,4; 0,7 | -4,1; -0,5 | -2,8; 0,1 |
| p-valor† | 0,0344 | 0,0035 | 0,1777 | 0,0146 | 0,0539 |
| Subescala negativa da PANSS (média), n | 53 | 34 | 44 | 41 | 54 |
| Basal (DP) | 22,3 (4,7) | 20,5 (4,4) | 23,0 (5,5) | 21,2 (6,5) | 19,5 (6,8) |
| LOCF (DP) | 18,8 (5,5) | 17,5 (4,8) | 19,3 (5,7) | 17,6 (6,7) | 15,6 (6,6) |
| Alteração média entre o basal e a LOCF (DP) | -3,5 (6,1) | -3,0 (4,7) | -3,7 (5,6) | -3,6 (6,5) | -3,9 (6,0) |
| IC 95% | -5,2; -1,9 | -4,6; -1,3 | -5,4; -2,0 | -5,6; -1,6 | -5,6; -2,3 |
| p-valor† | <0,0001 | 0,0004 | <0,0001 | <0,0001 | <0,0001 |
| Subescala de psicopatologia geral da PANSS (média), n | 53 | 34 | 44 | 41 | 54 |
| Basal (DP) | 37,2 (8,4) | 37,0 (7,8) | 36,5 (8,4) | 36,9 (8,8) | 33,5 (10,5) |
| LOCF (DP) | 32,9 (10,9) | 32,0 (10,0) | 33,6 (11,3) | 32,3 (9,8) | 29,5 (13,3) |
| Alteração média entre o basal e a LOCF (DP) | -4,2 (10,3) | -5,0 (9,5) | -2,9 (11,8) | -4,6 (11,5) | -3,9 (12,2) |
| IC 95% | -7,0; -1,4 | -8,3; -1,7 | -6,5; 0,7 | -8,3; -1,0 | -7,3; -0,6 |
| p-valor† | 0,0001 | 0,0007 | 0,0072 | 0,0100 | 0,0017 |
| Subescala de ansiedade/depressão (Marder) da PANSS (média)‡, n | 53 | 34 | 44 | 41 | 54 |
| Basal (DP) | 9,1 (3,4) | 9,5 (3,4) | 8,5 (2,7) | 9,0 (3,0) | 8,9 (3,3) |
| LOCF (DP) | 7,9 (3,4) | 7,5 (3,0) | 7,7 (3,3) | 7,4 (2,6) | 7,2 (3,5) |
| Alteração média entre o basal e a LOCF (DP) | -1,2 (3,0) | -2,1 (3,2) | -0,8 (3,0) | -1,6 (3,2) | -1,7 (3,4) |
| IC 95% | -2,0; -0,3 | -3,2; -0,9 | -1,7; 0,1 | -2,6; -0,6 | -2,6; -0,8 |
| p-valor† | 0,0015 | 0,0002 | 0,0840 | 0,0019 | 0,0003 |
| Pontuação CGI-S (média), n | 53 | 34 | 44 | 41 | 55 |
| Basal (DP) | 4,2 (0,9) | 3,9 (0,8) | 4,0 (1,0) | 4,1 (1,0) | 3,7 (1,2) |
| LOCF (DP) | 3,8 (1,0) | 3,4 (1,0) | 3,6 (1,3) | 3,6 (1,2) | 3,4 (1,3) |
| Alteração média entre o basal e a LOCF (DP) | -0,4 (1,1) | -0,4 (0,9) | -0,4 (0,9) | -0,5 (1,2) | -0,4 (1,2) |
| IC 95% | -0,7; -0,1 | -0,7; -0,1 | -0,7; -0,1 | -0,9; -0,1 | -0,7; -0,0 |
| p-valor† | 0,0076 | 0,0089 | 0,0134 | 0,0065 | 0,0568 |

* Foram incluídos apenas pacientes com medidas no início do estudo (basal) e pelo menos uma avaliação posterior.

† Diferenças dentro do grupo foram avaliadas pelo teste Wilcoxon signed rank

‡ Outros fatores Marder foram registrados, mas não estão apresentados aqui.

CGI-S, Clinical Global Impression Severity; DP, desvio padrão; IC, intervalo de confiança; LOCF: última avaliação realizada; PANSS, Positive and Negative Syndrome Scale

Hal-Dec: decanoato de haloperidol

Fpt-Dec: decanoato de flupentixol

Flu-Dec: decanoato de flufenazina

Zuc-Dec: decanoato de zuclopentixol

RLAT: risperidona injetável de longa ação.

Também houve melhora significativa nas subescalas negativas e de psicopatologia geral com o PP injetável como substituto de todos os fármacos, além de melhora das subescalas positivas com o PP substituindo haloperidol, flupentixol e zuclopentixol. Ainda, houve uma tendência de melhora nos pacientes nos quais a risperidona injetável de longa ação foi substituída por PP.

