



apresentam

# **ATUALIZAÇÕES SOBRE O DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA E OUTRAS PSICOSES PRIMÁRIAS**

**Géder Grohs**

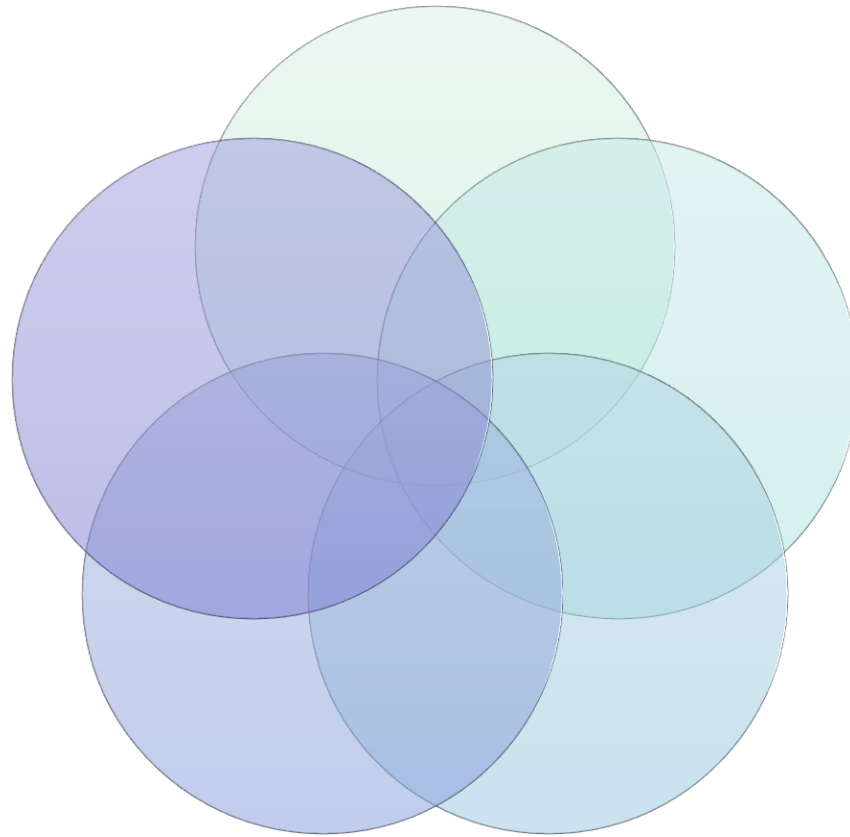
**Psiquiatra**

**Coordenador da Residência de Psiquiatria do IPq/SC - SES**

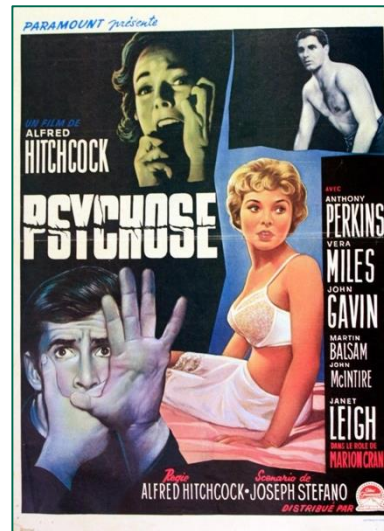
# Conteúdo

- Introdução
- I parte: O que mudará no diagnóstico de Esquizofrenia, com a chegada da CID-11
  - II parte: As mudanças da CID e os cuidados dos pacientes com Esquizofrenia na Atenção Básica à Saúde

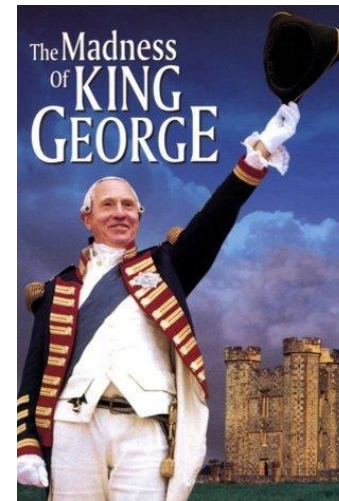
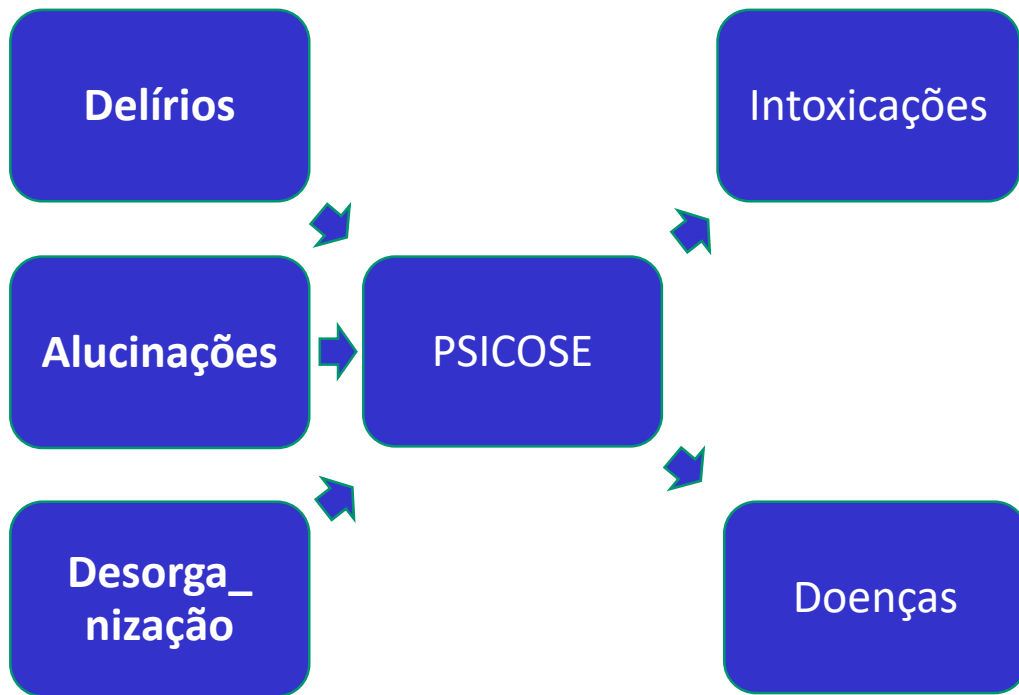
# Introdução



