

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Hábitos de Prescrição de Antipsicóticos na Esquizofrenia no Internamento de um Hospital Psiquiátrico

Leonor Loureiro Warren Varanda

M

2022



Hábitos de Prescrição de Antipsicóticos na Esquizofrenia no Internamento de um Hospital Psiquiátrico

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina

Submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar | Universidade do Porto

Autora: Leonor Loureiro Warren Varanda

Aluna do 6º ano profissionalizante do Mestrado Integrado em Medicina – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar | Universidade do Porto

Número de estudante: 201603893

Endereço: Rua de Jorge Viterbo Ferreira 228, 4050-313 Porto

Endereço eletrónico: leonor.varanda98@gmail.com

Orientador: Mestre João Luís Freitas

Médico Assistente Hospitalar Graduado Sénior e Diretor do Serviço de Psiquiatria Forense no Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E.

Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Subespecialista em Psiquiatria Forense pela Ordem dos Médicos

Professor Externo do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar | Universidade do Porto

Endereço: Rua Professor Álvaro Rodrigues, 4149-003 Porto

Endereço eletrónico: neuropsilab2.0@gmail.com

Coorientadora: Professora Doutora Liliana Correia de Castro

Médica Especialista em Psiquiatria e Assistente Hospitalar Graduada no Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E.

Professora Auxiliar Convidada do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar | Universidade do Porto

Endereço: Rua Professor Álvaro Rodrigues, 4149-003 Porto

Endereço eletrónico: lilianacorreiadecastro@gmail.com

Porto, junho de 2022

**Hábitos de Prescrição de Antipsicóticos na Esquizofrenia no Internamento de um
Hospital Psiquiátrico**

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina

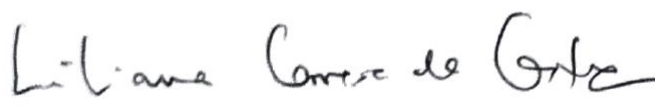
Submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar | Universidade do Porto



Assinatura da Autora



Assinatura do Orientador



Assinatura da Coorientadora

Porto, junho de 2022

Agradecimentos

Ao meu orientador, na pessoa do Doutor João Luís Freitas, pela sua disponibilidade, sabedoria, generosidade e humanidade inigualáveis. À minha coorientadora, Professora Doutora Liliana Correia de Castro, pela colaboração prestada.

À minha família, pelo carinho e apoio incondicionais, pelo tempo do seu convívio de que este trabalho nos privou e pelas oportunidades infinitas que me proporcionou e me permitiram construir tudo o que sou.

Aos meus amigos, que comigo findam este percurso, pelo companheirismo inabalável e pelas memórias que para sempre recordarei.

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.

Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”

Antoine de Saint-Exupéry

Resumo

Introdução: A esquizofrenia é uma doença crónica e debilitante, associada a marcado impacto funcional e social, múltiplas comorbilidades médicas e psiquiátricas e mortalidade aumentada. Os antipsicóticos são o pilar do tratamento desta patologia, aliados a estratégias psicoterapêuticas e comportamentais.

Objetivo: O objetivo deste estudo é investigar e descrever as práticas de prescrição de antipsicóticos no tratamento de doentes diagnosticados com esquizofrenia num internamento psiquiátrico em Portugal, particularmente, no Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E., no Porto.

Método: Foi realizado um estudo retrospectivo em 67 doentes com esquizofrenia pertencentes aos serviços de Psiquiatria Forense, Serviço de Intervenção Intensiva e Internamento de Agudos do Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E. Foram revistas as prescrições de antipsicóticos a partir dos registos disponíveis no SClínico, Processo Clínico Eletrónico e Circuito do Medicamento do referido hospital.

Resultados: Todos os indivíduos incluídos no estudo apresentaram a prescrição de pelo menos um antipsicótico, sendo que os antipsicóticos de segunda geração foram a primeira escolha de tratamento em 51 doentes (76.1%). Os antipsicóticos mais comumente utilizados num primeiro momento foram (em ordem decrescente de frequência de prescrição) a paliperidona e o haloperidol, a risperidona, a olanzapina, a clozapina e o aripiprazol. 23 indivíduos (34.3%) receberam polifarmácia antipsicótica com 2 fármacos desta classe, maioritariamente, a risperidona, o haloperidol, a clozapina e a quetiapina. Destes, 2 tiveram a prescrição de um terceiro antipsicótico, o aripiprazol. A polifarmácia antipsicótica é mais frequente no serviço de Psiquiatria Forense, sendo que a risperidona é o antipsicótico mais prescrito em associação. A paliperidona é o antipsicótico mais prescrito em indivíduos mais novos e com menos anos de evolução da doença, enquanto idades mais avançadas se associam a preferência pelo haloperidol e aripiprazol. Doença mais prolongada associa-se mais frequentemente a polifarmácia antipsicótica. 91% da amostra realiza outra medicação psicotrópica em associação à terapêutica antipsicótica, sendo que as benzodiazepinas são o fármaco mais prescrito em 56 doentes (83.6%).

Conclusão: O presente estudo demonstra que a polifarmácia antipsicótica no Hospital de Magalhães Lemos, EPE é um padrão de prescrição frequente na abordagem dos doentes com esquizofrenia em contexto hospitalar, com uma taxa (34.3%) superior à verificada a nível mundial (19.6%). Verifica-se preferência pela prescrição de antipsicóticos de segunda geração.

Palavras-chave: Hábitos de Prescrição; Antipsicóticos; Hospital Psiquiátrico; Esquizofrenia

Abstract

Introduction: Schizophrenia is a chronic and debilitating disease, with significant functional and social burden, associated with multiple medical and other psychiatric comorbidities and increased mortality. Antipsychotics are the mainstay of treatment of schizophrenia, together with psychotherapeutic approaches.

Objective: The aim of this study is to investigate and describe the prescription practices in the treatment of patients diagnosed with schizophrenia in a psychiatric hospital in Portugal, particularly, in Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E., in Porto.

Method: A retrospective study was conducted in 67 patients with schizophrenia belonging to the Forensic Psychiatry ward, Intensive Care Intervention Unit, and Inpatient Department of Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E. The antipsychotic prescriptions were obtained and reviewed from the patients' personal records.

Results: All participants in this study were prescribed at least one antipsychotic, with second generation antipsychotics being the first choice of treatment in 51 patients (76.1%). The most common first-prescribed antipsychotics were (in descending order of prescription frequency) paliperidone and haloperidol, risperidone, olanzapine, clozapine, and aripiprazole. 23 individuals (34.3%) received antipsychotic polypharmacy with 2 drugs from this class, mainly, risperidone, haloperidol, clozapine, and quetiapine. Moreover, 2 of these participants were given a third antipsychotic, this time aripiprazole. Antipsychotic polypharmacy is more recurrent in the Forensic Psychiatry ward, risperidone being the more commonly prescribed drug in association to the first antipsychotic. Paliperidone is the most frequently used antipsychotic in younger patients and with shorter disease course, while haloperidol and aripiprazole are more commonly prescribed in older individuals. Additionally, antipsychotic polypharmacy happens more regularly in disease with more years of evolution. 91% of the individuals were simultaneously prescribed another psychotropic drug, with 56 patients (83.6%) receiving treatment with benzodiazepine in conjunction with antipsychotics.

Conclusion: This study demonstrates that antipsychotic polypharmacy is a common prescription pattern in the approach of patients diagnosed with schizophrenia in Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E., with a rate of 34.3% evidently higher than the worldwide mean of 19.6%. Moreover, there is a clear predilection towards the prescription of second-generation antipsychotics.

