

Uso de medicação Psicotrópica em uma Grande Instituição para Deficientes Mentais

Marcelo Lourenço de Toledo*

Introdução

O uso de psicofármacos em populações institucionalizadas é um tema muito discutido em todo o mundo, particularmente após a década de 60 quando houve um movimento de larga escala no sentido do fim de instituições de grande porte nos países de primeiro mundo, principalmente nos E.U.A. (1). Nestas populações há uma longa história de uso muitas vezes inadequado e excessivo de medicamentos de ação no sistema Nervoso Central, particularmente neuroléticos^(2, 3). O objetivo deste trabalho é levantar a problemática do uso de psicotrópicos em uma instituição para deficientes mentais e/ou físicos, que caracterizou-se até há poucos anos como um hospital de pacientes em regime de internações longas, muitas por toda a vida. Isto permitirá que seja implementado um programa de farmacovigilância e tratamento psicofarmacológico orientado não por princípios institucionais obsoletos, mas em um contexto de reabilitação e normalização, dando curso às mudanças que a instituição tem realizado.

Materiais e Métodos

Para a condução do trabalho, foram utilizados dados disponíveis da própria instituição, cobrindo um período de aproximadamente 20 anos de revisão de 787 prontuários médicos, planejamentos de equipes multidisciplinares e relatórios anuais.

Dos prontuários médicos foram extraídas algumas informações fundamentais: a) a data do último diagnóstico de deficiência; b) a data da última avaliação psiquiátrica; c) uso de medicação psicotrópica que fosse neuroléticos ou benzodiazepínicos, e, havendo uso, d) a data do início da terapêutica. Para os pacientes em uso de anti-convulsivantes, os mesmos dados foram levantados, à exceção da data em que os pacientes em questão iniciaram o uso destas medicações.

RESUMO

O material aqui publicado é de conhecimento das autoridades do C.E.N.L. - Casas "André Luiz" e não traz como objetivos implícitos ou explícitos denegrir a imagem da instituição. Como foi dito, não há outros dados disponíveis no Brasil sobre instituições de grande porte, e este levantamento é destinado a ser o primeiro passo para um programa de farmacovigilância. O autor agradece ao C.E.N.L. - Casas "André Luiz" e a seus profissionais o acesso aos documentos da instituição e prontuários médicos e toda colaboração recebida para a execução do trabalho.

UNITERMOS

Deficiência Mental, Psicofarmacoterapia, Instituições.

* Médico Residente do 2º ano em Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo; Médico Psiquiatra do C.E.N.L. - Casas "André Luiz".

TABELA 1 - INTERCORRÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS DE 88 A 91

| | 1988 | 1989 | 1990 | 1991 |
|---------------------------|------|------|------|------|
| Insônia | 81 | 277 | 147 | 28 |
| Dist. Alimentares | 0 | 0 | 39 | 16 |
| Dist. de Conduta | 0 | 0 | 0 | 18 |
| Agressividade | 214 | 224 | 173 | 291 |
| Total das intercorrências | 418 | 769 | 591 | 658 |
| Atendimentos | 430 | 772 | 630 | 731, |

Considerações sobre o Serviço Institucional de Psiquiatria

O serviço psiquiátrico das Casas "André Luiz" era no passado voltado para um tipo de atendimento que observa-se em instituições onde os pacientes permanecem por longos períodos de tempo e sem uma monitorização adequada. Não é, como ficará claro, um caso particular. Basicamente, são serviços voltados ao atendimento de intercorrências. Estamos chamando aqui de intercorrências aos eventos na vida de um indivíduo que tenham uma repercussão no meio externo e sobre ele mesmo suficiente para provocar algum tipo de intervenção vinda de fora.

No caso de pacientes institucionalizados, as intercorrências psiquiátricas são, em sua maioria, episódios de agitação psicomotora, associado ou não com a presença de comportamentos heteroagressivos ou auto-mutilantes, insônia, comportamentos muito bizarros ou contrários às normas sociais vigentes (por exemplo, masturbação em público) e que não são esperados. Nestas instituições, comportamentos maladaptativos crônicos não são costumeiramente reportados porque não causam incômodo ou são muito comuns (estereotípias, pica, distúrbios ruminativos, por exemplo).

Encontramos na tabela 1 a estatística sobre os atendimentos psiquiátricos, nas Casas "André Luiz" no período de 1988 a 1991^(4, 5, 6, 7). Nela vemos que 95,04% dos atendimentos deveriam-se a intercorrências como as citadas acima. Há que se fazer algumas considerações sobre estas intercorrências. Muitas vezes são episódios racionais e ligados à dificuldade que o deficiente tem de elaborar comportamentos mais complexos e mais aceitos socialmente⁽⁸⁾.

