

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

Tatiana Fernandes Carpinteiro da Silva

**AVALIAÇÃO DO AJUSTAMENTO SOCIAL EM PACIENTES
ESQUIZOFRÊNICOS ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE HOSPITAL
GERAL NO RIO DE JANEIRO**

RIO DE JANEIRO

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Tatiana Fernandes Carpinteiro da Silva

**AVALIAÇÃO DO AJUSTAMENTO SOCIAL EM PACIENTES
ESQUIZOFRÊNICOS ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE HOSPITAL
GERAL NO RIO DE JANEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação
em Saúde Coletiva no Instituto de Estudos em Saúde
Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro,
como parte dos requisitos necessários à obtenção do
título de mestre em Saúde Coletiva.

Orientador

Prof. Dr. Giovanni Marcos Lovisi

RIO DE JANEIRO

2009

Silva, Tatiana Fernandes Carpinteiro da.

Avaliação do ajustamento social em pacientes esquizofrênicos atendidos em um ambulatório de hospital geral no Rio de Janeiro / Tatiana Fernandes Carpinteiro da Silva. – Rio de Janeiro: UFRJ / IESC, 2009.

xiv, 118, f. : il. ; 31 cm.

Orientador: Giovanni Marcos Lovisi

Dissertação (mestrado) – UFRJ/IESC, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2009.

Referências bibliográficas: f. 82-101

1. Esquizofrenia – epidemiologia. 2. Ajustamento social. 3. Prevalência. 4. Estudos transversais. 5. Humanos. 6. Saúde Coletiva – Tese. I. Lovisi, Giovanni Marcos. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, IESC, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Tatiana Fernandes Carpinteiro da Silva

**AVALIAÇÃO DO AJUSTAMENTO SOCIAL EM PACIENTES
ESQUIZOFRÊNICOS ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE HOSPITAL
GERAL NO RIO DE JANEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Aprovação em 30 de Outubro de 2009.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Giovanni Marcos Lovisi, IESC/UFRJ.

Prof. Dra. Letícia Fortes Legay, IESC/UFRJ.

Prof. Dr. Jose Ramón Rodríguez Arras López, UNIRIO.

Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Dr. Giovanni Lovisi, que com total dedicação, paciência e entusiasmo, conduziu-me os primeiros passos pelo infinito caminho do conhecimento científico.

Às professoras Dr^a. Letícia Legay e Dr^a. Lúcia Abelha pela acolhida e apoio dado durante todo o curso.

Aos professores Dr. Jose Ramón Rodriguez Arras López e Dr^a. Maria Tavares Cavalcanti pela gentileza com que aceitaram o convite para composição da banca.

A os meus pais, verdadeiros responsáveis pela minha formação, e ao meu irmão, pelo incentivo e companheirismo em cada conquista obtida.

A todos os meus colegas de mestrado, em especial Simone A. Santos e Priscila Krauss, pelo apoio e colaboração.

“Tudo é precioso para aquele que foi, por muito tempo, privado de tudo”.

Friedrich Nietzsche

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABAC	Associação Brasileira de Assistência aos Cancerosos
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
AVAI	Anos de vida ajustados por incapacidade
AVI	Anos vividos com incapacidade
AVP	Anos de vida perdidos em virtude de mortalidade prematura
BPRS	<i>Brief Psychiatric Rating Scale</i>
CAPS	Centros de atenção Psicossocial
CAPS ad	Centros de atenção Psicossocial – Álcool e drogas
CAPS i	Centros de atenção Psicossocial - Infantil
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – 10ª Edição
DSM IV TR	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª Edição Revisada
ECAS	<i>Epidemiologic Catchment Areas Surveys</i>
EE	Emoção Expressada
GAF	<i>Global Assessment of Functioning</i>
GAS	<i>Global Assessment Schedule</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HMK	Hospital Mário Kröeff
IC	Intervalo de Confiança
NIMH	<i>National Institute of Mental Health</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i> – Razão de chances de exposição

p	p-valor
PANSS	<i>Positive and Negative Syndrome Scale</i>
PRS	<i>Psychopathology Rating Schedule</i>
PSP	<i>Personal and Social Performance</i>
SOFAS	<i>Social and Occupational Functioning Assessment Scale</i>
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento livre e Esclarecido
UPHG	Unidade psiquiátrica em hospital geral
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHO/DAS	<i>Disability Assessment Schedule</i>
χ^2	Qui-quadrado

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Características sócio-demográficas e sua associação ao ajustamento social comprometido em 127 esquizofrênicos atendidos em um ambulatório de hospital geral no Rio de Janeiro	66
TABELA 2 - Fatores psiquiátricos e sua associação ao ajustamento social comprometido em 127 esquizofrênicos atendidos em um ambulatório de hospital geral no Rio de Janeiro	69
TABELA 3 - Tabela 3 - Distribuição de pontuação por item da escala WHO/DAS – Seções 1 e 2 (n=127)	71
TABELA 4 - Modelo multivariado de fator de risco para ajustamento social comprometido em 127 esquizofrênicos atendidos em um ambulatório de hospital geral no Rio de Janeiro	73

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Modelo de comprometimentos e danos sociais da WHO	34
QUADRO 1 - Instrumentos utilizados na avaliação do ajustamento social	36
QUADRO 2 - Estudos internacionais que avaliaram o ajustamento social de pacientes esquizofrênicos	39
QUADRO 3 - Estudos nacionais que avaliaram o ajustamento social de pacientes esquizofrênicos	43

RESUMO

SILVA, Tatiana Fernandes Carpinteiro. Avaliação do ajustamento social em pacientes esquizofrênicos atendidos em um ambulatório de hospital geral no Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Introdução: A esquizofrenia é um transtorno mental grave, que atinge cerca de 1% da população mundial. A transferência dos cuidados psiquiátricos do hospital para serviços existentes na comunidade provocou uma mudança na concepção do tratamento, ampliando o enfoque anterior, que era limitado ao diagnóstico psiquiátrico e à redução da sintomatologia. Nesse novo contexto, a avaliação do ajustamento social se tornou de grande importância para o desenvolvimento de programas de reabilitação psicossocial para estes pacientes. **Objetivo:** Como existem poucos estudos sobre o tema no Brasil, um estudo seccional foi realizado para avaliar o ajustamento social e as características sócio-demográficas e clínicas associadas nos pacientes com transtorno esquizofrênico em tratamento no ambulatório de psiquiatria de um hospital geral na cidade do Rio de Janeiro no período de um ano. **Métodos:** O estudo foi realizado em um Hospital Geral da cidade do Rio de Janeiro. Incluiu-se todos os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia registrado no prontuário que haviam recebido tratamento neste ambulatório no período de outubro de 2008 a setembro de 2009. Foram utilizados instrumentos semi-estruturados na avaliação da esquizofrenia (checklist da CID-10), sintomas psiquiátricos (PANSS) e ajustamento social (WHO/DAS). **Resultados:** Foram entrevistados 127 pacientes, dos quais 94 (74%) tinham algum prejuízo no ajustamento social. As áreas do ajustamento social mais afetadas foram os papéis ocupacionais (62,3%) e sexuais (30,8%). Ser solteiro(a)/ divorciado(a)/ viúvo(a), ter baixa escolaridade e estar desempregado(a) foram associados significativamente com o ajustamento social comprometido. Estes resultados foram similares aos encontrados em estudos realizados tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. **Conclusão:** O conhecimento do ajustamento social e de suas

áreas mais comprometidas é importante para a formulação de políticas de saúde e programas de reabilitação psicossocial, voltados para, a otimização do ajustamento na sociedade e inserção desta clientela em serviços de saúde comunitários.

Palavras-chave: Esquizofrenia; Ajustamento Social; Ambulatório Hospitalar; Estudos Transversais; Epidemiologia.

ABSTRACT

SILVA, Tatiana Fernandes Carpinteiro. Assessment of social adjustment in schizophrenic patients attending an outpatient service in a general hospital at Rio de Janeiro. Master's degree in Public Health. Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Introduction: Schizophrenia is a serious mental disorder that affects about 1% people around the world. The transfer of psychiatric care hospital to community-based services led to a change in the design of treatment, extending the previous approach, which was limited to psychiatric diagnosis and reduction of symptoms. Therefore, the assessment of social adjustment have become of great importance to develop psychosocial rehabilitation programs for these patients. **Objective:** As there are few studies of this issue in Brazil, a cross-sectional study was conducted to assess the social adjustment and the clinical and social-demographic factors associated with schizophrenic patients attending an outpatient service in a general hospital in the Rio de Janeiro City. **Method:** This study was carried out in a general hospital at Rio de Janeiro city. Eligible subjects were all schizophrenic patients who have being treated at this service between October/ 2008 and September/2009. The semi-structured instruments were used to assess schizophrenia (ICD-10 Checklist), psychiatric symptoms (PANSS) and social adjustment (WHO/DAS). **Results:** One hundred and twenty seven patients were included, of whom 94 (74%) presented some impairment in social adjustment. The most frequently affected areas were occupational (62,3%) performance and sexual role (30,8%). Being single/ divorced /widower, with low educational level and unemployment showed statistically significant associations with impairment in social adjustment. These findings were similar to other results found in studies carried out in developed and developing countries. **Conclusions:** The knowledge of social adjustment and its more frequently affected areas should be crucial to implement health policies and psychosocial rehabilitation programs

focused on improving the social adjustment of these patients and to include them in the community health services.

Key Words: Schizophrenia; Social Adjustment; Outpatient Services; Cross-sectional Studies; Epidemiology.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	V
LISTA DE TABELAS	VII
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	VIII
RESUMO	IX
ABSTRACT	XI
1 INTRODUÇÃO	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 Critérios diagnósticos para esquizofrenia	17
2.2 Aspectos epidemiológicos acerca da esquizofrenia	19
2.3 Aspectos epidemiológicos acerca da esquizofrenia no Brasil	23
2.4 Fatores associados ao curso e prognóstico da esquizofrenia	24
2.5. Atuais serviços de assistência à saúde mental no Brasil	30
3 AVALIAÇÃO DO AJUSTAMENTO SOCIAL EM PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS	34
4 PRINCIPAIS ESTUDOS INTERNACIONAIS E NACIONAIS QUE AVALIARAM O AJUSTAMENTO SOCIAL DE PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS	39
4.1 Estudos internacionais que avaliaram o ajustamento social de pacientes esquizofrênicos	39
4.2 Estudos nacionais que avaliaram o ajustamento social de pacientes esquizofrênicos	43
4.3 Comparações entre os estudos internacionais e nacionais	46

5 JUSTIFICATIVA	47
6 OBJETIVOS	48
6.1 Objetivo geral	48
6.2 Objetivos específicos	48
7 MÉTODOS	49
7.1 Local do estudo	49
7.2 Desenho do estudo	50
7.3 População do estudo	51
7.4 Critérios de inclusão	51
7.5 Critérios de exclusão	51
7.6 Instrumentos de avaliação	51
7.6.1 Características sócio – demográficas e clínicas	52
7.6.2 Avaliação da esquizofrenia e do uso de substâncias psicoativas	52
7.6.3. Avaliação dos sintomas psiquiátricos	53
7.6.4 Avaliação do ajustamento social	53
7.7 Coleta dos dados	54
7.8 Aspectos éticos	55
7.9 Análise estatística dos dados	55
8 ARTIGO	57
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
ANEXOS	102

1 INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é um transtorno mental grave, que atinge cerca de 1% da população mundial. Mais de 50% dos pacientes esquizofrênicos não recebem tratamento apropriado, e dentre estas pessoas, 90% vivem em países em desenvolvimento, como o Brasil (WHO, 2001).

Constitui um importante problema de saúde pública, pois apesar de sua baixa incidência, é responsável por 1,1% do total de Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (AVAI) e 2,8% dos Anos Vividos com Incapacidade (AVI). Demonstrou-se que este transtorno ocupava o nono lugar entre as causas de incapacitação em pessoas de 15 a 44 anos de idade no mundo todo, e o quarto lugar quando considerados apenas os países desenvolvidos (Murray & Lopez, 1996). Os pacientes esquizofrênicos ocupam entre 21% a 38% de todos os leitos de hospitais psiquiátricos, e representam cerca de 16% de todos os pacientes psiquiátricos que recebem algum tipo de tratamento (Ho et al, 2003). Como acomete basicamente indivíduos em idade jovem, acarreta não apenas prejuízos sociais, mas também econômicos. O custo deste transtorno para a sociedade em relação aos gastos médicos diretos e à perda de produtividade do indivíduo acometido é bastante significativo (Knapp et al, 2004). Além da sobrecarga econômica, também acarreta importante sobrecarga emocional para os familiares (Pai & Kapur, 1982).

Uma das mais graves conseqüências da esquizofrenia é a ocorrência de mortalidade precoce em grande parte dos acometidos por este transtorno. Isto ocorre tanto pelo grande número de comorbidades encontradas, quanto pela expressiva ocorrência de suicídios nesta população (Mortensen et al 1993; Caldwell & Gottesman 1990).

A esquizofrenia é um transtorno heterogêneo com subtipos, curso e prognóstico bastante variáveis entre os indivíduos acometidos. Não é um transtorno de curso uniforme, podendo ser progressivamente deteriorante para alguns, oscilar entre períodos de remissão e exacerbação, ou ainda apresentar remissão completa para outros. Embora se observe prevalência semelhante entre homens e mulheres, estas são acometidas mais tardiamente, e tendem a apresentar melhor prognóstico e melhor adaptação social (Murray, 2005).

Com o processo de Reforma Psiquiátrica, que está ocorrendo em vários países do mundo, incluindo o Brasil, há uma priorização do tratamento dos pacientes mentais graves na

comunidade. Com isso, a avaliação do ajustamento social é um importante fator na avaliação do curso e prognóstico, assim como na adequação destes pacientes em sociedade, sendo-lhe atribuída grande importância, principalmente na avaliação prognóstica a longo prazo, considerando seu papel exercido, sua capacidade de cuidar de si próprio e seu desempenho nas mais variadas funções (O'Driscoll & Leff 1993).

A esquizofrenia pode afetar o ajustamento social em várias áreas, como cuidado-pessoal, desempenho ocupacional, relações familiares e relacionamentos sociais apropriados. Vários são os fatores relacionados ao ajustamento social, tais como os sintomas psiquiátricos, a ocorrência de recaídas, sexo do paciente, emoção expressada pelos familiares, habilidades sociais, uso de drogas, transtornos da personalidade e do ajustamento social na infância. A estigmatização da doença mental também contribui para o desajuste social dos pacientes, pois acarreta acesso restrito aos serviços sociais, menores chances de conseguir um emprego e se casar, aumento dos maus-tratos e da institucionalização (Gulinelli et al, 2005; WHO, 1998).

Sabe-se que atualmente, mesmo com a melhora dos sintomas e a prevenção de re-hospitalizações promovidas pela terapia medicamentosa, não há garantia de melhora da situação social destes pacientes. Há necessidade de integração entre os avanços da psicofarmacologia e as intervenções psicossociais em seu manejo, mesmo por que o efeito de qualquer abordagem de tratamento sobre o ajustamento social é muito menos imediato do que sobre os sintomas psicopatológicos (Priebe, 2007). Portanto, a avaliação do ajustamento social é um importante aspecto a ser considerado no tratamento comunitário de pacientes esquizofrênicos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Critérios diagnósticos para esquizofrenia

O diagnóstico dos transtornos mentais é atualmente realizado com base em dois principais sistemas classificatórios: a Classificação Internacional de Doenças, que está em sua décima edição (CID - 10), desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (WHO), e o Manual de Estatística e Diagnóstico dos Transtornos Mentais, em sua quarta edição revisada (DSM-IV-TR), desenvolvido pela *American Psychiatric Association*.

O diagnóstico de esquizofrenia conforme a CID – 10 exige período mínimo de um mês de duração dos sintomas. Já para o DSM – IV-TR é necessário período mínimo de seis meses de duração, que deve incluir ao menos um mês de sintomas produtivos (ou menor tempo, se tratado com sucesso) e pode incluir períodos de sintomas prodrômicos ou residuais.

O critério usado para definição de caso de esquizofrenia pode acarretar diferenças no seu prognóstico, já que pacientes diagnosticados pelo DSM – IV-TR estão mais propensos à cronicidade, pois no momento do diagnóstico já possuem seis meses de doença. Por sua vez, aqueles diagnosticados pela CID - 10 apresentam maior chance de um melhor prognóstico, pois tem apenas um mês de transtorno (Murray, 2005; Harvey, 1996).

A utilização de critérios com maior ou menor grau de restrição no diagnóstico de esquizofrenia também tem como conseqüências variações nas taxas de incidência e prevalência. Quanto mais restritos os critérios, isto é, quanto mais tempo de duração do transtorno é exigido, maior a especificidade do diagnóstico. Por sua vez, critérios mais amplos, que exigem menor tempo de duração do transtorno, aumentam a sensibilidade do diagnóstico (Carpenter & Buchanan, 1994).

A classificação de esquizofrenia de acordo com a CID – 10 é baseada nas seguintes características:

- (a) Eco, inserção, irradiação ou roubo do pensamento;
- (b) Delírios de controle, influência ou passividade claramente referindo-se ao corpo ou movimentos dos membros ou pensamentos específicos, ações ou sensações; percepção delirante;

- (c) Vozes alucinatórias comentando o comportamento do paciente ou discutindo entre elas sobre o paciente, ou outros tipos de vozes alucinatórias vindas de alguma parte do corpo;
- (d) Delírios persistentes de outros tipos culturalmente inapropriados e completamente impossíveis, tais como identidade política ou religiosa ou poderes e capacidades sobre-humanas;
- (e) Alucinações persistentes de qualquer modalidade, quando acompanhadas por delírios superficiais ou parciais, sem claro conteúdo afetivo, ou por idéias sobrevaloradas persistentes ou quando ocorrem todos os dias durante semanas ou meses continuamente;
- (f) Intercepções ou interpolações no curso do pensamento, resultando em discurso incoerente, irrelevante ou neologismos;
- (g) Comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada ou flexibilidade cérea, negativismo, mutismo e estupor;
- (h) Sintomas negativos, tais como apatia marcante, pobreza do discurso e embotamento ou incongruência de respostas emocionais, usualmente resultando em retraimento emocional e diminuição do desempenho social;
- (i) Alteração significativa e consistente na qualidade global de alguns aspectos do comportamento pessoal, manifestada por perda de interesse, falta de objetivos, inatividade, atitude ensimesmada e retraimento social.

Diretrizes diagnósticas: A exigência normal para um diagnóstico de esquizofrenia é que um mínimo de um sintoma claro (e em geral dois ou mais se são menos claros) pertence a qualquer um dos grupos listados como (a) e (d), ou sintomas de pelo menos dois dos grupos (e) a (h) devem estar claramente presentes pela maior parte do tempo durante o período de um mês ou mais. As condições que preenchem estas exigências sintomatológicas, porém de duração menor que um mês (tratadas ou não), devem ser diagnosticadas em primeira instância como transtorno psicótico esquizofreniforme agudo e reclassificadas como esquizofrenia se os sintomas persistirem por períodos mais longos.

Vendo retrospectivamente, pode ficar claro que uma fase prodrômica na qual sintomas e comportamentos, tais como perda de interesse em trabalho, atividades sociais, aparência pessoal e higiene, juntos com ansiedade generalizada e graus leves de depressão e preocupação precederam o início dos sintomas psicóticos por semanas ou meses. Por causa da dificuldade em determinar o início, o critério de um mês de duração aplica-se somente para os

sintomas específicos e não para qualquer fase prodrômica não-psicótica. O pródromo é seguido por uma fase ativa, na qual predominam os sintomas psicóticos já descritos. Uma fase residual se segue à resolução da fase ativa, e é semelhante ao pródromo. Sintomas psicóticos podem persistir, mas em menor nível de intensidade e podem não ser mais tão problemáticos para o paciente. Sintomas da fase ativa ocorrem episodicamente, com níveis variáveis de remissão entre os episódios. A frequência e o momento destas exacerbações são imprevisíveis, embora situações estressantes e abuso de substâncias possam precedê-lo (Carpenter & Buchanan, 1994).

A esquizofrenia, segundo a CID – 10, é dividida nos seguintes tipos:

F20. 0: Esquizofrenia Paranóide.

F20. 1: Esquizofrenia Hebefrênica.

F20. 2: Esquizofrenia Catatônica.

F20. 3: Esquizofrenia Indiferenciada.

F20. 4: Depressão Pós-esquizofrênica.

F20. 5: Esquizofrenia Residual.

F20. 6: Esquizofrenia Simples.

F20.8: Outra Esquizofrenia (Inclui Esquizofrenia Cenestopática e Transtorno Esquizofreniforme).

F20. 9: Esquizofrenia não especificada.

2.2 Aspectos epidemiológicos acerca da esquizofrenia

A incidência da esquizofrenia, bem como a de outras doenças raras, é difícil de ser determinada. Pode ser calculada diretamente em estudos populacionais do tipo coorte transversal ou por meio de dados sobre o contato de pacientes com unidades de serviços médicos e unidades psiquiátricas. Estudos em diferentes países têm mostrado incidência de esquizofrenia em adultos entre 0,1 – 0,4/1000 habitantes (WHO, 1998).

Alguns estudos recentes têm sugerido queda na incidência de esquizofrenia (Suvisaari et al, 1999; Brewin et al 1997). Vários fatores metodológicos podem servir de explicação para este declínio: presença de critérios diagnósticos mais restritos; mudanças na estrutura etária da população (transição demográfica levando ao envelhecimento populacional); maior cautela dos médicos em determinar um diagnóstico logo na primeira admissão, antes de rever todos os outros possíveis diagnósticos diferenciais; melhora nos serviços de saúde de um modo

geral, diminuindo a ocorrência de complicações obstétricas (que seriam um fator de risco para a doença). Mesmo considerando todos esses fatores, a diminuição da taxa de incidência de esquizofrenia ainda não é unanimidade (Allardyce et al, 2000; Kendell et al, 1993).

A alta incidência de esquizofrenia tem sido recentemente apresentada em minorias étnicas, tais como comunidades afro-caribenhas no Reino Unido e imigrantes do Suriname na Holanda. A razão da incidência de esquizofrenia em minorias étnicas comparada à população branca foi de 3,6 (Harrison et al, 1999; King et al, 1994). Embora tenha sido especulado que a elevada taxa de incidência nestes grupos tenha base biológica (genética), achados consistentes ao longo dos anos em diferentes países mostram que a primeira e segunda geração de migrantes de qualquer grupo étnico tem maior risco de desenvolver transtornos psicóticos. Isto sugere que fatores ambientais podem ter maior influência na ocorrência deste transtorno. Eventos estressantes nestas populações, os quais incluem discriminação, racismo e mudança cultural, podem contribuir para sua ocorrência (Graae et al, 2005).

O uso de maconha na adolescência tem sido associado em alguns estudos ao aumento da incidência de esquizofrenia, numa curva dose-efeito positiva, podendo aumentar o risco da doença em até 30% (Zammit et al, 2002). Sabe-se que pacientes esquizofrênicos tendem a fazer uso abusivo de drogas, o que tem sido relacionado à necessidade de “auto-medicação”, já que o uso promoveria diminuição dos sintomas negativos do transtorno e diminuição dos efeitos colaterais dos medicamentos antipsicóticos. Porém, no que diz respeito à maconha, outros estudos indicam que o início do uso precede o surgimento dos sintomas psicóticos, enfraquecendo a hipótese da “auto-medicação” (Van et al, 2002; Johns, 2001; Dixon et al, 1990). Estes achados são relevantes não apenas do ponto de vista clínico, como também sob o ponto de vista da saúde pública, já que iniciativas com o objetivo de diminuir o consumo de maconha entre os jovens poderia ter impacto positivo na prevenção de futuros casos da doença (Weiser et al, 2003).

Populações de áreas mais urbanizadas apresentam também maior incidência e prevalência de esquizofrenia que aquelas de áreas rurais. Habitantes de grandes cidades são mais acometidos que os de pequenas cidades, e estes, por sua vez, são mais acometidos que moradores de áreas rurais (Murray, 2005). Alguns estudos sugerem que isto ocorra devido a uma maior exposição a agentes infecciosos durante a gravidez e infância nas áreas de maior contingente populacional, ou ainda a maior ocorrência de complicações perinatais nestas áreas. Considera-se também a hipótese de que residentes em áreas rurais são menos diagnosticados como esquizofrênicos pela menor disponibilidade de serviços psiquiátricos nestas regiões (Mortensen et al, 1999; Torrey & Bowler, 1990).

Em uma revisão de vários estudos epidemiológicos conduzidos na Europa e EUA, a prevalência da esquizofrenia variou de 0,6 a 3%, não havendo diferença entre os sexos na população (Dohrenwend et al, 1980). Esta grande variação encontrada provavelmente se deve a erros metodológicos, como a não-padronização dos critérios diagnósticos. Trabalhos mais recentes, conduzidos com metodologia mais elaborada, têm apresentado resultados mais consistentes, com prevalência de aproximadamente 1% da população. Em uma revisão mais recente, foi encontrada prevalência de 0,92% para homens e 0,9% para mulheres (Murray, 2005; Murray & Lopez, 1996).

Uma alta prevalência de esquizofrenia tem sido encontrada em pequenas regiões centrais e do norte da Europa, em alguns grupos segregados da América do Norte, e em populações vivendo a margem do mundo industrializado, tais como indígenas no Canadá e Austrália. Estes achados podem ser explicados por isolamento genético ou por migração seletiva de saudáveis. Entretanto, tem sido sugerido que a exposição de comunidades isoladas culturalmente a novas culturas pode aumentar o risco de esquizofrenia em indivíduos vulneráveis (WHO, 1998).

O risco de morbidade para esquizofrenia ao longo da vida é de aproximadamente 1,2% para homens e 1,0% para mulheres. Porém, esta diferença entre os sexos não representa significância estatística (WHO, 1998).

A OMS utiliza um indicador que expressa em uma medida única as conseqüências fatais e não fatais de determinada condição, chamada Anos de Vida Ajustado por Incapacidade (AVAI). O AVAI referente a um transtorno é a soma dos anos de vida perdidos em virtude da mortalidade precoce (AVP) e os anos de vida perdidos em virtude da incapacidade pela incidência da doença (AVI). A esquizofrenia é responsável por 1,1% do total de AVAI (WHO, 2001). No estudo sobre a carga global de doenças, a esquizofrenia é responsável por 1,1% do total de Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (AVAI) e 2,8% dos Anos de Vida Vividos com Incapacidade (AVI).

Os pacientes esquizofrênicos consomem porção significativa dos serviços psiquiátricos e médicos gerais. Dados do *National Institute of Mental Health* mostram que a esquizofrenia aparece na maioria dos serviços psiquiátricos como o diagnóstico mais freqüente nas internações, variando de 21% nos hospitais privados a 38% nos públicos, com períodos médios de internação de 18 a 42 dias, respectivamente (Ho et al, 2003). Os resultados do estudo *Epidemiologic Catchment Areas Surveys* mostraram que cerca de 78% dos esquizofrênicos pesquisados haviam tido consultas para tratamento de saúde durante os seis meses anteriores, 45% das quais em saúde mental. Estes pacientes tendiam a obter mais

tratamento em saúde mental de especialistas do que de médicos gerais, o que indica gravidade do transtorno, uma vez que o oposto foi verificado para a maioria dos transtornos mentais menores (Eaton et al, 1984).