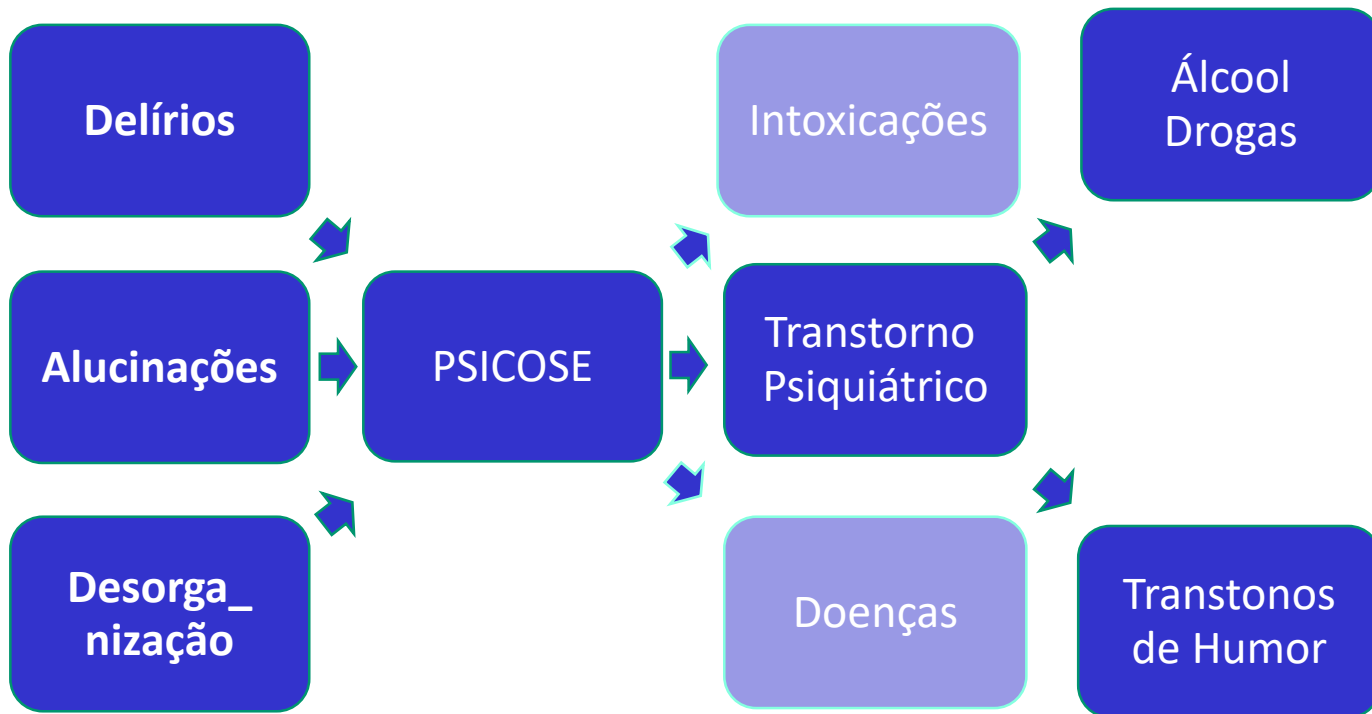
# Esquizofrenia: Diagnóstico



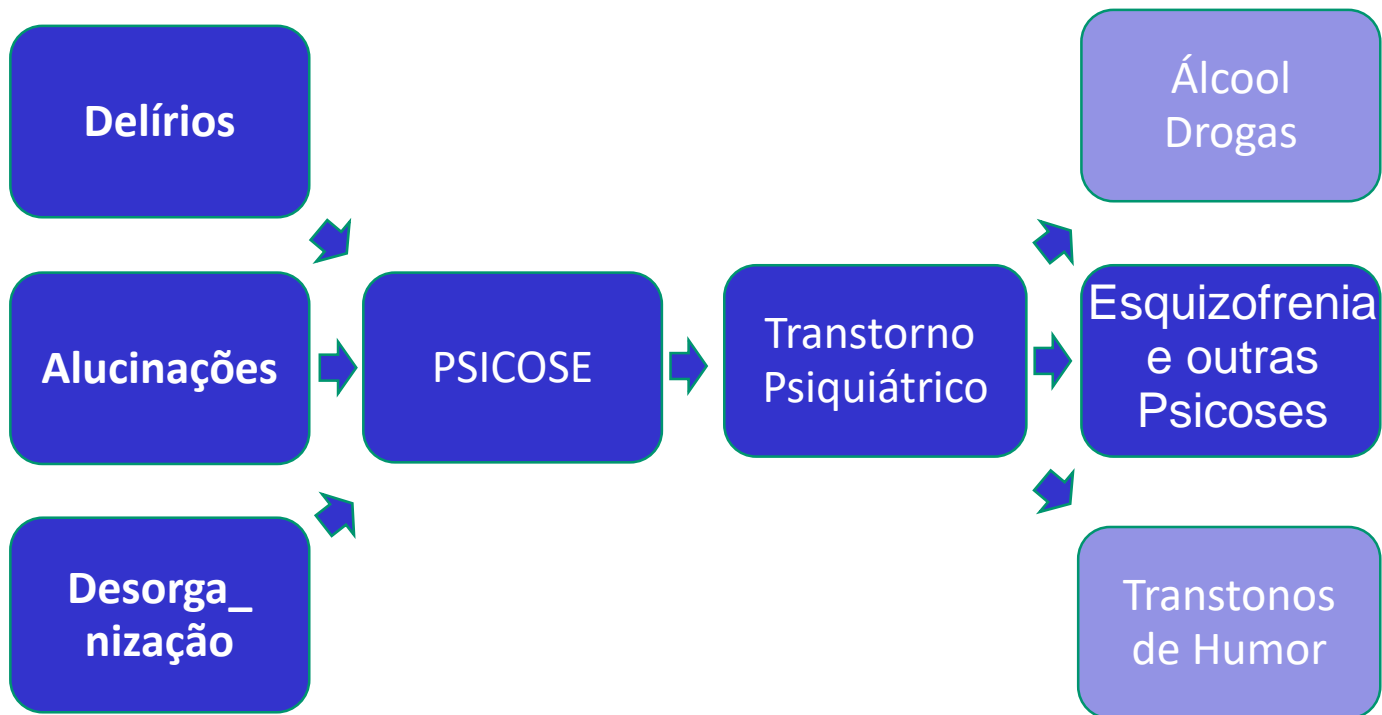
# Esquizofrenia: Diagnóstico



# Esquizofrenia: Diagnóstico

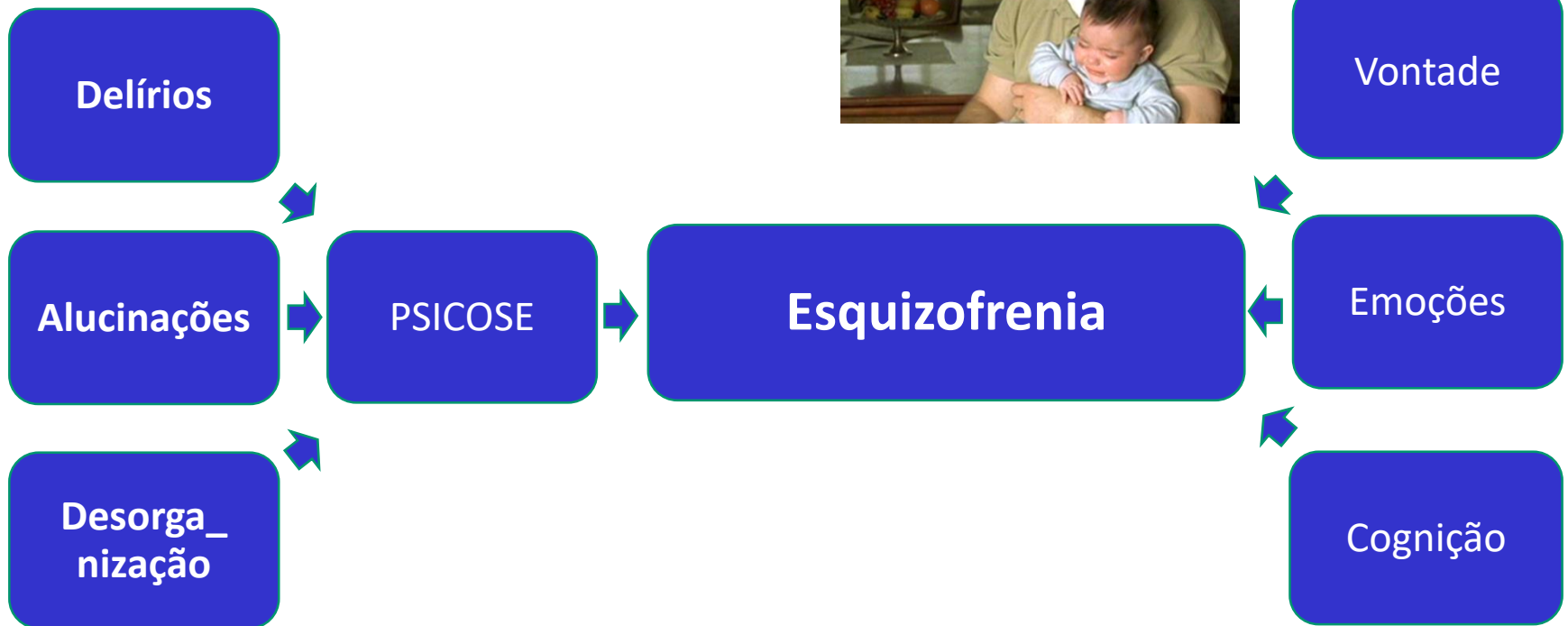


# Esquizofrenia: Diagnóstico

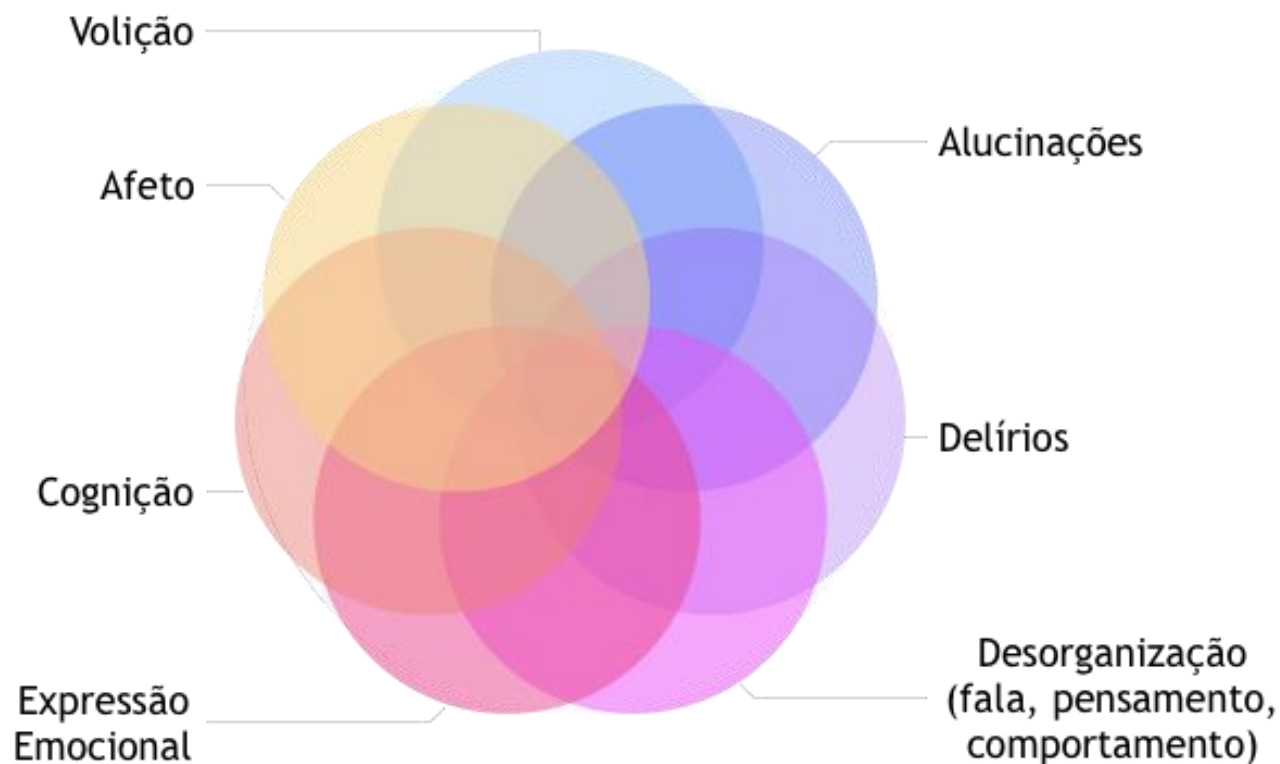




# Esquizofrenia: Diagnóstico



# ESQUIZOFRENIA: um conjunto de Sinais e Sintomas em proporções e intensidades variadas, ao longo do tempo



# I - Parte

O que mudará no diagnóstico de Esquizofrenia,  
com a chegada da CID-11\*?

\* [icd.who.int](http://icd.who.int) , aprovada na Assembleia Mundial da Saúde da OMS, em maio de 2019

## CID-10 -> CID-11

( **CONJUNTO de SINAIS e SINTOMAS** )



...distúrbios em várias funções mentais, incluindo  
pensamento desorganizado... (**delírios...**)  
alterações da percepção (**alucinações**)  
da cognição (**atenção, memória...**)  
da **cognição social**...  
da **volição/vontade** (motivação)...  
e **expressão emocional** embotada...