Podemos considerar que ao longo da vida de um indivíduo haverá alguns episódios intensos o suficiente para causar um atendimento. Em se tratando de uma população grande com um "staff" psiquiátrico pequeno, a tendência natural é que um paciente só

seja visto pelo psiquiatra quando este apresentar algum tipo de intercorrência, não havendo tempo hábil para realizar um trabalho mais voltado ao tratamento global do paciente e às reavaliações rotineiras.

Este modelo de funcionamento facilita erros diagnósticos, perpetuação de condutas, e, conseqüentemente, um serviço de qualidade que a longo prazo se perde, causando um impacto muito negativo sob o ponto de vista do uso de psicotrópicos, pois atendimentos de urgência frequentemente levam à prescrição de psicofármacos, às vezes em doses até mais altas que o usual, raramente, porém, proporcionando um diagnóstico que não seja sintomático e/ou descritivo da situação em questão⁽³⁾.

Com isto abre-se uma larga porta responsável pelo uso crônico de psicotrópicos, sendo que muitas vezes estes podem não ser realmente necessários, haja vista que a conjugação com programas psicopedagógicos e comportamentais, voltados à educação e ao treinamento de habilidades sociais e elaboração de comportamentos mais adaptativos são alguns dos recursos utilizados nos programas de psicofármacos em instituições, pois quebra-se um círculo vicioso onde o paciente fica sem recursos de ter uma vida próxima do normal.

Extensão do Problema em outros Países

Em 1968 um estudo promovido pelo National Institute of Mental Health dos E.U.A. determinou que mais da metade da população de deficientes mentais estavam em uso de "tranquilizantes"⁽⁹⁾. A estimativa dos anos 80 mostra uma queda discreta, porém já significativa, situando o uso de medicação psicotrópica na faixa entre 40 a 50%^(2, 10, 11, 12). A classe de drogas mais largamente utilizada, segundo estes estudos, é dos neuroléticos. Este tipo de medicamento, apesar de ser o que mais facilmente controla comportamentos maladaptativos como agressividade, agitação, auto-

agressividade, potencialmente pode causar sérios (e irreversíveis às vezes) danos neurológicos como discinesia tardia, além de efeitos adversos no processo de aprendizado, o que pode contrabalançar os benefícios do controle do comportamento. A estimativa é de que haja uma prevalência de no máximo 15% de casos de discinesia tardia em populações institucionalizadas (13, 14, 15).

Com relação ao uso de benzodiazepínicos as estimativas de seu uso varia de 8 a 16,9% nas populações institucionalizadas e de 3 a 5,5% nos pacientes de comunidade (10, 11, 12, 16). Até hoje não se sabe ao certo quais as vantagens do uso de benzodiazepínicos cronicamente nestas populações, e, quanto às desvantagens, podem levar à dependência, tolerância com relação aos efeitos sedativos (que algumas vezes é o mais desejado), e, possivelmente, déficits cognitivos (16, 17).

Estima-se que a população de deficientes mentais tenham mais síndromes convulsivas e mais severas que as populações gerais. Há estudos que indicam uma prevalência que varia de 15 a 31% dependendo de variáveis como institucionalização ou não, presença ou não de outras patologias neurológicas ou associações de mais de um tipo de deficiência. Quanto a medicamentos usados para epilepsia, estima-se que nos E.U.A. 1/3 dos pacientes em regime de internação usem anti-convulsivantes, e este número cai para 11% em pacientes em programa de comunidade, na maioria das vezes o quadro convulsivo pode ser bem controlado com somente uma droga, desde que bem escolhida e adequadamente monitorada (18, 19, 20).

Não temos estatísticas deste tipo em nosso país, mas os dados vindos de fora do Brasil não parecem ser confortadores à primeira vista, e podemos agora situar os resultados encontrados neste estudo como uma problemática que não é isolada, mas pertinente a um modelo de atendimento que é questionável. Em um estudo de 1986 analisado o uso de medicação psicotrópica em 242 pacien-

tes com deficiência mental institucionalizados, encontrou-se que pelo menos 39,1% e possivelmente até 54,6% de todas as prescrições destes pacientes havia provavelmente uso inadequado de psicofármacos (2, 21). Vemos que o uso destes medicamentos: a) não é recente; b) em outros países mais desenvolvidos que o Brasil há também a história de uso excessivo; c) os pacientes deficientes mentais da comunidade consomem quantidades significativamente menores de psicofármacos que as populações institucionalizadas.

