



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

**Implicações no Funcionamento Social de Doentes
Esquizofrénicos:
estudo comparativo entre doentes medicados com
Antipsicóticos Típicos e Atípicos**

Joel Filipe Alves Brás

Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Ciclo de Estudos Integrado)

Orientador: Doutor Carlos Leitão

Covilhã, maio de 2014

Agradecimentos

Ao Dr. Carlos Leitão por ter aceitado orientar esta dissertação, acolitando nas diferentes etapas da sua conceção: definição dos objetivos, seleção dos participantes, recolha/análise de dados e correção final do trabalho. A aprendizagem com a sua experiência clínica permitiu-me desenvolver ferramentas importantes na abordagem aos doentes e incrementar conhecimentos na área da psiquiatria, em particular no que diz respeito à esquizofrenia.

Aos psiquiatras do DPSM-CHCB, Dr. Vítor Sainhas e Dr. Jorge Barbosa, que se revelaram solícitos em prestar esclarecimentos sobre os seus pacientes, bem como em clarificar dúvidas que foram surgindo no processo de aplicação do questionário sociodemográfico/clínico e da escala PSP. Um obrigado à tranquilidade com que me receberam e aos ensinamentos que comigo partilharam. Sem dúvida que me alicerçaram com saberes imprescindíveis que farão de mim um profissional mais atento e disponível ao outro que padece de patologia psiquiátrica.

À enfermeira Maria João, do DPSM-CHCB, pelo carinho com que me acolheu. A forma como se entrega ao seu trabalho espelha-se na relação que constrói com os doentes, criando um ambiente de cumplicidade basilar no processo terapêutico. No ambulatório, a sua presença foi fulcral para que a entrevista clínica se realizasse e para que eu depreendesse melhor o bovarismo dos doentes. Que o seu trabalho seja uma inspiração para os que querem cuidar.

À assistente social Sofia Rodrigues pela forma como me tornou cognoscitivo do contexto social em que os doentes se inserem, a par das estratégias que me munuiu para os abordar da forma mais correta. A melhor qualidade de vida que muitos doentes alcançam resulta da sua sensibilidade social, aliada a um espírito perseverante em garantir que os direitos fundamentais da dignidade humana sejam assegurados.

À Dra. Sofia Brissos por me ter facultado a escala PSP, assim como o guião da entrevista para a sua aplicação. É de reconhecer a forma como se dedica à investigação na área da esquizofrenia e os contributos que tem prestado para a comunidade científica.

Ao Dr. Miguel Freitas pelo tempo disponibilizado no esclarecimento de dúvidas relacionadas com a análise estatística inferencial.

Aos meus pais por todo o apoio, à Faculdade Ciências da Saúde e às pessoas com as quais nela pude contactar, que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

*“Esta espécie de loucura
Que é pouco chamar talento
E que brilha em mim, na escura
Confusão do pensamento,*

*Não me traz felicidade;
Porque, enfim, sempre haverá
Sol ou sombra na cidade.
Mas em mim não sei o que há”*

Fernando Pessoa, *Esta espécie de loucura*

Resumo

Introdução: A chegada dos antipsicóticos atípicos alterou as metas terapêuticas na esquizofrenia, enfatizando a importância dos resultados obtidos em termos de Funcionamento Social. Todavia, os estudos não têm sido cônsonos em advogar essa nova classe como a mais eficaz na obtenção desses *outcomes*. Assim, pretende-se comparar o Funcionamento Pessoal Social em doentes esquizofrênicos medicados com as diferentes classes de antipsicóticos.

Materiais e Métodos: Estudo observacional do tipo transversal. A amostra (não aleatória) engloba 66 esquizofrênicos (repartidos segundo a classe de antipsicótico), a quem foi aplicado um questionário sociodemográfico/clínico e a Escala de Desempenho Pessoal e Social (PSP). A entrevista foi realizada em gabinete próprio ou, em situação de ambulatório, no domicílio dos doentes. Os dados recolhidos foram tratados com o programa SPSS® 20.0.

Resultados: A comparação entre os três grupos terapêuticos, no que confere à pontuação final obtida na PSP, revelou uma diferença com significado estatístico ($p=0,000$). Por isto, recorreu-se ao método de LSD-Fisher a fim de clarificar essas diferenças, constatando-se que pontuação é tendencialmente superior nos doentes medicados exclusivamente com antipsicóticos atípicos face aos medicados apenas com típicos ($p=0,000$). Os doentes medicados com ambas as classes de antipsicóticos apresentam pontuação final tendencialmente superior à dos medicados apenas com os de primeira geração ($p=0,004$). Ao comparar-se os grupos terapêuticos que tomam exclusivamente uma classe de antipsicóticos, no Domínio A (Atividades Socialmente úteis) da PSP averiguou-se que os doentes com terapêutica exclusiva com antipsicóticos atípicos obtêm resultados tendencialmente maiores ($p=0,025$). De igual modo, quanto à pontuação final obtida na PSP, confrontando apenas esses dois grupos, os resultados são cônsonos com o disposto anteriormente ($p:0,000$).