Keywords: Prescribing Patterns; Antipsychotics; Psychiatric Hospital; Schizophrenia

Lista de Abreviaturas

5-HT – 5-hidroxitriptamina ou serotonina

BDNF – *Brain-derived neurotrophic factor*

CATIE – *Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness*

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão

D – Dopamina

DM – Diabetes *mellitus*

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais, 5ª Revisão

HTA – Hipertensão arterial

NGF – *Nerve growth factor*

NIMH – *National Institute of Mental Health*

REAP – *Research on Asia Psychotropic Prescription*

SII – Serviço de Intervenção Intensiva

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

Índice

Agradecimentos	i
Resumo.....	ii
<i>Abstract</i>	iii
Lista de Abreviaturas.....	iv
Lista de Tabelas	vi
Lista de Figuras.....	vii
1. Introdução	1
2. Objetivos	5
3. Método.....	6
3.1. <i>Amostra</i>	6
3.2. <i>Análise de Dados</i>	6
4. Resultados	7
4.1. <i>Dados Sociodemográficos</i>	7
4.2. <i>Farmacoterapia Prescrita no Internamento</i>	7
4.3. <i>Primeira Medicação Antipsicótica Prescrita em cada Serviço</i>	8
4.4. <i>Polifarmácia Antipsicótica nos Diferentes Serviços</i>	8
4.5. <i>Padrões de Prescrição de Antipsicóticos consoante a Idade</i>	9
4.6. <i>Padrões de Prescrição de Antipsicóticos consoante os Anos de Evolução da Doença</i>	9
4.7. <i>Relação entre Polifarmácia Antipsicótica e os Anos de Evolução da Doença</i>	9
5. Discussão.....	10
5.1. <i>Do Método</i>	10
5.2. <i>Dos Resultados</i>	10
6. Conclusão	13
Apêndice	14
Referências Bibliográficas	23

Lista de Tabelas

Tabela I. Caracterização Sociodemográfica e Clínica da Amostra

Tabela II. Medicação Psicotrópica Concomitante

Tabela III. Distribuição da Prescrição de Antipsicóticos entre as Diferentes Faixas Etárias

Tabela IV. Distribuição da Prescrição de Antipsicóticos consoante os Anos de Evolução da Doença

Tabela V. Relação entre a Prescrição de Polifarmácia Antipsicótica e os Anos de Evolução da Doença

Lista de Figuras

Figura 1. 1ª Prescrição Antipsicótica

Figura 2. 2ª Prescrição Antipsicótica

Figura 3. Distribuição da 1ª Prescrição Antipsicótica nos Serviços

Figura 4. Distribuição da 2ª Prescrição Antipsicótica nos Serviços

1. Introdução

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5ª edição (DSM-5)⁽¹⁾, a esquizofrenia insere-se num grupo de perturbações psicóticas, caracterizadas por alterações, como sejam o delírio, alucinações, desorganização do pensamento, comportamento discordante e sintomas negativos, que se vão tornando cada vez mais evidentes após o início da doença, ultimando na deterioração da cognição, da perceção de si mesmo e das vivências externas.⁽²⁻⁴⁾ É uma doença psiquiátrica crónica e severa, que afeta até 1% da população e é caracterizada pela combinação de sintomas positivos, que incluem alucinações, delírios e distúrbios do pensamento – durante os quais existe uma dissociação da realidade; sintomas negativos, relacionados com a adinamia, anergia, embotamento afetivo, apatia, incapacidade de interação social e pobreza do discurso e pensamento; e alterações cognitivas, predominantemente ao nível da função executiva, memória verbal e capacidade de concentração e atenção.⁽⁴⁻⁸⁾

Ainda que, em teoria, possa aparecer em qualquer idade, a esquizofrenia tem tipicamente a sua apresentação inaugural na adolescência tardia ou no início da vida adulta, sendo que quanto mais precoce for o aparecimento da doença, mais se associa a pior prognóstico. Além disso, a esquizofrenia apresentará igual incidência e prevalência entre os sexos, mas tende a ocorrer mais precocemente e a adquirir maior gravidade nos homens do que nas mulheres.⁽²⁾

Apesar de existir uma forte contribuição de fatores genéticos, a etiologia da esquizofrenia assume-se como sendo multifatorial, com fatores ambientais a poderem representar um contributo não desprezível.⁽⁸⁾ Algumas das alterações observadas na esquizofrenia podem dever-se a anormalidades primárias nos sistemas mesolímbico, meso-cortical e neuroendócrino centradas na disfunção da neurotransmissão mediada pelos recetores D2 e 5HT2, entre outros.^(8, 9) Dada a associação do lobo frontal com a ocorrência de sintomas negativos e cognitivos, pensa-se que uma disfunção desta estrutura cerebral possa estar envolvida na fisiopatologia da esquizofrenia. Nos anos 80, Weinberger *et. al* ^(10, 11) estudaram o fluxo sanguíneo cerebral regional ao nível do córtex pré-frontal dorsolateral, sugerindo que as alterações cognitivas observadas na esquizofrenia possam ter uma base neurofisiológica relacionada com disfunção do córtex pré-frontal dorsolateral e com a incapacidade de aumentar a atividade metabólica nesta região quando esta é requisitada.

A esquizofrenia caracteriza-se pela ocorrência alternada de períodos de remissão total ou parcial e recaídas frequentes.^(3, 5) Acarreta, pelo seu carácter crónico e progressivo, um marcado impacto em diversos aspetos da vida dos doentes, pelo que o seu tratamento deve ser prolongado, individualizado e frequentemente otimizado.⁽³⁾ Os principais objetivos do tratamento devem ser a melhoria das capacidades funcionais do indivíduo, a minimização dos sintomas negativos e a redução da possibilidade de ocorrência de novo surto psicótico.⁽⁵⁾ Consequentemente, o

tratamento farmacológico não se deve restringir aos momentos de exacerbação de doença, estando preconizada a adoção de uma terapêutica de manutenção, com o objetivo de providenciar alívio sintomático e atingir a remissão da doença e consequente recuperação funcional.⁽¹⁰⁾ De notar que já foi demonstrado que uma má adesão terapêutica ou descontinuação do tratamento prescrito se associam a recaídas e hospitalizações frequentes.⁽⁵⁾

Os antipsicóticos constituem os fármacos de eleição no tratamento da esquizofrenia, tendo como objetivo a redução dos sintomas positivos.^(10, 12, 13) Apesar dos seus benefícios terapêuticos, o tratamento com antipsicóticos continua a não culminar numa recuperação cognitiva e funcional completa do indivíduo, o que pode dever-se à ausência de efeito ao nível dos sintomas negativos e cognitivos, que também devem ser tidos como alvos de tratamento de modo a promover uma melhor eficácia terapêutica.^(10, 12) Atualmente, existem ao dispor antipsicóticos de primeira e segunda geração, que diferem entre si ao nível da farmacocinética, farmacodinâmica, dos potenciais efeitos na atenuação e controlo da sintomatologia e no seu perfil de efeitos adversos.^{(6,}

12)

O primeiro antipsicótico identificado nos anos 50 foi a clorpromazina que, pelas suas propriedades sedativas, foi previamente estudada como um potencial adjuvante anestésico.⁽⁴⁾ Até então, a medicação disponível para o tratamento da esquizofrenia não era eficaz no controlo da doença, na prevenção da deterioração e de surtos psicóticos, falhando na tentativa de manter o indivíduo funcional e cognitivamente capaz. Para serem considerados eficazes, o desenvolvimento de outros antipsicóticos dever-se-ia basear na estrutura química da clorpromazina e na capacidade de provocar catalepsia em ratos, assim como no antagonismo da apomorfina (agonista dopaminérgico), derivando a sua eficácia do bloqueio dopaminérgico consequente.^(4, 8, 14) Os antipsicóticos de primeira geração (também designados de típicos) caracterizam-se pelo antagonismo de recetores D2, reduzindo a transmissão pós-sináptica de dopamina e, consequentemente, os sintomas psicóticos associados à esquizofrenia. Contudo, pela sua menor seletividade no local de ação farmacológica comparativamente aos antipsicóticos atípicos, associam-se a efeitos secundários severos e debilitantes, desde a síndrome extrapiramidal até à discinesia tardia.^(2, 4, 12, 15) Adicionalmente, alguns estudos sugerem que estes fármacos, em qualquer dose de administração, possuirão significativos efeitos neurotóxicos através de mecanismos de ação que culminam na morte neuronal, condicionando um pior prognóstico e agravamento da deterioração clínica na esquizofrenia.⁽¹⁶⁾ Surgiu, consequentemente, a necessidade de fármacos que não causassem este tipo de efeitos adversos tão significativos.