**CID-10 -> CID-11**

**( DURAÇÃO dos SINTOMAS )**

Sintomas por **pelo menos um mês...**



## CID-10 -> CID-11

( DURAÇÃO dos SINTOMAS )

Sintomas por **pelo menos um mês...**

( CRITÉRIOS de EXCLUSÃO )

**Não são** uma manifestação de outra condição de **saúde** (p.ex. tumor cerebral)

**Não são** devidos ao **efeito de uma substância** ou medicamento no SNC (p.ex. corticosteróides), incluindo a retirada (p.ex. retirada de álcool).

## CID-10 -> CID-11

### SUBTIPOS

### ESPECIFICADORES



- F20.0 SZ paranoide
- F20.1 SZ hebefrênica
- F20.2 SZ catatônica
- F20.6 SZ simples

- de Episódio
- de (ñ)Remissão
- de Sintomas
- de Gravidade

## ▽ 6A20 Esquizofrenia

- ▷ 6A20.0 Esquizofrenia, primeiro episódio
- ▷ 6A20.1 Esquizofrenia, episódios múltiplos
- ▷ 6A20.2 Esquizofrenia contínua

- de Episódio
- de (ñ)Remissão
- de Sintomas
- de Gravidade



## ▽ 6A20 Esquizofrenia

### ▽ 6A20.0 Esquizofrenia, primeiro episódio

▷ 6A20.00 atualmente sintomático

▷ 6A20.01 em remissão parcial