No final do seguimento, entre 53,7% (zuclopentixol), 54,7% (haloperidol), 59,1% (flufenazina), 61,8% (flupentixol) e 61,1% (risperidona injetável) dos pacientes apresentaram melhora $\geq 20\%$ da pontuação PANSS com a substituição pelo PP, e entre 17,0 e 31,5% apresentaram melhora $\geq 50\%$ na pontuação PANSS.

Houve melhora significativa da pontuação CGI-S com a substituição dos antipsicóticos convencionais pelo PP (haloperidol: $p = 0,0076$; flupentixol: $p = 0,0089$; flufenazina: $p = 0,0134$; zuclopentixol: $p = 0,0065$), assim como uma tendência de melhora ($p = 0,0568$) com a substituição da risperidona injetável de longa ação pelo PP. A pontuação CGI-C melhorou em todos os grupos ($p < 0,05$).

Houve melhora significativa da escala SWN-S nos pacientes que sofreram substituição do haloperidol, flupentixol e zuclopentixol por PP ($p < 0,05$). Também houve melhora significativa do TSQM nos grupos haloperidol ($p = 0,0316$) e flupentixol ($p < 0,0001$). Escores de conveniência e efeitos adversos progrediram significativamente nos pacientes que sofreram substituição de flufenazina e zuclopentixol, por PP ($p = 0,0406$ e $0,0011$, respectiva-

mente), enquanto houve melhora notável na pontuação de efeitos adversos naqueles que tiveram a risperidona injetável de longa ação substituída ($p = 0,0371$). Ainda, houve melhora do sono e da sonolência diurna em pacientes nos quais o flupentixol ($p = 0,0004$ e $0,0019$) e risperidona injetável de longa ação ($p = 0,0166$ e $p = 0,0292$) foram substituídos por PP. Por fim, houve melhora significativa da PSP em todos os pacientes que iniciaram com o PP (5,2; $p = 0,0013$ para haloperidol e 5,2; $p = 0,0163$ para a risperidona e 6,4; $p = 0,0013$ para o zuclopentixol) e melhora do ICF, variando de -1,7 (flupentixol) a -4,6 (zuclopentixol), em todos os grupos, com exceção do zuclopentixol.

Em termos de tolerabilidade, a substituição pelo PP se associou à melhora da pontuação do ESRS em todos os grupos, indicando melhora dos sintomas extrapiramidais. Eventos adversos após o início do PP foram, em sua maioria, leves ou moderados.

Conclusão

Esse foi o primeiro estudo designado para explorar a resposta, segurança e tolerabilidade do tratamento com PP em pacientes que realizaram a substituição de seus tratamentos prévios com outros antipsicóticos. Os dados apresentados ilustram que os pacientes com esquizofrenia não aguda considerada estável com tratamento prévio mostram melhora relevante nos sintomas clínicos, no funcionamento ou nos efeitos adversos quando substituíram o tratamento anterior pelo tratamento com PP.

O palmitato de paliperidona é eficaz no tratamento dos sintomas agudos da esquizofrenia em pacientes previamente tratados sem sucesso com antipsicóticos orais

Resumo objetivo elaborado pelo Comitê de Redação Científica da SIIIC com base no artigo original:

Intramuscular long-acting paliperidone palmitate in acute patients with schizophrenia unsuccessfully treated with oral antipsychotics

Autores: Hargarter L, Cherubin P, Bergmans P, Keim S, Rancans E, Bez Y, Parellada E, Carpiniello B, Vidailhet P, Schreiner A.

Fonte: *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2015;58:1-7.

Introdução

Muitos pacientes com esquizofrenia apresentam potencial para atingir remissão sustentada por longo prazo e recuperação funcional, porém apenas uma pequena proporção atinge esse objetivo. O primeiro passo para alcançar a remissão é o controle dos sintomas de um episódio psicótico agudo. Porém, frequentemente esse objetivo não é atingido.

As recaídas e as exacerbações agudas são comuns na esquizofrenia, e as estratégias eficazes de prevenção de recaída após a doença inicial podem se associar a benefícios clínicos significativos. A razão mais frequente para ocorrência de recaída é a descontinuação do tratamento com antipsicóticos orais. Destaca-se que menos da metade dos pacientes são aderentes ao tratamento inicial durante os primeiros 30 dias após a alta de sua primeira internação hospitalar.

A terapia com antipsicóticos injetáveis de liberação prolongada (LAT) reduz significativamente as taxas de recaída e pode aumentar a adesão terapêutica. Entretanto, pouco se sabe sobre o uso em pacientes com sintomas agudos de esquizofrenia.