No final dos anos 60 e início da década de 70 foram desenvolvidos os antipsicóticos de segunda geração (ou atípicos), sendo que a clozapina foi o fármaco de referência. Foram denominados de atípicos uma vez que, contrariamente aos antipsicóticos típicos, não possuíam a

capacidade de induzir catalepsia nos ratos em laboratório e não produziam efeitos adversos motores extrapiramidais tão proeminentes.^(4, 14) Os antipsicóticos atípicos caracterizam-se por um antagonismo mais potente dos recetores 5HT_{2A} face aos recetores de dopamina D₂, assim como por um antagonismo parcial destes últimos.^(2, 9, 17) Adicionalmente, acredita-se que, contrariamente aos de primeira geração, os antipsicóticos atípicos terão maior efeito no antagonismo dos recetores dopaminérgicos D₁, previamente tidos como pouco ou nada envolvidos no mecanismo de ação destes fármacos.⁽⁹⁾ O grande benefício destes fármacos relaciona-se com o seu perfil de efeitos adversos com menor risco de desenvolvimento de sintomas extrapiramidais, pelo que parecem constituir uma opção mais segura, tolerável e promissora para o doente, configurando-se tendencialmente como a opção de primeira linha no tratamento da esquizofrenia. Estes fármacos aparentam ser mais eficazes na atenuação de sintomas negativos. Possivelmente devido à capacidade de não induzirem uma clínica de efeitos adversos tão significativos, garantem um melhor e mais duradouro cumprimento da terapêutica.⁽¹⁵⁾ Ainda assim, apesar dos seus evidentes benefícios terapêuticos, a medicação antipsicótica geralmente não resulta na recuperação completa do indivíduo, em grande parte devido à ausência de impacto ao nível dos sintomas negativos e cognitivos.⁽¹⁰⁾

Num dos primeiros estudos comparativos acerca da eficácia dos antipsicóticos de primeira e segunda geração – estudo CATIE realizado pelo *National Institute of Mental Health* entre janeiro de 2001 e dezembro de 2004 – diferentes antipsicóticos foram aleatoriamente administrados a 1493 doentes diagnosticados com esquizofrenia por um período de 18 meses ou até o tratamento ter sido descontinuado. Perante a elevada taxa de desistência/descontinuação do tratamento na fase 1 (64-82%), concluiu-se que, ainda que potencialmente eficazes, os antipsicóticos, inclusive os de segunda geração, teriam limitações significativas no tratamento prolongado de doentes com esquizofrenia. Assim, do estudo CATIE advieram poucas diferenças a nível de eficácia entre os antipsicóticos de primeira e segunda geração que justificassem a primazia pelos últimos.^(15, 18) Contudo, nas últimas duas décadas tem vindo a ser investigada a eficácia dos antipsicóticos atípicos no tratamento prolongado da esquizofrenia, assim como os seus efeitos neuroprotetores que refutariam a ausência de diferenças entre antipsicóticos de primeira e segunda geração previamente conjecturada.⁽¹⁷⁾ Para além do seu melhorado perfil de efeitos adversos motores, os antipsicóticos de segunda geração parecem ter algum efeito de neuroprotecção, contrariamente à neurotoxicidade associada aos antipsicóticos típicos.^(16, 17) Associar-se-ão a múltiplos efeitos neuroprotetores através de diferentes mecanismos de ação que incluem: modulação do *stress* oxidativo, com redução da formação de espécies reativas de oxigénio e aumento de fatores antioxidantes protetores (como glutatona e superóxido dismutase); *upregulation* de fatores neurotróficos (de entre os quais se destacam BDNF e NGF) que culminará num incremento da

neuroplasticidade e da neurogênese, assim como num aumento da proliferação neuronal na região encefálica subventricular e preservação do volume cerebral.⁽¹⁷⁾ Por estes motivos, tanto a *guideline* do *National Institute for Health and Care Excellence*⁽¹⁹⁾, como a da *American Psychiatric Association*⁽²⁰⁾ acerca do tratamento de pacientes com esquizofrenia, realçam a importância que as características pessoais e clínicas do doente, assim como o potencial perfil de efeitos adversos que se antecipa, devem ter na escolha de antipsicótico a implementar, não descurando as mais recentes evidências científicas.

2. Objetivos

Este estudo pretende descrever e analisar os padrões de prescrição de antipsicóticos em doentes diagnosticados com esquizofrenia num internamento psiquiátrico em Portugal, particularmente no Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E., no Porto. Adicionalmente, coletaram-se características sociodemográficas e clínicas que podem condicionar a terapêutica antipsicótica a instituir.

Com base num estudo retrospectivo, é, também, um objetivo avaliar se o hospital designado acompanha os padrões e tendências nacionais e internacionais de prescrição de antipsicóticos e se existe alguma preferência, por parte dos profissionais de saúde que contactam com os doentes diagnosticados com esquizofrenia, relativamente aos fármacos a utilizar em contexto psicótico agudo.

Uma melhor compreensão das dinâmicas das prescrições de antipsicóticos, assim como dos motivos que levam à escolha de um antipsicótico em detrimento de outro, pode levar ao surgimento de novas abordagens terapêuticas permitindo a diminuição da polifarmácia, eficácia terapêutica e redução de efeitos adversos em muitos destes doentes.

3. Método

3.1. Amostra

Foi realizado um estudo epidemiológico retrospectivo, em corte transversal, das prescrições de antipsicóticos no Serviço de Intervenção Intensiva, Psiquiatria Forense e Internamento de Agudos do Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E. A amostra populacional ($n = 67$) inclui todos os doentes diagnosticados com esquizofrenia paranóide de acordo com os critérios de diagnóstico do CID-10⁽²¹⁾, internados no Serviço de Psiquiatria Forense desde a sua criação em 2019 e doentes com o mesmo diagnóstico que tenham tido um episódio psicótico recente que levou à sua admissão no SII ou no Internamento de Agudos no período compreendido entre setembro de 2021 a fevereiro de 2022. Foram excluídos todos os doentes com outros diagnósticos psiquiátricos ou com diagnóstico indefinido que estejam internados nos serviços supramencionados. Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do referido hospital (número de referência 14/2021).

A recolha de dados foi realizada a partir dos registos disponíveis no SClínico, Processo Clínico Eletrónico e Circuito do Medicamento.

O Processo Clínico Eletrónico dos utentes foi acedido para obtenção de informação demográfica e clinicamente relevante, incluindo sexo; idade; estado civil; escolaridade; suporte familiar; tempo decorrido, em anos, desde o diagnóstico inicial de esquizofrenia; duração do internamento hospitalar atual, em dias; método de admissão hospitalar (voluntário, involuntário, medida de segurança); comorbilidades e hábitos toxifílicos.

Informação detalhada acerca dos padrões de prescrição farmacológica foi obtida a partir da análise do Circuito do Medicamento dos respetivos doentes, incluindo antipsicóticos (primeira e segunda geração) e outros fármacos psicotrópicos que os doentes possam realizar em simultâneo (p.e. antidepressivos, estabilizadores do humor, benzodiazepinas, ansiolíticos, estimulantes, antiparkinsonianos...). Fármacos prescritos ocasionalmente (p.e. “em regime S.O.S.”) não foram tidos em consideração no presente estudo.

3.2. Análise de Dados

As variáveis contínuas/quantitativas são descritas a partir da média e desvio-padrão, enquanto as variáveis categóricas/qualitativas são representadas pela respetivas frequências e percentagens.