▷ 6A20.02 em remissão completa

- de Episódio
- de (ñ)Remissão
- de Sintomas
- de Gravidade

## ▽6A20 Esquizofrenia

### ▽6A20.0 Esquizofrenia, primeiro episódio

#### ▽6A20.00 atualmente sintomático

- ▷6A25.0 - Sintomas positivos
- ▷6A25.1 - Sintomas negativos
- ▷6A25.2 - Sintomas depressivos
- ▷6A25.3 - Sintomas maníacos
- ▷6A25.4 - Sintomas psicomotores
- ▷6A25.5 - Sintomas cognitivos

- de Episódio
- de (ñ)Remissão
- de Sintomas
- de Gravidade

## ▽6A20 Esquizofrenia

### ▽6A20.0 Esquizofrenia, primeiro episódio

#### ▽6A20.00 atualmente sintomático

##### ▽6A25.0 - Sintomas positivos

XS5W - Leve

XS0T - Moderado

XS25 - Grave

##### ▷6A25.1 - Sintomas negativos

##### ▷6A25.2 - Sintomas depressivos

##### ▷6A25.3 - Sintomas maníacos

##### ▷6A25.4 - Sintomas psicomotores

XS5W - Leve

XS0T - Moderado

XS25 - Grave

- de Episódio
- de (ñ)Remissão
- de Sintomas
- de Gravidade

## II - Parte

As mudanças da CID e os cuidados dos pacientes com Esquizofrenia na Atenção Básica à Saúde