Recentemente, estudos têm mostrado que a comorbidade entre os transtornos mentais é comum. A esquizofrenia não é uma exceção. O risco de um paciente esquizofrênico também preencher critérios para outro transtorno mental é muitas vezes maior que o da população em geral, e cerca de 50% destes pacientes apresenta comorbidades clínicas (Sampaio et al, 2006). As comorbidades psiquiátricas associadas à esquizofrenia são principalmente depressão e uso de álcool e drogas (WHO, 1998). A porcentagem de pacientes esquizofrênicos que tiveram humor deprimido clinicamente significativo pelo menos uma vez no curso do transtorno é de 25%. Os sintomas depressivos ocorrem predominantemente nos estágios iniciais da recaída psicótica ou no período de remissão dos sintomas psicóticos. Especificamente neste último, quando o paciente apresenta melhora do juízo crítico, existe alto risco de suicídio (Caldwell & Gottesman, 1990). Nos EUA, a prevalência de abuso ou dependência de substâncias foi estimado em 30% para o álcool e cerca de 25% para drogas ilícitas. O tabagismo tem sido estimado em cerca de 50%. A presença de comorbidades pode levar à diminuição da efetividade do tratamento, piora dos sintomas, aumento do desajuste social e da violência (WHO, 1998).

Embora comorbidades clínicas tenham sido menos investigadas, há evidências de que algumas doenças possam ser um sério problema para pacientes esquizofrênicos, como as doenças cardiovasculares (Jeste et al, 1996) e a infecção pelo HIV, esta última com prevalência estimada em 7% destes pacientes (Sewell, 1996).

Em todo o mundo, a esquizofrenia reduz o período de vida da pessoa afetada em média 10 anos (WHO, 2001). Estudos mostram que o suicídio e outras causas externas são importantes causas de morte em pacientes esquizofrênicos, tanto nos países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. O risco de suicídio nestes pacientes é cerca de doze vezes maior do que na população em geral, e ocorre principalmente em jovens (até os trinta anos de idade) no primeiro ano de tratamento (WHO, 1997). Cerca de 30% dos pacientes esquizofrênicos tentam o suicídio pelo menos uma vez durante a vida (Radomsky et al, 1999). Aproximadamente 10% das pessoas com este transtorno morrem em virtude de suicídio (Caldwell & Gottesman, 1990).

Entre as causas de mortalidade não-violentas, denominadas causas naturais, as doenças do aparelho respiratório e cardiovascular tiveram ocorrência significativa entre pacientes esquizofrênicos, possivelmente relacionadas a um estilo de vida não saudável, alta

prevalência de tabagismo e alcoolismo, restrito acesso aos serviços de saúde ou ainda efeitos colaterais de drogas antipsicóticas, no caso do acometimento cardiovascular (Mortensen et al, 1993).

O custo da esquizofrenia para a sociedade é bastante elevado, tanto no que diz respeito aos custos diretos (recursos investidos nos cuidados médico-hospitalares) e indiretos (prejuízos causados pela diminuição da produtividade do paciente devido à morbidade e mortalidade causada pela doença) (Knapp et al, 2004; Davies & Drumond, 1990). Custos diretos estão entre 1,6% e 2,6% do total de gastos com saúde em países desenvolvidos, o que corresponde a cerca de 7% a 12% do produto interno bruto. Os dados sobre custos indiretos são escassos, por serem de difícil mensuração e por apresentarem maior variação. Uma análise realizada nos EUA mostrou que o impacto econômico total da esquizofrenia, em termos de estimativa per capita, se assemelha a de doenças crônicas como diabetes. Entretanto, seus maiores custos indiretos indicam que o ganho potencial por redução de morbidade e mortalidade através do tratamento é maior para esquizofrenia do que para diabetes (Bebbington et al, 2005; Goeree et al, 1999; WHO, 1998).

O impacto causado pela esquizofrenia nos cuidadores dos pacientes, também deve ser considerado, pois há implicações em vários aspectos, como: maior prejuízo econômico devido à necessidade de suporte ao paciente e devido à perda da produtividade de um membro da família, reações emocionais à doença, como culpa, sentimento de perda e medo do futuro, estresse de conviver com comportamento perturbado, ruptura na rotina familiar, diminuição das atividades sociais, convivência com a diminuição ou desajuste dos relacionamentos interpessoais. Os cuidadores são na maior parte das vezes negligenciados pela equipe profissional que trata do paciente, até mesmo no que diz respeito à natureza da doença e a melhor forma de conviver com esta. Suporte adequado aos familiares é fundamental, e até mesmo custo-efetivo, na medida em que reduz futura morbidade tanto nos cuidadores quanto nos pacientes (Menezes & Mann, 1993). Acredita-se que a insatisfação dos familiares dos pacientes esquizofrênicos está mais relacionada à apatia e a inatividade destes do que aos distúrbios do comportamento e sintomas psicóticos positivos (WHO, 1998). Evidências indicam que a presença de familiares mais tolerantes à doença contribui para maior prevenção da re-hospitalização dos pacientes esquizofrênicos (Shirakawa et al, 1996).

2.3 Aspectos epidemiológicos acerca da esquizofrenia no Brasil

Os estudos epidemiológicos realizados no Brasil encontraram estimativas de incidência e prevalência compatíveis com as observadas em outros países, de acordo com revisão mundial realizada pela OMS (WHO, 2001; Mari & Leitão, 2000). Em estudo conduzido em três grandes centros urbanos brasileiros - São Paulo, Brasília e Porto Alegre – a prevalência encontrada foi entre 0,2 e 2,0% (Almeida et al, 1992). Em um outro estudo, a incidência calculada através de dados relativos à primeira admissão hospitalar no período de um ano foi de 1,9 – 3,9 por 10.000 habitantes em homens e de 1,8 – 3,2 por 10.000 habitantes nas mulheres (Mari & Leitão, 2000).

Embora não seja uma doença fatal, taxas de mortalidade em esquizofrênicos mostram-se elevadas também no Brasil. Em estudo realizado no estado de São Paulo, a mortalidade destes pacientes foi oito vezes maior que a da população em geral. Também foi observado excesso de mortes por suicídio, principalmente no primeiro ano após a primeira hospitalização (Mann & Menezes, 1996; Amaddeo et al, 1995; Bruce et al, 1994). No passado, este excesso na mortalidade estava associado às precárias condições do prolongado tratamento institucional, onde havia alta prevalência de tuberculose e outras doenças transmissíveis. Atualmente, parece estar associada com o processo de transferência do cuidado para a comunidade, onde muitos pacientes não têm suporte social adequado, como habitação, renda e cuidado com a saúde, e estão mais expostos ao abuso de substâncias (Mann & Menezes, 1996).

Ainda existem poucas estimativas sobre o custo deste transtorno em países em desenvolvimento como o Brasil. Sabe-se que a esquizofrenia é responsável por um terço das internações psiquiátricas, e consome cerca de 3% do total de recursos gastos em hospitalizações pelo sistema de saúde brasileiro (Alves et al, 1992). Estudo realizado recentemente em São Paulo (Leitão et al, 2006) mostrou que cerca de 80% dos custos diretos se referem à pacientes internados (48,7% para novas admissões e 30,5% para longa permanência) e apenas 11% a pacientes ambulatoriais. Apenas 7,2% do custo total é gasto com medicamentos. Estes dados podem ainda estar subestimados, pois não foram incluídos o transporte dos pacientes e seus familiares, internações de pacientes sob custódia, tentativas de suicídio, entre outros.

2.4 Fatores associados ao curso e prognóstico da esquizofrenia

A investigação do curso e prognóstico da esquizofrenia é fundamental para a prática clínica, para o planejamento de serviços de saúde e para a pesquisa científica. Sabe-se que o início do transtorno ocorre geralmente no final da adolescência ou início da vida adulta, mas pode se desenvolver em qualquer idade, inclusive na infância. Estima-se que cerca de 4% dos casos de esquizofrenia ocorra antes dos 15 anos de idade. A esquizofrenia na infância, embora incomum, tende a apresentar pior prognóstico, pelo início precoce e pela predominância de sintomas negativos (Tengan et al, 2004; Lay et al, 2000).

A esquizofrenia ocorre mais precocemente em homens, entre os 18 – 25 anos de idade, e nas mulheres, entre 23 – 35 anos. Entretanto, na presença de história familiar para transtornos psicóticos em parentes de primeiro grau, não se observa diferença entre os sexos em relação à idade de início, sugerindo que o sexo não exerce tamanho papel protetor na presença de fatores genéticos (Gorwood et al, 1995). Diversos estudos demonstraram associação positiva entre idade de início precoce e o número total de internações devido ao transtorno (Lenior et al, 2005; Eaton et al, 1992).

As mulheres costumam apresentar curso mais brando, com menos hospitalizações durante a vida, melhor resposta a medicação antipsicótica, menores taxas de recaída e, portanto, um melhor prognóstico e uma melhor possibilidade de ajustamento social (Usall et al, 2007; Mari et al, 2000). Múltiplos fatores têm sido propostos para explicar os efeitos do sexo sobre a esquizofrenia. Estes incluem a mais precoce maturação de cérebro feminino no período intra-uterino, tornando-o menos propenso a lesões no momento do parto; a menor presença de anormalidades estruturais no cérebro feminino, e a presença do estrogênio (Szymanski et al 1995). Este hormônio parece atuar como fator protetor na esquizofrenia, por aumentar o limiar de vulnerabilidade para psicose através da infra-regulação da neurotransmissão dopaminérgica. Isto explicaria o maior risco de desenvolvimento de esquizofrenia tardia em mulheres, a melhor resposta a medicação neuroléptica, e a tendência de curso e prognóstico mais favorável entre a puberdade e a menopausa. Entretanto, estas diferenças entre os sexos desaparecem após o período da menopausa (Szymanski et al 1995).

Os pacientes esquizofrênicos tendem a mostrar uma maior variabilidade na morbidade clínica durante os primeiros cinco anos da doença e depois disso há uma tendência à estabilização em seu estado, seja este favorável ou não (Menezes, 2000). Estima-se que aproximadamente 45% dos pacientes se recuperam após um ou mais episódios, 20% não apresentam remissão dos sintomas, continuando a piorar, e 35% mostram um padrão variável de remissão e exacerbação dos sintomas (WHO, 1998). Foi realizada uma metanálise de 320 estudos sobre o prognóstico da esquizofrenia nos anos de 1895 a 1992, abrangendo um total

de 51.800 pacientes. Neste estudo, 40,2% dos pacientes apresentaram melhora para um período médio de seguimento de 5,6 anos. Observaram curso melhor quando se utilizaram critérios mais abrangentes, que incluíam os diagnósticos de transtorno esquizoafetivo e outros transtornos psicóticos como provável esquizofrenia, além de um período curto de sintomas (um mês) para caracterizar a doença (46,5% apresentaram melhora). Observou-se pior prognóstico quando foram usados critérios mais restritos, como os definidos pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM – IV-TR*, que estabelece a presença de sintomas por um período mínimo de seis meses como requisito para o diagnóstico (27,3% melhoraram). A partir dos anos 50, estudos relataram melhora no prognóstico da esquizofrenia em 48,5%, provavelmente devido à introdução da terapia medicamentosa específica. Entretanto, na última década analisada, houve novo declínio na melhora para 36,4%, o que pode ser explicado pelo uso de critérios mais restritos nos últimos anos (Hegarty et al, 1994).

No mundo inteiro, estudos sobre os primeiros episódios esquizofrênicos demonstram que existe um lapso de tempo de, em média, 1 a 2 anos entre o início dos sintomas psicóticos e o da procura por tratamento (Lieberman et al, 2000). Entretanto, a relação entre a duração da psicose não-tratada e o prognóstico clínico do transtorno ainda é controversa, estando possivelmente associada a um pior prognóstico na esquizofrenia, tanto no que diz respeito à redução dos sintomas psicóticos quanto ao ajustamento social destes pacientes (Perkins et al 2005; Craig et al, 2000; Ho et al, 2000). Mais estudos são necessários para estabelecer a real contribuição do tratamento precoce no prognóstico da esquizofrenia.

Sabe-se que vários fatores sócio-demográficos, clínicos e psicossociais estão associados ao prognóstico da esquizofrenia. Estão relacionados à pior prognóstico: sexo masculino, solteiros, início insidioso e precoce da doença, longa duração dos episódios, classe social baixa, história familiar positiva para esquizofrenia, história de complicações perinatais, presença de anomalias cerebrais estruturais, anormalidades neurocognitivas, mau funcionamento pré-mórbido, ausência de sintomas afetivos, isolamento social (Ho et al, 2003).

Embora a maioria dos estudos tenha associado o estado civil de casado a um melhor prognóstico e a melhor qualidade de vida nestes pacientes (Cardoso et al 2006; Hell & Fürer, 1987), esta associação não se mostra tão consistente após o controle por idade de início do transtorno, já que aqueles com início precoce provavelmente têm menor chance de conseguirem se casar (Eaton et al, 1992).

Níveis educacionais mais elevados também estão associados a um melhor prognóstico na esquizofrenia. Pacientes esquizofrênicos com maior número de anos de escolaridade apresentam melhor ajustamento pré-mórbido e menor sintomatologia psicótica, principalmente em relação ao afeto, alogia, volição e comportamentos bizarros (Swanson et al, 1998).

Pacientes com esquizofrenia costumam apresentar baixa condição socioeconômica. Esta observação tem sido explicada por duas hipóteses: a de causação social, segundo a qual o estresse sofrido por membros de grupos socioeconômicos inferiores contribui para a causa da esquizofrenia, e a hipótese da seleção social (mobilidade descendente), segundo a qual os pacientes afetados movem-se para um grupo socioeconômico mais baixo em virtude do transtorno. Estudos indicam que a seleção social é mais importante para a esquizofrenia do que a causação social (Muntaner et al, 2004; Dohrenwend et al, 1992).

Os sintomas apresentados no curso do transtorno também são influenciadores do prognóstico. Atualmente, os sintomas da esquizofrenia são divididos em três grupos relativamente independentes: sintomas positivos, sintomas negativos e os sintomas de desorganização (Bilder et al, 1985; Strauss et al, 1974).

Os sintomas positivos são principalmente dois sintomas psicóticos clássicos que refletem a confusão do paciente quanto à perda dos limites em relação a si mesmo e ao mundo: as alucinações e os delírios. As alucinações são percepções claras e definidas de um objeto, sem a presença do objeto estimulante real (Dalgarrondo, 2000; Jaspers, 1979). Já os delírios são juízos patologicamente falseados, isto é, constitui um erro ao ajuizar, que é caracterizado por ser irremovível, de convicção extraordinária e de conteúdo impossível (Jaspers, 1979). Observa-se também a presença de agitação psicomotora, produção lingüística nova e idéias bizarras, não necessariamente delirantes, distratibilidade (Kaplan, 1997). Sabe-se que pacientes com longos períodos de sintomas positivos possuem maior comprometimento do que aqueles com curtos períodos produtivos no curso da doença (Pogue-Geile & Harrow, 1984).

Os sintomas negativos são: alogia (diminuição da quantidade e conteúdo da fala), embotamento afetivo (redução da intensidade da expressão e da resposta emocional), abulia (perda da atividade volitiva), anedonia (incapacidade de sentir prazer), comprometimento cognitivo (incluindo diminuição da atenção, memória de trabalho, aprendizagem verbal e capacidade de solucionar problemas), retraimento social, lentificação psicomotora. Estes sintomas parecem estar mais fortemente relacionados a um pior funcionamento social dos

pacientes esquizofrênicos, por apresentarem remissão mais lenta que os positivos (Matza et al, 2006; Dalgarrondo, 2000; Cornblatt, 1985; Andreasen et al, 1982; Jaspers, 1979).

Os sintomas de desorganização incluem fala desordenada (tangencial, circunstancial, ecolalia), comportamento bizarro, alterações do pensamento (afrouxamento dos nexos associativos, descarrilamento, bloqueio), alterações motoras (catatonia, estereotípias, maneirismos, ecopraxia), incongruência afetiva e deterioração do comportamento social (inadequação comportamental) (Ho et al, 2003; Dalgarrondo, 2000).

Estes três domínios psicopatológicos podem estar associados a distintos substratos neurais e a diferentes processos fisiopatológicos, distinguindo as formas de início, curso e prognóstico da doença. Diferentes modos de tratamento também podem ser necessários para cada um dos três domínios de sintomas (Carpenter & Buchanan, 1994). Os estudos têm demonstrado que os sintomas positivos ocorrem com mais frequência no início do transtorno e sua predominância na doença está relacionada a um melhor prognóstico. Já os sintomas negativos predominam em fases mais tardias, tendem a ser persistentes, apresentando pior resposta ao tratamento medicamentoso, e estão relacionados à pior prognóstico (Kaplan et al, 1997; Andreasen, 1987).

Os relacionamentos sociais no curso da esquizofrenia estão cada vez mais associados ao seu prognóstico. Vários estudos têm indicado a estreita relação entre o isolamento social e o pior prognóstico da doença, não somente na ocasião do início dos sintomas, mas também durante todo o seu curso. O mau funcionamento social pré-mórbido está associado a um maior número de recaídas, independente do uso de medicação (Robinson et al, 1999). Apoio familiar e de amigos contribuem positivamente para a recuperação destes pacientes (Harvey et al, 2007; Harrison et al, 2001).

Um estudo realizado (De Jong et al, 1985) sugere que os desajustes sociais causados pela esquizofrenia se desenvolvem segundo uma hierarquia, acometendo primeiramente os contatos sociais periféricos (desempenho no trabalho e relacionamentos afetivos), seguido dos contatos íntimos (familiares) e por último afetando a capacidade de cuidado pessoal.

Denomina-se Emoção Expressada (EE) qualquer comportamento de envolvimento excessivo manifestado pelos familiares do paciente, seja ele intrusivo, hostil, crítico, controlador ou infantilizador (Kaplan et al, 1997). Essas emoções exteriorizadas podem ser mensuradas por entrevistas, que avaliam os aspectos vocais do discurso (como tonalidade e timbre), bem como o seu conteúdo. Altos níveis de Emoção Expressada pelos familiares estão associados a um pior ajustamento social e maiores taxas de recaídas em pacientes esquizofrênicos (Shirakawa et al, 1996; Kavanagh, 1992). Intervenções familiares com o

objetivo de reduzir a EE mostraram-se efetivas, promovendo diminuição dos períodos de hospitalização e dos episódios psicóticos nestes pacientes (Lenior et al, 2005).

Dados de estudos multicêntricos sugerem que os pacientes de países menos desenvolvidos apresentam um prognóstico melhor na esquizofrenia. Pacientes residentes em países em desenvolvimento com início agudo da doença tiveram completa remissão em 77% dos casos, comparado a apenas 44% daqueles residentes em países desenvolvidos. Oitenta e três por cento daqueles com início insidioso no grupo de países desenvolvidos tiveram pior prognóstico, em contraste com apenas 50% dos países em desenvolvimento (Craig et al, 1997). O que tem sido sugerido como explicação para o melhor prognóstico nos países em desenvolvimento seria a melhor tolerância com o paciente, maior disponibilidade de empregos, como os informais, atitude familiar de apoio e extensa rede familiar nestas sociedades (Thara et al, 2004; WHO, 1998).

Se opondo a estes achados, outros autores relatam que o achado de melhores desfechos em países em desenvolvimento necessita ser reexaminado, por algumas razões, entre elas, falhas metodológicas nos estudos multicêntricos realizados. A análise posterior destes estudos mostrou resultados em centros de pesquisa de países desenvolvidos (Praga e Nottingham) similares aqueles encontrados em países em desenvolvimento, e por outro lado, os resultados de um centro de pesquisa de país em desenvolvimento (Cali), foram semelhantes aos de países desenvolvidos. Além disso, os investigadores minimizaram variações culturais importantes nos subtipos do transtorno, optando por enfatizar os aspectos universais da esquizofrenia, e avaliaram taxas de incidência com diferentes definições de esquizofrenia (amplas e restritas) (Patel et al, 2006).

Outros fatores também contribuem para o questionamento da hipótese do bom prognóstico nos países em desenvolvimento, como a falta de evidências sobre fatores socioculturais específicos que contribuem para os melhores desfechos, o estigma, a falta de tratamento adequado, o abuso aos direitos humanos ainda cometidos em algumas instituições e as altas taxas de mortalidade entre esquizofrênicos (Gureje et al, 2005; Harrison et al, 2001; Crisp et al, 2000). Além disso, há novas evidências de coortes descrevendo curso muito pior do que se pensava originalmente, e as rápidas transformações sociais e econômicas estão enfraquecendo os sistemas de atenção familiar para pessoas com esquizofrenia nestes países (por exemplo, migração, urbanização, mudanças na estrutura familiar, aumento da insegurança econômica e da competitividade em oportunidades de emprego, aumento das desigualdades sociais e crescente privatização dos serviços de saúde) (Patel et al, 2006).

2.5 Atuais serviços de assistência à saúde mental no Brasil

Nos últimos 40 anos, com o movimento de desinstitucionalização psiquiátrica, o atendimento aos doentes mentais foi se deslocando do hospital para a comunidade. No Brasil, o processo da reforma psiquiátrica começou a ser implantado a partir dos anos 70, tendo sua origem na crise do modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico, e pela eclosão dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. Hoje, existe um consenso de que os leitos devem ser substituídos, sempre que possível, por serviços de base comunitária. Em função desse processo, o Ministério da Saúde vem praticando uma política de redução de leitos desde a década de 1990, que ganhou impulso em 2002 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde vem promovendo ações que possam facilitar a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos, substituindo o tratamento hospitalar por serviços na comunidade. Para garantir a ressocialização de pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações em hospitais ou unidades psiquiátricas, alguns programas estão sendo desenvolvidos (abaixo). Apesar da expansão destes programas no Brasil nos últimos anos, o seu número ainda se encontra muito abaixo do necessário, e há uma maior concentração destes serviços na região Sudeste (Abelha et al, 2004).

1 - Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – São casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradias de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não. Observamos o crescimento acelerado de residências nos últimos anos, porém infelizmente ainda se encontram muito abaixo do necessário para fazer frente à desativação dos leitos psiquiátricos. Segundo cálculos da Coordenação de Saúde Mental, seriam necessários 2.522 Serviços Residenciais Terapêuticos para que o processo de desinstitucionalização se tornasse uma realidade. Além da moradia, é necessário que o paciente tenha alguma renda para poder se manter na comunidade, daí a importância da vinculação entre este programa e o programa “De volta para casa”.

2 - Centros de atenção Psicossocial (CAPS) – Os CAPS são serviços de saúde municipais que oferecem atendimento diário aos pacientes, através de atendimento clínico, lazer, fortalecimento dos laços familiares e comunitários. São dispositivos estratégicos para a reforma psiquiátrica brasileira, tendo como função prestar atendimento em regime de atenção diária; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações

intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência à saúde mental; e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica (Delgado et al., 2007).

Existem diferentes tipos de CAPS, dependendo de sua abrangência e função:

CAPS I – Têm menor porte e capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Funciona em regime de 2 turnos.

CAPS II – Têm capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Funciona em regime de 2 turnos.

CAPS III - Têm capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população acima de 200.000 habitantes. Funcionam 24 horas, diariamente, inclusive fins de semana e feriado. Tem no máximo 5 leitos para observação e/ou repouso.

CAPS i - Têm capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população acima de 200.000 habitantes ou outro parâmetro populacional justificado pelo gestor local. Funciona em regime de 2 turnos. Tem como público alvo crianças e adolescentes com transtornos mentais.

CAPS ad - Têm capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população acima de 100.000 habitantes ou outro parâmetro populacional justificado pelo gestor local. Funciona em regime de 2 turnos, com 2 a 4 leitos para desintoxicação e repouso. Seu público alvo são pacientes com transtornos decorrentes do uso e/ou dependência de álcool e outras drogas.

São lugares de tratamento, ensino e pesquisa, com oficinas e outras modalidades de atendimento, que se destinam principalmente ao atendimento do paciente com distúrbios graves e persistentes, com dificuldade de inserção na comunidade e na família, freqüentemente vindos de várias internações psiquiátricas, embora possam ser egressos da primeira internação. Embora o número destas unidades venha aumentando ano a ano, a quantidade ainda é claramente insuficiente para dar conta das necessidades da população de pacientes graves. Temos hoje no Brasil em total de 1011 CAPS, incluindo diferentes categorias.

3 - Atendimento Ambulatorial - O atendimento ambulatorial é de fundamental importância para o acompanhamento do paciente e conseqüentemente para que internações sejam evitadas. Este, ao receber alta hospitalar deveria ser imediatamente referenciado para um ambulatório, o que nem sempre acontece. Mecanismos de referência de pacientes ainda não estão adequadamente estabelecidos, principalmente pela carência de recursos humanos.

Em geral, os ambulatórios de saúde mental prestam assistência sobretudo às pessoas com transtornos mentais menores (cerca de 9% da população), e apresentam, em sua maioria,

um funcionamento pouco articulado à rede de atenção à saúde. Estes ambulatórios são referência para inúmeras consultas em psiquiatria e psicologia, em especial, mas sua resolutividade tem sido baixa – a maioria possui imensas listas de espera e as crises no seu funcionamento são freqüentes. Entendemos que, em muitos locais, é necessária uma reformulação deste modo de funcionamento, rediscutindo o papel dos ambulatórios na rede de atenção em saúde mental e possibilitando uma integração dos serviços existentes (Ministério da Saúde, 2007).

Os ambulatórios são especialmente necessários em municípios maiores que possuem maior demanda de atenção aos transtornos em geral. Nestes locais, junto a uma rede efetiva de CAPS, os ambulatórios existentes certamente podem servir de suporte para o atendimento dos transtornos menos graves, buscando a articulação com as equipes da atenção básica em cada território. Porém, em municípios que ainda não possuem CAPS e municípios menores, é necessário que os ambulatórios se responsabilizem pelos transtornos mentais graves, articulando-se com a atenção básica para o acompanhamento dos transtornos menores (Ministério da Saúde, 2007).

4 – Unidades psiquiátricas em hospitais gerais (UPHG) - O principal instrumento utilizado nos países desenvolvidos para possibilitar o processo de desinstitucionalização foram as Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG). Nas UPHGs, os pacientes não só ficam menos estigmatizados, como têm um acesso mais fácil e imediato a outras especialidades no caso de intercorrências clínicas. As UPHGs seguem a dinâmica do hospital geral – diagnóstico e tratamento imediatos, com alta logo a seguir; essa dinâmica é muito diferente da do hospital psiquiátrico – onde o indivíduo tende a ficar internado por períodos mais longos, pois este é encarado como um *locus* natural do paciente. Entretanto, o surgimento de UPHGs substituíram apenas um percentual muito pequeno do total de internações psiquiátricas no país. Nos últimos 5 anos o percentual de internações em UPHGs em relação ao total de internações em leitos de hospitais psiquiátricos se manteve constante, representando apenas 3% das internações psiquiátricas no país. Portanto o país não se beneficiou deste recurso para substituir com sucesso os hospitais psiquiátricos, e esses últimos continuam sendo praticamente a única alternativa para os momentos de crise (Mello, 2007).