Foi utilizado o *software Statistical Package for Social Science* (IBM SPSS 27[®]) para a análise estatística dos dados.

4. Resultados

4.1. Dados Sociodemográficos

Um total de 67 doentes com o diagnóstico de esquizofrenia foram incluídos no estudo, 22 indivíduos (32.8%) pertencentes ao serviço de Psiquiatria Forense, 23 (34.3%) ao Serviço de Intervenção Intensiva e 22 (32.8%) ao Internamento de Agudos. A **Tabela 1** apresenta as características sociodemográficas e clínicas dos mesmos. A amostra populacional tem uma idade média de 45 anos (com um desvio-padrão de 12 anos), sendo a idade mínima de 22 e a idade máxima de 72 anos. Verifica-se que a grande maioria dos indivíduos pertence ao sexo masculino (85.1%) face aos 14.9% do sexo feminino e, relativamente ao estado civil, 86.6% da população estudada é solteira, com apenas 7.5% (correspondendo a 5 indivíduos) divorciada e 6.0% (4 sujeitos) casada. A escolaridade média ronda, aproximadamente, os 9 anos, com uma escolaridade mínima de 2 e máxima de 17 anos, correspondendo ao grau de mestrado. Apenas 27 indivíduos (correspondendo a 40.3% da amostra) apresentam um suporte familiar adequado, com os restantes doentes a terem um suporte inexistente ou não adequado às suas necessidades. Em média, a amostra populacional tem doença com 19 anos de evolução (com um desvio-padrão de 11 anos). Quanto às comorbilidades médicas, a maioria dos indivíduos (73.1%) não apresenta nenhuma outra doença. A DM, a HTA e a Hepatite C configuram-se como as comorbilidades mais frequentemente associadas, com 6 indivíduos afetados por cada uma delas. Verifica-se que a maioria da amostra (42 dos 67 doentes, correspondente a 62.7%) apresenta hábitos toxifílicos crónicos, sendo que o tabaco é a substância mais consumida, seguindo-se-lhe a canábis e o álcool. De notar, que é frequente o consumo com associação de diferentes substâncias em detrimento da utilização isolada de um único aditivo (22 dos 42 doentes com hábitos toxifílicos consome mais do que uma substância).

4.2. Farmacoterapia Prescrita no Internamento

Na **Figura 1** está representada a primeira escolha de medicação antipsicótica que os doentes com o diagnóstico de esquizofrenia realizam no internamento. Como primeira opção de antipsicótico, existe uma evidente preponderância dos antipsicóticos de segunda geração, com 76.1% da amostra (correspondente a 51 doentes) a realizar fármacos desta classe, face a 23.9% (16 doentes) que faz antipsicóticos de primeira geração (haloperidol, clorpromazina e levomepromazina). Os antipsicóticos mais utilizados são a paliperidona e o haloperidol, ambos utilizados na mesma proporção de doentes (19.4%, correspondendo a 13 doentes, respetivamente), seguindo-se-lhes a risperidona (16.4%), a olanzapina (14.9%), a clozapina (11.9%) e o aripiprazol (10.4%).

A partir da **Figura 2** observa-se que a grande maioria dos doentes incluídos neste estudo (65.7%, representando 44 de 67 doentes) apenas tem um antipsicótico prescrito, não realizando medicação antipsicótica adicional. Contudo, verifica-se a prescrição de um segundo antipsicótico em 34.3% da amostra (23 dos indivíduos incluídos no estudo), 9.0% com antipsicóticos de primeira geração (haloperidol é o mais utilizado, seguindo-se-lhe a clorpromazina e a ciamemazina) e 25.3% com antipsicóticos de segunda geração (sendo a risperidona o fármaco mais administrado). Adicionalmente, 2 doentes têm um esquema terapêutico com a associação de um terceiro antipsicótico, desta feita o aripiprazol.

Para além da medicação antipsicótica, na **Tabela II** está apresentada a restante medicação psicotrópica que os doentes realizam em simultâneo. A maioria dos indivíduos (91%, correspondendo a 61 dos 67 sujeitos estudados) realiza outra medicação psicotrópica, sendo que as benzodiazepinas são o principal fármaco utilizado em associação aos antipsicóticos. 56 doentes fazem benzodiazepinas (correspondendo a uma percentagem de 83.6% da população), 12 fazem um antidepressivo em associação e 7 indivíduos utilizam um estabilizador do humor.

4.3. Primeira Medicação Antipsicótica Prescrita em cada Serviço

Na **Figura 3** estão representados os fármacos antipsicóticos prescritos aos doentes internados nos diferentes serviços, observando-se algumas divergências entre os mesmos. No SII, a paliperidona configura-se como o fármaco mais prescrito, seguindo-se-lhe a risperidona e o haloperidol, utilizados em igual proporção. O haloperidol é o antipsicótico de escolha no Internamento de Agudos. A olanzapina é a segunda opção mais utilizada, seguida da paliperidona e clozapina. No serviço de Psiquiatria Forense, a olanzapina é o antipsicótico mais utilizado; e a risperidona e a clozapina são as outras alternativas mais consideradas.

4.4. Polifarmácia Antipsicótica nos Diferentes Serviços

Dos doentes medicados com antipsicóticos, 34.3% (23 indivíduos) tinha prescrito pelo menos 2 antipsicóticos em associação. Através da análise da **Figura 4**, constata-se que a proporção de indivíduos com polifarmácia antipsicótica é superior no serviço de Psiquiatria Forense, com metade dos doentes aí internados a realizar pelo menos dois antipsicóticos em simultâneo. Neste serviço, a risperidona é o fármaco de eleição a associar ao primeiro antipsicótico, com a quetiapina a surgir em segundo plano.

Por sua vez, no Internamento de Agudos, 7 doentes realizam pelo menos dois fármacos antipsicóticos, com modesta preferência pela clozapina, seguindo-se, em igual proporção, a escolha de haloperidol, clorpromazina, ciamemazina, aripiprazol e risperidona.

O SII é o serviço no qual a polifarmácia antipsicótica se verifica em menor número, em apenas 5 dos 23 doentes alvo de estudo. Nestes, não houve preferência por um antipsicótico em detrimento de outro, com haloperidol, clorpromazina, olanzapina e paliperidona a surgirem como opção em igual proporção de doentes.

4.5. Padrões de Prescrição de Antipsicóticos consoante a Idade

Os doentes incluídos no estudo foram estratificados segundo a idade na **Tabela III**: idade inferior ou igual a 30 anos (10 casos), compreendida entre os 31-64 anos (54 casos) e superior ou igual a 65 anos (3 casos). A paliperidona é o antipsicótico mais prescrito nos indivíduos mais novos, enquanto para os com idade compreendida entre os 31-64 anos o haloperidol foi o mais utilizado. Nos doentes mais velhos, o aripiprazol foi a principal escolha.

4.6. Padrões de Prescrição de Antipsicóticos consoante os Anos de Evolução da Doença

A partir da análise da **Tabela IV**, é de notar que os antipsicóticos de primeira geração são mais frequentemente prescritos em doentes com esquizofrenia com mais anos de evolução: 12 dos 13 indivíduos que usam haloperidol têm curso de evolução com mais de 10 anos. Na doença com menor tempo de duração, a paliperidona é o fármaco mais prescrito.

4.7. Relação entre Polifarmácia Antipsicótica e os Anos de Evolução da Doença

Na **Tabela V** está representada a relação entre a prescrição de um segundo fármaco antipsicótico e os anos de evolução da doença, verificando-se que a polifarmácia antipsicótica é mais frequente em doença com maior curso de evolução: apenas 2 dos 18 indivíduos com doença com 9 anos ou menos de duração realizam um segundo antipsicótico, enquanto 21 dos 49 doentes com mais de 10 anos de evolução de patologia são sujeitos a polifarmácia antipsicótica.