O palmitato de paliperidona (PP) é um LAT para uso único mensal, por via intramuscular (IM), indicado no tratamento da esquizofrenia. A eficácia do PP foi demonstrada no tratamento agudo da esquizofrenia em estudos com dose fixa, porém há necessidade de avaliar o PP em doses flexíveis e em pacientes com comorbidades, para melhor refletir a prática clínica.

Este estudo teve como objetivo avaliar a eficácia do PP injetável de longa ação em pacientes com episódio agudo de esquizofrenia.

Métodos

Estudo multicêntrico (160 centros, em 21 países), não randomizado, prospectivo, aberto e com seguimento de 6 meses em pacientes com esquizofrenia aguda tratada sem sucesso com antipsicóticos orais. Foram incluídos pacientes adultos com sintomas agudos de esquizofrenia, com pontuação na *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) ≥ 80 , *Clinical Global Impression-Severity* (CGI-S) ≥ 4 e tratamento sem sucesso com antipsicóticos orais (insucesso é definido como falta de eficácia, tolerabilidade ou adesão terapêutica, efeitos adversos relevantes ou desejo do paciente em interromper o tratamento).

O PP foi iniciado com dose de 150 mg IM no primeiro dia e 100 mg IM no oitavo dia (ambas no deltoide). Após esse período, o PP foi administrado uma vez por mês nas doses de 50 a 150 mg IM, conforme julgamento clínico de eficácia e tolerabilidade, nos dias 38, 68, 98, 128 e 158.

O desfecho primário foi a mudança de pontuação na escala PANSS. Desfechos secundários incluíram as escalas *Clinical Global Impression-Change* (CGI-C), subescalas da PANSS, *Personal and Social Performance* (PSP), *Subjective Well-Being under Neuroleptics Scale* (SWN-S), *Mini International Classification of Functionality*, (ICF) e a satisfação dos pacientes pela escala *Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication* (TSQM). Também foram avaliados o sono e a sonolência diurna. A segurança e tolerabilidade foram avaliadas pela *Extrapyramidal Symptom Rating Scale* (ESRS), bem como pelo monitoramento de sinais vitais, peso corporal e registro de eventos adversos.

Resultados

Foram incluídos 212 pacientes com idade média de $36,4 \pm 12,1$ anos (59% homens). O principal motivo para

substituir o antipsicótico oral pelo PP foi a falta de eficácia (45,8%), seguido de falta de adesão terapêutica (34,9%). O subtipo de esquizofrenia mais frequente foi paranoide (85%). No início do estudo, 43,9% dos pacientes estavam hospitalizados. Comorbidades psiquiátricas estavam presentes em 22,2%, neurológicas em 17,0% e metabólicas/nutricionais em 13,2% dos pacientes.

O tempo médio de uso do PP foi de 136,9 dias. A dose média de manutenção compreendeu $107,7 \pm 34,0$ mg. A partir da terceira aplicação (mês um), 33,0% dos

pacientes tiveram pelo menos uma redução da dose, enquanto 34,1% tiveram pelo menos um aumento da dose. O motivo mais comum para aumento da dose foi "eficácia subótima" (87,7%), enquanto que para redução da dose foi "boa resposta" (59,5%).

Após o início do PP, 66,7% dos pacientes atingiram o critério de resposta clínica ($\geq 30\%$ de melhora na pontuação PANSS) e quase metade apresentou redução $\geq 50\%$ da PANSS. Com o PP, houve melhora significativa das escalas avaliadas (**Tabela 1**).

Tabela 1. (Adaptada) Desfechos de eficácia*

| | Basal (DP) | Desfecho na LOCF (DP) | Mudança em relação ao basal (DP) | IC 95% da mudança média | p-valor† |
|--|-------------|-----------------------|----------------------------------|-------------------------|----------|
| Pontuação PANSS total (média) (n = 207) | 98,5 ± 20,1 | 67,4 ± 24,0 | -31,0 ± 29,0 | -35,0 a -27,1 | < 0,0001 |
| Pontuação CGI-S (média) (n = 205) | 5,0 ± 0,8 | 3,5 ± 1,3 | -1,5 ± 1,3 | -1,7 a -0,3 | < 0,0001 |
| Pontuação SWN-S (média) (n = 207) | 73,8 ± 15,5 | 83,5 ± 17,9 | 9,7 ± 20,6 | 6,6 a 12,7 | < 0,0001 |
| Pontuação satisfação global TSQM (média) (n = 170) | 48,7 ± 22,4 | 61,9 ± 25,3 | 13,2 ± 30,3 | 8,6 a 17,7 | < 0,0001 |
| Pontuação de qualidade do sono (média) (n = 203)‡ | 6,5 ± 2,6 | 7,3 ± 2,5 | 0,8 ± 3,1 | 0,4 a 1,2 | < 0,0001 |
| Pontuação de sonolência diária (média) (n = 203)§ | 4,5 ± 2,9 | 3,0 ± 2,7 | -1,5 ± 3,6 | -2,0 a -1,0 | < 0,0001 |
| Pontuação PSP total (média) (n = 197) | 43,9 ± 15,0 | 62,9 ± 17,1 | 19,0 ± 18,7 | 16,4 a 21,6 | < 0,0001 |
| Pontuação mini-ICF-APP total (n = 207) | 26,5 ± 8,5 | 18,5 ± 9,8 | -8,0 ± 10,4 | -9,5 a -6,5 | < 0,0001 |