5 - Programa “De volta para casa” - Para garantir a ressocialização de pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações em hospitais ou unidades psiquiátricas, o presidente da república instituiu, em 31 de julho de 2003 (Lei nº 10.708), o auxílio-reabilitação psicossocial denominado “De Volta para Casa”. O benefício se constitui em pagamento mensal de auxílio-reabilitação para seus beneficiários, contribuindo para o

processo de inserção social e para a ampliação da rede de relações dos pacientes, além de estimular o exercício dos direitos civis, políticos e da cidadania.. O auxílio tem a duração de um ano, sendo renovável quando necessário. No ano de 2006, 2.519 pacientes foram beneficiados pelo programa (Ministério da Saúde, 2007).

No Brasil, as internações psiquiátricas continuam a ser as principais responsáveis pelos gastos em saúde mental. Entretanto, na última década houve significativa redução dos recursos destinados às despesas hospitalares, caindo de 95,5% do orçamento da saúde mental em 1995 para 49,3% em 2005. No mesmo período, houve concomitante aumento nos recursos destinados aos gastos extra-hospitalares, de 0,8% para 15%, e aos gastos com medicamentos psicotrópicos de 0,1% para 15,5% (WHO,2007).

Sabe-se que as alterações clínicas e psicossociais causadas pela esquizofrenia estão associadas a seu prognóstico. Com a transferência do tratamento hospitalar para a comunidade, promovida pela reforma psiquiátrica, passa-se a valorizar o funcionamento do paciente em sociedade. Seu ajustamento social pode ser influenciado pela presença de diversos fatores, e tais fatores passam a ter importância no prognóstico, sendo possíveis preditores da recaída e reinstitucionalização.

3 AVALIAÇÃO DO AJUSTAMENTO SOCIAL EM PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS

O conhecimento do ajustamento social de pacientes com esquizofrenia vivendo em comunidade é importante para o desenvolvimento de programas adequados de tratamento. Alterações do ajustamento estão presentes em cerca de dois terços destes pacientes, com destaque para o isolamento social (Harvey, 1996).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1980) adotou um modelo internacional que abrange tanto a dimensão médica quanto a dimensão social na classificação de doenças (Figura 1). Neste modelo, os comprometimentos (*impairment*) incluem os sinais e sintomas que os médicos elegem para caracterizar um diagnóstico, o qual reflete a presença de uma disfunção orgânica. Em saúde mental, essa alteração é descrita em termos fenomenológicos, sendo definida pelo diagnóstico psiquiátrico. A limitação funcional (*disability*) é definida como a limitação do desempenho social de uma pessoa em razão das alterações físicas primárias. O dano social (*handicap*) é definido como as desvantagens experimentadas pelo indivíduo como consequência das alterações físicas e do comprometimento social. Nesta figura, os dois primeiros itens correspondem ao modelo médico, enquanto que o terceiro e o quarto ao modelo social.

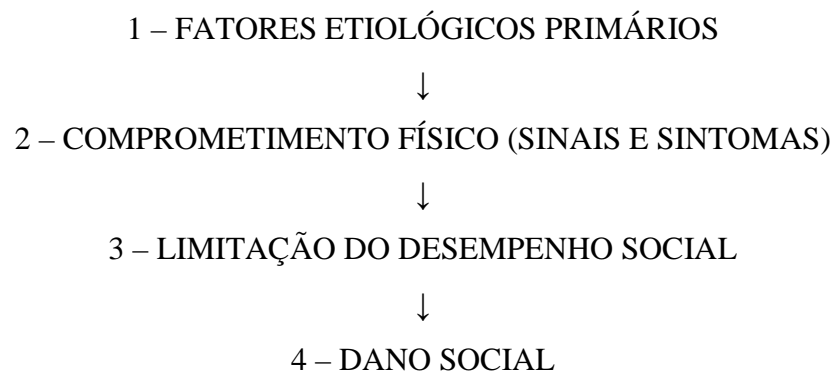


Figura 1 – Modelo de comprometimentos e danos sociais da WHO (WHO, 1980).

Este modelo em psiquiatria está longe de ser perfeito, particularmente em relação aos transtornos mentais maiores. Na maioria dos transtornos mentais, não existe a possibilidade de confirmação diagnóstica através de exames complementares, e nem da presença de uma disfunção orgânica demonstrável. O diagnóstico psiquiátrico é baseado no relato e nas experiências do paciente, que o psiquiatra tenta enquadrar em uma síndrome. Esse diagnóstico baseado em sintomas pressupõe a presença de uma psicopatologia subjacente.

O diagnóstico psiquiátrico pode sofrer influências de vários fatores, os quais podem diminuir a sua confiabilidade. Alguns desses fatores, citados a seguir, foram apresentados em um grande número de estudos: Características sócio-demográficas diferentes, tanto do psiquiatra quanto do paciente; características sócio-culturais diferentes entre países e regiões; diferentes abordagens utilizadas pelos psiquiatras; o viés de memória do respondente, sobretudo quando se refere aos transtornos por toda a vida. Esses fatores têm prejudicado a utilização do diagnóstico psiquiátrico para a avaliação da reabilitação e do prognóstico dos transtornos mentais, tornando esse procedimento bastante questionável. Segundo autores como Wing (1989) e Sturt, E. & Wykes, T. (1987), pelo fato do diagnóstico psiquiátrico excluir o elemento social na sua definição e classificação dos sintomas, ele não é uma boa medida do ajustamento social e nem da adesão do paciente ao tratamento. Na transferência do cuidado em saúde mental dos hospitais para a comunidade, a avaliação do ajustamento social tornou-se imprescindível no acompanhamento da reabilitação do paciente.

Enquanto que o diagnóstico psiquiátrico não é um bom preditor do prognóstico de reabilitação de um paciente, o ajustamento social tem se mostrado altamente correlacionado com o grau de adesão dos pacientes aos diferentes serviços psiquiátricos, sendo mais preditivo do que os sintomas psiquiátricos para avaliação da reabilitação de pacientes (WHO, 1998).

Apesar da dificuldade de conceituação, o ajustamento social pode ser definido como a adaptação do indivíduo ao ambiente social. O ajustamento pode se dar através da adaptação do indivíduo ao ambiente ou por mudanças no ambiente (Campbell, 1996). Funções sociais são padrões específicos de comportamento normalmente reconhecidos como apropriados e relacionados ao nível sócio-cultural da população de estudo. O ajustamento social é o resultado da interação entre o indivíduo e os demais, e o desempenho de sua função social, que pode ser modificado pela personalidade, cultura e expectativa familiar (Shirakawa et al, 1996; Weissman, 1975). A OMS considera o ajustamento social flexível em diferentes contextos, de acordo com as normas sócio-culturais presentes para cada sexo, idade e função em determinada sociedade. O desajuste social seria a disfunção do comportamento social e do desempenho de papéis sociais esperados em contexto sócio-cultural específico (WHO, 1988).

O próprio conceito de ajustamento social não é de fácil operacionalização (Wing, 1989). A primeira crítica levantada pelo autor dizia respeito a própria definição deste conceito, sendo difícil, em alguns casos, a separação entre as manifestações dos transtornos mentais daquelas do ajustamento social. O segundo problema é com relação à expectativa pessoal ou social do desempenho de cada indivíduo. Este pode variar enormemente, não existindo um padrão em que ele possa ser julgado. O pesquisador deve considerar todas as situações, como por exemplo, aquela em que um indivíduo não deseja ter um desempenho social adequado por vontade própria.

Alguns dos instrumentos utilizados na avaliação do ajustamento social são:

QUADRO 1 – Instrumentos utilizados na avaliação do ajustamento social

Instrumento	Autor/Ano	Características
Disability Assessment Schedule (WHO/DAS)	WHO/1988	Avalia o ajustamento social especificamente de pacientes com transtornos psiquiátricos. O período de tempo a ser avaliado é de um mês para as duas primeiras seções, uma semana para a terceira, e de seis meses para a quarta seção.
Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)	Skodol, A.E. et al/ 1988	Escala direcionada para a avaliação do nível funcional e ocupacional do indivíduo, não sendo diretamente influenciada pelos seus sintomas psíquicos. Geralmente é usada para avaliação do estado atual do paciente, porém também pode ser utilizada na avaliação de períodos pré-determinados, como por exemplo, o último ano.
Disability Assessment Schedule (WHO/ DAS II)	WHO/2000	Avalia o ajustamento social de pacientes com diversas patologias, não apenas transtornos mentais, considerando os últimos trinta dias.
Global Assessment of Functioning (GAF)	APA/2000	Escala numérica que avalia o nível de funcionamento global do indivíduo. Geralmente é usada para avaliação do paciente na última semana, mas também pode ser usada na avaliação de períodos mais longos.
Personal and Social	Morosini,	Avalia quatro importantes domínios do comportamento em relação ao último mês: atividades socialmente úteis,

Performance (PSP)	P., et al/ 2000	relações pessoais e sociais, auto-cuidado e comportamento desorganizado e agressivo.
----------------------	--------------------	--

Por muitos anos, a maior parte dos estudos sobre esquizofrenia dava ênfase a seu quadro clínico, principalmente os sintomas positivos. Entretanto, a esquizofrenia está relacionada a graves desajustes em várias esferas da vida, e tem mobilizado inúmeros recursos com a meta de minimizar estes danos (Sá Junior, 2007). Por esta razão, é de grande importância avaliar o ajustamento social como um dos fatores determinantes do prognóstico, já que é um importante fator de prevenção de recaídas. Por exemplo, o comportamento social adequado é um meio de evitar críticas e hostilidade por parte dos familiares, o que está associado a maiores taxas de recaídas (Moreira et al, 2002; Lenior, 2001).

As alterações no ajustamento social de pacientes esquizofrênicos são decorrentes de diversos fatores. A imprevisibilidade no curso do transtorno é causa de dificuldades na manutenção de um emprego ou outra atividade regular. A ansiedade gerada pela tentativa de esconder os sintomas da doença por medo da discriminação pode modificar o ajustamento social do indivíduo. Os efeitos colaterais provocados pelo uso de medicações psicotrópicas (ganho de peso, tontura, cefaléia, tremores, entre outros) também dificultam o ajustamento social adequado do paciente. O fato do transtorno se desenvolver em indivíduos jovens, faz com que estes não tenham a chance de completar seus estudos, gerando dificuldades na obtenção de melhores empregos e salários. Além disso, a alta prevalência de comorbidades também contribui para o pior ajustamento social destes pacientes (Zuckerman et al, 1993).

Fatores preditores de pior ajustamento social são: longa duração do transtorno; curso desfavorável, como presença de sintomas psicóticos por longo período ou remissão incompleta entre os episódios; longos períodos de hospitalização; alto nível de Emoção Expressada pelos familiares; uso de drogas; uso de medicação antipsicótica (provavelmente devido ao efeito tranqüilizante destas medicações, que diminuem as atividades sociais dos pacientes); ajustamento social pré-mórbido deficitário (Gulinelli et al, 2005; Gureje et al, 2002; Menezes, 1993).

O reconhecimento do ajustamento social como um dos determinantes do prognóstico da doença é de fundamental importância para o planejamento de serviços de saúde mental (Gureje et al, 2002). Antes da transferência do tratamento para a comunidade, os pacientes estavam afastados da sociedade, e até mesmo de suas famílias. Devido a essa escassez de convivência social prévia, os pacientes agora desinstitucionalizados apresentam dificuldades

em apresentar funcionamento social adequado (Menezes, 1993). Uma rede de cuidados para os pacientes, com re-alocação de recursos do hospital para a comunidade deve ser prioridade nas políticas de saúde. Deve ser composta por equipes multidisciplinares que possam atuar nas maiores dificuldades destes pacientes, oferecendo treinamento de habilidades operacionais, como por exemplo, ajudando a procurar empregos e cuidar da própria casa. Deste modo, será possível a manutenção dos pacientes esquizofrênicos na comunidade (Vidal, 2007).

4 PRINCIPAIS ESTUDOS INTERNACIONAIS E NACIONAIS QUE AVALIARAM OS O AJUSTAMENTO SOCIAL DE PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS

Para obtenção destes artigos, foram consultadas as bases Medline, Lilacs e Scielo (através do Bireme), sendo utilizados os seguintes descritores: “schizophrenia” e “social adjustment”. Também foram revisadas as referências bibliográficas dos principais artigos encontrados.

4.1 Estudos internacionais que avaliaram o ajustamento social de pacientes esquizofrênicos

QUADRO 2 - Estudos internacionais que avaliaram o ajustamento social de pacientes esquizofrênicos.

AUTORES/ PAÍS / ANO	TIPO DE ESTUDO	AMOSTRA (n)	TIPO DE TRATAMENTO	INSTRUMENTOS	RESULTADOS
Usall, J. et al ESPANHA 2007	Seccional	318	Comunitário	PANSS e WHO/DAS	Mulheres apresentaram melhor ajustamento social; Não foi observada influencia da menopausa; Os sintomas positivos influenciaram apenas o ajustamento social em homens.
Villata-Gil, V. et al ESPANHA 2006	Seccional	113	Comunitário	PANSS e WHO/DAS	Os sintomas negativos se mostraram associados a maior déficit cognitivo e pior ajustamento social dos pacientes avaliados.

Magliano, L. et al	Longitudi nal	71	Comunitário	WHO/DAS	Os pacientes foram avaliados antes e após seis meses de intervenção psicoeducacional familiar, apresentando melhora no ajustamento social.
ITÁLIA					
2006					
Mubarak, A.	Seccional	258	Comunitário	PANSS e WHO/DAS	O ajustamento social foi insatisfatório em 69% dos pacientes, embora apresentassem baixos escores de sintomas psiquiátricos.
MALÁSIA					
2005					
Srinivasan, L. & Tirupati, S.	Seccional	88	Comunitário	PANSS e WHO/DAS	Foi identificada disfunção ocupacional em 24% dos pacientes, o que não pôde ser associado à presença de déficits cognitivos. Sintomas negativos e pobre ajustamento social foram relacionados ao desempenho ocupacional prejudicado.
ÍNDIA					
2005					
Barbato, A. et al	Longitudi nal	137	Hospitalar/ Comunitário	WHO/DAS e BPRS	Observou-se melhora nos ajustamento social após desinstitucionalização, pois na avaliação do comportamento global, inicialmente 65% dos pacientes apresentavam algum grau de desajuste social, passando a 50% no final dos três anos. Em relação ao
ITÁLIA					
2004					

					desempenho social, foi observado desajuste em 84% dos pacientes, passando a 73% ao final de três anos. Já os sintomas psiquiátricos, não mostraram variação significativa.
Chatterjee, S. et al ÍNDIA 2003	Longitudi nal	207	Comunitário	PANSS e WHO/DAS	O grupo tratado pela reabilitação em comunidade apresentou maior adesão à terapia medicamentosa que o grupo ambulatorial (63% x 46%), além de apresentar melhor evolução na pontuação das escalas aplicadas.
Wiersma, J. et al 6 centros de pesquisa na Europa 2000	Longitudi nal	496	Comunitário	WHO/DAS	No início do estudo, 87% dos pacientes apresentaram algum grau de desajuste social, passando a 82% após um ano de seguimento, 79% após dois anos e 85% após quinze anos.
Lay, B. et al ALEMANHA 2000	Longitudi nal	64	Hospitalar / Comunitário	WHO/DAS	Observou-se em 87,6% dos pacientes algum grau de desajuste social, sendo que em 66% o desajuste social foi considerado grave.
Singh, S. et al REINO UNIDO	Longitudi nal	56	Comunitário	WHO/DAS	Dentre os diferentes tipos de psicose avaliados (psicoses afetivas, psicoses

2000					devido ao uso de substâncias, psicoses não-afetivas), os 56 pacientes esquizofrênicos apresentaram maior escore na WHO/DAS, demonstrando maior desajuste social que as demais psicoses avaliadas no período de 3 anos de seguimento.
Häfner, H. et al ALEMANHA 1998	Caso- Controle	57	Comunitário	WHO/DAS	Diferentemente do observado no grupo controle, a maioria dos pacientes esquizofrênicos apresentava ajustamento social comprometido em média dois anos antes do primeiro contato com o serviço de saúde mental, indicando que a esquizofrenia frequentemente promove desajuste social precoce, já na fase prodrômica do transtorno.
Mason, P. et al REINO UNIDO 1995	Longitudi nal	67	Comunitário	WHO/DAS e BPRS	Após 13 anos de seguimento, foi encontrado ajustamento social comprometido em 69% dos pacientes avaliados recendo

					tratamento em comunidade.
De Jong, A. et al	Longitudinal	82	Comunitário	WHO/DAS	Para 64% dos pacientes, o ajustamento social foi considerado desfavorável na última avaliação (3 anos após a primeira).
HOLANDA					
1985					

Em resumo, os estudos internacionais que avaliaram o ajustamento social foram realizados principalmente em países europeus, como Espanha, Alemanha, Reino Unido, Itália. Em sua maior parte, os estudos apresentaram desenho longitudinal. Com relação ao tipo de serviço prestado, foram avaliados tanto pacientes atendidos ambulatorialmente quanto aqueles admitidos em unidades de internação. Em alguns estudos foram avaliados também pacientes atendidos em programas de reabilitação comunitários específicos. O tamanho das amostras utilizadas variou bastante, de 56 a 496 pacientes. Os principais instrumentos utilizados nas avaliações foram as escalas PANSS, para avaliação dos sintomas psiquiátricos, e WHO/DAS, para avaliação do ajustamento social. A grande maioria dos estudos encontrou alta frequência de desajuste social nos pacientes esquizofrênicos, de no mínimo 60%, até mesmo na fase prodrômica do transtorno.

4.2 Estudos nacionais que avaliaram o ajustamento social de pacientes esquizofrênicos

QUADRO 3 - Estudos nacionais que avaliaram o ajustamento social de pacientes esquizofrênicos.

AUTORES / ANO	TIPO DE ESTUDO	AMOSTRA (n)	TIPO DE TRATAMENTO	INSTRUMENTOS	RESULTADOS
Gulinelli,	Seccional	192	Comunitário	WHO/DAS e	Algum grau de

<p>A. et al</p> <p>SP</p> <p>2005</p>				<p>PANSS</p>	<p>desajustamento social foi encontrado em 63,8% dos pacientes, com maior comprometimento nas áreas de desempenho ocupacional e sexual. Aproximadamente 13% apresentaram desajuste social grave. Um maior número de internações prévias, bem como os sintomas negativos e gerais, foi associado ao pior ajustamento social.</p>
<p>Moreira, M. et al</p> <p>SP</p> <p>2002</p>	<p>Longitudinal</p>	<p>86</p>	<p>Hospitalar / Comunitário</p>	<p>Escala de Katz</p>	<p>Os pacientes esquizofrênicos, cujos familiares tinham menores expectativas, obtiveram melhor desempenho no período de um ano após alta do que aqueles cujos familiares tinham expectativas maiores. Pacientes com período de internação superior a trinta dias apresentaram tendência a melhor desempenho comparado àqueles que permaneceram menos tempo internados.</p>
<p>Lima, M. & Botega, N.</p> <p>SP</p> <p>2001</p>	<p>Longitudinal</p>	<p>34</p>	<p>Hospitalar</p>	<p>WHO/DAS e BPRS</p>	<p>O “isolamento social” e a “diminuição de atividades gerais” e “domésticas” foram os aspectos avaliados pela WHO/DAS que se mostraram alterados</p>

					com maior frequência. Apenas 8 pacientes desta amostra eram esquizofrênicos.
Shirakawa I. et al SP 1996	Seccional	44	Comunitário	Global Assessment Schedule (GAS)	Observou que mulheres apresentavam melhor desempenho nas atividades socialmente esperadas, porém não houve diferença entre os sexos em relação à expectativa de seus familiares. A maior expectativa familiar foi associada a um pior funcionamento global.
Menezes, P. & Mann, A SP 1993	Seccional	124	Hospitalar	WHO/DAS	Cerca de 65% dos pacientes apresentaram sintomas de primeira ordem de Schneider, e cerca de 80% apresentaram alguma disfunção no ajustamento social. Aproximadamente 50% apresentaram ajustamento social pobre ou muito pobre. O pior ajustamento social mostrou-se associado ao maior tempo de evolução do transtorno.

Em resumo, os estudos nacionais que avaliaram o ajustamento social foram escassos, sendo realizados em São Paulo, e em sua maior parte seccionais. Avaliaram tanto pacientes ambulatoriais quanto aqueles internados. O número de pacientes avaliados variou de 34 a 192.

O principal instrumento utilizado na avaliação do ajustamento social foi a escala WHO/DAS. A proporção de pacientes que apresentou algum grau de desajuste social (pontuação na WHO/DAS superior a 1) variou de 63,8% a 81,6%, enquanto que desajuste grave (pontuação de 4 ou 5 na WHO/DAS) foi observado entre 12,8% e 30% dos pacientes participantes. As principais limitações metodológicas citadas pelos autores foram o grande número de perdas entre os entrevistados e a exclusão da história de abuso de álcool e drogas

4.3 Comparações entre os estudos internacionais e nacionais

De um modo geral, não houve grande variação entre a proporção de ajustamento social desfavorável encontrada nos estudos nacionais e internacionais. Em ambos os casos, foram relatados ocorrência de ajustamento social comprometido em pelo menos 60% da população estudada. Tal fato evidencia a relevância desse transtorno para a saúde pública mundial, visto que um acometimento desta proporção é significativamente elevado. No Brasil, estudos que avaliaram o ajustamento social são escassos, todos realizados em São Paulo e em sua maioria do tipo seccional. Os estudos internacionais são mais numerosos, sendo principalmente longitudinais. O instrumento de avaliação do ajustamento social, WHO/DAS, é amplamente utilizado tanto nos estudos nacionais quanto internacionais.

5 JUSTIFICATIVA

O acompanhamento do paciente com transtorno mental grave representa um grande desafio para as políticas públicas de saúde mental, requerendo estruturas de suporte social e serviços de reabilitação permanentes em função de suas dificuldades na realização das atividades da vida diária e nas relações sociais (Vidal et al, 2007).

A transferência dos cuidados psiquiátricos do nível hospitalar para serviços baseados na comunidade provocou uma mudança na concepção dos tratamentos psiquiátricos, ampliando o enfoque anterior que era limitado apenas em reduzir a sintomatologia apresentada pelos pacientes. Atualmente o tratamento engloba também o repertório de ajustamento social na vida cotidiana. Por isso é importante a avaliação da situação dos pacientes tanto no que diz respeito aos sintomas presentes, quanto ao seu funcionamento em sociedade (Lenior, 2001; Wykes & Sturt, 1986). No Brasil são escassos os estudos que avaliaram o ajustamento social de pacientes esquizofrênicos vivendo em comunidade e recebendo tratamento ambulatorial. Apesar de sua importância, tais estudos apresentaram algumas limitações metodológicas, como uma grande perda amostral e não avaliaram fatores importantes relacionados ao ajustamento social, como por exemplo, a história de abuso de álcool e drogas.

O presente estudo utilizou uma população definida de pacientes esquizofrênicos, atendidos em um ambulatório de psiquiatria de um hospital geral. Utilizou instrumentos específicos, validados e amplamente utilizados em estudos nacionais e internacionais para avaliação dos sintomas psiquiátricos, ajustamento social, abuso e dependência de álcool e drogas. Pretende-se deste modo avaliar o ajustamento social, assim como os fatores a ele relacionados, utilizando uma metodologia adequada. Com isto, objetiva-se ajudar no conhecimento de um aspecto fundamental relacionado ao tratamento e prognóstico de pacientes com esquizofrenia.

6 OBJETIVOS

6.1 Objetivo geral

O objetivo do estudo é avaliar o ajustamento social de pacientes com transtorno esquizofrênico, isto é, aqueles com diagnóstico compreendido entre F20.0 e F20.9 pelo CID-10, em tratamento em um ambulatório de psiquiatria de um hospital geral na cidade do Rio de Janeiro.

6.2 Objetivos específicos

- 1- Descrever as características sócio-demográficas da população do estudo.
- 2- Avaliar os sintomas psiquiátricos dos pacientes esquizofrênicos.
- 3- Avaliar o uso de substâncias psicoativas ilícitas, álcool e tabagismo.
- 4- Determinar os fatores associados ao ajustamento social.
- 5- Analisar possíveis associações estatísticas entre as variáveis estudadas.

7 MÉTODOS

7.1 Local do Estudo

Fundado em 27 de junho de 1939 por um grupo de médicos liderados pelo cancerologista que lhe dá o nome, o Hospital Mário Kröeff (HMK) é uma das mais respeitadas e atuantes instituições médico-hospitalares do Rio de Janeiro. Embora atue em diferentes campos da atividade médica, o HMK alcançou profunda especialização na prevenção e combate ao câncer, tornando-se referência nacional na especialidade.

Situado na Penha Circular, subúrbio do Rio de Janeiro, o Hospital Mário Kröeff atende diariamente entre 150 e 200 pessoas. É um hospital filantrópico, que vive da prestação de serviços. Porém, pelas próprias características da instituição, inclusive sua localização, seus pacientes são quase todos (cerca de 96%) atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). É mantido pela Associação Brasileira de Assistência aos Cancerosos (ABAC), uma entidade não-governamental, filantrópica, sem fins lucrativos. O setor hospitalar filantrópico no Brasil é responsável por cerca de um terço dos leitos existentes no país, constituindo-se em importante prestador de serviços para o SUS (Portela, M. et al, 2004).

Dotado de 150 leitos, entre apartamentos, quartos e pequenas enfermarias, o HMK é composto de quatro pavilhões, três deles ligados entre si e dispostos horizontalmente (a altura máxima é de três andares), onde são prestados diferentes os serviços, dos exames mais acurados às cirurgias e tratamentos mais complexos. Entre outros serviços, conta com centro cirúrgico de quatro salas, equipado com recursos e instrumental para procedimentos de qualquer natureza: geral, pediátrica, neurocirurgia, cabeça e pescoço, torácica, ginecológica, mamária, entre outros. O Centro de Imagens está equipado para realizar inúmeros procedimentos essenciais para diagnósticos. Além dos exames gerais de radiologia, realiza tomografia computadorizada, mamografia de alta resolução, ultra-sonografia e dermatoscopia digital. A Radioterapia e a Quimioterapia são considerados serviços de referência nacional pelo Ministério da Saúde, dispondo de equipamentos como acelerador nuclear, e de técnicas modernas, como a braquiterapia de alta dose. O HMK dispõe ainda de enfermaria infantil, que

ocupa um andar inteiro com quartos, sala de recreação, ludoterapia e assistência psicológica e onde as crianças recebem tratamento com as mais modernas técnicas. Tem ainda laboratórios de citologia, anatomia, patologia clínica, ambulatório de prevenção do câncer ginecológico e de mama e serviços de psicologia, ortopedia, fisioterapia, endoscopia e outros.

O serviço de psiquiatria do HMK presta atendimento ambulatorial aos portadores de transtornos mentais. Funciona de segunda a sexta-feira, de 8:00h às 16:00h. Atende cerca de 400 pacientes por mês, o que representa aproximadamente 4800 atendimentos por ano. Dentre o total de atendimentos anuais, cerca de 500 constituem-se de novos casos. O número de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia entre os atendidos atualmente neste ambulatório, segundo registro dos prontuários é de 130 indivíduos. O serviço de psiquiatria do HMK não presta atendimento especializado a crianças. O registro dos pacientes nos prontuários é feito de acordo com a CID – 10. Todos os pacientes do serviço da psiquiatria são atendidos pelo SUS.