5. Discussão

5.1. Do Método

Este estudo revelou o histórico de prescrições de antipsicóticos e outros fármacos psicotrópicos em doentes diagnosticados com esquizofrenia. Contudo, existem algumas limitações que lhe são inerentes, nomeadamente a reduzida amostra populacional, que, em parte, se justifica pelos internamentos prolongados dos doentes e a criação recente (2019) do Serviço de Psiquiatria Forense. É necessária alguma cautela na interpretação dos resultados de um estudo observacional neste contexto, uma vez que a preferência e utilização de determinados fármacos dependerá da disponibilidade do mesmo no hospital/região/país em questão.

Enquanto estudo incidente num único hospital psiquiátrico, não incluiu outros hospitais do país, o que permitiria ter uma visão mais global da prática clínica em Portugal. Assim, e também devido à natureza descritiva do estudo, os resultados obtidos não podem ser extrapolados para outras populações, uma vez que apenas representam os padrões terapêuticos atuais da população estudada. Não obstante, estes resultados proporcionam uma visão geral da abordagem farmacoterapêutica na prática clínica da esquizofrenia num hospital psiquiátrico em Portugal.

5.2. Dos Resultados

Neste estudo retrospectivo, em corte transversal, foram apresentados os padrões de prescrição de antipsicóticos em 67 doentes diagnosticados com esquizofrenia e que se encontram internados no Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E., no Porto, ou que recorreram, em algum momento, no período compreendido entre setembro de 2021 e fevereiro de 2022, ao SII do mesmo hospital. Na sua grande maioria, os indivíduos incluídos no estudo são solteiros ou divorciados, sugerindo que sofrer de uma doença mental, neste caso, esquizofrenia, resulta em algum tipo de comprometimento social e nas relações interpessoais.

Foram analisadas as prescrições de antipsicóticos e a utilização concomitante de outros fármacos psicotrópicos, tendo sido demonstrada uma notória preferência pelos antipsicóticos de segunda geração como primeira estratégia terapêutica, prescritos em 51 dos 67 elementos constituintes da amostra em estudo (76.1% da população). A paliperidona foi o antipsicótico mais frequentemente prescrito, em 13 dos doentes, a par do haloperidol, em igual proporção, seguindo-se-lhes a risperidona, a olanzapina, a clozapina e o aripiprazol. Adicionalmente, de notar que a maioria dos doentes incluídos neste estudo (44 de 67 doentes, correspondendo a uma percentagem de 65.7%) cumpre monoterapia antipsicótica, enquanto os restantes são sujeitos a polifarmácia, com a prescrição de pelo menos dois antipsicóticos em simultâneo. Ainda assim, este

valor é claramente superior à taxa de 19.6% a nível mundial⁽²²⁾, o que demonstra que, apesar das recomendações nacionais e internacionais, a polifarmácia antipsicótica ainda está significativamente difundida nos doentes com esquizofrenia tratados no Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E. Tal pode dever-se à presumível eficácia da polifarmácia antipsicótica em pacientes com doença mais severa (caracterizada por maior agitação e agressividade) ou com esquizofrenia refratária, sendo importante não esquecer que 32.8% da amostra (sensivelmente um terço da população estudada) foi colhida no serviço de Psiquiatria Forense, unidade na qual foi observada a maior taxa de polifarmácia antipsicótica. Além disso, pode refletir a dificuldade da abordagem da esquizofrenia na sua forma de apresentação mais aguda, em contexto de internamento de agudos ou SII, com necessidade de mais do que um fármaco para otimização comportamental.

É de relevar a proporção de doentes (61 dos 67 estudados, correspondendo a 91% da população) que utiliza medicação psicotrópica concomitantemente à toma de antipsicóticos, particularmente benzodiazepinas e antidepressivos. Por este motivo, não é de descurar a possibilidade de ocorrência de distúrbios de abuso de substância e a monitorização apertada destes doentes, uma vez que tal poderá ser um dos fatores que justifica a mortalidade mais precoce associada à esquizofrenia.⁽⁸⁾ A prática de polifarmácia antipsicótica, associada à prescrição concomitante de outros fármacos psicotrópicos, poderá comprometer a adesão terapêutica e gestão terapêutica dos doentes com esquizofrenia devido ao maior perfil de efeitos adversos cumulativos e interações farmacológicas.

O uso generalizado e predominante dos antipsicóticos de segunda geração que se verifica em todos os serviços incluídos neste estudo poderá ser justificado pela implementação de *guidelines* de orientação da prática clínica tendo em vista a minimização de efeitos adversos, fatores socioeconómicos, políticas de saúde pública, assim como conceptualizações terapêuticas por parte da equipa de psiquiatras no Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E. De notar que a taxa de prescrição de antipsicóticos de primeira geração revelou ser superior em indivíduos com doença com mais anos de evolução em comparação com doentes com diagnóstico mais recente, o que poderá demonstrar preferência pela manutenção da terapêutica inicialmente prescrita aquando do diagnóstico ou melhor controlo da mesma com antipsicóticos de primeira geração.

A paliperidona e o haloperidol foram os antipsicóticos mais frequentemente prescritos neste estudo. Tal pode dever-se ao facto de possuírem diversas formas de administração, nomeadamente, em formulação *dépôt*. Ao optarem por estes dois fármacos, os clínicos antecipam já o futuro *switch* para uma formulação *dépôt*, garantindo, assim, menores taxas de descontinuação do tratamento e consequentes recaídas psicóticas e reinternamentos cada vez menos frequentes.⁽⁵⁾

¹³⁾ Assim, a utilização de antipsicóticos em formulação *dépôt* deve ser considerada com o objetivo de otimizar a adesão ao tratamento (uma vez que necessitam de administrações menos frequentes:

bissemanalmente, mensalmente ou a cada 3 meses) e enaltecer o funcionamento do indivíduo ao reduzir a frequência de administração de fármacos, assim como melhorar os desfechos terapêuticos.⁽⁵⁾

6. Conclusão

Neste estudo foi possível realçar a importância de uma prescrição responsável e racional de antipsicóticos (e outros fármacos psicotrópicos concomitantemente administrados) por parte dos clínicos de saúde mental.

Verifica-se preferência pela prescrição de antipsicóticos de segunda geração em todos os serviços sobre os quais incidiu o estudo, demonstrando-se que o referido hospital acompanha as tendências de prescrição internacionalmente adotadas.

Adicionalmente, constata-se que a paliperidona e o haloperidol foram os antipsicóticos mais frequentemente prescritos, possivelmente pela sua disponibilidade em formulação depósito, garantindo menores taxas de descontinuação do tratamento.

O presente estudo demonstra que a polifarmácia antipsicótica no Hospital de Magalhães Lemos, EPE é um padrão de prescrição frequente na abordagem dos doentes com esquizofrenia em contexto hospitalar, com uma taxa (34.3%) superior à média verificada a nível mundial (19.6%).

Apêndice

Tabela I. Caracterização Sociodemográfica e Clínica da Amostra

Variável	n = 67
Idade	45 ± 12
Sexo	
Masculino	57 (85.1%)
Feminino	10 (14.9%)
Escolaridade (anos)	9 ± 4
Estado Civil	
Solteiro	58 (86.6%)
Casado	4 (6.0%)
Divorciado	5 (7.5%)
Viúvo	0
Suporte Familiar	
Inexistente	16 (23.9%)
Não Adequado	24 (35.8%)
Adequado	27 (40.3%)
Tempo de Diagnóstico (anos)	19 ± 11
Método de Admissão	
Voluntário	14 (20.9%)
Involuntário	31 (46.3%)
Medida de Segurança	22 (32.8%)
Serviço de Internamento	
Intensivo	23 (34.3%)
Agudos	22 (32.8%)
Forense	22 (32.8%)
Duração do Internamento (dias)	203 ± 275
Comorbilidades	
Nenhuma	49 (73.1%)
DM	6 (9.0%)
HTA	6 (9.0%)
Dislipidemia	1 (1.5%)
Patologia Tiroideia	2 (3.0%)
Neoplasia	4 (6.0%)
DPOC	1 (1.5%)
Hepatite C	6 (9.0%)
VIH	2 (3.0%)
Epilepsia	1 (1.5%)
Doença de Parkinson	1 (1.5%)
Hábitos Tóxicos	
Nenhum	25 (37.3%)
Álcool	20 (29.9%)
Tabaco	30 (44.8%)
Canábis	25 (37.3%)
Heroína	10 (14.9%)
Cocaína	13 (19.4%)

Valores expressos como média ± desvio-padrão ou número (%) ou número (% cumulativa).