# Qual(is) das 4 imagens abaixo são de pacientes com Esquizofrenia?

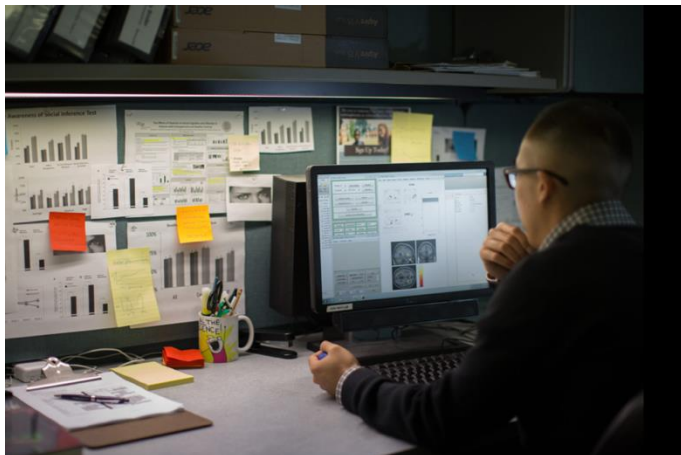
1



2



3



4



# A profecia

# A profecia

- **UMA PROPOSIÇÃO INICIALMENTE FALSA**

# A profecia

- UMA PROPOSIÇÃO INICIALMENTE FALSA

FALTARÁ \$  
NOS  
BANCOS



# A profecia

- UMA PROPOSIÇÃO INICIALMENTE FALSA



# A profecia



# A profecia



# A profecia



# A profecia



# A profecia



# A profecia autorrealizável



# A profecia autorrealizável para com os pacientes com esquizofrenia



Baseado na ideia da 'profecia autorrealizável' de Robert Merton (1949)



# A profecia autorrealizável para com os pacientes com esquizofrenia



Baseado na ideia da 'profecia autorrealizável' de Robert Merton (1949)

# A profecia autorrealizável para com os pacientes com esquizofrenia



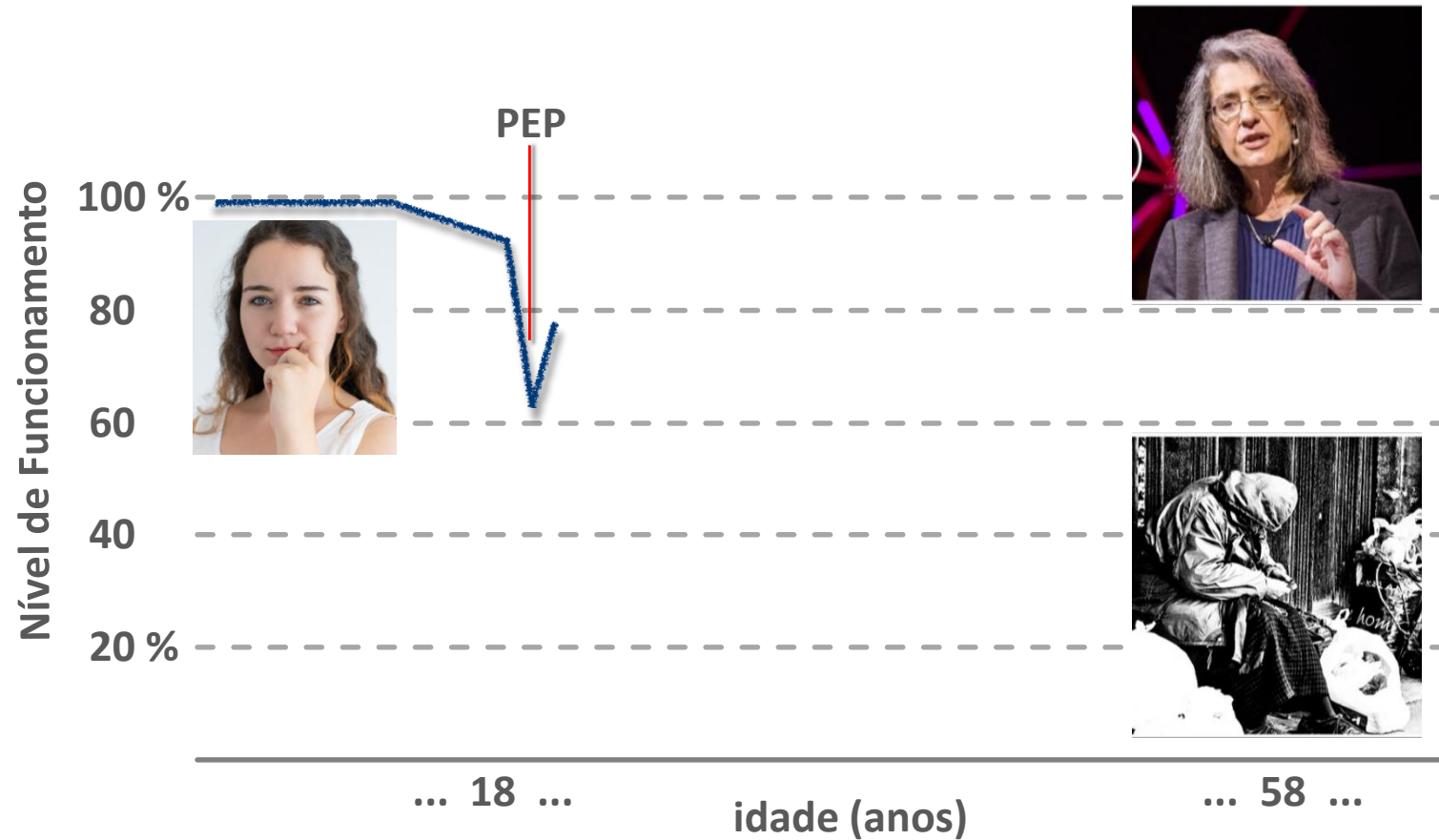
Baseado na ideia da 'profecia autorrealizável' de Robert Merton (1949)