Diferentemente do modelo de assistência preconizado pelo Sistema Único de Saúde (Ministério da Saúde, 2001), a demanda do serviço de psiquiatria do HMK é espontânea e não referenciada. Os pacientes atendidos não se restringem àquela área programática, sendo oriundos de diferentes bairros da cidade do Rio de Janeiro, grande parte inclusive proveniente de algumas das regiões mais carentes da cidade e até mesmo de municípios vizinhos. Não é necessário um encaminhamento formal para o atendimento: qualquer cidadão que procure o serviço será devidamente avaliado pelos psiquiatras da equipe e, havendo indicação clínica, poderá seguir em acompanhamento ambulatorial.

7.2 Desenho do Estudo

É um estudo epidemiológico descritivo seccional. Embora os estudos seccionais tenham algumas vantagens, como o fato de serem mais rápidos e relativamente mais baratos quando comparados aos estudos de coorte e caso-controle, apresentam, entretanto, algumas limitações. Dentre elas, problemas com relação ao viés temporal, visto que é difícil separar causa e efeito, uma vez que a prevalência da doença e a exposição são avaliadas simultaneamente entre indivíduos de uma população definida (Medronho et al, 2006).

7.3 População do estudo

A população de estudo foi composta por todas as pessoas com transtorno esquizofrênico que tenham recebido tratamento no ambulatório de psiquiatria do Hospital Mário Kröeff no período de outubro de 2008 a setembro de 2009. O transtorno esquizofrênico compreende pessoas diagnosticadas entre F20.0 e F20.9 da Classificação Internacional de Doenças, 10ª Edição (CID – 10), que são: esquizofrenia paranóide, esquizofrenia hebefrênica., esquizofrenia catatônica, esquizofrenia indiferenciada, depressão pós-esquizofrênica., esquizofrenia residual, esquizofrenia simples, outra esquizofrenia (inclui esquizofrenia cenestopática e transtorno esquizofreniforme), esquizofrenia não especificada.

7.4 Critérios de Inclusão

Foram elegíveis a participar do estudo pacientes que recebam atendimentos no serviço de psiquiatria do Hospital Mário Kröeff, e que reúnam os seguintes critérios:

- Diagnóstico principal de esquizofrenia (atual ou em remissão), compreendidos entre F20.0 a F20.9 da CID – 10.

7.5 Critérios da exclusão

- Pacientes que se recusem a responder à entrevista.
- Pacientes incapazes de responder à entrevista, como aqueles em agitação psicomotora.

7.6 Instrumentos de avaliação

Os instrumentos de avaliação aplicados aos pacientes foram selecionados por serem os mais utilizados tanto em pesquisas nacionais como internacionais prévias, realizadas com pacientes esquizofrênicos (Gulinelli et al, 2005; Barbato et al., 2004; Gureje et al, 2002; Wiersma et al, 2000; Menezes & Mann, 1993). Todos os instrumentos do estudo possuem propriedades psicométricas já conhecidas, tais como validade e confiabilidade.

7.6.1 Características sócio-demográficas e clínicas

Foram coletados dados sócio-demográficos e clínicos, tais como: sexo, idade, estado civil, escolaridade, raça, naturalidade, ocupação, renda mensal do paciente e sua família, com quem o paciente reside, duração do transtorno mental, internações psiquiátricas no último ano, histórico psiquiátrico familiar, não adesão ao tratamento - considerado como a falta em duas consultas consecutivas sem justificativa (Rosa & Elkis, 2007).

7.6.2 Avaliação da esquizofrenia e do uso de substâncias psicoativas

Para avaliação do diagnóstico psiquiátrico foi utilizado o Checklist de Sintomas do CID- 10 para Transtornos Mentais, versão 1.1. É um instrumento semi-estruturado, padronizado, composto por questões que investigam sintomas e síndromes psiquiátricas e que gera diagnóstico atual de acordo com as definições e critérios da Classificação Internacional de Doenças, CID 10, décima revisão (Organização Mundial da Saúde, 1993), nas categorias de F00 a F60. O instrumento consiste de folha de rosto, triagem e módulos. Na folha de rosto são registradas informações gerais, tais como nome, idade, sexo do paciente. A triagem indica quais os módulos do checklist deverão ser aplicados, sendo preenchidos apenas os módulos para os quais o paciente foi triado positivamente. Os seguintes módulos são incluídos no checklist: Módulo F0/F1 – Síndromes mentais orgânicas e uso de substância psicoativa; Módulo F2/F3 – Síndromes psicóticas e afetivas; Módulo F4/F5 – Síndromes neuróticas e comportamentais; Módulo F6 – Transtornos de personalidade. Cada um dos módulos possui uma lista de sintomas que devem ser excluídos ou devem estar associados à síndrome presente. Estas listas são acompanhadas de instruções que podem ajudar a considerar a presença de outras síndromes, indicando, portanto, a aplicação de outros módulos (Janca et al, 1994). O usuário do checklist deve estar familiarizado com os critérios diagnósticos da CID – 10. O instrumento pode ser aplicado por médico psiquiatra ou psicólogo, e sua aplicação dura

cerca de 10 minutos. Foi traduzido para o português por Oliveira, R. & Cordioli, A. V. (1994), com o consentimento da WHO. No presente estudo, o Checklist será utilizado tanto para a identificação dos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia (módulo F2/F3), como também para identificação daqueles que tenham transtorno por uso de substâncias psicoativas concomitante, incluindo o álcool (módulo F0/F1).

7.6.3 Avaliação dos sintomas psiquiátricos

Para avaliação dos sintomas psiquiátricos, foi utilizada a Escala das Síndromes Positiva e Negativa – PANSS. Esta escala foi desenvolvida por Kay, S. R. et al. (1987), com o intuito de suprir a falta de instrumentos com melhor capacidade psicométrica para avaliação de sintomas em pacientes esquizofrênicos. É um instrumento composto por trinta itens, sendo dividido em escala positiva (7 itens), negativa (7 itens) e psicopatologia geral (16 itens). É constituída pelas escalas Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) e Psychopathology Rating Schedule (PRS) (Singh. & Kay, 1975; Overall & Gorham, 1962). Cada item é pontuado variando de um a sete, na qual um e dois representam sintomas ausentes ou questionáveis; três indica a presença de sintomas evidentes, porém sem impacto funcional; de quatro a sete, progressiva interferência com o comportamento e função. Em caso de dúvida, deverá ser assinalada a pontuação mais elevada. A avaliação é feita através da entrevista do paciente (16 itens), das informações obtidas na entrevista do paciente somadas às prestadas pelos cuidadores (12 itens), e por informações dos cuidadores apenas (2 itens). Deve ser aplicada por pessoa treinada em técnicas de entrevista psiquiátrica, que tenha experiência de trabalho com pacientes esquizofrênicos. A entrevista dura em torno de quarenta minutos, e deve analisar apenas os sintomas presentes nos últimos sete dias (Chaves & Shirakawa, 1998). Numa série de estudos, demonstrou boas propriedades psicométricas, incluindo uma excelente confiabilidade entre examinadores, boa consistência interna e boa confiabilidade teste-reteste (Kay et al, 1987; Singh et al, 1987). Foi traduzida e validada no Brasil por Vessoni, A. em 1993.

7.6.4 Avaliação do ajustamento social

Foi utilizada a Escala Disability Assessment Schedule (WHO/DAS), desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde em 1988 com o objetivo de avaliar o desajuste social causado por transtornos mentais em diferentes contextos sócio-culturais. É um instrumento de

avaliação semi-estruturado, validado durante um amplo estudo multicêntrico organizado pela WHO, o "The WHO collaborative study on the assessment and reduction of psychiatric disability" (Jablensky, 1988), e sua tradução está disponível em diversas línguas. A escala foi traduzida e validada no Brasil, mostrando-se um instrumento simples e confiável, adequado para o uso em investigações sobre ajustamento social em pacientes psicóticos, com confiabilidade entre 0,88 – 1,00 (Menezes & Scazufca, 1993).

Consiste de cinco seções – comportamento global, papéis sociais, pacientes hospitalizados, fatores modificadores e avaliação global. A primeira seção avalia o ajustamento dos pacientes para as atividades da vida diária, como higiene pessoal e hábitos alimentares. A segunda avalia o desempenho de papéis sociais, tais como trabalho e relacionamentos sexuais. A terceira diz respeito à pacientes hospitalizados, ou que tenham sido internados por mais de duas semanas no mês anterior à avaliação. A quarta seção se refere à características do ambiente social do paciente supostamente benéficas ou adversas ao curso do transtorno. Por sua vez, a quinta seção trata de uma avaliação global do ajustamento do paciente, realizada através das informações obtidas anteriormente, e adequada aos seus padrões sócio-econômicos. A pontuação de cada item varia de zero a cinco para as seções 1, 2 e 5, progredindo de "sem disfunção" até a "disfunção máxima". As seções 3 e 4 apresentam diferentes formas de pontuação para cada item. Quando o item não se aplica ou a avaliação não é possível dá-se a pontuação 9. O período de tempo a ser avaliado é de um mês para as duas primeiras seções, uma semana para a terceira, e de seis meses para a quarta seção. As informações são obtidas através de entrevista com informante-chave do paciente, geralmente familiares. Sua aplicação dura cerca de 30 minutos. Pode ser aplicada por médicos psiquiatras, psicólogos, sociólogos ou assistentes sociais. (WHO, 1988). No presente estudo, que trata apenas da avaliação de pacientes ambulatoriais, a seção 3 da WHO/DAS não foi utilizada.

7.7 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora principal do projeto, a qual foi treinada em todos os instrumentos utilizados no estudo. Esta coleta ocorreu de outubro de 2008 a setembro de 2009. Os participantes do estudo foram selecionados entre aqueles que se

encontravam em tratamento no ambulatório, a partir de informações contidas no prontuário sobre seu diagnóstico. Todos aqueles registrados como esquizofrênicos foram convidados a participar da pesquisa. Antes da entrevista, cada paciente foi informado sobre a finalidade do estudo e convidado a participar, devendo para tanto assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No caso de incapacidade para dar o consentimento, como nos casos de analfabetismo, este seria obtido do representante legal do paciente. Em seguida, utilizou-se o Checklist da CID – 10. Se o mesmo foi diagnosticado como esquizofrênico por este instrumento, os demais instrumentos foram, então, aplicados na seguinte ordem: questionário sócio-demográfico, PANSS e WHO/DAS. Caso o diagnóstico de esquizofrenia não tenha sido confirmado pelo Checklist, a aplicação dos outros instrumentos não ocorreu.

7.8 Aspectos Éticos

O presente estudo foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Mário Kröeff, sendo aprovado em 18 de setembro de 2008. Todos os dados serão mantidos confidenciais e somente serão utilizados para providências de cuidados de saúde com o consentimento expresso do paciente. Os casos foram identificados através de um código numérico e a lista com o nome de cada participante será mantida em sigilo pelo pesquisador principal.

7.9 Análise estatística dos dados

Foi calculada a prevalência dos fatores avaliados no presente estudo (com Intervalo de Confiança de 95%). Foram utilizados testes de associações estatísticas, como o Teste do Qui-quadrado e o Teste de Fischer para variáveis categóricas, além do Teste t para variáveis contínuas. Em todos estes se considerou um nível de significância de 5%. Foram estimados os *Odds Ratios* e os respectivos Intervalos de Confiança. As variáveis associadas com o ajustamento social comprometido ($p \leq 0,05$) entraram no modelo de regressão logística. As associações cujos valores de significância são limítrofes (0,05 - 0,1) e foram consideradas de

importância clínica não foram excluídas (Browner, 2006). O programa SPSS 11.0.1 (*Statistical Package for the Social Sciences*) foi usado na análise estatística dos dados.

8 ARTIGO

AVALIAÇÃO DO AJUSTAMENTO SOCIAL EM PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE HOSPITAL GERAL NO RIO DE JANEIRO

RESUMO

Introdução: A esquizofrenia é um transtorno mental grave, que atinge cerca 1% da população mundial. A transferência dos cuidados psiquiátricos do hospital para serviços existentes na comunidade provocou uma mudança na concepção do tratamento, ampliando o enfoque anterior, que era limitado ao diagnóstico psiquiátrico e à redução da sintomatologia. Nesse novo contexto, a avaliação do ajustamento social se tornou de grande importância para o desenvolvimento de programas de reabilitação psicossocial para estes pacientes.

Objetivo: Como existem poucos estudos sobre o tema no Brasil, um estudo seccional foi realizado para avaliar o ajustamento social e as características sócio-demográficas e clínicas associadas nos pacientes com transtorno esquizofrênico em tratamento no ambulatório de psiquiatria de um hospital geral na cidade do Rio de Janeiro no período de um ano.

Métodos: O estudo foi realizado em um Hospital Geral da cidade do Rio de Janeiro. Incluiu-se todos os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia registrado no prontuário que tenham recebido tratamento neste ambulatório no período de outubro de 2008 a setembro de 2009. Foram utilizados instrumentos de avaliação semi-estruturados na avaliação da esquizofrenia (checklist da CID-10), sintomas psiquiátricos (PANSS) e ajustamento social (WHO/DAS).

Resultados: Foram entrevistados 127 pacientes, dos quais 94 (74%) tinham algum prejuízo no ajustamento social. As áreas do ajustamento social mais afetadas foram os papéis ocupacionais (62,3%) e sexuais (30,8%). Ser solteiro(a)/ divorciado(a)/ viúvo(a), ter baixa escolaridade e estar desempregado(a) foram associados significativamente com o ajustamento social comprometido. Estes resultados foram similares aos encontrados em estudos realizados tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento.

Conclusão: O conhecimento do ajustamento social e de suas áreas mais comprometidas é importante para a formulação de políticas de saúde e programas de reabilitação psicossocial, voltados para a otimização do ajustamento na sociedade e inserção desta clientela em serviços de saúde comunitários.

Palavras-chave: Esquizofrenia; Ajustamento Social; Ambulatório Hospitalar; Estudos Transversais; Epidemiologia.

ABSTRACT

Introduction: Schizophrenia is a serious mental disorder that affects about 1% people around the world. The transfer of psychiatric care hospital to community-based services led to a change in the design of treatment, extending the previous approach, which was limited to psychiatric diagnosis and reduction of symptoms. Therefore, the assessment of social adjustment have become of great importance to develop psychosocial rehabilitation programs for these patients.

Objective: As there are few studies of this issue in Brazil, a cross-sectional study was conducted to assess the social adjustment and the clinical and social-demographic factors associated with schizophrenic patients attending an outpatient service in a general hospital in the Rio de Janeiro City.

Method: This study was carried out in a General Hospital at Rio de Janeiro city. Eligible subjects were all schizophrenic patients who have been treating at this service between October/ 2008 and September/2009. The semi-structured instruments were used to assess schizophrenia (ICD-10 Checklist), psychiatric symptoms (PANSS) and social adjustment (WHO/DAS).

Results: One hundred and twenty seven patients were included, of whom 94 (74%) presented some impairment in social adjustment. The most frequently affected areas were occupational (62,3%) performance and sexual role (30,8%). Being single/ divorced /widower, with low educational level and unemployment showed statistically significant associations with impairment in social adjustment. These findings were similar to other results found in studies carried out in developed and in developing countries.

Conclusions: The knowledge of social adjustment and its more frequently affected areas should be crucial to implement health policies and psychosocial rehabilitation programs focused on improving the social adjustment of these patients and integrating them in the community health services.

Key Words: Schizophrenia; Social Adjustment; Outpatient Services; Cross-sectional Studies; Epidemiology.

I – INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é um transtorno mental grave, que atinge cerca de 1% da população mundial, sendo que 90% dos acometidos vivem em países em desenvolvimento. Estima-se que mais da metade dos pacientes esquizofrênicos não recebe tratamento apropriado (WHO, 2001).

Com o processo de Reforma Psiquiátrica, que está ocorrendo em vários países do mundo, incluindo o Brasil, há uma priorização do tratamento dos pacientes mentais graves na comunidade (O’Driscoll & Leff, 1993). A transferência dos cuidados psiquiátricos do hospital para serviços existentes na comunidade provocou uma mudança na concepção do tratamento, ampliando o enfoque anterior, que era limitado ao diagnóstico psiquiátrico e à redução da sintomatologia, e enfatizando a importância da reabilitação psicossocial (Hirdes & Kantorski, 2004). Com esta mudança, somente o diagnóstico passa a não ser suficiente para prever o prognóstico dos pacientes vivendo em comunidade. Para tanto, é preciso considerar vários aspectos, como os sintomas apresentados pelos pacientes, o tempo de duração do transtorno, o número e duração das internações e o ajustamento social dos pacientes (Priebe, 2007; Strauss & Carpenter, 1978).

Logo, o ajustamento social é uma das principais dimensões do prognóstico da esquizofrenia (Menezes, 2000). A esquizofrenia pode afetar o ajustamento social em várias áreas, como cuidado-pessoal precário, piora no desempenho ocupacional, hábitos sociais inadequados, isolamento social e prejuízo nas relações familiares, o que dificulta a inserção do paciente na sociedade. Vários são os fatores relacionados ao pior ajustamento social, tais como presença de sintomas psicóticos por longo período, remissão incompleta entre os episódios, uso de álcool e drogas, maior duração do transtorno mental, a ocorrência de recaídas, sexo masculino, envolvimento emocional inadequado dos familiares, diminuição das habilidades sociais, transtornos da personalidade e ajustamento social pré-mórbido deficitário. O estigma da doença mental também dificulta a integração social dos pacientes, pois pode diminuir a chance de conseguir um emprego e de se relacionar, aumento dos maus-tratos e da institucionalização. O estigma se faz presente mesmo nos serviços de saúde como nos hospitais gerais, gerando ainda atitudes de medo e rejeição pelos próprios profissionais, o que

restringe o cuidado destes pacientes aos serviços especializados de saúde mental (Gulinelli et al, 2005; Gureje et al, 2002; WHO, 1998; Menezes, 1993; Zuckerman et al, 1993).

Em estudos internacionais, a frequência de ajustamento social comprometido nos pacientes esquizofrênicos variou de 64% a 87,7%. Estes estudos foram realizados principalmente em países desenvolvidos, tendo em sua maior parte, desenho longitudinal. Tais pesquisas avaliaram pacientes atendidos em comunidade, aqueles admitidos em unidades de internação, e alguns estudos avaliaram também pacientes atendidos em programas de reabilitação comunitários específicos. O tamanho das amostras utilizadas variou bastante, de 56 a 496 pacientes, sendo a WHO/DAS o principal instrumento utilizado para avaliação do ajustamento social (Mubarak, 2005; Barbato et al, 2004; Lay et al, 2000; Singh et al, 2000; Wiersma et al, 2000; Mason et al, 1995; De Jong et al, 1985).

No Brasil são escassos os estudos que avaliaram o ajustamento social destes pacientes, sendo em sua maior parte seccionais e todos realizados em São Paulo. Foram avaliados tanto aqueles em tratamento na comunidade, quanto aqueles internados. O número das amostras variou de 34 a 192, sendo a WHO/DAS também o principal instrumento utilizado na avaliação do ajustamento social. A proporção de pacientes que apresentou algum grau de desajuste social variou de 63,8% a 81,6%, enquanto que desajuste grave foi observado entre 12,8% e 30%. As principais limitações metodológicas citadas pelos autores destes estudos foram o grande número de perdas entre os entrevistados (Gulinelli et al, 2005; Moreira et al, 2002), amostras pequenas (Shirakawa et al 1996) e a exclusão da história de abuso de álcool e drogas (Menezes & Mann, 1993).

Em síntese, o objetivo principal deste estudo foi avaliar o ajustamento social e os fatores clínicos e sócio-demográficos associados em todos os pacientes com transtorno esquizofrênico em tratamento no ambulatório de psiquiatria de um hospital geral na cidade do Rio de Janeiro no período de um ano.

II – MÉTODOS

1) Local e população do estudo:

Tratou-se de um estudo seccional, realizado no Hospital Mário Kröeff (HMK), situado na Penha Circular, subúrbio do Rio de Janeiro. O HMK atende diariamente entre 150 e 200 pacientes de diversas especialidades médicas. É um hospital filantrópico, conveniado ao

Sistema Único de Saúde (SUS), do qual a maioria dos seus pacientes é usuária (cerca de 96%). Pelas próprias características do serviço, inclusive sua localização, a maioria de seus pacientes pertence a classes sócio-econômicas desfavorecidas.

Seu serviço de psiquiatria oferece somente atendimento ambulatorial, funcionando de segunda a sexta-feira, de 8:00h às 16:00h. Realiza cerca de 400 atendimentos por mês, o que representa aproximadamente 4800 atendimentos por ano. Dentre o total de atendimentos anuais, cerca de 500 constituem-se de novos casos. O número de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia entre os atendidos atualmente neste ambulatório, segundo registro dos prontuários é de 130 indivíduos. O registro dos pacientes nos prontuários é feito de acordo com a Classificação Internacional de Doenças – 10ª Edição – CID 10 (OMS, 1993).

Diferentemente do modelo de assistência preconizado pelo Sistema Único de Saúde (Ministério da Saúde, 2001), a demanda do serviço de psiquiatria do HMK é espontânea e não referenciada. Os pacientes atendidos não se restringem àquela área programática, sendo oriundos de diferentes bairros da cidade do Rio de Janeiro, grande parte inclusive proveniente de algumas das regiões mais carentes da cidade e até mesmo de municípios vizinhos. Não é necessário um encaminhamento formal para o atendimento: qualquer cidadão que procure o serviço será avaliado pelos psiquiatras da equipe e, havendo indicação clínica, poderá seguir em acompanhamento ambulatorial.

A população de estudo foi composta por todas as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia registrado no prontuário (entre F20.0 e F20.9 pela CID 10), que tenham recebido tratamento no ambulatório de psiquiatria do Hospital Mário Kröeff no período de outubro de 2008 a setembro de 2009.

2) Instrumentos de avaliação:

2.1 - Características sócio-demográficas e clínicas

Foram coletados dados sócio-demográficos e clínicos, tais como: sexo, idade, estado civil, escolaridade, raça, naturalidade, ocupação, renda mensal do paciente e sua família, com quem o paciente reside, duração do transtorno mental, internações psiquiátricas no último ano, histórico psiquiátrico familiar, não adesão ao tratamento - considerado como a falta em duas consultas consecutivas sem justificativa (Rosa & Elkis, 2007).

2.2 – Diagnóstico da esquizofrenia e do uso de substâncias psicoativas

Para o diagnóstico psiquiátrico foi utilizado o Checklist de Sintomas do CID- 10 para Transtornos Mentais, versão 1.1. É um instrumento semi-estruturado, padronizado, composto

por questões que investigam sintomas e síndromes psiquiátricas e que gera diagnóstico atual de acordo com as definições e critérios da Classificação Internacional de Doenças, CID 10, décima revisão (OMS, 1993). Foi traduzido para o português por Oliveira, R. & Cordioli, A. V. (1994), com o consentimento da Organização Mundial de Saúde. O entrevistador deve estar familiarizado com os critérios diagnósticos da CID – 10. O instrumento pode ser utilizado por médico psiquiatra ou psicólogo, e sua aplicação dura cerca de 10 minutos. No presente estudo, o Checklist foi utilizado tanto para a identificação dos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia (módulo F2/F3), como também para identificação daqueles que tenham transtorno por uso de substâncias psicoativas concomitante (módulo F0/F1, que engloba os transtornos classificados entre F10 e F19).

2.3 - Sintomas psiquiátricos

Para avaliação dos sintomas psiquiátricos, foi utilizada a Escala das Síndromes Positiva e Negativa – PANSS. É um instrumento semi-estruturado que avalia a presença e a gravidade dos sintomas psicopatológicos nos últimos sete dias. É composto por trinta itens, sendo dividido em escala positiva (sete itens: delírios, desorganização conceitual, comportamento alucinatório, excitação, grandeza, desconfiança, hostilidade), negativa (sete itens: afetividade embotada, retraimento emocional, contato pobre, retraimento social passivo, dificuldade de pensamento abstrato, falta de espontaneidade e fluência, pensamento estereotipado) e psicopatologia geral (dezesseis itens: preocupação somática, ansiedade, culpa, tensão, maneirismos, depressão, retardo motor, falta de cooperação, conteúdo incomum do pensamento, desorientação, déficit de atenção, juízo e crítica, distúrbio da volição, controle de impulso, preocupação, esquivas sociais). De acordo com a pontuação obtida, podem ser divididos quatro tipos sintomatológicos distintos: tipo positivo, aquele com três ou mais sintomas da seção positiva com pontuação maior ou igual a quatro; tipo negativo, com três ou mais sintomas da seção negativa com pontuação maior ou igual a quatro; tipo misto, aquele com pontuação maior ou igual a quatro nas escalas positiva e negativa; não aplicável (NA), aqueles que não se enquadram nas classificações anteriores (Chaves & Shirakawa, 1998; Kay et al, 1987; Singh et al, 1987). Com o intuito de avaliar qual categoria de sintomas teria maior associação com o desajuste social, os tipos sintomatológicos misto e NA foram considerados como uma só variável, enfatizando a dimensão dos sintomas esquizofrênicos proposta por Crow (1980), em tipo I (positivo) e II (negativo). A PANSS foi traduzida e validada para uso no Brasil por Vessoni em 1993.

2.4 – Avaliação do ajustamento social:

Foi utilizada a Escala Disability Assessment Schedule (WHO/DAS), que foi desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde em 1988 com o objetivo de avaliar o desajuste social causado por transtornos mentais em diferentes contextos sócio-culturais. É um instrumento de avaliação semi-estruturado, validado durante um estudo multicêntrico organizado pela OMS, o "The WHO collaborative study on the assessment and reduction of psychiatric disability" (Jablensky, 1988), e sua tradução está disponível em diversas línguas. A escala foi traduzida e validada no Brasil, mostrando-se um instrumento de fácil aplicação, adequado para o uso em investigações sobre ajustamento social em pacientes psicóticos, com confiabilidade entre 0,88 – 1,00 (Menezes & Scazufca, 1993). Consiste de cinco seções – comportamento global (cuidado pessoal, diminuição de atividades, isolamento social, lentidão), papéis sociais (atividades domésticas, papel sexual, papel no casamento e na maternidade/ paternidade, papel ocupacional, contatos sociais, interesse em informações, comportamento em emergências) pacientes hospitalizados, fatores modificadores (recursos pessoais, interação familiar) e avaliação global (que varia numa escala de 0 a 5 de ajustamento social excelente a desajuste social muito grave). O período de tempo a ser avaliado é de um mês para as duas primeiras seções, uma semana para a terceira, e de seis meses para a quarta seção. As informações são obtidas através de entrevista com informante-chave do paciente, geralmente familiares. Sua aplicação dura cerca de 30 minutos. Pode ser aplicada por médicos psiquiatras, psicólogos, sociólogos ou assistentes sociais. (WHO, 1988). No presente estudo, que trata apenas da avaliação de pacientes ambulatoriais, a seção 3 da WHO/DAS não foi utilizada. Com o intuito de avaliar quais características foram associadas com o pior ajustamento social, sua avaliação global foi categorizada binariamente no presente estudo, considerando pontuação 0 e 1 como bom ajustamento social e pontuação 2, 3, 4, ou 5 como ajustamento social comprometido.