DM: Diabetes *mellitus*; HTA: Hipertensão arterial; DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; VIH: Vírus da Imunodeficiência Humana

Tabela II. Medicação Psicotrópica Concomitante.

Outra Medicação Psicotrópica	n = 67
Nenhuma	6 (9.0%)
Benzodiazepina	56 (83.6%)
Sedativo/Hipnótico	0
Antidepressivo	12 (17.9%)
Estabilizador do Humor	7 (10.4%)
Lítio	0
Estimulante	0
Antiparkinsoniano	1 (1.5%)

Valores expressos como número (% cumulativa).

Tabela III. Distribuição da Prescrição de Antipsicóticos entre as Diferentes Faixas Etárias

1º Antipsicótico	Faixa Etária			Total
	≤ 30	31-64	≥ 65	
Aripiprazol	1 (1.5%)	4 (6.0%)	2 (3.0%)	7
Haloperidol	0	13 (19.4%)	0	13
Clorpromazina	2 (3.0%)	0	0	2
Olanzapina	0	10 (14.9%)	0	10
Risperidona	1 (1.5%)	10 (14.9%)	0	11
Paliperidona	5 (7.5%)	8 (11.9%)	0	13
Amissulprida	0	0	0	0
Levomepromazina	0	1 (1.5%)	0	1
Zotepina	0	1 (1.5%)	1 (1.5%)	2
Ziprazidona	0	0	0	0
Quetiapina	0	0	0	0
Sulpirida	0	0	0	0
Clozapina	1 (1.5%)	7 (10.4%)	0	8
Ciamemazina	0	0	0	0
Total	10	54	3	67

Valores expressos como número (%).

Tabela IV. Distribuição da Prescrição de Antipsicóticos consoante os Anos de Evolução da Doença

1º Antipsicótico	Anos de Evolução					Total
	≤ 9	10 – 19	20 – 29	30 – 39	≥ 40	
Aripiprazol	1 (1.5%)	3 (4.5%)	2 (3.0%)	0	1 (1.5%)	7
Haloperidol	1 (1.5%)	2 (3.0%)	6 (9.0%)	4 (6.0%)	0	13
Clorpromazina	2 (3.0%)	0	0	0	0	2
Olanzapina	3 (4.5%)	1 (1.5%)	3 (4.5%)	2 (3.0%)	1 (1.5%)	10
Risperidona	1 (1.5%)	5 (7.5%)	3 (4.5%)	1 (1.5%)	1 (1.5%)	11
Paliperidona	6 (9.0%)	4 (6.0%)	3 (4.5%)	0	0	13
Amissulprida	0	0	0	0	0	0
Levomepromazina	1 (1.5%)	0	0	0	0	1
Zotepina	0	1 (1.5%)	0	1 (1.5%)	0	2
Ziprazidona	0	0	0	0	0	0
Quetiapina	0	0	0	0	0	0
Sulpirida	0	0	0	0	0	0
Clozapina	3 (4.5%)	0	3 (4.5%)	2 (3.0%)	0	8
Ciamemazina	0	0	0	0	0	0
Total	18	16	20	10	3	67

Valores expressos como número (%).

Tabela V. Relação entre a Prescrição de Polifarmácia Antipsicótica e os Anos de Evolução da Doença

2º Antipsicótico	Anos de Evolução					Total
	≤ 9	10 – 19	20 – 29	30 – 39	≥ 40	
Nenhum	16 (23.9%)	9 (13.4%)	11 (16.4%)	6 (9.0%)	2 (3.0%)	44
Aripiprazol	0	1 (1.5%)	0	0	0	1
Haloperidol	0	1 (1.5%)	2 (3.0%)	0	0	3
Clorpromazina	0	0	1 (1.5%)	1 (1.5%)	0	2
Olanzapina	0	0	1 (1.5%)	1 (1.5%)	0	2
Risperidona	0	1 (1.5%)	3 (4.5%)	1 (1.5%)	1 (1.5%)	6
Paliperidona	0	1 (1.5%)	0	0	0	1
Amissulprida	0	0	0	0	0	0
Levomepromazina	0	0	0	0	0	0
Zotepina	0	0	1 (1.5%)	0	0	1
Ziprazidona	0	0	0	0	0	0
Quetiapina	1 (1.5%)	1 (1.5%)	1 (1.5%)	0	0	3
Sulpirida	0	0	0	0	0	0
Clozapina	1 (1.5%)	1 (1.5%)	0	1 (1.5%)	0	3
Ciamemazina	0	1 (1.5%)	0	0	0	1
Total	18	16	20	10	3	67

Valores expressos como número (%).

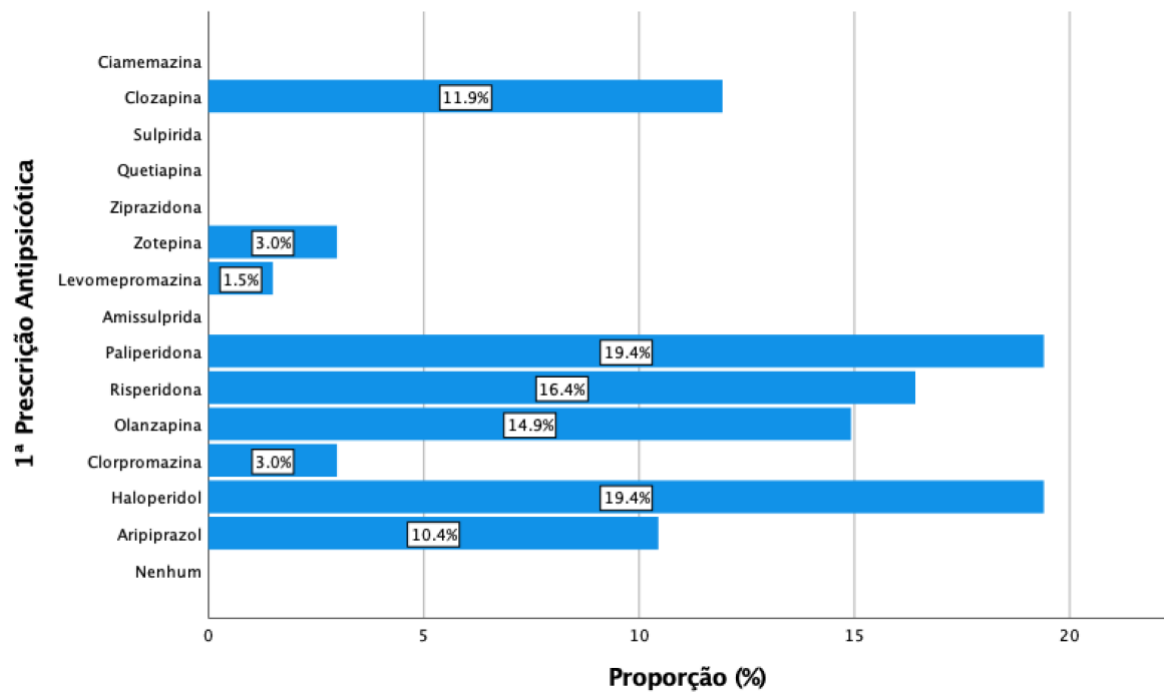


Figura 1. 1ª Prescrição Antipsicótica, %, (n = 67)