# A profecia autorrealizável para com os pacientes com esquizofrenia



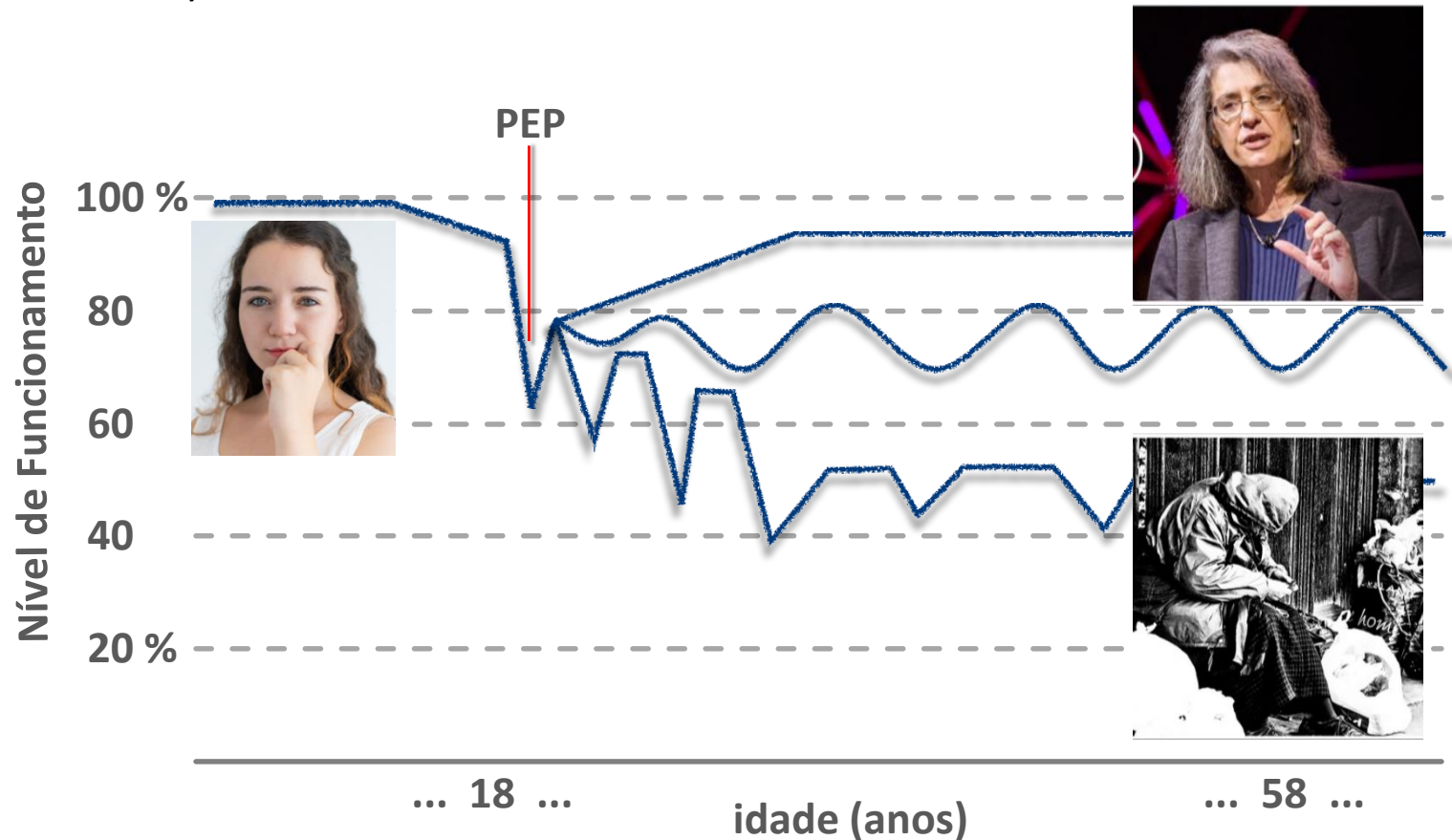
Baseado na ideia da 'profecia autorrealizável' de Robert Merton (1949)

# Qual será o futuro dessa paciente em PEP?



# Qual será o futuro dessa paciente em PEP?

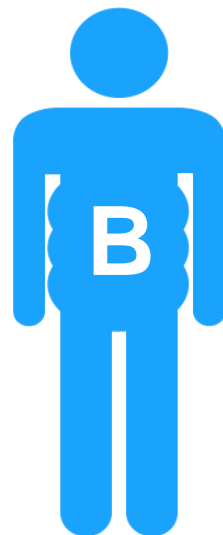
R) Hoje, nós não temos como saber !



# Qual dos pacientes abaixo tem maior chance de viver melhor e mais, A ou B ?

Homem, 40 anos, hipertenso que há 3 meses enfartou e colocou 2 Stents. Atualmente: diurético, antiarrítmico, betabloqueador e antiagregante plaquetário.