3) Coleta de dados:

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora principal do projeto, que obteve treinamento em todos os instrumentos utilizados no estudo. Esta coleta ocorreu de outubro de 2008 a setembro de 2009. Os participantes do estudo foram selecionados entre aqueles que se encontravam em tratamento no ambulatório, a partir de informações contidas no prontuário sobre seu diagnóstico. Todos aqueles registrados como pacientes esquizofrênicos acima de 18 anos foram convidados a participar da pesquisa. Antes da entrevista, cada paciente foi informado sobre a finalidade do estudo e convidado a participar, devendo para tanto assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida, cada participante foi

avaliado pelo Checklist da CID – 10. Se o mesmo foi diagnosticado como esquizofrênico por este instrumento, os demais instrumentos foram, então, aplicados na seguinte ordem: questionário sócio-demográfico, PANSS, WHO/DAS. Caso o diagnóstico de esquizofrenia não tenha sido confirmado pelo Checklist, a aplicação dos outros instrumentos não ocorreria.

4) Aspectos éticos:

O presente estudo foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Mário Kröeff, sendo aprovado em 18 de setembro de 2008. Todos os dados foram mantidos confidenciais e somente foram utilizados para providências de cuidados de saúde com o consentimento expresso do paciente. Os casos foram identificados através de um código numérico e a lista com o nome de cada participante foi mantida em sigilo pelo pesquisador principal.

5) Análise estatística dos dados

Foi calculada a prevalência dos fatores avaliados no presente estudo (com Intervalo de Confiança de 95%). Foram utilizados testes de associações estatísticas, como o Teste do Qui-quadrado e o Teste de Fischer para variáveis categóricas, além do Teste t para variáveis contínuas. Em todos estes se considerou um nível de significância de 5%. Foram estimados os *Odds Ratios* e os respectivos Intervalos de Confiança. As variáveis associadas com o ajustamento social comprometido ($p \leq 0,05$) entraram no modelo de regressão logística. As associações cujos valores de significância são limítrofes (0,05 - 0,1) e foram consideradas de importância clínica não foram excluídas (Browner, 2006). O programa SPSS 11.0.1 (*Statistical Package for the Social Sciences*) foi usado na análise estatística dos dados.

III – RESULTADOS

Dos 130 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia atendidos no ambulatório durante o período de avaliação, 3 se recusaram a participar da pesquisa sem nenhuma razão específica (taxa de participação de 97,7%). Foram entrevistados então, 127 pacientes, sendo 71 homens e 56 mulheres. A média de idade foi de 40,9 anos, variando de 18 a 73 anos (desvio padrão = 12,3 anos), predominando a faixa etária de 30 a 49 anos (50,4%). A maioria dos avaliados não era casada, sendo principalmente solteiros (53,3%), divorciados ou viúvos (17,3%). A população era composta predominantemente por pacientes com baixo nível de escolaridade

(56,7% cursaram somente até o ensino fundamental), da raça branca (59,1%), naturais do estado do Rio de Janeiro (78,7%). A proporção de pacientes com alguma ocupação foi baixa (25,2%). Em sua maioria estavam desempregados (52,8%) e apenas 22% recebia algum tipo de benefício social.

A renda mensal média dos pacientes foi de 0,7 salários mínimos (desvio padrão = 0,9). Já a renda familiar média foi de 3,5 salários mínimos, (desvio padrão = 1,9). A maioria possuía renda pessoal menor ou igual a 1 salário mínimo (78,7%) e renda familiar menor ou igual a 3 salários mínimos (59,1%). Em relação à atual situação de moradia, 42,5% residia com os pais e 57,5% com outros, como filhos, cônjuge e demais familiares (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sócio-demográficas e sua associação ao ajustamento social comprometido em 127 esquizofrênicos atendidos em um ambulatório de hospital geral no Rio de Janeiro

Variável	Total		Ajustamento Social Comprometido		OR (95% CI)	p-valor
	N	%	N	%		
Sexo						
Masculino	71	55.9	54	76.1	1	
Feminino	56	44.1	40	71.4	0.7 (0.3 – 1.7)	0.55
Faixa etária (anos)						
18 - 29	29	22.8	20	69.0	1	
30 – 49	64	50.4	46	71.9	1.1 (0.4 - 2.9)	0.58
50 – 64	32	25.2	27	84.4	2.4 (0.7 - 8.3)	0.51
≥ 65	2	1.6	1	50.0	0.4 (0.02 - 8.0)	0.26
Estado civil						
Casado	37	29.1	21	56.8	1	
Solteiro	68	53.5	56	82.4	3.6 (1.4 – 8.8)	0.006
Divorciado/Viúvo	22	17.3	17	77.3	2.6 (0.8 – 8.5)	0.12
Escolaridade						
Baixa (≤ ensino fundamental completo)	72	56.7	58	80.6	1	
Alta (≥ ensino médio incompleto)	55	43.3	36	65.5	0.4(0.2-1.0)	0.05
Raça						
Branca	75	59.1	54	72.0	1	
Não – branca	52	40.9	40	76.9	1.3 (0.6-2.9)	0.53
Naturalidade						
Rio de Janeiro	100	78.7	72	72.0	1	
Outros	27	21.3	22	81.5	1.7 (0.6-5.0)	0.32

Ocupação

Empregado	32	25.2	18	56.3	1	
Desempregado	67	52.8	54	80.6	3.2 (1.3-8.1)	0.01
Aposentado/Em benefício	28	22.0	22	78.6	2.9 (0.9-8.9)	0.07

Renda pessoal mensal

≤ 1 SM*	100	78.7	76	76.0	1	
1.1 - 6 SM	27	21.3	18	6.7	0.6 (0.3-1.6)	0.33

Renda familiar mensal

≤ 1SM	11	8.7	9	81.8	1	
1.1 – 3 SM	64	50.4	50	78.1	0.8 (0.1-4.1)	0.78
3.1 – 6 SM	41	32.3	30	73.2	0.6 (0.1-3.3)	0.56
> 6 SM	11	8.7	5	45.5	0.2 (0.03-1.3)	0.09

Com quem reside

Pais	54	42.5	43	79.6	1	
Outros**	73	57.5	51	69.9	0.6 (0.3-1.4)	0.26

*SM = Salários Mínimos

** Cônjuge, demais familiares, desacompanhados.

Em relação aos fatores psiquiátricos, o tempo médio de duração do transtorno foi de 12,7 anos (desvio padrão = 9,7), variando de 1 a 46 anos. A maioria foi diagnosticada com o transtorno há mais de 5 anos. Quanto à hospitalização, 57,5% dos pacientes já foram internados ao menos uma vez em hospitais psiquiátricos sendo que 5,5% dos entrevistados teve sua internação mais recente no último ano. 52% possuíam história de transtorno mental na família e 35,4% não apresentaram adesão ao tratamento ambulatorial.

No que diz respeito ao uso de substâncias psicoativas, 70,9% declararam não ser usuários de bebidas alcoólicas. Dentre os usuários, constituiu-se de uso nocivo ou dependência em 6,3% dos casos de acordo com critérios da CID-10. Aproximadamente 92% dos pacientes negaram o uso de substâncias ilícitas. Dos 7,9% que faziam uso, 2,4% usavam exclusivamente maconha e 5,5% usavam maconha e cocaína. O tabagismo foi observado em 37,8% dos participantes.

Todos os pacientes tiveram os sintomas psiquiátricos avaliados pela PANSS, que atingiu pontuação total média de 79,4 (desvio padrão = 18,9), variando entre 41 e 125. Na seção de sintomas positivos, a média foi de 16,9 (desvio padrão = 4,5), variando de 7 a 30. Para os sintomas negativos, a média encontrada foi de 22,02 (desvio padrão = 6,2), variando de 9 a 43. Nos sintomas gerais, média de 40,4 (desvio padrão = 8,8), variando de 23 a 62 pontos. De acordo o tipo sintomatológico, observou-se 13,4% do tipo positivo e 39,4% do tipo negativo. Do tipo misto foram observados 10,2%. Os que não se aplicam às classificações anteriores (NA) foram 37,0% (Tabela2).

Tabela 2 - Fatores psiquiátricos e sua associação ao ajustamento social comprometido em 127 esquizofrênicos atendidos em um ambulatório de hospital geral no Rio de Janeiro

Variável	Total		Ajustamento Social Comprometido		OR(95% CI)	p-valor
	n	%	n	%		
Duração do transtorno maior que 5 anos	94	74.0	73	77.7	2.0 (0.8 - 4.7)	0.11
Internados no último ano	7	5.50	7	100	0.7 (0.6 - 0.8)	0.11
História familiar de transtorno psiquiátrico	66	52.0	45	68.2	0.5 (0.2 - 1.2)	0.12
Uso de álcool	37	29.1	22	59.5	0.4 (0.2 - 0.8)	0.02
Tabagismo	48	37.8	34	70.8	0.8 (0.3 - 1.7)	0.52
Uso de drogas ilícitas	10	7.9	5	50.0	0.3 (0.1 - 1.2)	0.07
Não adesão ao tratamento ambulatorial	45	35.4	35	77.8	0.7 (0.3 - 1,7)	0.47
TIPO SINTOMATOLÓGICO*						
Tipo sintomatológico misto / NA	60	47.2	37	61.7	0.3 (0.1-0.7)	0.03
Tipo sintomatológico negativo	50	39.4	45	90.0	5.1 (1.8- 14.5)	0.001
Tipo sintomatológico positivo	17	13.4	12	70.6	0.8 (0.3-2.5)	0.7

*De acordo com a PANSS.

Avaliação do ajustamento social:

O instrumento WHO/DAS foi aplicado nos 127 pacientes. Encontrou-se a seguinte distribuição da avaliação global: 6,3% dos pacientes apresentando ajustamento social excelente (pontuação 0), 19,7% com ajustamento bom (pontuação 1), 29,9% com ajustamento razoável (pontuação 2), 24,4% com ajustamento pobre (pontuação 3), e 19,7% teve o ajustamento social considerado grave ou muito grave (pontuação 4 ou 5). Assim, 74,0% dos avaliados apresentou comprometimento do ajustamento social (pontuação 2, 3, 4 ou 5).

A análise da distribuição das frequências de pontuação (Tabela 3) permite identificar quais áreas do ajustamento social foram mais afetadas pelo transtorno. O papel ocupacional foi o fator com a maior proporção de pacientes com pontuação maior ou igual a 2 (62,3%), considerando conjuntamente a performance no trabalho e o interesse em conseguir emprego ou voltar a estudar, já que dizem respeito à mesma área de funcionamento.

Logo em seguida, o papel sexual mostrou-se comprometido em 41,7% dos pacientes, também considerando conjuntamente solteiros e casados. Também apresentaram importante comprometimento os itens “interesse e informações”, que avalia o esforço do paciente em obter informações e seu interesse em eventos mundiais ou locais (30,8%) e “diminuição das atividades”, que considera o tempo durante o dia em que o paciente ficou sem nenhuma ocupação (26,8%). Considerando a gravidade do desajuste social, as áreas que apresentaram maior proporção de pontuação 4 e 5 foram o papel ocupacional (22,9%), o papel sexual (7,9%) e o isolamento social (5,5%).

Tabela 3 - Distribuição de pontuação por item da escala WHO/DAS – Seções 1 e 2 (n=127)

ITEM	0	1	2	3	4	5	9
	Sem disfunção	Disfunção mínima	Disfunção óbvia	Disfunção séria	Disfunção muito séria	Disfunção máxima	NA
Cuidado pessoal	73(57,5%)	38(29,9%)	12(9,4%)	2 (1,6%)	1 (0,8%)	1 (0,8%)	-
Diminuição das atividades	18(14,2%)	75(59,1%)	24(18,9%)	7 (5,5%)	2 (1,6%)	1 (0,8%)	-
Lentidão	68(53,5%)	46(36,2%)	8 (6,3%)	3 (2,4%)	1 (0,8%)	1 (0,8%)	-
Isolamento social	55(43,3%)	50(39,4%)	11(8,7%)	4 (3,1%)	6 (4,7%)	1 (0,8%)	-
Atividade doméstica	55(43,3%)	49(38,6%)	14(11%)	5 (3,9%)	1 (0,8%)	2 (1,6%)	1 (0,8%)
Afeto/casamento	15(11,8%)	20(15,7%)	1 (0,8%)	1 (0,8%)	-	-	90(70,9%)
Sexo/casamento	14(11%)	18(14,2%)	4(3,1%)	1 (0,8%)	-	-	90(70,9%)
Maternidade/Paternidade	27(21,3%)	5 (3,9%)	2 (1,6%)	3 (2,4%)	1 (0,8%)	-	89(70,1%)
Sexo/solteiros	8 (6,3%)	34(26,8%)	25(19,7%)	13(10,2%)	10(7,9%)	-	37(29,1%)
Contatos sociais	75(59,1%)	43(33,9%)	5 (3,9%)	1 (0,8%)	1 (0,8%)	2 (1,6%)	-
Papel ocupacional	7 (5,5%)	21(16,5%)	3 (2,4%)	2 (1,6%)	1 (0,8%)	-	93(73,2%)
Interesse ocupacional	2 (1,6%)	19 (15%)	32(25,2%)	13(10,2%)	26(20,5%)	2 (1,6%)	33 (26%)
Informações	14 (11%)	74(58,3%)	33 (26%)	3 (2,4%)	2 (1,6%)	1 (0,8%)	-
Emergências	83(65,4%)	25(19,7%)	12(9,4%)	4 (3,1%)	2 (1,6%)	1 (0,8%)	-

Associação entre o ajustamento social comprometido e os fatores sócio-demográficos e psiquiátricos avaliados:

As variáveis sócio-demográficas que se mostraram significativamente associadas ao ajustamento social comprometido na análise univariada foram: ser solteiro(a), baixa escolaridade, estar desempregado(a) e renda familiar mensal abaixo de um salário mínimo. Com relação aos fatores psiquiátricos, os fatores que se associaram significativamente com o ajustamento social comprometido foram: tipo sintomatológico negativo e o não uso de álcool e drogas ilícitas.

Foram incluídas no modelo de regressão as variáveis associadas ao comprometimento do ajustamento social na análise univariada ($p < 0,1$): estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar mensal, uso de álcool, uso de drogas ilícitas, tipo sintomatológico misto/NA e tipo sintomatológico negativo, permanecendo associadas significativamente ao comprometimento do ajustamento social: ser solteiro(a) e baixa escolaridade. Apesar de divorciado(a)/ viúvo(a) não terem sido associados inicialmente na análise univariada, eles aparecem associados significativamente ao desajuste social na análise multivariada. Estar desempregado foi considerado associado na análise final pela sua significância limítrofe e sua importante relação com a variável dependente (Browner, 2006) (Tabela 4).

Tabela 4 - Modelo multivariado de fator de risco para ajustamento social comprometido em 127 esquizofrênicos atendidos em um ambulatório de hospital geral no Rio de Janeiro

Variável	OR	95%CI	p-valor
Estado Civil			
Casados	1		
Solteiros	10.6	2.8 – 40.6	0.001
Divorciados/Viúvos	6.6	1.2 - 35.6	0.03
Escolaridade			
Baixa	1		
Alta	0.3	0.1 – 1.0	0.04
Ocupação			
Empregado	1		
Desempregado	2.7	0.8 – 8.8	0.09
Aposentado/ Em benefício	2.2	0.5 – 10.1	0.3

IV - DISCUSSÃO

A proporção de pacientes com ajustamento social comprometido foi alta, com 74% apresentando pontuação entre 2 e 5 na WHO/DAS e 19,7% apresentando comprometimento grave, com pontuação 4 ou 5. Tal resultado é corroborado por estudos nacionais e internacionais. Em um estudo nacional realizado em pacientes com transtornos mentais graves recebendo tratamento na comunidade, foi encontrado comprometimento em 63,8%, com desajuste grave em 12,8% (Gulinelli et al, 2005). Já em outro estudo realizado no ambiente hospitalar, houve comprometimento em 81,6% dos pacientes (Menezes & Mann, 1993). Tal variação pode ser decorrente das diferentes amostras de pacientes estudadas. O estudo que avaliou pacientes com transtornos mentais graves, isto é, não restrito a pacientes esquizofrênicos, apresentou menor comprometimento do ajustamento social em comparação ao nosso estudo. Tal diferença pode ser explicada, por exemplo, pelo fato de que pacientes com transtornos bipolares têm um menor desajuste social em comparação aos pacientes esquizofrênicos (Gulinelli et al, 2005; Singh et al, 2000; Harrow et al, 1997) Por sua vez, o estudo que avaliou pacientes esquizofrênicos internados apresentou ajustamento social mais comprometido, o que é de se esperar, pois a necessidade de internação pode indicar um maior prejuízo no ajustamento social.

Em relação à literatura internacional, o ajustamento social comprometido nos pacientes esquizofrênicos variou de 64% a 87,7%. Tais variações também foram encontradas de acordo com o tipo de assistência prestada no momento da avaliação, pois pacientes em tratamento comunitário obtiveram menor proporção de ajustamento social comprometido em comparação àqueles internados (Mubarak, 2005; Barbato et al, 2004; Mason et al, 1995; De Jong et al, 1985). Estudos longitudinais apresentaram variações do ajustamento social ao longo dos anos. Observa-se em geral uma tendência deteriorante, mesmo considerando que provavelmente aqueles com pior evolução do transtorno estão sub-representados nas amostras de seguimento (maior abandono do tratamento, suicídio, entre outros fatores). Num estudo longitudinal multicêntrico com seguimento de 15 anos, 86% dos pacientes apresentaram ajustamento social prejudicado, em contraste com 74% deste estudo (Wiersma et al, 2000).

No presente estudo, as áreas do ajustamento social mais afetadas foram: o desempenho ocupacional e o papel sexual, o que está de acordo com a literatura científica sobre o tema. A disfunção no desempenho ocupacional diz respeito tanto à qualidade da sua atuação no papel exercido, seja este o trabalho ou estudo, quanto ao real interesse demonstrado na obtenção de uma ocupação. Em pacientes esquizofrênicos, alterações nesta área podem ser explicadas

principalmente pela presença de sintomas negativos e déficits cognitivos (Villata – Gil et al, 2006). Entretanto, não somente estas duas variáveis explicam o baixo desempenho ocupacional. Fatores sociais, tais como a ausência de suporte social, um ambiente de trabalho não acolhedor e a baixa escolaridade do paciente podem contribuir para o efeito deletério nesta área (Srinivasan & Tirupati, 2005). Estudos têm demonstrado que a esquizofrenia está relacionada às grandes taxas de desemprego e perda de produtividade daqueles que se encontram empregados. O sexo masculino, idade jovem, menor intensidade dos sintomas negativos e maior escolaridade foram associados a um melhor desempenho ocupacional, embora o sexo masculino tenha pior prognóstico quando se considera o ajustamento social como um todo (Chang et al 2008; Salkever et al 2007; Goldberg et al 2001). Tais resultados estão consonantes com nosso estudo, pois o comprometimento social foi mais freqüente nos homens, de baixa escolaridade, desempregados com presença de sintomas negativos.

A disfunção no papel sexual foi observada tanto em solteiros quanto em casados, havendo prejuízo tanto na ocorrência de relações sexuais satisfatórias no caso dos casados, quanto no interesse em conseguir relações íntimas com outras pessoas no caso dos solteiros (Mubarak, 2005; Gulinelli et al, 2005; Lay et al, 2000; Wiersma et al, 2000; Häfner et al, 1998; Menezes & Mann, 1993). Embora o uso de medicação antipsicótica esteja associado a disfunções sexuais, a diminuição do desempenho sexual nestes pacientes não pode ser totalmente explicada por um efeito medicamentoso colateral, pois mesmo pacientes sem tratamento farmacológico apresentam queda do interesse sexual. Aqueles submetidos a tratamento medicamentoso apresentam disfunção principalmente relacionada à ereção, ejaculação e a obtenção de orgasmo. (Aizenberg et al 1995; Lukof et al, 1986).

Os fatores associados significativamente a um pior ajustamento social no presente estudo foram: estado civil solteiro(a) / divorciado(a) / viúvo(a), baixa escolaridade, desempregados. De maneira consistente com a literatura, o fato de ser solteiro (a), divorciado (a) ou viúvo (a) se mostrou significativamente associado ao pior ajustamento social neste estudo. Alguns estudos demonstram que pacientes casados apresentaram melhor prognóstico e qualidade de vida do que aqueles que se divorciaram, se tornaram viúvos ou nunca se casaram (Cardoso et al 2006; Hell & Fürer, 1987). Mesmo antes do início do transtorno, os sintomas prodrômicos podem levar ao isolamento social, contribuindo para que estes pacientes tenham uma rede social escassa. Entre aqueles que chegam a se casar, a presença do transtorno pode contribuir para o término da relação, por várias razões, como por exemplo, o comportamento violento presente na fase ativa (Elbogen & Johnson, 2009; Thara & Srinivasan, 1997). Vários estudos têm indicado a estreita relação entre o isolamento social e o pior prognóstico da

doença, não somente na ocasião do início do transtorno mental, mas também durante todo o seu curso (Harrison et al, 2001). Antes mesmo do início do transtorno, o isolamento social na infância e adolescência já é preditor de um pior prognóstico (Robinson et al, 1999; Gittelman & Klein, 1969). Além disso, o ajustamento social pré-mórbido comprometido também está associado à maior intensidade de sintomas negativos e aumento do tempo necessário para resposta ao tratamento medicamentoso (Strous et al 2004).

O próprio estigma relacionado à esquizofrenia pode dificultar os relacionamentos sociais destes pacientes levando ao isolamento, já que por razões como, por exemplo, medo ou preconceito outras pessoas podem não se aproximar desta população (Kadri & Sartorius, 2005). O estigma em relação a este tipo de transtorno está presente tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento, contribuindo para o isolamento social e interferindo na possibilidade de aquisição e manutenção de uma rede social (Dickerson et al 2002; Crisp et al 2000). Uma outra explicação para o isolamento social seria a presença do estigma internalizado, isto é, a transformação da identidade do paciente em sua própria concepção, passando a enxergar a si mesmo como incapaz. Isto se reflete em desesperança, baixa auto-estima e comprometimento do ajustamento social nesta clientela (Yanos et al 2008; Mann & Himelein, 2004).

Outro fator importante para o comprometimento do ajustamento social é o desemprego, o qual foi encontrado em 52,8% dos pacientes entrevistados em nosso estudo. Pacientes esquizofrênicos tendem a apresentar maior taxa de desemprego do que a média da população em geral. Além disso, quando empregados, tendem a receber salários menores que os indivíduos não esquizofrênicos que ocupam cargos semelhantes (Chang et al 2008; Killackey et al 2008; Rosenheck et al 2006; Gulinelli et al, 2005; Menezes & Mann, 1993). O desemprego entre os pacientes esquizofrênicos está associado a um maior número de recaídas do transtorno o que por sua vez compromete o ajustamento social dos mesmos (Chabungbam et al 2006). Fatores que dificultam a obtenção de uma ocupação em pacientes esquizofrênicos incluem o estigma em relação ao transtorno, discriminação, falta de ajuda profissional apropriada e medo de perder os benefícios adquiridos. Estar empregado pode estar diretamente relacionado ao melhor ajustamento social, melhor qualidade de vida e preservação da auto-estima (Marwaha & Johnson, 2004).

Além disso, o fato do transtorno se iniciar principalmente em indivíduos jovens faz com que estes não tenham a chance de completar seus estudos, gerando dificuldades na obtenção de melhores empregos e salários (Zuckerman et al, 1993). Em nosso estudo, baixa escolaridade foi encontrada em 56,7% dos entrevistados. Níveis educacionais mais elevados

estão associados a um melhor prognóstico na esquizofrenia. Pacientes esquizofrênicos com maior número de anos de escolaridade apresentam melhor ajustamento pré-mórbido e menor sintomatologia psicótica, principalmente em relação ao afeto, alogia, volição e comportamentos bizarros (Swanson et al, 1998). Maior tempo de educação formal aumenta a chance de conseguir um emprego, ter desempenho ocupacional mais satisfatório, e conseqüentemente, contribui para um melhor ajustamento social desta população (Srinivasan & Tirupati, 2005). Maior escolaridade também está associada a menor comprometimento cognitivo de esquizofrênicos crônicos, o que se reflete na capacidade adaptativa desta população na vida em comunidade (Laks et al 2000).

A baixa renda mensal, familiar ou pessoal também é fator contribuinte para o pior ajustamento social nos pacientes esquizofrênicos. No presente estudo, em torno de 80% dos pacientes recebia menos que um salário mínimo por mês. Pacientes com esquizofrenia habitualmente apresentam baixa condição socioeconômica, o que tem sido explicado principalmente pela hipótese da mobilidade descendente (seleção social), segundo a qual os pacientes afetados movem-se para um grupo socioeconômico mais baixo em virtude do transtorno. Entretanto, a hipótese da seleção e causação social (“*Downward Drift*”) é ainda controversa, sendo difícil delimitar causas e conseqüências (Gallagher et al 2006; Muntaner et al, 2004; WHO, 1998; Aro et al, 1995; Dohrenwend et al, 1992; Saugstad, 1989). Num país em desenvolvimento como o Brasil, fatores como baixa renda, baixo nível de escolaridade e desemprego estão presentes mesmo em populações livres de transtorno mental grave, o que diminui ainda mais as chances dos indivíduos portadores deste transtorno.

Os sintomas negativos do transtorno também têm relação com o comprometimento do ajustamento social. Estes sintomas têm sido descritos como predominantes nas fases mais tardias do transtorno, tendendo a ser persistentes, apresentando pior resposta ao tratamento medicamentoso, além de estarem relacionados a um pior prognóstico e a um pior ajustamento social dos pacientes esquizofrênicos (Usall et al, 2007; Matza et al, 2006; Srinivasan & Tirupati 2005; Andreasen, 1987; Cornblatt, 1985; Jaspers, 1979). Sabe-se também que o uso de medicação antipsicótica atua predominantemente nos sintomas positivos da doença o que poderia explicar a maior prevalência do tipo sintomatológico negativo e sua influência sobre o ajustamento social. Isto porque apesar do paciente não apresentar sintomas produtivos, por efeito da medicação, os sintomas negativos não foram reduzidos na mesma proporção. Além disso, o efeito colateral da medicação antipsicótica é capaz de exacerbar características negativas do transtorno, como por exemplo, contribuir com a diminuição das atividades do paciente (Lipkovich et al, 2009; Kirkpatrick & Galderisi, 2008; Lenior et al, 2001; Andreasen,

1987; Cornblatt et al, 1985; Bilder et al, 1985). No presente estudo foi observada uma proporção significativa de pacientes com comprometimento do ajustamento social no que diz respeito à diminuição de atividades diárias (26,8%) e falta de interesse em obter informações sobre eventos mundiais ou locais, proporcionais ao seu nível cultural (30,8%). Tais fatos podem estar associados aos sintomas negativos do transtorno, já que o hipopragmatismo e a hipobulia são características deste tipo sintomatológico (Kay et al 1987; Andreasen, 1987).