CGI-S, Clinical Global Impression Severity; DP, desvio padrão; IC, intervalo de confiança; LOCF: última avaliação realizada; mini-ICF-APP, mini International Classification of Functionality, Disability and Health (ICF) Rating for Activity and Participation Disorders in Psychological Illnesses; PANSS, Positive and Negative Syndrome Scale; PSP, Desempenhos social e pessoal; SWN-S, Subjective Well-Being Under Neuroleptics Scale; TSQM, Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication.

* Foram incluídos apenas pacientes com medidas no início do estudo (basal) e pelo menos uma avaliação posterior.

† Teste Wilcoxon signed rank

‡ Pontuação maior indica melhora da qualidade do sono

§ Pontuação menor indica melhora da sonolência

A maioria (89,1%) dos eventos adversos foram leves ou moderados e não resultaram em mudança da dose do PP (69,7%). Eventos adversos mais frequentes foram dor no local da injeção (13,7%), insônia (10,8%), transtorno psicótico (10,4%), cefaleia (6,1%) e ansiedade (6,1%). Interrupção do tratamento por eventos adversos ocorreu em 9,0% dos pacientes. A pontuação média do ESRS foi reduzida de $3,8 \pm 6,3$ para $2,3 \pm 5,9$; $p < 0,0001$. Ganho de peso $\geq 7\%$ ocorreu em 22,5% dos pacientes.

Conclusão

O desenvolvimento do presente estudo forneceu dados importantes sobre a experiência clínica a respeito do uso de PP em pacientes com esquizofrenia e que não mostraram adaptação aos antipsicóticos orais. Esses dados confirmam a eficácia do tratamento e que de acordo com a avaliação médica, as doses administradas podem ser flexibilizadas, a fim de melhor se enquadrarem nas necessidades de eficácia e tolerabilidade.

O palmitato de paliperidona não aumenta o risco de síndrome metabólica em pacientes com esquizofrenia

Resumo objetivo elaborado pelo Comitê de Redação Científica da SIIC com base no artigo original:

Paliperidone palmitate and metabolic syndrome in patients with schizophrenia: a 12-month observational prospective cohort study

Autores: Rosso G, Pessina E, Martini A, Di Salvo G, Maina G.

Fonte: *J. Clin Psychopharmacol.* 2016;36(3):206-12.

Introdução

A esquizofrenia é uma doença crônica, incapacitante e progressiva, cujo tratamento requer o uso prolongado de antipsicóticos para manejo dos sintomas e evitar recaídas. Os antipsicóticos de segunda geração são geralmente preferíveis aos antipsicóticos típicos ou de primeira geração, pois provocam menos efeitos adversos e, possivelmente promovem melhora superior dos sintomas negativos. Porém, diversos antipsicóticos de segunda geração se associam à maior incidência de efeitos adversos metabólicos e à síndrome metabólica (SM), aumentando o risco de doenças cardiovasculares e de mortalidade.

O palmitato de paliperidona (PP) é um antipsicótico injetável de segunda geração que se mostrou eficaz no tratamento da esquizofrenia. No entanto, existem poucos dados sobre a associação entre o PP e efeitos adversos metabólicos.

O objetivo principal do estudo foi avaliar as alterações de parâmetros metabólicos em pacientes tratados com PP. O objetivo secundário foi avaliar a tolerabilidade e a eficácia do PP no tratamento dos sintomas da esquizofrenia.

Métodos

O estudo multicêntrico, prospectivo, observacional e com seguimento de 12 meses, incluiu pacientes adultos com esquizofrenia e tratados com PP. O medicamento foi administrado na dose de 150 mg intramuscular (IM) no primeiro dia e 100 mg IM no oitavo dia. Após esse período, foram realizadas administrações mensais na dose de 50 a 150 mg. Foi permitido o uso de outros psicotrópicos para tratamento de comorbidades (ex.: ansiedade, transtornos de humor e indução do sono).