*Consulta o cardio  
cada 6 meses e a  
ABS a cada 2, que  
lhe orientou sobre  
o estilo de vida,  
acompanha PA e  
FC e o uso da  
medicação.*



*Consulta o cardio  
cada 6 meses.  
Medica-se de  
forma irregular.  
Não modificou seus  
hábitos (zero de  
aeróbico; obeso;  
segue fumando)*

# **Extrapolando esse raciocínio para os pacientes com Esquizofrenia...**

Assim como no Infarto Agudo do Miocárdio, quando se faz o diagnóstico de Esquizofrenia é porque algo de errado já vinha ocorrendo há algum tempo.

# O papel da Atenção Básica à Saúde nos cuidados dos pacientes com Esquizofrenia é semelhante ao que ela já desempenha em outras doenças crônicas.

Ou seja, acreditar que é possível e agir para

- **Evitar a progressão dos danos**

(evitar novos períodos de psicose; como evitamos novos infartos)

- **Ajudar a lidar com o problema**

(informar, estilo de vida, uso da medicação, reinserção social, etc)



# **A base para a CID trocar os Subtipos por ESPECIFICADORES foi:**

- 1) Os subtipos não se mostraram úteis:  
frequentemente se sobrepunham  
e mudavam.

## **A base para a CID trocar os Subtipos por ESPECIFICADORES foi:**

2) Aumentaram as Evidências de que o futuro de um paciente com esquizofrenia pode ser melhorado com um **atendimento efetivo e constante desde o início.**

Espera-se que os especificadores forneçam mais detalhes da gravidade e da sintomatologia, contribuindo assim para um melhor controle, logo, para um melhor desfecho.

## **CONCLUINDO: O objetivo principal dessa webpalestra é...**

**Alertar para o fato de que nós, profissionais da saúde, podemos ter uma ideia muito negativa acerca do Diagnóstico de Esquizofrenia. E, sem que percebamos, nossa crença pode estar fazendo com que não sejamos suficientemente insistentes nas práticas que têm evidências, favorecendo assim a um curso conturbado e um desfecho pobre.**

**( o que mantém a nossa crença)**

## Concluindo

No que se refere a atualizações sobre o diagnóstico de Esquizofrenia e outras Psicoses **a principal mudança está na forma de encararmos os pacientes que padecem dessa patologia.**

As modificações que a CID-11 traz é reflexo desse entendimento e buscam cercar melhor a questão.

# Concluindo

Espera-se que a mentalidade, de que **podemos contribuir para um futuro melhor do paciente com esquizofrenia**

se propague por todos os níveis de assistência, para que cada um de nós exerça as funções que estiver a seu alcance, assim como sensibilizarmos os gestores de saúde, os próprios pacientes, familiares e a sociedade.

**PS:**

*somente a título de ilustração do que foi tratado...*

# Os potenciais danos da psicose ativa vão do biológico ao social:

- Perda neuronal e conexões<sup>1</sup>
- Aceleração do envelhecimento do cérebro<sup>2</sup>
- Perdas de oportunidades: emprego/estudo<sup>3-4</sup>
  - Rupturas de laços afetivos<sup>3-4</sup>
- Aumento do risco de envolvimento c/ a Justiça<sup>3-4</sup>
  - Aumento do risco de Suicídio<sup>3-4</sup>
  - Redução da Qualidade de Vida<sup>3-4</sup>
    - Sobrecarga para a Família<sup>3-4</sup>
    - Aumento do Estigma<sup>3-4</sup>

1) Keshavan, 1999.

2) Czepielewski et al Schizophr Bull. 2018.

3) Briggs et al. Health Qual Life Outcomes 2008

4) Ascher-Svanum et al, 2010

# Manter o antipsicótico diminui a recaída

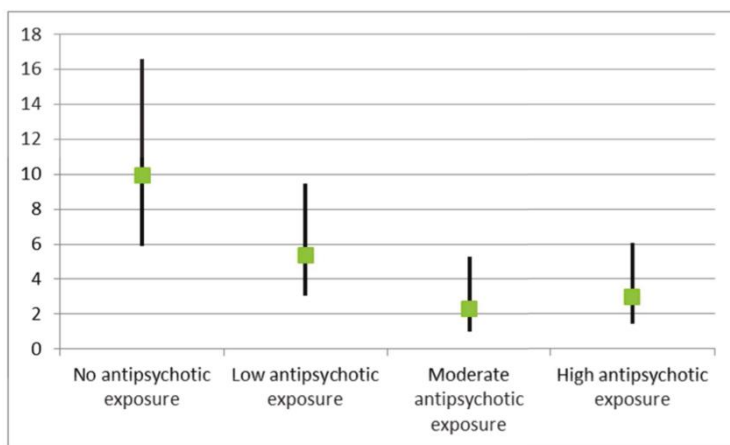
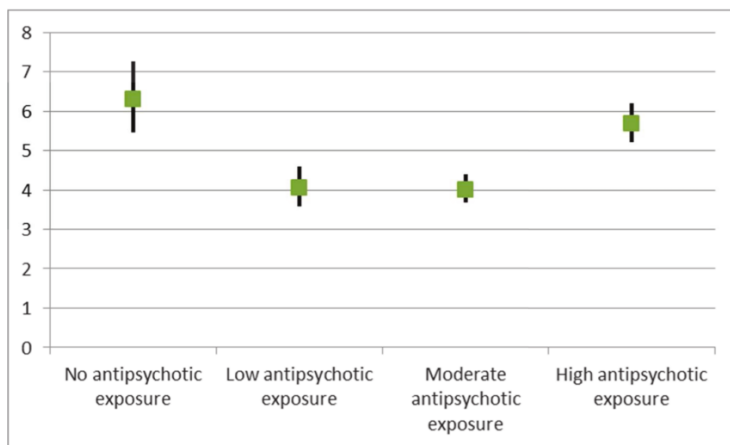
Taxas de recaída em um ano em pacientes que mantiveram ou não o uso do antipsicótico após estabilizados de um PEP