Psicotrópicos nas Casas "André Luiz"

Encontra-se na tabela 2 que, dos 787 pacientes estudados, 618 (78,53%) tiveram sua última avaliação psiquiátrica há mais de 2 anos. Destes, 206 (26,18% do total) estavam em uso de medicamentos psicotrópicos, e, tinha-se na época do início deste levantamento 313 pacientes em uso de neuroléticos (39,77% da população) e 47 pacientes em uso de benzodiazepínicos (5,97% da população). No total, 360 pacientes estavam fazendo uso regular de medicação psicotrópica, excetuando-se os anticonvulsivantes que não estão computados nesta tabela. Na tabela nº 3 temos os dados do tempo de uso de medicação, divididos em espaços de 2 anos, com o uso proporcional em relação ao subtotal dos pacientes que na ocasião consumiam neuroléticos ou benzodiazepínicos, e o quanto isto representa em relação ao número de pacientes internados na data do estudo. Temos 65,18% dos pacientes em uso de neuroléticos recebendo estas medicações há mais de 4 anos; confirmando-se estes números com os dados da tabela 2, encontramos que, dos pacientes que recebem neuroléticos, somente 34,18% deles (107 pessoas) tiveram avaliação psiquiátrica nos últimos 2 anos. Observa-se também algo que não seria esperado à primeira vista (Gráfico 1): à medida em que se aumentam os anos de uso de neuroléticos esperaria-

TABELA 2 - TEMPO DA ÚLTIMA AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA

| Última Avaliação Psiquiátrica | nº de pacientes | em uso de psicofármacos |
|-------------------------------|-----------------|-------------------------|
| 2 anos ou mais | 618 | 206 |
| 4 anos ou mais | 288 | 42 |
| 5 anos ou mais | 248 | 26 |
| 6 anos ou mais | 25 | 0 |
| nunca foram avaliados | 7 | 0 |

mos que o número de pacientes com prescrições deste medicamento caísse proporcionalmente, formando uma curva descendente. Isto, entretanto, não é o que acontece; vê-se que temos uma queda inicialmente, mas o uso volta a subir para aqueles em uso há mais de 8 anos, formando uma curva bimodal. O que se vê em relação aos benzodiazepínicos é uma curva muito suave, mostrando uma discreta ascensão entre os 12 e 14 anos de uso, para somente aí apresentar uma queda definitiva. A isto poderíamos chamar de cronificação de terapêutica, ou seja, instituições de grande porte com um modelo de atendimento centrado nas urgências e intercorrências tornam-se facilitadoras da perpetuação de condutas medicamentosas.

O que acaba sendo preocupante é o uso tão espantosamente crônico de psicotrópicos. Isto é uma tradução fiel do que um serviço de atendimento estruturado para intercorrências e sem retaguarda de reavaliações e sem planejamentos constantes é capaz de fazer a longo prazo. Estes números situam-nos mais ou menos 30 anos atrás em relação a países como os E.U.A., quando situações como estas eram vistas.

Na tabela 4 temos o uso de psicofármacos total em dezembro de 1992, com comparação em relação à população de pacientes deficientes mentais em atendimento ambulatorial. é digno de nota o consumo menor que esta população de comunidade faz, o que é concordante com os dados de literatura. Temos duas situações, uma funcionando segundo o modelo de in-

tercorrências e que atende principalmente às urgências; uma outra funcionando em um modelo de atendimentos de rotina, com agendamento de consultas e reavaliações periódicas (dificilmente um paciente de ambulatório tem seu retorno marcado para períodos maiores que um mês e meio), que permite (a) maior conhecimento do paciente; (b) avaliações mais profundas e com diagnósticos mais precisos; e (c) monitoramento constante da necessidade ou não do uso de medicação. Deve ser lembrado, contudo, que este ambulatório é muito selecionado: atende basicamente uma população com características mais ou menos semelhantes à da população institucionalizada (gráfico 2), e que, apesar de não ter sido completamente caracterizada, a maioria dos pacientes é portador das deficiências mentais severas e profundas, embora no Ambulatório de Deficiência Mental das Casas "André Luiz" haja maior número de pacientes com deficiência mental moderada, também com associações de outras deficiências. Esta é justamente a parcela de deficientes mentais, que mais necessita do uso de psicofármacos, principalmente dos anti-convulsivantes. A comparação do uso de medicação no ambulatório de Deficiência Mental das Casas "André Luiz" com outros ambulatórios para deficientes mentais só é possível se esta precaução com o diagnóstico da deficiência for tomada de início, pois outros serviços têm a tendência de priorizar seus atendimentos a deficientes mentais leves e moderados, onde não há uma associação tão alta com outras