É comum a comorbidade entre esquizofrenia o uso de álcool e drogas (WHO, 1998). O consumo de álcool foi observado em 29,1% dos entrevistados, sendo que em 6,3% dos casos foi caracterizado o uso nocivo ou dependência de acordo com os critérios da CID-10. Corradi-Webster, C. et al (2005) avaliando pacientes psiquiátricos atendidos ambulatorialmente encontraram resultados semelhantes, com 10,2% da amostra apresentando critérios para uso nocivo ou dependência de álcool, de acordo com a CID-10. Embora a OMS estime em 30% o abuso para pacientes esquizofrênicos, os critérios para “abuso” não constam de seu checklist diagnóstico, havendo maior rigidez nos critérios para determinação de uso nocivo, como por exemplo, a ocorrência de danos reais à saúde física ou mental do usuário, não bastando apenas desaprovação cultural ou desajuste social para seu diagnóstico (OMS, 1993). Tal diferença conceitual poderia explicar a menor prevalência encontrada no nosso estudo. O uso de drogas ilícitas foi relatado em 7,9% dos casos, com predomínio do uso de maconha. A OMS estimou prevalência de 25% nos pacientes esquizofrênicos em geral (tanto aqueles em tratamento na comunidade quanto internados). A menor prevalência em nosso estudo pode ser decorrente tanto da omissão de informações pelos pacientes, quanto ao fato dos usuários de substância não fazerem parte do perfil de frequentadores de serviços ambulatoriais, já que o uso de substâncias ilícitas está associado à menor adesão ao tratamento por esta clientela (WHO, 1998; Carreiro & Borrego, 2007; Drake, 2007). No presente estudo o uso de álcool e substâncias ilícitas foi inversamente associado ao ajustamento social comprometido, associação esta que não permaneceu significativa após a análise de regressão. Embora escassos, outros estudos já haviam associado o uso de substâncias psicoativas a um melhor ajustamento social, o que poderia estar relacionado a um menor isolamento social, necessário para a obtenção e o consumo das substâncias, e a menor sintomatologia negativa (Harrison et al 2008; Salyers & Mueser, 2001; Sevy et al 2001).

O desajuste social ocorre sobretudo em pacientes do sexo masculino, já que mulheres tendem a ser mais jovens quando se casam, tem início do transtorno mais tardio e, em relação ao papel cultural, não necessitam de tanta iniciativa para iniciar relacionamentos em comparação aos homens (Cardoso et al, 2006; Chaves, 2000; WHO, 1998). As mulheres

podem apresentar curso mais brando, com menos hospitalizações durante a vida, menor comprometimento cognitivo, melhor resposta a medicação antipsicótica, menores taxas de recaída e, portanto, um melhor prognóstico e uma melhor possibilidade de ajustamento social (Usall et al, 2007; Siegel et al 2006; Mari & Leitão 2000; Goldenstein et al 1998). Este fato foi corroborado em nosso estudo, no qual as mulheres apresentaram ajustamento social menos comprometido que os homens (71,4% vs 76,1 %), apesar dessa diferença não ter sido estatisticamente significativa.

Dentre os pacientes avaliados, 42,5% residia com seus pais, o que é comumente observado nesta clientela. Resultados semelhantes foram encontrados anteriormente, como nos trabalhos de Villata - Gil (2006) e em Lay, B.(2000), que encontraram respectivamente 55,8% e 41,5% dos pacientes residindo com os genitores. Os pacientes esquizofrênicos que residiam com seus pais apresentaram maior comprometimento do ajustamento social do que os que viviam com os demais (cônjuges, outros familiares, desacompanhados). Isto poderia ser explicado pela Emoção Expressada pelos familiares que, embora não avaliado neste estudo, este fator consiste em qualquer comportamento de envolvimento excessivo, seja ele intrusivo, hostil, crítico, controlador ou infantilizador dos familiares, estando associado a um pior ajustamento social e maiores taxas de recaídas em pacientes esquizofrênicos (Shirakawa et al, 1996; Kavanagh, 1992). Intervenções familiares com o objetivo de reduzir este envolvimento disfuncional mostraram-se efetivas, promovendo diminuição dos períodos de hospitalização e dos episódios psicóticos nestes pacientes (Lenior et al, 2005). A manutenção de relacionamentos adequados com familiares e amigos contribui positivamente para a recuperação destes pacientes e para o seu melhor ajustamento social (Harvey et al, 2007; Harrison et al, 2001)

Dos pacientes avaliados em nosso estudo, 35,4% não tiveram adesão ao tratamento ambulatorial. Na literatura, encontram-se taxas de não adesão ao tratamento em pacientes esquizofrênicos variando de 10% a 76%, de acordo com a população estudada, o conceito de adesão e o método utilizado na verificação da adesão. Em outros trabalhos, a não adesão ao tratamento está associada a maior número de recaídas e maior tempo de hospitalização (Rosa & Elkis, 2007; Casper & Regan, 1993; Young 1986). Apesar de não ter sido significativo neste estudo, o fato de 35,4% dos pacientes não terem adesão ao tratamento ambulatorial pode contribuir de forma substancial para prejuízo no seu ajustamento social.

Observou-se que 52% dos entrevistados apresentavam história de transtorno psiquiátrico na família. Estudos encontraram história familiar em 69% dos pacientes adultos e 33% em pacientes com início do transtorno na infância (Maydell et al 2009). Em pesquisa

nacional realizado com 122 pacientes esquizofrênicos em atendimento na comunidade, foi encontrada história de transtorno psiquiátrico na família em 71,3% dos casos, sendo que quando considerados apenas os casos de esquizofrenia, a história familiar foi positiva em 29,8% dos entrevistados (Martins & Abreu, 2004). No presente estudo, não foi possível avaliar especificamente os casos de esquizofrenia nas famílias devido à dificuldade dos entrevistados de dar informação confiável sobre o diagnóstico de seus familiares. A história familiar para esquizofrenia tem sido associada a um pior prognóstico nestes pacientes. Este fator acarreta início mais precoce do transtorno, independente do sexo (Mari & Leitão, 2000).

Sabe-se que a maior duração da esquizofrenia está associada a um maior comprometimento do ajustamento social. No presente estudo 74% dos entrevistados tinha mais de cinco anos de duração do transtorno. Tal fato é de fundamental importância, considerando-se que a esquizofrenia é um transtorno de curso crônico (Siegel et al 2006; Lenior et al 2005; Menezes, 2000). A longa duração da esquizofrenia está relacionada a uma menor recuperação dos sintomas psiquiátricos, mesmo com o tratamento medicamentoso adequado (Szymanski et al 1996). A maior duração da psicose não-tratada também está associada a um pior prognóstico na esquizofrenia, tanto no que diz respeito à redução dos sintomas psicóticos quanto ao ajustamento social destes pacientes (Perkins et al 2005).

Os fatores associados a um pior ajustamento social no presente estudo foram: estado civil solteiro / divorciado / viúvo, baixa escolaridade, desempregados, o que está de acordo com outros estudos sobre o tema (Usall et al 2007; Gulinelli et al, 2005; Srinivasan & Tirupati, 2005; Moreira et al, 2002; Lima & Botega, 2001; Wiersma et al 2000; Lay et al 2000; Häfner et al 1998; Shirakawa et al, 1996; Mason et al 1995; Menezes & Mann, 1993; De Jong et al, 1985). Portanto, a reabilitação psicossocial destes pacientes torna-se importante quando vem acompanhada de políticas públicas que garantem educação e emprego para esta população.

A investigação dos fatores associados ao comprometimento do ajustamento social na esquizofrenia é fundamental para a inserção destes pacientes em serviços de saúde comunitários não especializados, tais como os ambulatórios de hospital-geral, contribuindo assim com a diminuição do estigma existente na sociedade, maior integração social destes pacientes e fornecendo atenção à saúde desta clientela de modo integrado, de acordo com o preconizado pela OMS (WHO, 2001). Além disso, o conhecimento destes fatores possibilita melhor entendimento sobre o prognóstico do transtorno em si, auxiliando na formulação de programas de reabilitação psicossociais especificamente voltados para áreas de pior

funcionamento, permitindo assim otimização do ajustamento na sociedade e melhor qualidade de vida desta clientela.

LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS: Por se tratar de um estudo seccional, não é possível inferir associação causal entre os fatores avaliados e o comprometimento do ajustamento social. Uma outra limitação está relacionada ao fato de que o estudo foi realizado em um ambulatório de um hospital geral, o que, embora seja uma das modalidades de atendimento preconizadas pela OMS, não é representativo em se tratando de pacientes esquizofrênicos em atendimento ambulatorial na cidade do Rio de Janeiro.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABELHA, L.; LEGAY L.F.; LOVISI, G. **O Processo de Reforma Psiquiátrica Brasileiro na Era da Globalização: Desafios e Perspectivas.** *Cadernos de Saúde Coletiva*, 2004, 12: 9-25.

AIZENBERG, D.; ZEMISHLANY, Z., DORFMAN-ETROG, P.; WEIZMAN, A. **Sexual dysfunction in male schizophrenic patients.** *Journal of Clinical Psychiatry*, 1995, 56: 137-141.

ALLARDYCE, J.; MORRISON, G.; VAN OS, J.; KELLY, J.; MURRAY, R.; MC CREADIE, R. **Schizophrenia is not disappearing in south-west Scotland.** *The British Journal of Psychiatry*, 2000, 177: 38 – 41.

ALMEIDA FILHO, N. et al. **Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras.** *Revista ABP_APAL*, 1992, 14: 93 – 104.

ALPHS, L.; SUMMERFELT, A.; LANN, H.; MULLER, R.J. **The Negative Symptom Assessment: a new instrument to assess negative symptoms of schizophrenia.** *Psychopharmacology Bulletin*, 1989, 25: 159-163.

ALVES, D.S.N. et al. **Elementos para uma análise da assistência em saúde mental no Brasil.** *Jornal Brasileiro de psiquiatria*, 1992, 41: 423 – 426.

AMADDEO, F.; BISOFFI, G.; BONIZZATO, P.; MICCIOLO, R.; TANSELLA, M. **Mortality among patients with psychiatric illness: A ten-year case register study in an area with a community-based system of care.** *The British Journal of Psychiatry*, 1995, 166: 783 – 788.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: **Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition - TR - DSM-IV-TR**, 2000. Washington, DC.

ANDREASEN, N. C. **Negative symptoms in schizophrenia.** *Archives of General Psychiatry*, 1982, 39: 784-788.

ANDREASEN, N. C. **Scale for the Assessment of Positive Symptoms**. Iowa City: University of Iowa Press, 1984.

ANDREASSEN, N. C. **The diagnosis of schizophrenia**. *Schizophrenia Bulletin*, 1987, 13: 9 – 22.

ARO, S.; ARO, H.; KESKIMÄKI, I. **Socio-economic mobility among patients with schizophrenia or major affective disorder. A 17-year retrospective follow-up**. *The British Journal of Psychiatry*, 1995, 166: 759 – 767.

BARBATO, A., D'AVANZO, B., ROCCA, G., AMATULLI, A., LAMPUGNANI, D. **A study of long-stay patients resettled in the community after closure of a psychiatric hospital in Italy**. *Psychiatric Services*, 2004, 55: 67 – 70.

BEBBINGTON, P. E.; ANGERMEYER, M.; AZORIN, J. M.; BRUGHA, T.; KILIAN, R.; JOHNSON, S.; TOUMI M. **The European Schizophrenia Cohort (EuroSC): A naturalistic prognostic and economic study**. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2005, 40: 707-717.

BENTON, M.; SCHROEDER, H. **Social Skills Training With Schizophrenics: A Meta-Analytic Evaluation**. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1990, 58: 741 – 747.

BILDER, R. M.; MUKHERJEE, S.; RIEDER, R.; PANDURANGI, A. **Symptomatic and neuropsychological components of defect states**. *Schizophrenia Bulletin*, 1985, 11: 409 – 419.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BREWIN, J.; CANTWELL, R.; DALGIN, T.; FOX, R.; MEDLEY, I.; GLAZEBROOK, C.; KWIECINSKI, R.; HARRISON, G. **Incidence of schizophrenia in Nottingham: a comparison of two cohorts, 1978-80 and 1992-94**. *The British Journal of Psychiatry*, 1997, 171: 140-144.

BROWNER W. **Publishing and Presenting Clinical Research.** Lippincott Williams & Wilkins: 2ª Edição, 2006.

BRUCE, M. L.; LEAF, P. J.; ROZAL, G. P.; FLORIO, L.; HOFF, R.; PHILL, M. **Psychiatric Status and 9-Year Mortality Data in the New Haven Epidemiologic Catchment Area Study.** *American Journal of psychiatry*, 1994, 151:716 – 721.

CALDWELL, C. B.; GOTTESMAN, I. I. **Schizophrenia kill themselves too: A review of risk factors for suicide.** *Schizophrenia Bulletin*, 1990, 16: 571 – 589.

CAMPBELL, R. J. **Psychiatric Dictionary.** Oxford University Press, 7ª Edition, New York, 1996.

CARDOSO, C.; CAIAFFA, W.; BANDEIRA, M.; SIQUEIRA, A.; ABREU, M.; FONSECA, J. **Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: uma comparação por sexo.** *Cadernos de Saúde Pública*, 2006, 22: 1303 – 1314.

CARPENTER, W. T. JR.; BUCHANAN, R. W. **Medical Progress: Schizophrenia.** *The New England Journal of Medicine*, 1994, 30: 681-690.

CARREIRO, S.; BORREGO, M. **Psicose e consumo de substâncias.** *Acta Médica Portuguesa*, 2007, 20: 413 – 422

CASPER, E.; REGAN, J. **Reasons for admission among six profile subgroups of recidivists of inpatient services.** *Canadian Journal of Psychiatry*, 1993, 38: 657-661.

CHABUNGBAM, G.; AVASTHI, A.; SHARAN, P. **Sociodemographic and clinical factors associated with relapse in schizophrenia.** *Psychiatric and Clinical Neurosciences*, 2007, 6: 587 – 593

CHANG, S.; CHO, S.; JEON, H.; HAHM, B.; LEE, H.; PARK, J.; CHO M. **Economic burden of schizophrenia in South Korea.** *Journal Korean Medical Science*, 2008, 23: 167 – 175.

CHATTERJEE, S.; PATEL, V.; CHATTERJEE, A.; WEISS, H. **Evaluation of a community-based rehabilitation model for a chronic schizophrenia in rural India.** *The British Journal of Psychiatry*, 2003, 182: 57 – 62.

CHAVES, A.C., SHIRAKAWA I. **Escala das síndromes negativa e positiva - PANSS e seu uso no Brasil.** *Revista de Psiquiatria Clínica*, 1998, 25: 337-343.

CHAVES, A. **Diferença entre os sexos na esquizofrenia.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2000, 22: 21-22.

CHILDERS, S.; HARDING, C. **Gender, Premorbid Social Functioning, and Long-Term Outcome in DSM-III Schizophrenia.** *Schizophrenia Bulletin*, 1990, 16: 309 – 318.

CORNBLAT, B. A.; LENZENWEGER, M.; DWORKIN, R.; KIMLING, L. **Positive and negative schizophrenic symptoms, attention and information processing.** *Schizophrenia Bulletin*, 1985, 11: 397 – 408.

CORRADI-WEBSTER, C.; LAPREGA, L; FURTADO, E. **Avaliação do desempenho do CAGE com pacientes psiquiátricos ambulatoriais.** *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 2005,13: 1213-1218.

COSTA, A.; LIMA M.; MARI, J. **A systematic review on clinical management antipsychotic-induced sexual dysfunction in schizophrenia.** *São Paulo Medical Journal*, 2006, 124: 291-297.

CRAIG, T.J., SIEGEL, C., HOPPER, K., LIN, S., SARTORIOUS, N. **Outcome in schizophrenia and related disorders compared between developing and developed countries. A recursive partitioning re-analysis of the WHO DOSMD data. [comment].** *The British Journal of Psychiatry*, 1997, 170: 229-33.

CRAIG, T.J., BROMET, E. J.; FENNING, S.; TANENBERG, M.; LAVELLE, J.; GALAMBOS, N. **Is there an association between duration of untreated psychosis and 24 – month clinical outcome in a first admission series?** *American Journal of Psychiatry*, 2000, 157: 60 – 66.

CRISP, A.; GELDER, M.; RIX, S.; MELTZER, H.; ROWLANDS, O. **Stigmatization of people with mental illnesses.** *The British Journal of Psychiatry*, 2000, 177: 4 – 7.

CROW, T. J. **Positive and negative schizophrenic symptoms and the role of dopamine.** *The British Journal of Psychiatry*, 1980, 137: 383 – 386.

DALGALARRONDO P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** Porto Alegre: Artmed, 2000.

DAVIES, L. M.; DRUMOND, M. F. **The economic burden of schizophrenia.** *Psychiatric Bulletin*, 1990, 14: 522-525.

DE JONG, A.; GIEL, R.; SLOOFF, C. J.; WIERSMA, D. **Social disability and outcome in schizophrenic patients.** *The British Journal of Psychiatry*, 1985, 147: 631-636.

DELGADO, P.; SCHECHTMAN, A.; WEBER, R.; AMSTALDEN, A.; BONAVIGO, E.; CORDEIRO, F.; PORTO, K.; HOFFMANN, M.; MARTINS, R.; GRIOLO, T. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Em *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*, Porto Alegre: Artmed, 2007.

DICKERSON, F.; SOMMERVILLE, J.; ORIGONI, A.; RINGEL, N.; PARENTE, F. **Experiences of Stigma Among Outpatients With Schizophrenia.** *Schizophrenia Bulletin*, 2002, 28: 143-155.

DIXON, L.; HAAS, G.; WEIDEN, P.; SWEENEY, J.; FRANCES, A. **Acute Effects of Drug Abuse in Schizophrenic Patients: Clinical Observations and Patients' Self-Reports.** *Schizophrenia Bulletin*, 1990, 16: 69 – 79.

DOHRENWED, P.D.; DOHRENWED, B.S.; GOULD, M.S.; LINK, B.; WUNSCH-HITZIG, R. **Mental Illness in United States: epidemiological Estimates.** New York: Prager Publishers, 1980.

DOHRENWED, B.; LEVAV, I.; SHROUT, P.; SCHWARTZ, S.; NAVEH, G.; LINK, B.; SKODOL, A.; STUEVE, A. **Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue.** *Science*, 1992: 946-952.

DRAKE, R. **Management of substance use disorder in schizophrenia patients: current guidelines.** *The International Journal of Neuropsychiatric Medicine*, 2007, 10: 27 – 32

EATON, W. W.; HOLZER, C. E.; VON KORFF, M.; ANTHONY, J. C.; HELZER, J. E.; GEORGE, L. B.; LEBURNAM, A.; BOYD, J. H.; KESSLER, L. G.; LOCKE, B. Z. **The design of**

the Epidemiologic Catchment Area surveys. The control and measurement of error. *Archives of General Psychiatry*, 1984, 41: 942 – 948.

EATON, W. W.; MORTENSEN, P.B.; HENMAN, H.; FREEMAN, H.; BILKER, W.; BURGESS, P.; WOOTI, K. **Long-Term Course of Hospitalization for Schizophrenia: Part I. Risk for Rehospitalization.** *Schizophrenia Bulletin*, 1992, 18: 217 – 228.

ELBOGEN, E.; JOHNSON, S. **The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.** *Archives of General Psychiatry*, 2009, 66:152 – 161.

FENTON, W. McGLASH, T. **Natural history of schizophrenia subtypes II. Positive and negative symptoms and long-term course.** *Archives of General Psychiatry*, 1991, 48: 978 – 986.

GALLAGHER, B.; JONES, B.; MCFALLS, J.; PISA, A. **Social class and type of schizophrenia.** *European Psychiatry*, 2006, 21: 233-237.

GITTELMAN, R.; KLEIN, D. **Premorbid asocial adjustment and prognosis in schizophrenia.** *Journal of Psychiatric Research*, 1969, 7:35-53.

GOLDBERG, R.; LUCKSTED, A.; McNARY, S.; GOLD, J.; DIXON, L.; LEHMAN, A. **Correlates of long-term unemployment among inner-city adults with serious and persistent mental illness.** *Psychiatrics Services*, 2001, 52: 101 – 103.

GOLDENSTEIN, J; SEIDMAN, L.; GOODMAN, J.; KOREN, D.; LEE, H.; WEINTRAUB, S.; TSUANG, M. **Are There Sex Differences in Neuropsychological Functions Among Patients With Schizophrenia?** *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155: 1358–1364.

GOEREE, R.; O'BRIEN, B. J., GOERING, P.; BLACKHOUSE, G. AGRO, K.; RHODES, A.; WATSON, J. **The Economic Burden of Schizophrenia in Canada.** *Canadian Journal of Psychiatry*, 1999, 44: 464 – 472.

GORWOOD, P.; MARION, L.; JAY, M.; PAYAN, C.; JOSUE, F. **Gender and age at onset in schizophrenia: impact of family history.** *American journal of Psychiatry*, 1995, 152 : 208 – 212.

GRAAE, E.; SELTEN, J. P. **Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review.** *American Journal of psychiatric*, 2005, 162:12–24.

GULINELLI, A.; RATTO, L.; MENEZES, P. **The social adjustment of people with severe mental illness in São Paulo, Brasil.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2005, 27: 309 – 314.

GUREJE, O.; HERRMAN, H.; HARVEY, C.; MORGAN, V.; JABLENSKY, A. **The Australian National Survey of Psychotic Disorders: profile of psychosocial disability and its risk factors.** *Psychological Medicine*, 2002, 32(4): 639-647.

GUREJE, O.; LASEBIKAN, V.; OLUWANUGA, O.; OLLEY, B.; KOLA, L. **Community study of knowledge of and attitude to mental illness in Nigeria.** *The British Journal of Psychiatry*, 2005, 186: 436 – 441.

HADDOCK, G.; McCARRON, J.; TARRIER, N.; FARAGHER, E.B. **Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: The psychotic Symptom rating Scales (PSYRATS).** *Psychological Medicine*, 1999, 29: 879 – 889.

HÄFNER, H.; HEIDEN, W.; BEHRENS, S.; GATTAZ, W.; HAMBRECHT, M.; LÖFFLER, W.; MAURER, K.; JORGENSEN, P.; NOWOTNY, B.; RÖSSLER, A.; STEIN, A. **Causes and consequences of the gender difference in age at onset of schizophrenia.** *Schizophrenia Bulletin*, 1998, 24: 99 – 113.

HALES, R.E., YUDOFKY, S.C. **Tratado de Psiquiatria Clínica** – 4. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2006.

HARRISON, G.; MASON, P.; GLAZEBROOK, C.; MEDLEY, I.; CROUDACE, T.; DOCHERTY, S. **Residence of incident cohort of psychotic patients after 13 years of follow-up.** *British Medical Journal*, 1994, 308: 813 – 816.

HARRISON, G.; AMIN, S.; SINGH, S.P. **Outcome of psychosis in people of African-Caribbean family origin: Population-based first-episode study.** *The British Journal of Psychiatry*, 1999, 175: 43 – 49.

HARRISON, G.; HOPPER, K.; CRAIG, T.; LASKA, E.; SIEGEL, C.; WANDERLING, J.; DUBE, K.; GANEV, K.; GIEL, R.; HEIDEN, A.; HOLMBERG, S.; JANCA, A.; LEE, P.; LEON, C.; MALHOTRA, S.; MARSELLA, A.; NAKANE, Y.; SARTORIUS, N.; SHEN, Y.; SKODA, C.; THARA, R.; TSIRKIN, S.; VARMA, V.; WALSH, D.; WIERSMA, D. **Recovery from psychotic illness: a 15- and 25- year international follow-up study.** *The British Journal of Psychiatry*, 2001, 178: 506 – 517.

HARRISON, I.; JOYCE, E.; UTSATSA, S.; HULTON, S.; HUDDY, V.; KAPASI, M.; BARNES, T. **Naturalistic follow-up of co-morbid substance use in schizophrenia: the West London first-episode study.** *Psychological Medicine*, 2008, 38: 79-88.

HARROW, M.; GROSSMAN, L.; HERBERNER, E. **Ten-year outcome: patients with schizoaffective disorders, schizophrenia, affective disorders and mood-incongruent psychotic symptoms.** *The British Journal of Psychiatry*, 2000, 177: 421-426.

HARVEY, C. A. **The Camden Schizophrenia Surveys I: the psychiatric, behavioural and social characteristics of the severely mentally ill in an inner London health district.** *The British Journal of Psychiatry*, 1996, 168: 410 – 417.

HARVEY, C. A.; PANTELIS, C.; TAYLOR, J.; McCABE, P.; LEFEVRE, K.; CAMPBELL, P.; HIRSCH, S. **The Camden Schizophrenia Surveys II: High prevalence of schizophrenia in a inner London Borough and its relationship to socio-demographic factors.** *The British Journal of Psychiatry*, 1996, 168: 418 – 426.

HARVEY, C. A.; JEFFREYS, S.; McNAUGHT, A.; BLIZARD, R.; KING, M. **The Camden Schizophrenia Surveys III: five-year outcome of a sample of individuals from a prevalence survey and the importance of social relationships.** *International Journal of Social Psychiatry*, 2007, 53: 340 – 356.

HEGARTY J.D., BALDESSARINI R.J., TOHEN M., WATERNAUX C., OEPEN G. **One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature.** *American Journal of Psychiatry*, 1994, 151: 1409-1416.

HELL, D.; FÜRER, M. **The course of schizophrenia in continued marriage and loss of the partner.** *Sozial Und Präventivmedizin*, 1987, 32: 154 – 156.

HEINSEN, R.; LIBERMAN, R.; KOPEHWICZ, A. **Psychosocial Skills Training for Schizophrenia: Lessons From the Laboratory.** *Schizophrenia Bulletin*, 2000, 26: 21 – 46.

HIRDES, A.; KANTORSKI, L. **Reabilitação psicossocial: objetivos, princípios e valores.** *Revista Enfermagem UERJ*, 2004, 12: 217 – 221.

HO, B. C.; ANDREASSEN, N. C.; FLAUM, M.; NOPOULOS, P.; MILLER, D. **Untreated psychosis: its relation to quality of life and symptom remission in first-episode schizophrenia.** *American Journal of Psychiatry*, 2000, 157: 808 - 815.

HO, B. C.; ANDREASSEN, N. C.; BLACK, D. W. **Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos**. Em Tratado de Psiquiatria Clínica, 4ª Edição, Porto Alegre: Artmed, 2003.

IAGER, A.C.; KIRCH, D.G.; WYATT, R.J. **A negative symptom rating scale**. *Psychiatry Research*, 1985, 16:27-36.

IANCU, I.; POREH, A.; LEHMAN, B.; SHAMIR, E.; KOTLER, M. **The Positive and Negative Symptoms Questionnaire: A self-report scale in schizophrenia**. *Comprehensive psychiatry*, 2005, 46: 61-66.

JABLENSKY, A. **The WHO Collaborative Study on the assessment and reduction of psychiatric disability**. Geneva: World health Organization, 1988.

JANCA, A.; USTUN, T. B.; VAN DRIMMELEN, J.; DITTMANN, V.; ISAAC, M. **ICD-10 Symptom Checklist for Mental Disorders - Version 1.1**. Geneva: Division of Mental Health - World Health Organization, 1994.

JASPERS, K. **Psicopatologia Geral** 8ª Edição. Traduzido por Reis, S. Rio de Janeiro: Atheneu, 1979.

JESTE, D.V.; GLADSDJO, J.A.; LINDAMER, L.A.; LACRO, J.P. **Medical comorbidity in schizophrenia**. *Schizophrenia Bulletin*, 1996, 22: 413 – 430.

JOHNS, A. **Psychiatric effects of cannabis**. *The British Journal of Psychiatry*, 2001, 178: 116 – 122.

KADRI, N.; SARTORIUS, N. **The Global Fight against the Stigma of Schizophrenia**. 2005 Disponível em: <www.plosmedicine.org>; Acesso em 08 de setembro de 2009.