Authors	Year	N (Discontinuation)	N (Maintenance)	Relapse/ Recurrence (Discontinuation)	Relapse/ Recurrence (Maintenance)
Gitlin et al.	2001	50		78%	
McCreadie et al.	1989	7	8	57%	0%
Chen et al.	2010	89	89	79%	41%
Boonstra et al.	2011	11	9	91%	12%(12m)
Gaebel et al.	2011	19	23	19%	0%
Emsley et al.	2012	33		79%	
<b>Média Ponderada</b>		<b>209</b>	<b>129</b>	<b>77%</b>	<b>3%</b>

**Sem AP**                      **Com AP**



# Pacientes com esquizofrenia que tomam antipsicóticos morrem menos

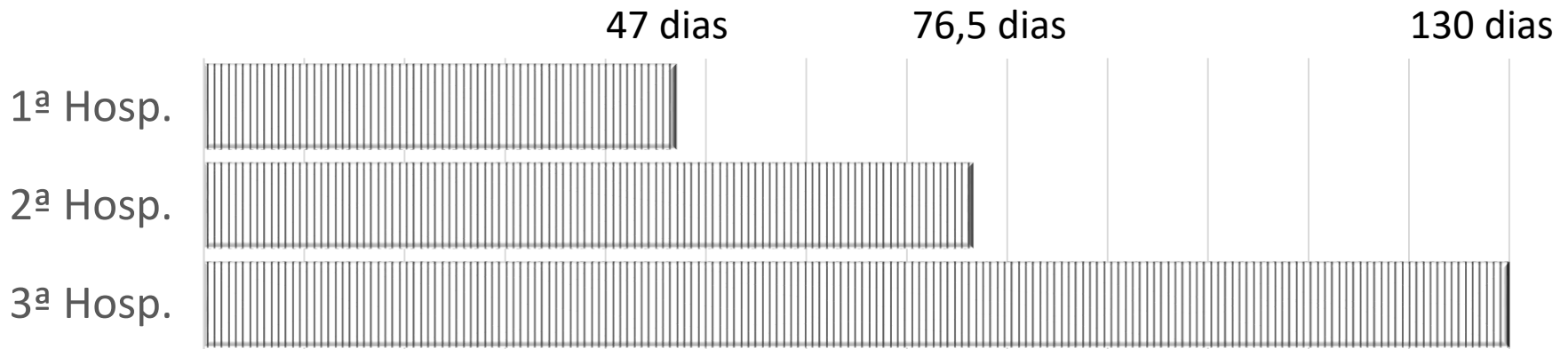


Antipsicóticos e Mortalidade:  
em pacientes crônicos (**N = 21.492**)  
e em  
pacientes de 1º episódio (**N = 1.230**)  
em comparação com a mortalidade  
na amostra de controle.

Coorte com **todos** os indivíduos da Suécia  
com diagnóstico de SZ (entre 17 e 65 anos)  
em 2006 e PEPs de 2006 a 2010.

# A capacidade de remissão dos sintomas piora com as recorrências

O tempo necessário para remissão aumenta com o número de internações.<sup>1</sup>



# Esquizofrenia no Estado de SP: (na virada do século)

- 81,5% dos pac. sob cobertura do SUS<sup>1</sup>
  - 71% desses NÃO recebe tto. Regular<sup>2</sup>
- As taxas de readmissão (em até 4 meses após a alta) varia entre 30% e 59%<sup>3</sup>
- O custo direto do pac. em hospital público foi quase o dobro do pac. em um CAPS<sup>4</sup>

1) Leitão, Ferraz, Chaves e Mari, 2006  
3) Amaral 1997; Gastal 2000

2) Silva, Bassani e Palazzo, 2009  
4) Daltio, Mari, Ferraz, 2011

# **Menos psicose no início <-> Menos incapacidade no futuro**

Estudo de remissão da psicose:  
**coorte internacional, seguimento 15 e 25 anos**

-> Nos 2 primeiros anos da doença,  
quanto **menos tempo psicótico**  
**melhor o curso geral da doença a longo prazo:**

- Menos sintomas
- Menos incapacidades

# Sugestões de leitura:

- Insel TR. RAISE-ing our expectations for first-episode psychosis. *Am J Psychiatry*. 2016;173(4):311–2.
- Nasrallah HA. For first-episode psychosis , psychiatrists should behave like cardiologists. 2017;(August):4–7.
- Zipursky RB, Agid O. Recovery, not progressive deterioration, should be the expectation in schizophrenia. *World Psychiatry*. 2015;14(1):94–6.
- Bressan RA, Grohs GEM, Matos G, Shergill S. Hope or hype in the treatment of schizophrenia - What's the role of the physician? *Br J Psychiatry*. 2018;212(1):1–3.
- Millan MJ, Andrieux A, Bartzokis G, Cadenhead K, Dazzan P, Fusar-Poli P, et al. Altering the course of schizophrenia: Progress and perspectives. *Nat Rev Drug Discov* 2016;15(7):485–515.
- Tiihonen J, Mittendorfer-Rutz E, Majak M, Mehtälä J, Hoti F, Jendenius E, et al. Real-world effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of 29 823 patients with schizophrenia. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(7):686–93.
- Daltio CS, Mari J, Ferraz MB, Federal U, Paulista C, Federal U, et al. *Archives of Clinical Psychiatry ( São Paulo ) Estudos farmacoeconômicos e carga da doença em SZ*. 2007;
- Daltio CS, Mari JJ, Ferraz MB. Custo direto médico-hospitalar de recaída em esquizofrenia em serviços de saúde na cidade de São Paulo: *Rev Saude Publica* 2011;45(2):440.

**OBRIGADO!**

# Perguntas e respostas