Conclusões: Quanto aos *outcomes* no Funcionamento Pessoal e Social, o estudo infere a superioridade do tratamento com antipsicóticos atípicos em doentes esquizofrênicos. Em adição, quanto aos domínios desse funcionamento, esta investigação apurou essa classe terapêutica como a que auferir melhores resultados no Domínio A face aos medicados com a categoria de antipsicóticos típicos.

Palavras-chave

Esquizofrenia; Funcionamento Social; Antipsicóticos típicos; antipsicóticos atípicos; Escala de Desempenho Pessoal e Social (PSP);

Abstract

Introduction: The arrival of the atypical antipsychotics has changed the therapeutic goals of schizophrenia, stressing the importance of Social Performance when evaluating the results. Nevertheless, the studies have not reached a consensus when it comes to advocate for this new class as the best in achieving such outcomes. Therefore, it is the purpose of this investigation to compare the Personal and Social Performance in schizophrenic patients treated with different classes of antipsychotics.

Methods: Cross-sectional study. The convenience sample comprises 66 schizophrenics (grouped according to the class of antipsychotics) to whom a socio-demographic/clinical questionnaire and the Personal and Social Performance Scale (PSP) was applied. The interviews were conducted in a proper medical office or, in case of ambulatory, at the patient's residence. The collected data were analysed using appropriate statistical software (SPSS® 20.0).

Results: When the three groups final score in the PSP was compared, a difference with statistical significance was found ($p=0.000$). For that reason, in order to clarify such differences, the LSD-Fisher method was employed, revealing that the score tends to be higher in patients exclusively treated with atypical antipsychotics, when compared with those treated solely with the typical class ($p=0.000$). Additionally, those patients treated with both classes present a score that tends to be higher than those in which the antipsychotics of first generation are used in isolation ($p=0.004$). Furthermore, when we compare the groups of patients that are treated with a single class of antipsychotics, we find that those exclusively treated with atypical antipsychotics tend to obtain higher results in the A Area (socially useful activities) of the PSP ($p=0.025$). These results are congruent with the analogous comparison between the final score in the PSP of these two groups ($p=0.000$).

Conclusions: Regarding the outcomes in Personal and Social Performance, the present study infers the superiority of the treatment with atypical antipsychotics in schizophrenic patients. Moreover, with respect to the sphere of such performance, this investigation suggests this therapeutic class as the best in obtaining results in the A Area, when compared with the typical antipsychotics category.

Keywords

Schizophrenia; Social functioning; typical antipsychotics; atypical antipsychotics; Personal and Social Performance scale (PSP)

Índice

Resumo	vii
Abstract	ix
Lista de Gráficos	xiii
Lista de tabelas	xv
Lista de Diagramas	xvii
Lista de Acrónimos	xix
1 Introdução	1
1.1 Objetivos	2
2 Materiais e Métodos	3
2.1 Tipo de Estudo	3
2.2 Seleção dos Participantes	3
2.3 Recolha de Dados	4
2.4 Análise Estatística	5
3 Resultados	7
3.1 Análise do Questionário Sociodemográfico e Clínico	7
3.2 Análise da escala PSP	13
4 Discussão	28
4.1 Questionário Sociodemográfico e Clínico	28
4.2 Escala PSP	30
4.3 Limitações do estudo	33
5 Conclusões e Perspetivas Futuras	34
6 Referências Bibliográficas	36
7 Anexos	39
Anexo 1 - Consentimento Informado	39
Anexo 2 - Questionário sociodemográfico e clínico	40
Anexo 3 - Folha de registo da PSP	44
Anexo 4 - Aprovação do Estudo	45