KAPLAN, H.; SADOK, B.; GREBB, J. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica**, 7ª Edição, Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KAVANAGH, D. J. **Recent Developments in Expressed Emotion and Schizophrenia**. *The British Journal of Psychiatry*, 1992, 160: 601 – 620.

KAY, S.R.; FISZBEIN A.; OPLER, L.A. **The Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenia**. *Schizophrenia Bulletin*, 1987, 13: 261-276.

KENDELL, R. E., MALCOLM, D. E.; ADAMS, W. **The Problem of Detecting Changes in the Incidence of Schizophrenia.** *The British Journal of Psychiatry*, 1993, 162: 212 – 218.

KILLACKEY, E.; JACKSON, H.; MCGORRY, P. **Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual.** *The British Journal of Psychiatry*, 2008, 193:114 – 120.

KING, M.; COKER, E.; HOARE, A.; SABINE, E.J. **Incidence of psychotic illness in London: Comparison of ethnic groups.** *British Medical Journal*, 1994, 309: 1115 – 1119.

KIRKPATICK, B.; GALDERISI, S. **Deficit schizophrenia: an update.** *World Psychiatry*, 2008,7: 143-147.

KNAPP, M.; MANGALORE, R.; SIMON, J. **The Global Costs of Schizophrenia.** *Schizophrenia Bulletin*, 2004, 30:279-293.

LAKS, J.; VEJA, U.; SILBERMAN, C.; ROZENTHAL, M.; NIGRI, F.; MACHADO, M.; FREITAS, R.; ENGELHARDT, E. **Rastreamento cognitivo em idosos esquizofrênicos institucionalizados.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2000, 22: 159 – 163.

LAY, B.; BLANZ, B.; HARTMANN, M.; SCHMIDT, M. H. **The psychosocial outcome of adolescent – onset schizophrenia: a 12- - year follow up.** *Schizophrenia Bulletin*, 2000, 26: 801 – 816.

LEFF, J.; TRIEMAN, N. **Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals: Social and clinical outcomes after five years in the community. The TAPS Project 46.** *The British Journal of Psychiatry*, 2000, 176: 217 – 223.

LEHMAN, A. F. **A quality of life interview for the chronically mentally ill.** *Evaluation of Program Planning*, 1988, 11: 51 – 62.

LEITÃO R.J., MARI J.J., FERRAZ, M.B., CHAVES, A.C. **Cost of schizophrenia: direct costs and use of resources in the State of São Paulo.** *Revista de Saúde Pública*, 2006, 40: 304-9.

LENIOR, M.; DINGEMANS, P.; LINSZEN, D.; HAAN, L.; SCHENE, A. **Social functioning and course of early onset schizophrenia.** *The British Journal of Psychiatry*, 2001, 179: 53 - 58.

LENIOR, M.; DINGEMANS, P.; LINSZEN, D.; HAAN, L.; SCHENE, A. **Predictors of the early 5-year course of Schizophrenia: a path analysis.** *Schizophrenia Bulletin*, 2005, 31: 781 – 791.

LIBERMAN, R. P.; BLACKWELL, G. A.; WALLACE, C. J.; MINTZ, J.; KOPELOWICZ, A.; VACCARO, J. V. **Skills training vs. psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia.** *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155: 1087-1091.

LIBERMAN, J. A.; FENTON, W. S. **Delayed detection of psychosis: causes, consequences and effect on public health.** *American Journal of Psychiatry*, 2000, 157: 1727 – 1730.

LIMA, M. C. P. ; BOTEAGA, N. J. **Hospital dia: Para que e para quem?** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2001, 23: 195 – 199.

LIPKOVICH, I.; DEBERDT, W.; CSERNANSKY, J.; SABBE, B.; KEEFE, R.; WALKER, S. **Relationships among neurocognition, symptoms and functioning in patients with schizophrenia: a path-analytic approach for associations at baseline and following 24 weeks of antipsychotic drug therapy.** *BMC Psychiatry*, 2009, 9: 44 – 55.

LUKOF, D.; HASIK, D.; SULIVAN, G.; GOLDEN, J.; NEUCHTERIEN, K. **Sex education and rehabilitation with schizophrenic male outpatients.** *Schizophrenia Bulletin*, 1986, 12: 669 – 677.

MAGLIANO, L.; FIORILLO, A.; MALANGONE, C.; ROSA, C.; MAJ, M.; **Patient Functioning and Family Burden in a Controlled, Real-World Trial of Family Psychoeducation for Schizophrenia.** *Psychiatric Services*, 2006, 57: 1784 – 1791.

MANN, A.H.; MENEZES, P.R. **Mortality among patients with non-affective functional psychoses in a metropolitan area of South-Eastern Brazil.** *Revista de Saúde Pública*, 1996, 30: 304 – 309.

MANN, C.; HIMELEIN, M. **Factors associated with stigmatization of persons with mental illness.** *Psychiatric Services*, 2004, 55:185-187.

MARI J.J., LEITÃO R.J. **A epidemiologia da esquizofrenia.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2000, 22(Supl 1): 15-7.

MARTINS, C.; ABREU, P. **Sintomas de humor em esquizofrenia: associação com história familiar e personalidade pré-mórbida.** Porto Alegre, Tese de mestrado Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.

MARWAHA, S.; JOHNSON, S. **Schizophrenia and employment - a review.** *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2004, 39: 337 – 349.

MASON, P.; HARRISON, G.; GLAZEBROOK, C.; DALVIN, T.; MEDLEY, I.; GOUDACE, T. **Characteristics of Outcome in Schizophrenia at 13 Years.** *The British Journal of Psychiatry*, 1995, 167: 596 – 603.

MASUR, J.; MONTEIRO, M. **Validation of the CAGE alcoholism screening test in Brazilian Psychiatry inpatient hospital setting.** *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 1983, 16: 215-218.

MATZA, L. S.; BUCHANAN, R.; PURDON, S.; JORDAN, J.; ZHAO, Y.; REVICKI, D. **Measuring Changes in Functional Status Among Patients With Schizophrenia: The Link With Cognitive Impairment.** *Schizophrenia Bulletin*, 2006, 32: 666–678.

MAYDELL, R.; VAN DER, C.; ROOS, J.; SCRIBANTE, L.; LADIKOS, A. **Clinical characteristics and premorbid variables in childhood-onset schizophrenia: a descriptive study of twelve cases from a schizophrenia founder population.** *African Journal of Psychiatry*, 2009, 12: 144 – 148.

MAYFIELD, D.; MCLEOD, G.; HALL, P. **The CAGE questionnaire: validation of new alcoholism screening instrument.** *American Journal of Psychiatry*, 1974; 131: 1121-3

MEDRONHO, R. A.; CARVALHO, D. M.; BLOCH, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. **Epidemiologia.** São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

MENEZES P.R, MANN A.H. **The social adjustment of patients with schizophrenia: implications to the mental health policy in Brazil.** *Revista de Saúde Pública*, 1993, 27: 340-9.

MENEZES, P.R.; SCAZUFCA, M. **Estudo de confiabilidade da versão em Português da "Escala de Avaliação da Incapacitação Psiquiátrica (WHO/DAS)"**. *Revista ABP-APAL*, 1993, 15: 65 – 67.

MENEZES P.R. **Prognóstico da esquizofrenia**. *Revista Brasileira de psiquiatria*, 2000, 22: 18-20.

MILLER, R.; CHOUINARD, G. **The psychosis rating scale (PRS): a new scale for positive symptoms of psychosis derived from neurodynamic theory**. *Schizophrenia Research*, 1998, 29: 37-37.

MOREIRA, M. S. S.; CRIPPA, J.; ZUARDI, A. **Expectativa de desempenho social de pacientes psiquiátricos internados em hospital geral**. *Revista de Saúde Pública*, 2002, 36: 734 – 742.

MOROSINI, P. L. et al. **Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM – IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning**. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000, 101: 323 – 329.

MORTENSEN, P. B.; JUEL, K. **Mortality and causes of death in first admitted schizophrenic patients**. *The British Journal of Psychiatry*, 1993, 163: 183 – 189.

MORTENSEN, P. B.; PEDERSEN, C.; WESTERGAARD, T.; WOHLFAHRT, J.; EWALD, H.; MORS, O.; ANDERSEN, P.; MELBYE, M. **Effects of family history and place and season of birth on the risk of schizophrenia**. *The New England Journal of Medicine*, 1999, 340: 603 – 608.

MUNTANER, C.; EATON, W.; MIECH, R.; CAMPO, P. **Socioeconomic Position and Major Mental Disorders**. *Epidemiologic Reviews*, 2004, 26: 53-62.

MURABAK, A. R. **Social functioning and quality of life of people with schizophrenia in the northern region of Malaysia**. *Australian e-Journal for the Advancement of mental Health*, 2005, 4 (3). Disponível em: [www. Auseinet.com/journal/vol4iss3/murabak.pdf](http://www.Auseinet.com/journal/vol4iss3/murabak.pdf). Acesso em: 30 de setembro de 2008.

MURRAY, C.J.L.; LOPEZ, A.D. **The global burden of disease**. Harvard School of Public Health, 1996.

MURRAY, R. **Schizophrenia Research Forum Interviews Robin Murray.** *Schizophrenia Research Forum* - Posted 18 October 2005. Disponível em: <<http://www.schizophreniaforum.org>> Acesso em: 15 de setembro de 2008.

O'DRISCOLL, C.; LEFF, J. **The TAPS Project.8: Design of the research Study on the long-stay patients.** *The British Journal of Psychiatry*, 1993, 162: 18-24.

OLIVEIRA, R.; CORDIOLI, A. **Checklist de sintomas do CID 10 para transtornos mentais.** Disponível em : <<http://www.ufrgs.br/psiq/chklist.pdf>> Acesso em: 10 de setembro de 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10.** Editora Artes Médicas, Porto Alegre, 1993.

OVERALL, J.E.; GORHAM, D.R. **The Brief Psychiatric Rating Scale.** *Psychological Reports*, 1962, 10: 799-812.

PAI, S. & KAPUR, R. L. **Impact on treatment intervention on the relationship between the dimensions of clinical psychopathology, social dysfunction and burden on families of schizophrenic patients.** *Psychological Medicine*, 1982, 12: 651-658.

PATEL, V., COHEN, A., THARA, R., GUREJE, O. **Is the outcome of schizophrenia really better in developing countries?** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2006, 28: 149-52.

PERKINS, D.; GU, H.; BOTEVE, K.; LIEBERMAN, J. **Relationship Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in First-Episode Schizophrenia: A Critical Review and Meta-Analysis.** *American Journal of Psychiatry*, 2005, 162: 1785 – 1804.

POGUE-GEILE, M.; HARROW, M. **Negative and positive symptoms in schizophrenia and depression: A follow up.** *Schizophrenia Bulletin*, 1984, 10: 371 – 387.

PORTELA, M. C.; LIMA, S. M.; BARBOSA, P. R.; VASCONCELLOS, M. M.; UGÁ, M. A.; GERSCHMAN, S. **Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil.** *Revista de Saúde Pública*, 2004, 38: 811 – 818.

PRIEBE, STEFAN. **Social Outcomes in Schizophrenia.** *The British Journal of Psychiatry*, 2007, 191: S15-S20.

RADOMSKY, E. D.; HAAS, G. L.; MANN, J.J.; SWEENEY, J.A. **Suicidal behaviour in patients with schizophrenia and others psychotic disorders.** *American Journal of Psychiatry*, 1999, 156: 1590 – 1595.

ROBINSON, D.; WOERNER, M.; ALVIR, J.; BILDER, R.; GOLDMAN, R.; GEISLER, S.; KOREEN, A.; SHEITMAN, B.; CHAKOS, M.; MAYERHOFF, D.; LIEBERMAN, J. **Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder.** *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56: 241 – 247.

ROSA, M.; ELKIS, H. **Adesão em esquizofrenia.** *Revista de Psiquiatria Clínica*, 2007, 34: 189 – 192.

ROSENHECK, R.; LESLIE, D.; KEEFE, R.; MCEVOY, J.; SWARTZ, M.; PERKINS, D.; STROUP, S.; HSIAO, J.; LIEBERMAN, J. **Barriers to employment for people with schizophrenia.** *American Journal of Psychiatry*, 2006, 163: 353 – 355.

SÁ JUNIOR, A. R.; SOUZA, M. C. **Avaliação do comprometimento funcional na esquizofrenia.** *Revista de Psiquiatria Clínica*, 2007, 34: 164 – 168.

SALKEVER, D.; KARAKUS, M.; SLADE, E.; HARDING, C.; HOUGH, C.; ROSENHECK, R.; SWARTZ, M.; BARRIO, C.; YAMADA, A. **Measures and predictors of community-based employment and earnings of persons with schizophrenia in a multisite study.** *Psychiatrics Services*, 2007, 58: 315 – 324.

SALYERS, M.; MUESER, K. **Social functioning, psychopathology, and medication side effects in relation to substance use and abuse in schizophrenia.** *Schizophrenia Research*, 2001 48: 109–123.

SAMPAIO, A. P. L.; CAETANO, D. **Mortalidade em pacientes psiquiátricos – revisão bibliográfica.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2006, 55: 226 – 231.

SAUGSTAD, L. **Social class, marriage, and fertility in schizophrenia.** *Schizophrenia Bulletin*, 1989, 15: 9 – 43.

SEVY, S.; ROBINSON, D.; HOLLOWAY, S.; ALVIR, J.; WOERNER, M.; BILDER, R.; GOLDMAN, R.; LIEBERMAN, J.; KANE, J. **Correlates of substance misuse in patients with first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder.** *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2001, 104: 367 – 374.

SEWELL, D.D. **Schizophrenia and HIV.** *Schizophrenia Bulletin* 1996, 22: 465 – 473.

SHIRAKAWA, I.; MARI, J. J.; CHAVES, A. C.; HISATSUGO, M. **Family expectation, social adjustment and gender differences in a sample of schizophrenic patients.** *Revista de Saúde Pública*, 1996, 30: 205 – 212.

SIEGEL, J.; IRANI, F.; BRESINGER, C.; KOHLÇER, C.; BILKER, W.; RAGLAND, J.; KANES, S.; GUR, R. C.; GUR, R. E. **Prognostic variables at intake and long-term level of function in schizophrenia.** *American Journal of Psychiatry*, 2006, 163:433–441.

SINGH, M. M.; KAY, S. R. **A comparative study of haloperidol and chlorpromazine in terms of clinical effects and therapeutic reversal with benztropine in schizophrenia: theoretical implications for potency differences among neuroleptics.** *Psychopharmacologia*, 1975, 43: 103 – 113.

SINGH, M. M.; KAY, S. R.; OPLER, L. A. **Anticholinergic - neuroleptic antagonism in terms of positive and negative symptoms of schizophrenia: implications for psychobiological subtyping.** *Psychological Medicine*, 1987, 17: 39 – 48.

SINGH, S.; CROUDACE, T.; AMIN, S.; KWIECINSKI, R.; MEDLEY, I.; JONES, P.; HARRISON, G. **Three-year outcome of first-episode psychoses in an established community psychiatric service.** *The British Journal of Psychiatry*, 2000, 176: 210 – 216.

SKODOL, A. E.; LINK, B. G.; SHROUT, P. E.; HORWATH, E. **TOWARD Construct validity for DSM-III Axis V.** *Psychiatry Research*, 1988, 24:13–23.

SOUZA, L. A., COUTINHO, E. S. F., **Associated factors to quality of life of patients with schizophrenia.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2006, 28:50-8.

SRINIVASAN, L.; TIRUPATI, S. **Relationship between cognition and work functioning among patients with schizophrenia in an urban area of India.** *Psychiatric Services*, 2005, 56: 1423 – 1428.

STHAL, S. M; **Psicofarmacologia** 2ª Edição. Traduzido por Oliveira, I.; Lima, P. Rio de Janeiro: Editora Medsi, 2002.

STRAUSS, J. S.; CARPENTER, W. T. JR.; BARTKO, J. J. **Speculations on the processes that underlie schizophrenic symptoms and signs.** *Schizophrenia Bulletin* 1974, 11: 61 – 69.

STRAUSS, J.; CARPENTER, W. **The prognosis of schizophrenia: rationale for a multidimensional concept.** *Schizophrenia Bulletin*, 1978, 4: 56 – 67.

STROUS, R.; ALVIR, J.; ROBINSON, D.; SHEITMAN, B.; CHAKOS, M.; LIEBERMAN, J. **Premorbid functioning in schizophrenia: relation to baseline symptoms, treatment response, and medication side effects.** *Schizophrenia Bulletin*, 2004, 30: 265 – 278.

STURT, E. & WYKES, T. **Assessment schedule for chronic psychiatric patients.** *Psychological Medicine*, 1987, 17:485-493.

SUVISAARI, J.M.; HAUKKA, J. K.; ANTTI J. TANSKANEN, A. J.; LONNQVIST, J. K. **Decline in the Incidence of Schizophrenia in Finnish Cohorts Born From 1954 to 1965.** *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56:733-740.

SWANSON JR, C.; GUR, R.; BILKER, W.; PETTY, R.; GUR, R. **Premorbid Educational Attainment in Schizophrenia: Association with Symptoms, Functioning, and Neurobehavioral Measures.** *Biological Psychiatry*, 1998, 44: 739-747.

SZYMANSKI, S.; LIEBERMAN, J.; ALVIR, J.; MAYERHOFF, D.; LOEBEL, A.; GEISLER, S.; MIRANDA, C.; AMY, K.; DARLENE, J.; JOHN, K; MARGARET, W.; THOMAS, C. **Gender differences in onset of illness, treatment response, course and biologic indexes in first – episode schizophrenic patients.** *American Journal of psychiatry*, 1995, 152: 698 – 703.

SZYMANSKI, S. CANNON, T.; GALLACHER, F.; ERWIN, R.; GUR, R. **Course of treatment response in first episode and chronic schizophrenia.** *American Journal of Psychiatry*, 1996, 153: 519 – 525.

TENGAN, S. K.; MAIA, A. K. **Psicoses funcionais na infância e adolescência.** *Jornal de Pediatria*, 2004, 80(supl.2): S3 – S10.

THARA, R.; SRINIVASAN, T. **Outcome of marriage in schizophrenia.** *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1997, 32: 416 – 420.

THARA, R.; **Twenty-year course of schizophrenia: The Madras longitudinal study.** *Canadian Journal of Psychiatry*, 2004, 49: 564 – 569.

TORREY, E.; BOWLER, A. **Geographical Distribution of Insanity in America: Evidence for an urban factor.** *Schizophrenia Bulletin*, 1990, 16: 591 – 604.

USALL, J.; HARO, J.; ARAYA, S.; MORENO, B.; MUÑOZ, P.; MARTÍNEZ, A.; SALVADOR, L. **Social functioning in schizophrenia: what is the influence of gender?** *The European Journal of Psychiatry*, 2007, 21: 199 – 205.

ÜSTÜN TB, REHM J, CHATTERJI S, SAXENA S, TROTTER R, ROOM R, BICKENBACH J, and the WHO/NIH Joint Project CAR Study Group. **Multiple-informant ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries.** *Lancet*, 1999, 354 (9173): 111-115.

VAN, J.; BAK, M.; HANSEN, M.; BIJL, R.; GRAAF, R.; VERDOUX, H. **Cannabis use and psychosis: A longitudinal population-based study.** *American Journal of Epidemiology*, 2002, 156:319 – 327.

VESSONI, A. L. N. **Adaptação e Estudo da Confiabilidade da Escala de Avaliação das Síndromes Positiva e Negativa para a Esquizofrenia no Brasil.** São Paulo, Tese de mestrado Escola Paulista de Medicina, 1993.

VIDAL, C. E.; GONTIJO, E.; BANDEIRA, M. **Avaliação das habilidades de vida independente e comportamento social de pacientes psiquiátricos desospitalizados.** *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do sul*, 2007, 29: 294 – 304.

VILLATA-GIL, V.; VILAPLANA, M.; OCHOA, S.; HARO, D.; USALL, J.; CERVILLA, J. **Neurocognitive performance and negative symptoms: Are they equal in explain disability in schizophrenia outpatients?** *Schizophrenia Research*, 2006, 87: 246 – 253.

WALLACE, C.J. **Functional Assessment in Rehabilitation.** *Schizophrenia Bulletin*, 1986, 12: 604-23.

WEISER, K. S.; WEISER, M.; DAVIDSON, M. **Uso de maconha na adolescência e risco de esquizofrenia.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2003, 25: 131 – 132.

WEISSMAN, M. **The assessment of social adjustment.** *Archives of General Psychiatry*, 1975, 32: 357 – 365.

WIERSMA, D., WANDERLING, E., DRAGOMIRECKA, E., GANEV, K., HARRISON, G., HEIDE, W., NIENHUIS, F., WALSH, D. **Social Disability in schizophrenia: its**

development and prediction over 15 years in incidence cohorts in six European centers. *Psychological Medicine*, 2000, 30: 1155 – 1167.

WING, J. K. **The measurement of “social disablement”:** The MRC social behaviour and social role performance schedules. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 1989, 24: 173 – 178.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International classification of impairments, disabilities and handicaps.** Geneva: World Health Organization, 1980.

WORLD HEALTH ORGANIZATION **The WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule.** Geneva: World Health Organization, 1988.

WORLD HEALTH ORGANIZATION **Nations for mental Health: Schizophrenia and Public Health.** Geneva: World Health Organization, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION **The WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHODAS II).** Geneva: World Health Organization, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION **The World Health Report 2001. Mental Health: New understanding, new hope.** Geneva: World Health Organization, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO-AIMS Report on Mental Health System in Brazil.** Geneva: World Health Organization, 2007.

WYKES, T.; STURT, E. **The measurement of social behaviour in psychiatric patients: An assessment of the reliability and validity of the SBS schedule.** *The British Journal of Psychiatry*, 1986, 148: 1-11.

YANOS, P.; ROE, D.; MARKUS, K.; LYSAKER, P. **Pathways Between Internalized Stigma and Outcomes Related to Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders.** *Psychiatric Services*, 2008, 59: 1437 – 1442.

YOUNG, M.S. **Strategies for improving compliance.** *Topics in Clinical Nursing*, 1986, 7: 31-38.

ZAMMIT, S.; ALLEBECK, P.; ANDREASSON, S.; LUNDBERG, I.; LEWIS, G. **Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study.** *British Medical Journal*, 2002, 325: 1195 – 1212.

ZUCKERMAN, D.; DEBENHAM, K.; MOORE, K. **The ADA (Americans with Disabilities Act) and people with mental illness: a resource manual for employers**, 1993. Disponível em: <<http://www.bu.edu/cpr/reasaccom/whatis-psych.html>>; Acesso em 30 de setembro de 2008.

ANEXOS

**ANEXO 1 - APROVAÇÃO DO ESTUDO PELO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA
DO HOSPITAL MÁRIO KRÖEFF**



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL MÁRIO KROEFF

Rio de Janeiro, 18 de setembro de 2008.

PARECER CEP Nº 013/2008

Referência: Avaliação do ajustamento social em pacientes com transtornos do espectro esquizofrênico em atendimento em um ambulatório do Rio de Janeiro.
Reunião de 18 de setembro de 2008
Investigador Principal: Dr. Giovanni M. Lovisi

Prezada Investigadora,

Após a apreciação e análise dos documentos abaixo relacionados, este Comitê aprova sua realização no Hospital Mário Kroeff:

- Protocolo do Estudo;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Atenciosamente,

Dra. Ierê Lins Aymoré
Coordenadora CEP/HMK

ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, da pesquisa: “*Avaliação do ajustamento social em pacientes esquizofrênicos atendidos em um ambulatório de hospital geral no Rio de Janeiro*”.

Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: “*Avaliação do ajustamento social em pacientes esquizofrênicos atendidos em um ambulatório de hospital geral no Rio de Janeiro*”.

Pesquisador Responsável: Professor Giovanni M. Lovisi.

Entidade Proponente: Instituto de Estudos de Saúde Coletiva - UFRJ

O objetivo do estudo é avaliar o ajustamento social em pessoas com transtorno esquizofrênico em tratamento em um ambulatório de hospital geral na cidade do Rio de Janeiro.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder questionário/ escalas de avaliação. Não há nenhum tipo de risco relacionado à sua participação no estudo.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre as informações prestadas. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Sua participação não é obrigatória, e sua recusa não trará nenhum prejuízo ao seu tratamento na instituição.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/ CPF/ n.º de prontuário _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “*Avaliação do ajustamento social em pacientes esquizofrênicos atendidos em um ambulatório de hospital geral no Rio de Janeiro*” como sujeito.

Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu tratamento.

Assinatura do paciente (ou responsável legal)

Rio de Janeiro, de de 200... .

ANEXO 3- QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

NOME: _____

SEXO: () Masculino () Feminino.

IDADE: _____ anos

GRUPO ÉTNICO: () Branco () Negro () Oriental () Outros.

NATURALIDADE: _____

ESTADO CIVIL: _____

PROFISSÃO: _____

RENDA DO PACIENTE: _____

ESCOLARIDADE: _____

ANO DE INÍCIO DA DOENÇA: _____

NÚMERO TOTAL DE INTERNAÇÕES: _____

DATA DA ÚLTIMA INTERNAÇÃO: _____

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO ATUAL: _____

COM QUEM RESIDE? _____

NÚMERO TOTAL DE HABITANTES NA RESIDÊNCIA: _____

RENDA FAMILIAR: _____

HISTÓRIA DE DOENÇA PSIQUIÁTRICA NA FAMÍLIA: () NÃO () SIM -
Descrever: _____

USO DE ÁLCOOL: () Não () Sim.

TABAGISMO: () NÃO () SIM.

USO DE DROGAS ILÍCITAS: () NÃO () SIM - Quais?

ANEXO 4 - CHECKLIST DE SINTOMAS DO CID 10 PARA TRANSTORNOS MENTAIS VERSÃO 1.1

FOLHA DE ROSTO

Código

Instituição: _____

Estudo: _____

Clínico: _____

Data: __/__/__

Paciente: _____

Idade:

Sexo:

Masculino

Feminino

Diagnóstico CID 10 (categoria F):

Principal

Secundário

Grau de confiança do diagnóstico:

Alto

Moderado

Baixo

Anotações do Clínico:

TRIAGEM

Identificação do caso psiquiátrico

- Queixas psicológicas
- Queixas somáticas não explicadas medicamente
- Comportamento desviado das normas culturalmente aceitas
- Nenhum dos acima, mas é um caso

Explique:

SE TODOS NÃO, PARAR.

- Comprometimento ou incapacidade social ou ocupacional
- Condição ou doença física coexistente
- Estressor psicossocial

Síndromes Mentais Orgânicas e de Uso de Substância Psicoativa

- Prejuízo da memória ou de outra habilidade intelectual
- Alteração da consciência
- Uso de substância psicoativa

SE ALGUM SIM, USAR MÓDULO F0/F1

Síndromes Psicóticas e Afetivas

- Conduta catatônica
- Delírios ou alucinações
- Humor elevado, expansivo, irritável ou desconfiado
- Humor deprimido ou diminuído
- Retraimento social ou diminuição do desempenho social

SE ALGUM SIM, USAR MÓDULO F2/F3

Síndromes Neuróticas e Síndromes Comportamentais

- Fobia ou ansiedade (pânico)
- Obsessões ou compulsões
- Estados dissociativos (conversão)
- Somatização
- Anorexia ou bulimia
- Dissonias ou parassonias
- Disfunções sexuais

SE ALGUM SIM, USAR MÓDULO F4/F5

Transtornos de Personalidade

- Desvio prolongado de traços de personalidade ou padrões de comportamento

CASO SIM, USAR MÓDULO F6

MÓDULO F0/F1: SÍNDROMES MENTAIS ORGÂNICOS E DE USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA

TRANSTORNOS MENTAIS ORGÂNICOS

a) Quais dos sintomas a seguir estão presentes?