TABELA 3 - TEMPO DE USO DE NEUROLÉTICOS E BENZODIAZEPÍNICOS COM ÊNFASE NA PROPORÇÃO DE PACIENTES MEDICADOS EM RELAÇÃO AO TOTAL DE INTERNADOS

| Uso de medicação | NRL | % NRL | % total | BZD | % BZD | % total |
|------------------|------------|----------------|---------------|-----------|----------------|---------------|
| até 2 anos | 73 | 23,32% | 9,28% | 42,55% | 2,54% | de 2 a 4 anos |
| de 4 a 6 anos | 19 | 6,07% | 2,41% | 7 | 14,89% | 0,89% |
| de 6 a 8 anos | 26 | 8,31% | 3,30% | 4 | 8,51% | 0,51% |
| de 8 a 10 anos | 20 | 6,39% | 2,54% | 2 | 4,26% | 0,25% |
| de 10 a 12 anos | 46 | 14,70% | 5,84% | 2 | 4,26% | 0,25% |
| de 12 a 14 anos | 42 | 13,42% | 5,34% | 3 | 6,38% | 0,38% |
| de 14 a 16 anos | 51 | 16,29% | 6,48% | 1 | 2,13% | 0,13% |
| total | 313 | 100,00% | 39,77% | 47 | 100,00% | 5,97% |

NRL - Neuroléticos

% NRL - proporção de pacientes em relação ao total em uso de neuroléticos

BZD - Benzodiazepínicos

% BZD - proporção de pacientes em relação ao total de benzodiazepínicos

% total - proporção de pacientes em uso de medicação em relação ao total de pacientes internados (787)

TABELA 4 - COMPARAÇÃO DO USO DE PSICOTRÓPICOS ENTRE PACIENTES AMBULATORIAIS E INTERNADOS

| | Internados | Ambulatório |
|-------------------------------|-------------|-------------|
| total de pacientes | 787 | 70 |
| em uso de benzodiazepínicos | 47(5,97%) | 3(4,28%) |
| em uso de neuroléticos | 313(39,77%) | 15(21,42%) |
| em uso de anti-convulsivantes | 459(58,32%) | 24(34,28%) |
| em uso de psicofármacos | 547(69,50%) | 37(52,85%) |

patologias neurológicas. É interessante também reparar que o consumo de benzodiazepínicos isoladamente não é alto; sua taxa de uso estava dentro de parâmetros aceitáveis, abaixo até dos padrões de uso internacional, mesmo nos pacientes internados; no que se refere ao uso dos pacientes em atendimento ambulatorial, o consumo de 4,3%.

O uso dos anti-convulsivantes, contudo, é o que mais traz preocupações. Tínhamos, dos dados de prontuário, 164 pacientes com diagnóstico de epilepsia, o que representa 20,84% do total dos pacientes internados na época, número que está em correspondência aproximada com os dados de literatura internacional, como foi visto acima.

Como, todavia, poderia ser explicado que, tendo-se ao redor de 20% de pessoas com epilepsia ou síndromes convulsivas segundo o que se encontra escrito nas pastas

médicas, ser encontrado 57,23% do total da população fazendo uso de medicamentos anticonvulsivantes? A intercorrência em algum dia um episódio convulsivo, sendo então medicados e permanecendo com a prescrição, não sendo estas pessoas verdadeiramente "epiléticas" (já vimos que o modelo de atendimento de intercorrências é um modelo perpetuador de condutas médicas); c) alguns pacientes apresentaram como intercorrência em algum dia episódio que foi diagnosticado convulsão, foram medicados, e, possivelmente houve erro no diagnóstico de crise; d) há entre os que recebem anticonvulsivantes, aqueles que um dia provavelmente tiveram epilepsia e que atualmente não necessitariam mais de medicação. Provavelmente estas hipóteses estão todas presentes, contribuindo em maior ou menor grau, mas somente seria possível averiguá-las em se fazendo uma ampla revisão dos diagnósticos neurológicos voltados para o aspecto da ocorrência de crises convulsivas e do seu tempo de acontecimento.