Os participantes foram indicados por clínicos gerais ou por psiquiatras e, alguns, foram candidatos

voluntários para o estudo. Por se tratar de um estudo observacional, nenhuma tentativa de influenciar o tratamento foi feita e os pacientes receberam os cuidados como de costume. Para serem considerados elegíveis, os pacientes poderiam ser homens ou mulheres com 18 anos ou mais. Os critérios de inclusão foram: **(a)** diagnóstico de esquizofrenia de acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)*; **(b)** ter iniciado o tratamento com PP; e **(c)** consentimento em participar do estudo. Os critérios de exclusão foram: **(a)** diagnóstico principal de outra doença que não a esquizofrenia; **(b)** doenças físicas ou neurológicas instáveis, ativas ou graves; e **(c)** histórico de ineficácia ou intolerância a paliperidona.

A SM foi diagnosticada na presença de 3 de 5 critérios modificados recomendados pelo *National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III*: obesidade abdominal (circunferência abdominal ≥ 102 cm em homens e ≥ 88 cm em mulheres), triglicérides ≥ 150 mg/dL (ou uso de hipolipemiantes), HDL-C < 40 mg/dL em homens e < 50 mg/dL em mulheres, pressão arterial sistólica ≥ 130 mmHg e/ou diastólica ≥ 85 mmHg (ou uso de anti-hipertensivos) e glicemia de jejum ≥ 100 mg/dL (ou uso de hipoglicemiantes).

Os pacientes foram avaliados no início do estudo (T0), após 6 (T1) e 12 meses (T2) de tratamento com PP. A tolerabilidade foi avaliada pelas escalas *Dosage Record and Treatment Emergent Symptoms Scale (DOTES)* e *Abnormal Involuntary Movement Scale (AIMS)*. A eficácia foi avaliada pelas escalas de *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)* e *Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D)*.

Resultados

Foram analisados 60 pacientes (idade: $42,3 \pm 14,4$ anos; 70% homens) com duração da doença de $19,9 \pm 14,3$ anos. Comorbidades clínicas estavam presentes em

41,7% dos pacientes (16,7% com doenças endócrinas/metabólicas) e comorbidades psiquiátricas em 31,7% dos pacientes (13,3% com abuso de substâncias).

Um total de 44 pacientes (73,3%) completou 1 ano de seguimento. Um paciente não completou o T1 (perda de seguimento) e quinze não completaram o T2 (cinco: perda de seguimento, três: falta de eficácia e sete: intolerabilidade). A dose média do PP foi de $104,4 \pm 31,5$ mg no T1 e $100,57 \pm 33,88$ mg no T2.

A prevalência de SM foi de 33,3% no T0, 39,0% no T1 e 29,5% no T2, sem diferenças estatísticas entre as avaliações. Entre os pacientes sem SM no início do estudo ($n = 30$), apenas 2 (6,6%) preencheram os critérios para SM no T2. Entre os quatorze pacientes com critérios de SM no início do estudo, 4 (28,5%) não preencheram os critérios para SM no T2.

Não foram observadas diferenças significativas de pressão arterial, glicemia, triglicérides, colesterol total e HDL entre as avaliações. Observou-se discreto aumento do índice de massa corpórea (IMC) entre T0 e T1 (26,3 vs. 27,4 g/m^2 ; $p = 0,04$) e entre T0 e T2 (26,3 vs. 27,1 g/m^2 ; $p = 0,031$). Da mesma forma, observou-se discreto aumento da circunferência abdominal entre T0 e T1 (98,2 vs. 100,3 cm; $p = 0,021$) e entre T0 e T2 (98,2 vs. 101,1 cm; $p = 0,021$).

A pontuação da escala DOTES aumentou entre T0 e T1 (13,2 vs. 18,7; $p = 0,015$) e diminuiu entre T1 e T2 (18,7 vs. 11,0; $p < 0,001$). A pontuação AIMS foi de $4,1 \pm 5,2$, $4,3 \pm 4,7$ e $4,8 \pm 5,7$ nos T0, T1 e T2, respectivamente, sem diferenças significativas entre as avaliações.

Ocorreu redução significativa da pontuação PANSS, de $102,7 \pm 16,1$ no T0 para $78,8 \pm 18,9$ no T1 e $78,6 \pm$

$17,2$ no T2 ($p = 0,001$ entre T0 e T1 e entre T0 e T2). Houve redução significativa da pontuação HAM-D entre T0 e T1 ($15,0 \pm 7,7$ vs. $9,1 \pm 4,4$; $p = 0,001$) e entre T0 e T2 ($15,0 \pm 7,7$ vs. $8,4 \pm 4,0$; $p = 0,001$).

Discussão e conclusão

O presente estudo avaliou o PP no tratamento da esquizofrenia em grupo heterogêneo de pacientes, incluindo comorbidades clínicas, psiquiátricas e abuso de substâncias. Deve ser enfatizado que, neste estudo, a maioria dos pacientes estava gravemente doente, com pontuação PANSS basal maior que a dos pacientes incluídos em outros estudos.