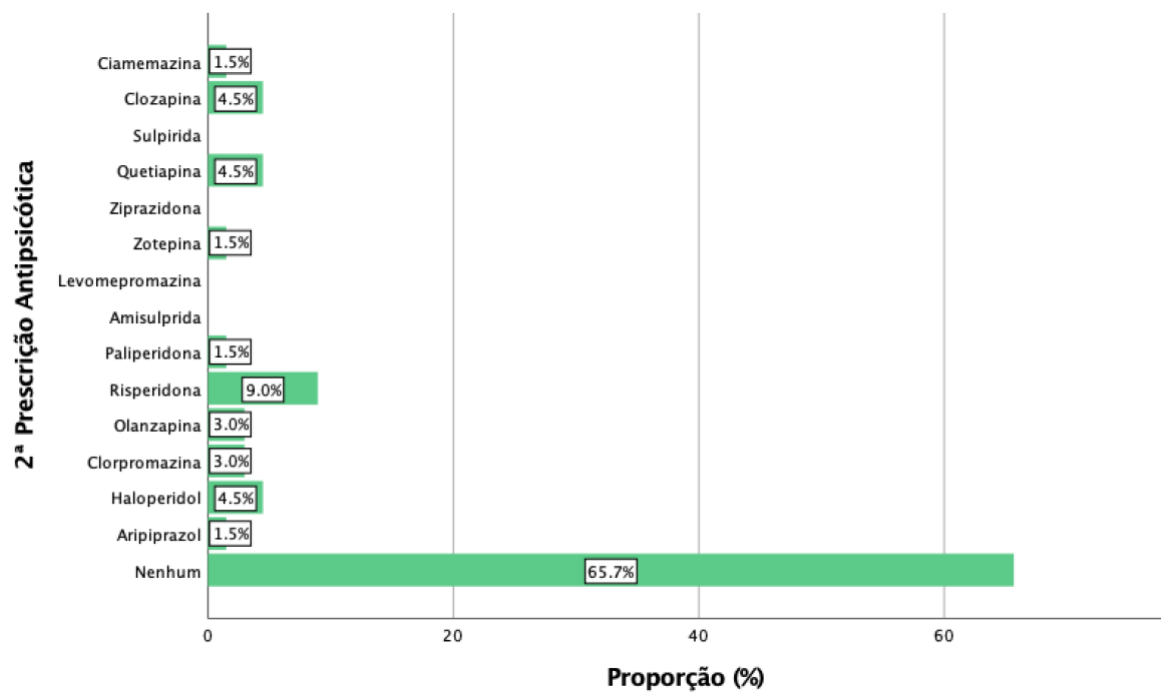


Figura 2. 2ª Prescrição Antipsicótica, %, (n = 67)

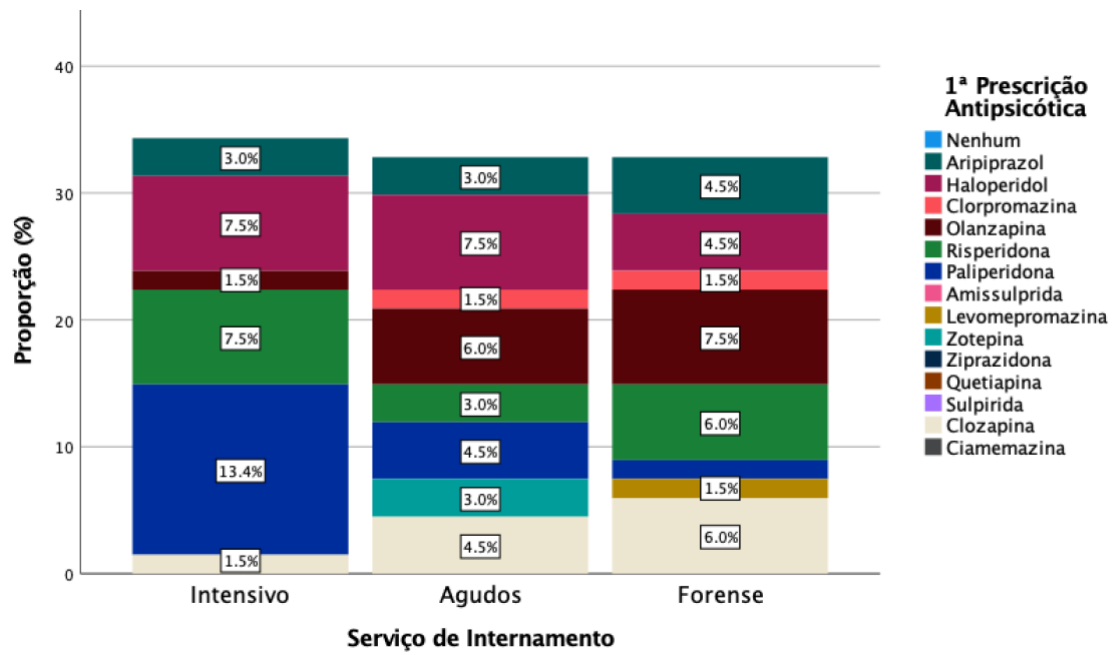


Figura 3. Distribuição da 1ª Prescrição Antipsicótica nos Serviços, %, (n = 67)

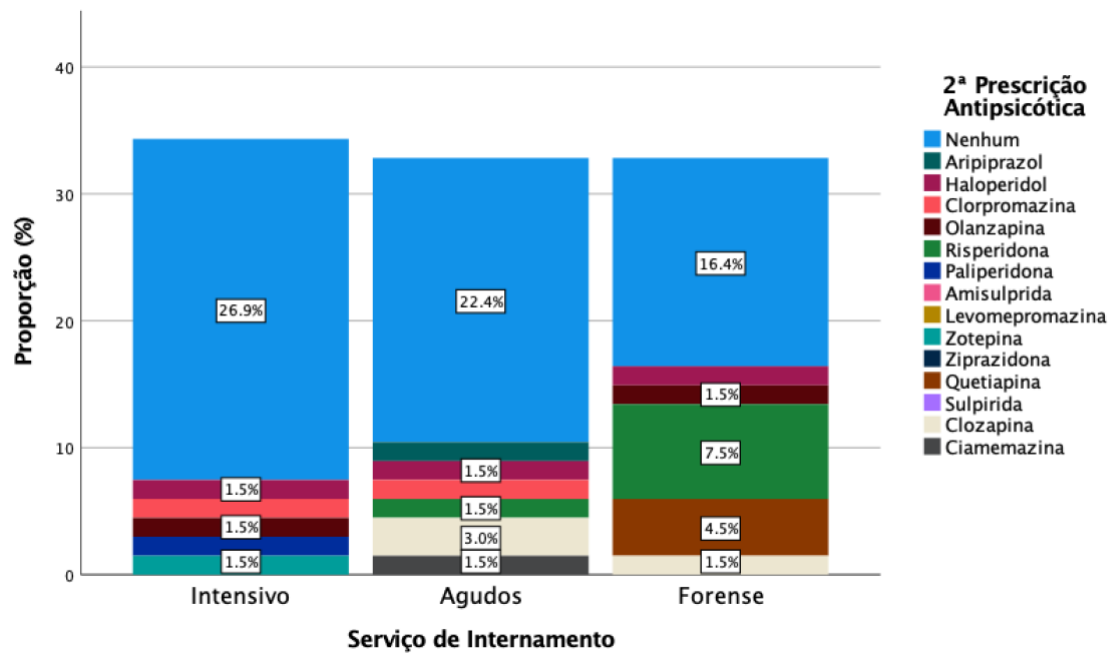


Figura 4. Distribuição da 2ª Prescrição Antipsicótica nos Serviços, %, (n = 67)