Em 1992 a Associação Psiquiátrica Americana (The American Psychiatric Association) (22) recomendou que todo paciente em uso de neurolético seja avaliado do ponto de vista medicamentoso e diagnóstico a cada três meses pelo menos, com especial ênfase ao surgimento de efeitos colaterais de longo prazo (como a discinesia tardia) e com todos os exames complementares necessários para o correto monitoramento. Para o uso de benzodiazepínicos, foi recomendada reavaliações a cada 14 dias caso a indicação de uso tenha sido para tratar insônia e no máximo a cada 3 meses se a indicação foi para uso ansiolítico, dando-se ênfase ao surgimento de

Tempo de Uso de Psicotrópicos

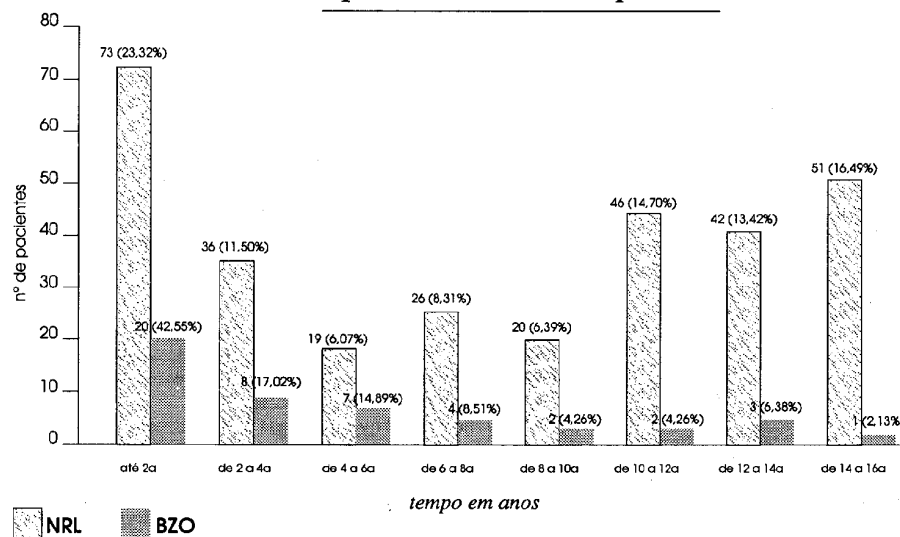


Gráfico 1 - Tempo de Uso de Neuroléticos e Benzodiazepínicos

Grau de Deficiência Mental da População Atendida

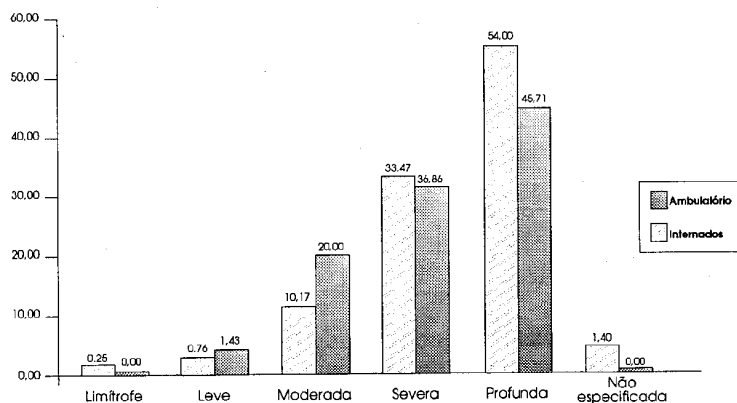


Gráfico 2 - Comparação dos Graus de deficiências entre as populações dos ambulatórios e internada (valores numéricos não números)

sinais indicativos de dependência de droga e do surgimento de tolerância aos efeitos terapêuticos. Torna-se claro que estamos longe do que é o recomendável, embora isto não se deva primariamente a uma deficiência dos profissionais, mas fruto de anos de um atendimento que estruturou-se no que é urgente, fazendo com que muitas pessoas estejam fazendo uso de medicação por períodos longos de tempo sem reavaliações, não sendo possível dizer, sem reavaliar paciente por paciente, qual deles necessita ou não estar usando psicofármacos.

SUMMARY

The author made a survey of the use of psychotropic medication in a population of institutionalized mentally retarded individuals and outpatients with mental retardation of a multidisciplinary ambulatory program. The medical files were reviewed in order to find if a patient was in use of psychotropic medication also reviewed and the date beginning on medication was also reviewed and the date of the last psychiatric consultation too. Of 787 inpatients, 547 were in use of neuroleptics, anticonvulsants or benzodiazepines (69,5%). Of 70 outpatients, 37 (52,85%) were in use of psychotropic medication.