Um estudo retrospectivo mostrou aumento da incidência de SM nos pacientes que receberam antipsicóticos de segunda geração, sendo o risco maior com clozapina e olanzapina. No presente estudo, a proporção de pacientes com SM no início não diferiu daquela com 6 meses e 12 meses de tratamento com PP. Houve aumento discreto do IMC e da circunferência abdominal, porém sem outras alterações metabólicas.

O estudo ainda mostrou redução significativa dos sintomas da esquizofrenia, avaliados pela escala PANSS. Como a maioria dos pacientes estava gravemente doente no T0 e com doença de longa duração, merece destaque a redução acentuada (aproximadamente 25 pontos) da pontuação PANSS total em 6 meses.

O uso de PP por doze meses não se associou ao aumento da incidência de SM. Os resultados indicam que PP pode ser considerada como uma boa alternativa terapêutica para pacientes com doença mais severa e com alto potencial de desenvolver sintomas metabólicos.

O palmitato de paliperidona reduziu significativamente a taxa de internação hospitalar

Resumo objetivo elaborado pelo Comitê de Redação Científica da SIIC com base no artigo original:

Effect of paliperidone palmitate on hospitalisation in a naturalistic cohort – a four-year mirror image study

Autores: Taylor DM, Sparshatt A, O'Hagan M, Dzahini O (Londres, Inglaterra)

Fonte: *Eur Psychiatry*. 2016;37:43–8.

Introdução

Antipsicóticos injetáveis de longa ação têm papel importante no tratamento da esquizofrenia desde a década de 70, inicialmente com os antipsicóticos de primeira geração. O uso da formulação injetável tem como objetivos principais o aumento da adesão terapêutica e a melhora dos desfechos clínicos em longo prazo, como internação hospitalar. Estudos observacionais demonstraram melhora da adesão terapêutica e redução de internação hospitalar com o uso de antipsicóticos injetáveis em comparação ao tratamento por via oral.

O objetivo do presente estudo foi avaliar as taxas de internação hospitalar em dois anos com o uso do palmitato de paliperidona (PP) injetável de longa ação.

Métodos

Este é um estudo observacional que avaliou pacientes que receberam prescrição de PP de forma independente. Foram obtidos dados demográficos, clínicos, uso prévio de antipsicóticos, dados de internação hospitalar e alta hospitalar, local de início da PP, antipsicótico prescrito imediatamente antes do início da PP e se o paciente era considerado responsivo ao tratamento, assim como de eventos adversos.

O desfecho primário foi o número de internações hospitalares e o número de dias de internação antes e após o tratamento com PP, utilizando o método de “estudo-espelho”, que compreendeu uma análise das variáveis 2 anos antes e 2 anos após o início do PP (tanto em internação hospitalar quanto uso em ambiente ambulatorial, no mesmo paciente).

Resultados

Na análise final, foram incluídos 225 pacientes (idade: $42,8 \pm 12,6$ anos) que utilizaram PP. Os pacientes foram acompanhados por 2 anos, e foram coletados dados dos 2 anos anteriores ao início do PP.

Os pacientes do estudo receberam diagnósticos de esquizofrenia (69,3%), transtorno esquizoafetivo (18,2%), transtorno bipolar (8%) e outros. O PP foi iniciado na internação hospitalar em 59,1% dos pacientes, e ambulatorialmente em 40,9%. Anteriormente, 41,3% usavam antipsicóticos atípicos orais, 35,1% antipsicóticos atípicos injetáveis, 8% antipsicóticos injetáveis de primeira geração, 0,9% antipsicóticos orais de primeira geração e 0,44% clozapina; 14,2% não faziam uso de antipsicóticos.

Após 2 anos, 41,8% dos pacientes mantiveram o uso do PP, enquanto 58,2% o interromperam. Os motivos para interrupção foram escolha do paciente (40,4%), falta de eficácia (27,5%), eventos adversos (26,7%), outros (4,6) ou não declarados (0,8%). O tempo mediano até a interrupção do uso foi de 225 dias. Todos os pacientes receberam as duas doses de ataque e 93% receberam pelo menos uma dose de manutenção. A dose média da primeira dose de manutenção foi $100 \pm 30,6$ mg, enquanto a da última dose foi de $101 \pm 34,2$ mg.

O número médio de internações hospitalares nos 2 anos anteriores ao início do PP foi de $1,8 \pm 1,8$ por paciente, o qual foi reduzido para $0,81 \pm 1,32$ por paciente nos 2 anos posteriores ao início do PP ($p < 0,001$) (**Tabela 1**).