Referências Bibliográficas

1. American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). 5th ed 2013.
2. Roh D, Chang JG, Yoon S, Kim CH. Antipsychotic Prescribing Patterns in First-episode Schizophrenia: A Five-year Comparison. *Clin Psychopharmacol Neurosci*. 2015;13(3):275-82.
3. Cruz LO, Dolabela MF. Drug treatment of patients with schizophrenia: adherence, drug interactions and adverse reactions. *Research, Society and Development*. 2021;10(3):e2010313087.
4. Nucifora FC, Jr., Mihaljevic M, Lee BJ, Sawa A. Clozapine as a Model for Antipsychotic Development. *Neurotherapeutics*. 2017;14(3):750-61.
5. Song X, El Khoury AC, Brouillette M, Smith D, Joshi K. Treatment discontinuation of long-acting injectables or oral atypical antipsychotics among Medicaid recipients with schizophrenia. *J Med Econ*. 2019;22(11):1105-12.
6. Miyamoto S, Miyake N, Jarskog LF, Fleischhacker WW, Lieberman JA. Pharmacological treatment of schizophrenia: a critical review of the pharmacology and clinical effects of current and future therapeutic agents. *Mol Psychiatry*. 2012;17(12):1206-27.
7. Huhn M, Nikolakopoulou A, Schneider-Thoma J, Krause M, Samara M, Peter N, et al. Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*. 2019;394(10202):939-51.
8. Owen MJ, Sawa A, Mortensen PB. Schizophrenia. *Lancet*. 2016;388(10039):86-97.
9. Meltzer HY. Clinical studies on the mechanism of action of clozapine: the dopamine-serotonin hypothesis of schizophrenia. *Psychopharmacology (Berl)*. 1989;99 Suppl:S18-27.
10. Schulz SC, Murray A. Assessing cognitive impairment in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2016;77 Suppl 2:3-7.
11. Weinberger DR, Berman KF, Zec RF. Physiologic dysfunction of dorsolateral prefrontal cortex in schizophrenia. I. Regional cerebral blood flow evidence. *Arch Gen Psychiatry*. 1986;43(2):114-24.
12. Roberts R, Neasham A, Lambrinudi C, Khan A. A quantitative analysis of antipsychotic prescribing trends for the treatment of schizophrenia in England and Wales. *JRSM Open*. 2018;9(4):2054270418758570.
13. Guo X, Yu H, Wang H. Antipsychotic patterns in outpatients with schizophrenia in China: A cross sectional study. *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(32):e26912.
14. BONHAM C, ABBOTT C. Are Second Generation Antipsychotics a Distinct Class? *Journal of Psychiatric Practice®*. 2008;14(4):225-31.

15. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, et al. Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia. *New England Journal of Medicine*. 2005;353(12):1209-23.
16. Nasrallah HA, Chen AT. Multiple neurotoxic effects of haloperidol resulting in neuronal death. *Ann Clin Psychiatry*. 2017;29(3):195-202.
17. Chen AT, Nasrallah HA. Neuroprotective effects of the second generation antipsychotics. *Schizophr Res*. 2019;208:1-7.
18. Lieberman JA, Stroup TS. The NIMH-CATIE Schizophrenia Study: what did we learn? *Am J Psychiatry*. 2011;168(8):770-5.
19. National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
Copyright © NICE 2019.; 2014.
20. Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, Benjamin S, Lyness JM, Mojtabai R, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2020;177(9):868-72.
21. (WHO) WHO. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research. . Genève, Switzerland: World Health Organization 1993.
22. Gallego JA, Bonetti J, Zhang J, Kane JM, Correll CU. Prevalence and correlates of antipsychotic polypharmacy: a systematic review and meta-regression of global and regional trends from the 1970s to 2009. *Schizophr Res*. 2012;138(1):18-28.



hospital de
magalhães lemos EPE

SERVIÇO DE FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

Formulário de Pedido de Autorização
ao Conselho de Administração
para realização do Projecto

*Antes de a tudo com a
infra-estrutura física e o pessoal
portável de Lemos de EPE*

HOSPITAL DE MAGALHÃES LEMOS, EPE	
Reunião de C.A.	
1202/22	
Acta n.º 1 / 2022	
font.	Alberto Peixoto Presidente do C.A.
Rosa Encarnação Diretora Clínica	João Teles Diretor de Enfermagem

*do Dr. João Freitas, ao Serviço de Formação
e Investigação e à Comissão de Ética
para parecer 02.11.21 font.*

Exmo. Senhor

Presidente do Conselho de Administração

Hospital de Magalhães Lemos, EPE

Rosa Encarnação
Diretora Clínica

A Dr. Diretora Clínica

*Para conhecimento e avaliação em
pontos necessários para apresentação
ao C.A. 5.11.21*

Leandro Lourenço Warren Varanda

Alberto Peixoto
Presidente do C.A.

vem por este meio

(nome do candidato)

solicitar autorização para realizar um trabalho de investigação no Departamento/Serviço/Unidade

Internamento de Psiquiatria Forense deste Hospital, subordinado ao tema

" Hábitos de Prescrição de Antipsicóticos na Esquizofrenia no internamento
de um Hospital Psiquiátrico "

Para apreciação da proposta, junto se anexa o Formulário de Proposta de Projecto de Investigação, assim
como o Curriculum Vitae e Protocolo do Projecto.

Pede deferimento,

Porto, 4 de novembro de 2021

O Investigador

Leandro Lourenço Warren Varanda

12 / NOV 2021 04:45:00

Identificação do Proponente:**Nome:** LEONOR LOUREIRO WARREN VARANDA**Filiação Institucional:** ICBAS, Universidade do Porto – Mestrado Unificado em Medicina**Orientador:** João Luís Freitas, Director da Unidade de Internamento da Psiquiatria Forense do Hospital de Magalhães Lemos (HML), EPE**Título do Projecto:** *Hábitos de Prescrição de Antipsicóticos na Esquizofrenia no Internamento de um Hospital Psiquiátrico***Considerando que:**

- LEONOR VARANDA, mestranda do mestrado unificado em Medicina pelo ICBAS, Universidade do Porto, se propõe “avaliar e monitorizar os Padrões de Prescrição de Antipsicóticos em doentes esquizofrénicos num internamento psiquiátrico em Portugal, assim como compreender de que forma características sociodemográficas e clínicas podem condicionar a terapêutica antipsicótica a instituir, para além de tentar compreender qual é a primeira linha terapêutica por que os clínicos optam num internamento psiquiátrico”;
- Que o estudo será retrospectivo com colheita de dados pessoais, “em corte transversal das prescrições de antipsicóticos no Serviço de Intervenção Intensiva, Psiquiatria Forense e Internamento de Agudos do Hospital de Magalhães Lemos, EPE, em doentes diagnosticados com esquizofrenia, a partir dos dados disponíveis no S. Clínico”;
- Que é 40 o número previsto de participantes, com diagnóstico de esquizofrenia, excluindo-se todos os doentes com diagnóstico indeterminado ou ainda não esclarecido e não estarão envolvidas pessoas com diminuição da capacidade para prestar consentimento;

COMISSÃO DE ÉTICA

Hospital de Magalhães Lemos, EPE

- Que não se prevê qualquer risco ou incómodo para os participantes, será mantido o anonimato em todas as instâncias ficando os dados recolhidos em propriedade exclusiva do promotor, nem existirão custos acessórios como atestado pelo Psiquiatra João Luís de Freitas na sua Declaração de Aceitação;

Conclui-se que, não sendo identificados riscos, custos ou vantagens pecuniárias ou outras para os sujeitos, garantida que está a confidencialidade dos dados em todo o processo e toda a documentação necessária à proposta apresentada, o estudo decorrerá de acordo com os critérios recomendados para a investigação clínica, satisfazendo as condições éticas necessárias para merecer aprovação.

Relator: Victor Mota

Aprovado em Reunião da CES a 15 de Dezembro de 2021

O Presidente da Comissão de Ética:



Hábitos de Prescrição de Antipsicóticos na
Esquizofrenia no Internamento de um Hospital
Psiquiátrico

Leonor Loureiro Warren Varanda

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