KEY WORDS

Mental Retardation, Psychofarmacology, Institutions.

Bibliografias

01. John W. Jacobson: - "Administrative and Policy Dimensions of Developmental Disabilities Services", in Johnny L. Matson, James A. Mulick: "Handbook of Mental Retardation"; Program Press, Inc; 1991.
02. William J. Bates, Donald J. Smeltzer: "Appropriate and Inappropriate Use of Psychotherapeutic Medications for Institutionalized

zed Mentally Retarded Persons"; American Journal of Mental Deficiency, 90(4): 363-370, 1986.

03. Frank J. Manolascino, et al: "Mental Illness in the Mentally Retarded: Diagnostic Clarity as a Preclude to Psychopharmacological Interventions", in John J. Raley (editor): "Mental Retardation: Developing Psychotherapies"; The American Psychiatric Association Press, Inc, 1991.

04. Centro Espírita "Nosso Lar" - Casas "André Luiz": "Relatório Anual do Exercício de 1988".

05. Centro Espírita "Nosso Lar" - Casas "André Luiz": "Relatório Anual do Exercício de 1989".

06. Centro Espírita "Nosso Lar" - Casas "André Luiz": "Relatório Anual do Exercício de 1990".

07. Centro Espírita "Nosso Lar" - Casas "André Luiz": "Relatório anual do Exercício de 1991".

08. "Treatments of Psychiatric Disorders, A Task Force of The American Psychiatric Association"; American Psychiatric Association Press, vol. I, sec. I, chapter 2, 1989.

09. Chrissoula Stavrakaki (editor): "Psychiatric Perspectives on Mental Retardation"; The psychiatric Clinics of North America, 9(4):747, december, 1986.

10. Renee Brigs: "Monitoring and Evaluating Psychotropic Drug Use for Persons with Mental Retardation: A Follow-Up Report"; American Journal on Mental Retardation, 93(6): 633-639; 1989.
11. Ann R. Poindexter: "Psychotropic Drug Pattern in a Large ICF/MR Facility: A Ten-Year Experience"; American Journal on Mental Retardation, 93(6): 624-626; 1989.
12. Cristine Rinck, et al: "Review of State's Practices for the Use of Psychotropic Medication"; American Journal on Mental Retardation, 93(6): 657-668; 1989.
13. Keith W. Brown; Thomas White: "The Psychological Consequences of Tardive Dyskinesia - The Effect of Drug-Induced Parkinsonism and the Topography of the Dyskinetic Movements"; British Journal of Psychiatry, 159: 399-403; 1991.
14. C. Thomas Gualtieri: "Tardive Dyskinesia and Other Neuroleptic Treatment in Children and Adolescents"; The American journal of Psychiatry, 141: 20-23, 1984.
15. C. Thomas Gualtieri: "Tardive Dyskinesia in Young Mentally Retarded Individuals". Archives of General Psychiatry, 43: 335-340; 1986.
16. "Treatments of Psychiatric Disorders, a Task Force of The American psychiatric Association"; American Psychiatric Association press, vol. I sec. I, pp. 85-91, 1989.
17. Jellrey Buck, Robert L. Sprague: "Psychotropic Medication of Mentally Retarded Residents in Community Long-Term Care Facilities"; American Journal on Mental Retardation, 93(6): 618-623; 1989.
18. J. Clarke, et al "Psychotropic Drugs and Mental Retardation 1: Disabilities and the Prescription of Drugs for Behavior and for Epilepsy in Three Residential Settings"; Journal of Mental Deficiency Research. 134: 385-395; 1990.
19. Jeremy K. A. Roberts: "Neuropsychiatric Complications of Mental Retardation", in Chrissoula Stavrakaki (editor): "Psychiatric Perspectives on Mental Retardation"; The Psychiatric Clinics of North America. 9(4): 651-655, december, 1986.
20. Deb; "Psychopathology of People with Mental Handicap and Epilepsy"; British Journal of Psychiatry, 159: 822-833; 1991.
21. Brian A. Glasser, Lanny E. Moreau: "Effects of interdisciplinary Team Review on the Use of Antipsychotic Agents with Severely and Profoundly Mentally Retarded" American Journal of Mental Deficiency, 90(4): 371-379, 1986.
22. "Psychopharmacological Screening Criteria - American Psychiatric Association on Research on psychiatric Treatments"; Journal of Clinical Psychiatry, 53: 184-196; 1992.