O número de dias de internação hospitalar foi reduzido de $79,53 \pm 97,6$ por paciente nos 2 anos antes do início de PP para $46,17 \pm 93,3$ nos 2 anos após o início do PP ($p < 0,001$) (**Tabela 1**). O número mediano de internações foi de um antes do PP e zero após, enquanto o número mediano de dias de internação diminuiu de 41 dias antes do PP para zero após.

Conclusão

O PP é amplamente aceito e está associado à uma redução significativa do número de internações hos-

pitalares e do número de dias de internação hospitalar em comparação a tratamentos prévios. A redução de dias de internação pode ser vista como um bom

retorno, sobrepondo os custos mais elevados do tratamento com PP em relação aos medicamentos convencionais.

Tabela 1. (Adaptada) Comparação entre o número de internações hospitalares e dias de internação hospitalar antes e após o início do uso do palmitato de paliperidona injetável.

Número médio de internações antes do uso da PP

| | Mediana | Média (DP) |
|---|---------|-------------|
| Todos os pacientes (n = 225) | 1 | 1,80 ± 1,80 |
| Pacientes que interromperam o uso (n = 131) | 2 | 2,15 ± 2,06 |
| Pacientes que mantiveram o uso (n = 94) | 1 | 1,32 ± 1,20 |

Número médio de internações após o início do uso da PP

| | Mediana | Média (DP) | p |
|---|---------|-------------|---------|
| Todos os pacientes (n = 225) | 0 | 0,81 ± 1,32 | <0,0001 |
| Pacientes que interromperam o uso (n = 131) | 1 | 1,20 ± 1,49 | 0,001 |
| Pacientes que mantiveram o uso (n = 94) | 0 | 0,28 ± 0,77 | 0,001 |

Número médio de dias de internação antes do uso da PP

| | Mediana | Média (DP) |
|---|---------|----------------|
| Todos os pacientes (n = 225) | 41 | 79,53 ± 97,60 |
| Pacientes que interromperam o uso (n = 131) | 57 | 94,59 ± 102,20 |
| Pacientes que mantiveram o uso (n = 94) | 30 | 58,54 ± 87,06 |

Número médio de dias de internação após o início do uso da PP

| | Mediana | Média (DP) | p |
|---|---------|---------------|----------|
| Todos os pacientes (n = 225) | 0 | 46,17 ± 93,29 | < 0,0001 |
| Pacientes que interromperam o uso (n = 131) | 29 | 68,75 ± 97,65 | 0,005 |
| Pacientes que mantiveram o uso (n = 94) | 0 | 14,65 ± 76,91 | 0,001 |

Superação sob o ponto de vista de um psiquiatra

Resumo objetivo elaborado pelo Comitê de Redação Científica da SIIC com base no artigo original:

Recovery from a psychiatrist's viewpoint

Autor: Diamond RJ, MD

Fonte: *Postgrad Med.* 2006 Sep;Spec No:54-62.

Introdução

Até recentemente, a maioria dos psiquiatras acreditava que a esquizofrenia era uma doença progressiva, com perda do funcionamento e impossibilidade de superação. A superação do estigma da doença mental pode ser tão difícil quanto a superação da doença propriamente dita. O artigo apresenta o conceito de superação na esquizofrenia.

DEFININDO SUPERAÇÃO

“Superação” é o “ato de superar ou retornar a um estado habitual”. Superação não significa cura. Superação é um processo ativo e contínuo em que a pessoa está “retornando” ou “readquirindo” sua funcionalidade e que pode mudar o modo como o indivíduo lida com a esquizofrenia. Essa abordagem de psicorreabilitação não está relacionada à ausência de doença ou de sintomas, mas, sim, em ter a vida mais completa possível, mesmo na presença de sintomas causados pela doença, diferentemente de conceitos prévios.

O termo “superação” se refere a diferentes componentes da “melhora”. Superação clínica é a ausência de sintomas. Superação social envolve ter uma ocupação, amigos, bom funcionamento social e evitar comportamentos inadequados. Superação econômica é a capacidade de se sustentar. Superação pessoal é como a pessoa se define e se sente. Embora todas sejam importantes, a “superação” utilizada aqui se refere a uma sensação subjetiva de como a pessoa se define no mundo, envolvendo a redefinição de sua própria vida e inclui mais do que um tratamento para uma doença.

Embora a redução dos sintomas, como por exemplo alucinações auditivas, possa ajudar no processo de superação, essa melhora clínica não é suficiente para o indivíduo iniciar o processo de reintegração. Enquanto a redução de sintomas positivos é importante para alguns indivíduos, outros parecem se incomodar menos com vozes ou crenças não convencionais. Indivíduos podem ter um emprego, serem independentes e terem amigos, mesmo escutando vozes.