1. Prejuízo da memória
2. Prejuízo de outras habilidades intelectuais
3. Deterioração no controle emocional, comportamento social ou motivação
4. Comprometimento da consciência e atenção
5. Distúrbios de percepção ou desorientação
6. Distúrbios psicomotores
7. Distúrbio do ciclo sono-vigília
8. Início rápido e flutuações diurnas dos sintomas

b) Quão severa é a síndrome?

1. Leve
2. Moderada
3. Grave

c) Como foi o início da síndrome?

1. Agudo
2. Crônico

d) Qual é a duração da síndrome?

1. Em dias
2. Em meses
3. Em anos

e) Quais dos seguintes estados podem ser excluídos?

1. Retardo mental
2. Transtorno mental iatrogênico devido à medicação

f) Qual dos seguintes estados está associado?

1. Sintomas depressivos
2. Sintomas maníacos

SE ALGUM SIM, TAMBÉM CONSIDERAR SÍNDROME AFETIVA.

3. abuso de álcool ou drogas:

- causando a síndrome
- coexistindo com a síndrome

SE ALGUM SIM, TAMBÉM CONSIDERAR SÍNDROMES DECORRENTES DO USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA.

4. Mudanças na personalidade ou no comportamento

CASO SIM, CONSIDERAR TRANSTORNO DE PERSONALIDADE.

5. Sintomas psicóticos agudos ou transitórios

6. Sintomas agudos de esquizofrenia

SE ALGUM SIM, CONSIDERAR SÍNDROMES PSICÓTICAS.

g) Qual dos seguintes diagnósticos está presente?

1. Demência (F01-F03)

2. *Delirium* (F05)

3. Transtorno orgânico de personalidade (F07)

SE ALGUM SIM, CODIFICAR A CATEGORIA F NA FOLHA DE ROSTO.

4. outros transtornos mentais orgânicos:

· alucinação orgânica (F06.0)

· transtorno catatônico orgânico – estupor ou excitação (F06.1)

· transtorno delirante (esquizofreniforme) orgânico (F06.2)

· transtorno orgânico do humor (afetivo) (F06.3)

· transtorno orgânico de ansiedade (F06.4)

· transtorno dissociativo orgânico (F06.5)

· transtorno emocional orgânico lábil (F06.6)

SE ALGUM SIM, CONSIDERAR TAMBÉM O MÓDULO APROPRIADO APÓS CODIFICAR A CATEGORIA F NA FOLHA DE ROSTO.

TRANSTORNOS DO USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA

a) Quais dos seguintes sintomas estão presentes?

1. forte desejo ou senso de compulsão em usar uma substância (*craving*)

2. capacidade prejudicada de controlar o uso de uma substância (“perda do controle”)

3. estado de abstinência

4. uso de uma substância para aliviar ou evitar sintomas de abstinência

5. tolerância (fisiológica, comportamental ou psicológica)

6. redução no repertório do padrão de uso de substâncias

7. abandono progressivo de divertimentos, comportamentos ou Interesses alternativos em favor do uso de uma substância

8. dano físico ou psicológico devido ao uso de uma substância (deve ser claramente especificado)

9. persistir com o uso de uma substância apesar de claras evidências de conseqüências danosas

b) Qual a duração do transtorno?

1. em meses

2. em anos

c) Quais das seguintes substâncias foram usadas?

Álcool

Opióides

Canabinóides

Hipnóticos

Cocaína

Estimulantes (incluindo cafeína)

Alucinógenos

Tabaco

Solventes voláteis

Substâncias psicoativas ou múltiplas outras

d) Qual dos seguintes estados está associado?

1. *delirium*

2. síndrome amnésica

SE ALGUM SIM, TAMBÉM CONSIDERAR TRANSTORNOS MENTAIS ORGÂNICOS.

3. sintomas psicóticos

CASO SIM, CONSIDERAR SÍNDROME PSICÓTICA.

e) Quais dos seguintes diagnósticos está presente?

1. uso nocivo (F1x.1)

SE SIM, REGISTRAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) PSICOATIVA

2. síndrome de dependência (F1x.2)

SE SIM, REGISTRAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) PSICOATIVA

SE ALGUM SIM, CODIFICAR A CATEGORIA F NA FOLHA DE ROSTO.

MÓDULO F2/F3: SÍNDROMES PSICÓTICAS E AFETIVAS

TRANSTORNOS PSICÓTICOS

a) Quais dos seguintes sintomas estão presentes?

1. eco do pensamento, inserção ou roubo do pensamento, ou irradiação do pensamento

2. delírios ou percepção delirante

3. vozes alucinatórias ou outras alucinações persistentes de qualquer tipo

4. discurso incoerente ou irrelevante, neologismos

5. comportamento catatônico

6. "sintomas negativos" (apatia, pobreza de discurso, embotamento ou incongruência de respostas emocionais)

7. comportamento sem objetivos ou desorganizado

8. comunicação não-verbal pobre por expressão facial

9. marcado declínio do desempenho social, escolar ou ocupacional, ou retraimento social

10. aparência estranha, excêntrica ou peculiar, ou auto-cuidado deficiente

11. experiências de despersonalização ou desrealização

12. tempestade ou confusão emocional

13. perplexidade ou identificação errônea de pessoas ou lugares

14. motricidade aumentada ou diminuída

b) Como foi o início do transtorno?

· Agudo

· Crônico

c) Qual a duração do transtorno?

· em dias

· em meses

d) Quais dos seguintes estados podem ser excluídos?

1. doença mental orgânica

2. transtorno de personalidade esquizóide

3. modos de expressão influenciados (sub)culturalmente

4. nível de inteligência abaixo do normal

5. intoxicação relacionada com drogas ou álcool, ou abstinência causando a síndrome

e) Qual dos seguintes estados está associado?

1. sintomas maníacos

2. sintomas depressivos

SE ALGUM SIM, CONSIDERAR TAMBÉM SÍNDROME AFETIVA.

3. abuso de álcool ou drogas coexistindo com a síndrome

CASO SIM, CONSIDERAR TAMBÉM SÍNDROME DE USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA.

f) Qual dos seguintes diagnósticos está presente?

1. esquizofrenia (F20)

2. transtorno esquizotípico (F21)

3. transtorno delirante (F22)

4. transtornos psicóticos agudos e transitórios (F23)

5. transtorno esquizoafetivo (F25)

SE ALGUM SIM, CODIFICAR A CATEGORIA F NA FOLHA DE ROSTO.

MANIA

a) Quais dos seguintes sintomas estão presentes?

1. humor anormalmente elevado ou irritável
2. atividade aumentada ou inquietude física
3. loquacidade aumentada ("pressão de fala")
4. propensão à distração ou mudanças constantes nas atividades ou planos
5. diminuição da necessidade de sono
6. energia sexual aumentada ou indiscrições sexuais
7. comportamento arriscado, imprudente ou irresponsável
8. sociabilidade aumentada ou familiaridade excessiva
9. fuga de idéias ou pensamento acelerado
10. auto-estima inflada ou grandiosidade
11. delírios
12. alucinações

b) Quão grave é a síndrome?

- Hipomaníaca
- Maníaca

c) Qual a duração da síndrome?

- em dias

d) Quantos episódios houve?

e) Quais dos seguintes estados podem ser excluídos?

1. doença endócrina precipitante
2. tratamento medicamentoso precipitante
3. anorexia nervosa
4. esquizofrenia

f) Quais dos seguintes estados estão associados?

1. doença mental orgânica:

- causando a síndrome
- coexistindo com a síndrome

SE ALGUM SIM, TAMBÉM CONSIDERAR SÍNDROMES MENTAIS ORGÂNICAS.

2. sintomas depressivos

CASO SIM, CONSIDERAR TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR.

3. instabilidade de humor persistente

CASO SIM, CONSIDERAR CICLOTIMIA.

4. abuso de álcool ou drogas:

- causando a síndrome
- coexistindo com a síndrome

CASO SIM, TAMBÉM CONSIDERAR SÍNDROMES DE USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA.

5. delírios ou alucinações

CASO SIM, CONSIDERAR TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO.

g) Qual dos seguintes diagnósticos está presente?

1. hipomania (F30.0)
2. mania sem sintomas psicóticos (F30.1)
3. mania com sintomas psicóticos (F30.2)

SE ALGUM SIM, CODIFICAR A CATEGORIA F NA FOLHA DE ROSTO. DEPRESSÃO

a) Quais dos seguintes sintomas estão presentes?

1. humor deprimido
2. perda de interesse ou prazer
3. energia diminuída ou fadigabilidade aumentada
4. perda de confiança ou auto-estima
5. auto-recriminações irracionais ou culpa excessiva
6. pensamentos ou comportamento suicida
7. dificuldade para pensar ou se concentrar
8. agitação ou retardo psicomotor (objetivo)
9. distúrbio do sono
10. alteração do apetite e peso (5% do peso corporal)
11. perda de reatividade a eventos ou atividades
12. depressão pior pela manhã
13. marcada perda da libido
14. choro freqüente
15. sentimentos de falta de esperança ou desespero
16. incapacidade de levar adiante as responsabilidades rotineiras
17. pessimismo a respeito do futuro ou ruminacões sobre o passado
18. falando menos do que o habitual
19. estupor depressivo
20. delírios
21. alucinações

b) Quão severa é a síndrome?

1. Leve
2. Moderada
3. Grave

c) Qual a duração da síndrome?

- em semanas
- em meses

d) Quantos episódios houve neste período?

e) Qual dos seguintes estados pode ser excluído?

1. doença endócrina precipitante ou tratamento medicamentoso
2. esquizofrenia causando a síndrome

f) Quais dos seguintes estados estão associados?

1. doença mental orgânica

CASO SIM, CONSIDERAR SÍNDROMES MENTAIS ORGÂNICAS.

2. esquizofrenia coexistindo com o transtorno

CASO SIM, CONSIDERAR ESQUIZOFRENIA.

3. sintomas maníacos ou hipomaníacos

CASO SIM, CONSIDERAR TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR.

4. instabilidade persistente de humor por dois anos ou mais

CASO SIM, CONSIDERAR CICLOTIMIA.

5. menos de duas semanas de duração do transtorno

CASO SIM, CONSIDERAR TRANSTORNO AFETIVO BREVE OU MISTO.

6. delírios ou alucinações

CASO SIM, CONSIDERAR TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO.

7. abuso de álcool ou drogas

· causando a síndrome

· coexistindo com a síndrome

SE ALGUM SIM, CONSIDERAR TAMBÉM USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA.

g) Qual dos seguintes diagnósticos está presente?

1. episódio depressivo leve (F32.0)
2. episódio depressivo moderado (F32.1)
3. episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (F32.2)
4. episódio depressivo grave com sintomas psicóticos (F32.3)
5. episódios depressivos recorrentes (F33)
6. ciclotimia (F34.0)
7. distimia (F34.1)
8. transtorno afetivo bipolar (F31)

SE ALGUM SIM, CODIFICAR A CATEGORIA F NA FOLHA DE ROSTO.

MÓDULO F4/F5: SÍNDROMES NEURÓTICAS E COMPORTAMENTAIS

TRANSTORNOS NEURÓTICOS

a) Quais dos seguintes sintomas estão presentes?

1. medos
2. ataques de pânico
3. ansiedade, preocupações, apreensões
4. sintomas autonômicos de ansiedade
5. pensamentos obsessivos ou atos compulsivos
6. exposição a um estressor mental, físico ou social excepcional
7. relembrar ou reviver persistentemente o estressor
8. evitação de circunstâncias associadas ao estressor
9. sintomas de sensibilidade psicológica ou vigilância aumentadas
10. sintomas ou estados dissociativos (conversivos)
11. queixas físicas múltiplas e variáveis não explicadas por nenhuma doença física
12. repetidas consultas médicas e recusas persistentes em aceitar orientação médica
13. fadiga mental ou física persistente

b) Qual a duração da síndrome?

- em semanas
- em meses
- em anos

c) Quais dos seguintes estados podem ser excluídos?

1. sintomas ou transtorno psicótico
2. consumo excessivo ou abstinência de drogas
3. simulação intencional

d) Quais dos seguintes estados estão associados?

1. sintomas afetivos

CASO SIM, CONSIDERAR TAMBÉM SÍNDROME AFETIVA.

2. experiências de despersonalização ou desrealização

CASO SIM, CONSIDERAR TAMBÉM SÍNDROME PSICÓTICA.

e) Qual dos seguintes diagnósticos está presente?

1. fobias (F40.0-F40.2)
2. transtorno de pânico (F41.0)
3. transtorno de ansiedade generalizada (F41.1)
4. transtornos de ansiedade e depressão mistos ou outros transtornos mistos de ansiedade (F41.2-F41.3)
5. transtorno obsessivo-compulsivo (F42)
6. reação aguda a estresse (F43.0)
7. transtorno de estresse pós-traumático (F43.1)
8. transtornos de ajustamento (F43.2)
9. transtornos dissociativos (ou conversivos) (F44)
10. transtornos somatoformes (F45.0-F45.4)

11.neurastenia (F48.0)

SE ALGUM SIM, CODIFICAR A CATEGORIA F NA FOLHA DE ROSTO. SÍNDROMES COMPORTAMENTAIS

a) Quais dos seguintes sintomas estão presentes?

1. perda de peso significativa e auto-induzida
2. episódios de orgias alimentares
3. pavor de engordar
4. conseqüências endócrinas (amenorréia, impotência)
5. distúrbio da quantidade, qualidade ou horário do sono
6. episódios involuntários de levantar-se da cama durante o sono e caminhar
7. episódios de despertar do sono com gritos de pânico e manifestações de ansiedade
8. despertar de pesadelos com recordação vívida
9. distúrbio de sono causando incômodo marcante ou interferindo nas atividades ou na vida do paciente
10. incapacidade freqüente de participar numa relação Sexual da maneira como gostaria

b) Qual a duração da síndrome?

- em meses
- em anos

c) Quantos episódios houve neste período?

d) Quais dos seguintes estados podem ser excluídos?

1. condição neurológica ou médica causando a síndrome
2. tratamento medicamentoso precedente ou atual causando a síndrome

e) Quais dos seguintes estados estão associados?

1. transtorno depressivo

CASO SIM, CONSIDERAR TRANSTORNO AFETIVO.

2. abuso de álcool ou drogas

CASO SIM, CONSIDERAR TRANSTORNOS DE USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA.

3. doença mental orgânica

CASO SIM, CONSIDERAR TRANSTORNO MENTAL ORGÂNICO

f) Qual dos seguintes diagnósticos está presente?

1. anorexia nervosa (F50.0)
2. bulimia nervosa (F50.2)
3. transtornos não-orgânicos de sono (F51)
4. disfunção sexual não causada por transtorno ou doença orgânica (F52)

SE ALGUM SIM, CODIFICAR A CATEGORIA F NA FOLHA DE ROSTO.

MÓDULO F6: TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE

a) Quais dos seguintes sintomas estão presentes?

1. desvio consistente e estável de traços de personalidade ou comportamentos em relação às normas culturalmente aceitas de forma estável e permanente
2. comportamento inflexível, desadaptado ou, sob outros aspectos, disfuncional numa ampla gama de situações pessoais e sociais
3. desconforto pessoal ou impacto adverso sobre o ambiente social

b) Quais das seguintes características e comportamentos estão presentes?

1. paranóide:
 - sensibilidade excessiva a contratempos e rejeições
 - incapacidade de perdoar ofensas e injúrias
 - desconfiança
 - combativo e obstinado no que se refere a direitos pessoais
 - propensão a ciúme patológico
 - tendência a experimentar excessiva autovalorização

- preocupação com explicações “conspiratórias” não comprovadas sobre eventos
2. esquizóide:
- incapacidade de experimentar prazer (anedonia)
 - frieza emocional, distanciamento ou afetividade embotada
 - indiferença tanto para elogios quanto para críticas
 - pouco interesse em ter experiências sexuais
 - preferência por fantasias, atividades solitárias e introspecção
 - falta de amigos íntimos
 - dificuldade em reconhecer e aderir a convenções sociais (comportamento excêntrico)
3. anti-social:
- falta de capacidade de empatia
 - irresponsabilidade e desrespeito por normas sociais
 - incapacidade de manter relacionamentos persistentes
 - baixa tolerância à frustração e baixo limiar para descarga de
- Agressão
- incapacidade de experimentar culpa
 - propensão para culpar os outros
 - irritabilidade persistente
4. emocionalmente instável:
- tendência a agir inesperadamente e sem consideração das conseqüências
 - tendência a comportamento beligerante e a ter conflitos com os outros
 - facilidade para ter explosões de raiva ou violência
 - incapacidade evidente de planejar adiante ou prever acontecimentos futuros que têm grande chance de ocorrer
 - dificuldade em persistir em qualquer tarefa que não ofereça gratificação imediata
 - humor instável e caprichoso
 - perturbações e incerteza sobre auto-imagem e preferências Internas (incluindo a sexual)
 - propensão a se envolver em relacionamentos intensos e instáveis
 - ameaças ou atos recorrentes de dano a si próprio
5. histriônico:
- autodramatização, teatralidade
 - sugestibilidade
 - afetividade superficial e lábil
 - egocentricidade
 - busca contínua de apreciação
 - necessidade de excitação ou de ser o centro das atenções
 - comportamento manipulativo para adquirir necessidades próprias
6. anancástico:
- indecisão
 - perfeccionismo
 - consciencioso, escrupuloso
 - pedantismo e convencional
 - rigidez e teimosia
 - intrusão de pensamentos ou impulsos insistentes e indesejáveis
 - planejamento a longo prazo de todas as atividades e com detalhes imutáveis
7. ansioso (de evitação):
- sentimentos de tensão e apreensão
 - autoconsciência e sentimentos de insegurança e inferioridade
 - desejo de ser querido a aceito
 - hipersensibilidade a rejeição e críticas

- recusa em se envolver com pessoas, a não ser com garantias de aceitação sem críticas
- propensão habitual a exagerar o potencial de perigo ou riscos em situações cotidianas
- estilo de vida restrito devido à necessidade de certeza e segurança

8. dependente:

- permitir que outros assumam responsabilidades em áreas principais da vida
- subordinação de suas próprias necessidades àquelas dos outros dos quais é dependente
- relutância em fazer exigências, ainda que razoáveis, às pessoas das quais depende
- perceber a si mesmo como desamparado, incompetente e sem vigor
- medo de ser abandonado e necessidade constante de se assegurar contra isso
- sentimentos de ruína e desamparo quando um relacionamento íntimo termina
- transferir responsabilidades para outros

c) Qual a duração da síndrome?

- em anos

d) Qual dos seguintes estados pode ser excluído?

1. desvio resultante de outra doença mental adulta
2. desvio resultante de doença ou dano cerebral orgânico

e) Quais dos seguintes estados estão associados?

1. abuso de álcool ou drogas

CASO SIM, CONSIDERAR SÍNDROMES DECORRENTES DO USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA.

2. sintomas afetivos

CASO SIM, CONSIDERAR SÍNDROME AFETIVA.

3. sintomas psicóticos

CASO SIM, CONSIDERAR SÍNDROME PSICÓTICA.

4. sintomas neuróticos

CASO SIM, CONSIDERAR SÍNDROME NEURÓTICA.

f) Qual dos seguintes diagnósticos está presente?

1. transtorno de personalidade paranóide (F60.0)
2. transtorno de personalidade esquizóide (F60.1)
3. transtorno de personalidade anti-social (F60.2)
4. transtorno de personalidade emocionalmente instável:
 - tipo impulsivo (F60.30)
 - tipo *borderline* (F60.31)
5. transtorno de personalidade histriônica (F60.4)
6. transtorno de personalidade anancástica (F60.5)
7. transtorno de personalidade ansiosa (de evitação) (F60.6)
8. transtorno de personalidade dependente (F60.7)
9. outros transtornos de personalidade especificados (F60.8)

SE ALGUM SIM, CODIFICAR A CATEGORIA F NA FOLHA DE ROSTO.

ANEXO 5 - POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE – PANSS

ESCALA POSITIVA:

P1- Delírios	1	2	3	4	5	6	7
P2 - Desorganização conceitual	1	2	3	4	5	6	7
P3 - Comportamento alucinatório	1	2	3	4	5	6	7
P4 - Excitação	1	2	3	4	5	6	7
P5 - Grandeza	1	2	3	4	5	6	7
P6 - Desconfiança	1	2	3	4	5	6	7
P7 - Hostilidade	1	2	3	4	5	6	7

TOTAL P = _____

ESCALA NEGATIVA:

N1 - Afetividade Embotada	1	2	3	4	5	6	7
N2 - Retraimento Emocional	1	2	3	4	5	6	7
N3 - Contato Pobre	1	2	3	4	5	6	7
N4 - Retraimento social passivo/ apático	1	2	3	4	5	6	7
N5 - Dificuldade de pensamento abstrato	1	2	3	4	5	6	7
N6 - Falta de espontaneidade e fluência	1	2	3	4	5	6	7
N7 - Pensamento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7

TOTAL N = _____

ESCALA DE PSICOPATOLOGIA GERAL:

G1 - Preocupação somática	1	2	3	4	5	6	7
G2 - Ansiedade	1	2	3	4	5	6	7
G3 - Culpa	1	2	3	4	5	6	7
G4 - Tensão	1	2	3	4	5	6	7
G5 - Maneirismo/ postura	1	2	3	4	5	6	7
G6 - Depressão	1	2	3	4	5	6	7
G7 - Retardo Motor	1	2	3	4	5	6	7
G8 - Falta de cooperação	1	2	3	4	5	6	7
G9 - Conteúdo incomum do pensamento	1	2	3	4	5	6	7
G10 - Desorientação	1	2	3	4	5	6	7
G11 - Déficit de atenção	1	2	3	4	5	6	7
G12 - Juízo e crítica	1	2	3	4	5	6	7
G13 - Distúrbio da volição	1	2	3	4	5	6	7
G14 - Mau controle de impulso	1	2	3	4	5	6	7
G15 - Preocupação	1	2	3	4	5	6	7
G16 - Esquiva social ativa	1	2	3	4	5	6	7

TOTAL G = _____

PONTUAÇÃO TOTAL = _____

TIPO SINTOMATOLÓGICO = _____

ANEXO 6 -ESCALA DE AVALIAÇÃO DE INCAPACITAÇÃO PSIQUIÁTRICA – WHO/DAS

1 – COMPORTAMENTO GLOBAL

- 1.1 – Cuidado pessoal: 0() 1() 2() 3() 4() 5() 9().
- 1.2 – Diminuição de atividades: 0() 1() 2() 3() 4() 5() 9().
- 1.3 – Lentidão: 0() 1() 2() 3() 4() 5() 9().
- 1.4 – Isolamento social: 0() 1() 2() 3() 4() 5() 9().

2 – PAPÉIS SOCIAIS

- 2.1 – Atividades domésticas: 0() 1() 2() 3() 4() 5() 9().
- 2.2 – Casamento/afetividade: 0() 1() 2() 3() 4() 5() 9().
- 2.3 – Casamento/ sexo: 0() 1() 2() 3() 4() 5() 9().
- 2.4 – Paternidade/Maternidade: 0() 1() 2() 3() 4() 5() 9().
- 2.5 – Relações sexuais (Solteiros): 0() 1() 2() 3() 4() 5() 9().
- 2.6 – Contatos sociais: 0() 1() 2() 3() 4() 5() 9().
- 2.7 – Papel ocupacional(trabalho/estudo): 0() 1() 2() 3() 4() 5() 9().
- 2.8 – Interesse em obter trabalho/estudo: 0() 1() 2() 3() 4() 5() 9().
- 2.9 – Interesse/ informações gerais: 0() 1() 2() 3() 4() 5() 9().
- 2.10 – Comportamento em emergências: 0() 1() 2() 3() 4() 5() 9().

3 – PACIENTES HOSPITALIZADOS (seção não utilizada neste estudo).

4 – FATORES MODIFICADORES

4.1 – Recursos pessoais

- 4.1.1 – Atividade p/ aumentar conhecimento/habilidade específica (leitura, aula de culinária, mecânica, idiomas, etc.): 0 – Não () 1 – Sim(): _____ 9 – NA().
- 4.1.2 – Interesse específico/ passatempo/ atividade regular (esporte, música, artes):
0 – Não () 1 – Sim(): _____ 9 – NA().
- 4.1.3 – Presença de habilidade/ inteligência acima da média:
0 – Não () 1 – Sim(): _____ 9 – NA() 8-IA().
- 4.1.4 – Influência ambiental positiva (animal doméstico, grupo de apoio, bom nível econômico): 0 – Não () 1 – Sim(): _____ 9 – NA() 8-IA().
- 4.1.5 – Presença de relação íntima de amizade estável (exceto familiar ou cônjuge):

0 – Não () 1 – Sim():_____ 9 – NA() 8-IA().

4.2 – Fatores Modificadores Desfavoráveis

4.2.1 - Influência ambiental negativa (Pobreza, familiares doentes, não falar idioma local): 0 – Não () 1 – Sim():_____ 9 – NA() 8-IA().

4.2.2 – Presença de déficit físico/ neurológico/ sensorial:

0 – Não () 1 – Sim():_____ 9 – NA().

4.2.3 – Característica pessoal desfavorável (aparência, hábitos, T. de personalidade): 0 – Não () 1 – Sim():_____ 9 – NA() 8-IA().

4.3 – Atmosfera doméstica

4.3.1 – Pessoa mais importante (que passou mais tempo) p/ o paciente:

0-Nenhuma() 1-Mãe() 2-Pai() 3-Cônjuge() 4-Outro parente() 5-Outra pessoa() 9-IA().

4.3.2 – Quantas horas/semana de contato direto com esta pessoa? _horas/semana.

4.3.3 – Envolvimento emocional desta pessoa com o paciente:

0() 1() 2() 3() 8 - IA() 9 - NA().

4.3.4 – Pressão / Controle exercido por esta pessoa sobre o paciente:

0() 1() 2() 8 - IA() 9 - NA().

4.3.5 – Evidências de rejeição:

0() 1() 2() 3() 8 - IA() 9 - NA().

4.3.6 – Acesso do paciente à privacidade:

0() 1() 2() 8 - IA() 9 - NA().

4.4 – Suporte Social Externo

4.4.1 – Ajuda/ assistência externa procurada, porém não recebida:

0 – Não () 1 – Sim () 8 – IA/ Não sabe() 9 - NA().

4.4.2 - Ajuda/ assistência externa procurada e recebida:

0 – Não () 1 – Sim () 8 – IA/ Não sabe() 9 - NA().

4.4.3 – Perspectiva de trabalho p/ semelhante sem Transtorno Mental:

0() 1() 2() 3() 8 - IA() 9 - NA().

5 – **AVALIAÇÃO GLOBAL – Ajustamento Social:**

()0-Excelente ()1-Bom ()2-Razoável ()3-Pobre ()4-Grave ()5-Muito Grave ()8-IA

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)