A superação significa ter interesse ativo na vida e procurar atingir metas, apesar da presença de sintomas. O processo de superação significa que ser uma pessoa com esquizofrenia não é o único modo pelo qual a pessoa se vê e é vista pelos outros indivíduos. Muitas pessoas com esquizofrenia ficarão mais estáveis e atingirão objetivos maiores se forem estimulados e tiverem esperança e auxílio para terem uma vida real.

Também depende de condições externas e internas. Condições externas são ações que os profissionais da saúde mental podem executar para acelerar a recuperação, como apoiar o direito de cada pessoa de viver como ela deseja, acreditando que cada indivíduo pode ter uma vida completa. Condições internas se referem àquilo que o indivíduo pode trazer para o processo de superação, sozinho ou com auxílio de outras pessoas. Estão incluídas nesse processo: noção de si independentemente da doença; empoderamento: retomar a própria vida e as decisões; conexão: conectar-se com o mundo em meios que não os relativos à doença e, finalmente, esperança. Esperança talvez seja a condição interna mais importante. “A esperança compreende tanto a crença de que a recuperação é possível quanto um comprometimento para que ela aconteça”.

SUPERAÇÃO VERSUS MELHORA

Até recentemente, o tratamento da esquizofrenia esteve focado nos sintomas positivos. Entretanto, os sintomas positivos têm pouca correlação com a capacidade de manter um emprego, uma vida independente ou participar da sociedade. Por outro lado, estudos sugerem que incapacidades associadas à esquizofrenia são atribuíveis, principalmente, à disfunção cognitiva e, também, à depressão após episódios psicóticos.

Nesse sentido, os novos antipsicóticos são vantajosos, pois, além de causarem menos efeitos adversos, parecem ser mais eficazes nos sintomas afetivos e na disfunção cognitiva, os quais são fontes importantes de frustração e sofrimento. Dessa forma, os novos medicamentos po-

dem ajudar no processo de superação, pois aumentam o pensamento efetivo e causam menos efeitos adversos estigmatizantes, como parecer sedado ou “um zumbi”. A eficácia dos novos antipsicóticos atípicos sobre os sintomas negativos e cognitivos pode explicar a melhora do funcionamento social e ocupacional.

Um marcador importante de melhora é a capacidade de funcionar bem o suficiente para manter um emprego. O trabalho não é apenas uma fonte de renda, mas também uma forma de estruturar o tempo, encontrar amigos e se sentir produtivo.

MITOS SOBRE A ESQUIZOFRENIA

Diversos mitos podem interferir negativamente na recuperação:

Mito 1: Esquizofrenia tem evolução negativa inerente.

A evolução em longo prazo da esquizofrenia é extremamente heterogênea e é muito difícil prever a evolução individual.

Mito 2: Indivíduos com esquizofrenia só podem ter empregos menos qualificados.

A esquizofrenia torna mais difícil desempenhar certos trabalhos, mas existem muitos indivíduos com transtornos psiquiátricos graves que trabalham em funções que exigem alta qualificação.

Mito 3: Os pacientes devem ser aconselhados a tomar medicações para o resto da vida.

Uma abordagem melhor é esclarecer que muitos indivíduos necessitam de medicações em um determinado momento. Devemos ajudar os pacientes a entenderem que o medicamento é uma ferramenta que a pessoa pode usar para controlar melhor sua vida.

Mito 4: O único tratamento que pode ajudar a diminuir os sintomas é aquele medicamentoso.

Estudos recentes mostraram a utilidade de intervenções psicossociais.

PONTOS PRINCIPAIS DA SUPERAÇÃO

- 1** – Superação não é o mesmo que cura. A superação é um processo.
- 2** – Superação pode ocorrer mesmo na presença de sintomas psicóticos significativos.
- 3** – A superação é um processo individual.
- 4** – A superação não é um processo linear.
- 5** – Superar a dor do estigma associado às doenças psiquiátricas pode ser mais difícil do que a recuperação da doença em si. Devem ser considerados os impactos de estigmatização que os antipsicóticos carregam. Antipsicóticos convencionais (de primeira geração ou típicos) causam sintomas extrapiramidais e outros efeitos que estigmatizam (distúrbios de movimentos, “parecer zumbi” e perda de espontaneidade).

A IMPORTÂNCIA DA ESPERANÇA

A esperança tem muitos componentes. Pode significar reconhecer e aceitar nossas limitações e focar em nossas virtudes. Esperança significa olhar para frente, em vez do passado. No centro da esperança, está a mudança das prioridades, ou seja, prestar atenção no que está indo bem, em vez de focar no que não vai bem. A esperança é nutrida por uma sensação de otimismo, de que as coisas vão melhorar.

Em suma, superação é o processo pessoal de retomar a própria vida, de encontrar significado na vida e se tornar mais do que um paciente esquizofrênico.