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição dos participantes segundo o género.	7
Gráfico 2 - Distribuição etária dos participantes por classes.	7
Gráfico 3 - Distribuição percentual, por género, da situação residencial dos inquiridos.	7
Gráfico 4 - Participantes agrupados segundo a medicação antipsicótica realizada.	9
Gráfico 5 - Distribuição dos doentes segundo o modo de administração do antipsicótico.	9
Gráfico 6 - Nível de Funcionamento Global observado na amostra, numa escala de 0-100.	14
Gráfico 7 - Nível de Funcionamento por Domínios registado na amostra, numa escala de 1-6.	14
Gráfico 8 - Nível de Funcionamento observado em doentes medicados com antipsicóticos Típicos, no Domínio A da PSP.	16
Gráfico 9 - Nível de Funcionamento observado em doentes medicados com antipsicóticos Atípicos, no Domínio A da PSP.	16
Gráfico 10 - Nível de Funcionamento observado em doentes medicados com antipsicóticos Típicos e Atípicos, no Domínio A da PSP.	16
Gráfico 11 - Distribuição dos Resultados no Domínio A da Escala PSP segundo os grupos terapêuticos.	17
Gráfico 12 - Nível de Funcionamento observado em doentes medicados com antipsicóticos Típicos, no Domínio B da PSP.	18
Gráfico 13 - Nível de Funcionamento observado em doentes medicados com antipsicóticos Atípicos, no Domínio B da PSP.	18
Gráfico 14 - Nível de Funcionamento observado em doentes medicados com antipsicóticos Típicos e Atípicos, no Domínio B da PSP.	18
Gráfico 15 - Distribuição dos Resultados no Domínio B da Escala PSP segundo os grupos terapêuticos.	19
Gráfico 16 - Nível de Funcionamento observado em doentes medicados com antipsicóticos Típicos, no Domínio C da PSP.	20
Gráfico 17 - Nível de Funcionamento observado em doentes medicados com antipsicóticos Atípicos, no Domínio C da PSP.	20
Gráfico 18 - Nível de Funcionamento observado em doentes medicados com antipsicóticos Típicos e Atípicos, no Domínio C da PSP.	20
Gráfico 19 - Distribuição dos Resultados no Domínio C da Escala PSP segundo os grupos terapêuticos.	21
Gráfico 20 - Nível de Funcionamento observado em doentes medicados com antipsicóticos Típicos, no Domínio D da PSP.	22
Gráfico 21 - Nível de Funcionamento observado em doentes medicados com antipsicóticos Atípicos, no Domínio D da PSP.	22
Gráfico 22 - Nível de Funcionamento observado em doentes medicados com antipsicóticos Típicos e Atípicos, no Domínio D da PSP.	22
Gráfico 23 - Distribuição dos Resultados no Domínio D da Escala PSP segundo os grupos terapêuticos.	23
Gráfico 24 - Nível de Funcionamento Global, segundo a PSP, observado em doentes medicados com antipsicóticos Típicos.	24
Gráfico 25 - Nível de Funcionamento Global, segundo a PSP, observado em doentes medicados com antipsicóticos Atípicos.	24
Gráfico 26 - Nível de Funcionamento Global, segundo a PSP, observado em doentes medicados com antipsicóticos Típicos e Atípicos.	24
Gráfico 27 - Distribuição dos Resultados Finais da Escala PSP segundo os grupos terapêuticos.	25
Gráfico 28 - Distribuição dos Resultados no Domínio A da Escala PSP segundo o grupo terapêutico [Antipsicóticos Típicos Vs. Atípicos].	26
Gráfico 29 - Distribuição dos Resultados no Domínio B da Escala PSP segundo o grupo terapêutico [Antipsicóticos Típicos Vs. Atípicos].	26
Gráfico 30 - Distribuição dos Resultados no Domínio C da Escala PSP segundo o grupo terapêutico [Antipsicóticos Típicos Vs. Atípicos].	27
Gráfico 31 - Distribuição dos Resultados no Domínio D da Escala PSP segundo o grupo terapêutico [Antipsicóticos Típicos Vs. Atípicos].	27
Gráfico 32 - Distribuição dos Resultados Finais da Escala PSP segundo o grupo terapêutico [Antipsicóticos Típicos Vs. Atípicos].	27

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Critérios de Inclusão e Exclusão aplicados na seleção dos participantes.	3
Tabela 2 - Secções do Questionário Sociodemográfico/Clinico do estudo.	4
Tabela 3 - Distribuição da idade de início da sintomatologia(A) e estabelecimento do diagnóstico(B), bem como a diferença entre estas duas variáveis (B-A).	9
Tabela 4 - Número de internamentos decorrentes de agudização da Esquizofrenia.	9
Tabela 5 - Distribuição da prevalência atual dos ES causados pelos antipsicóticos.	10
Tabela 6 - Prevalência de Hábitos Tabágicos e Alcoólicos e do Histórico de Consumo de Drogas.	10
Tabela 7 - Caraterização do pensamento e ato suicida.	11
Tabela 8 - Caraterização de algumas variáveis sociodemográficas segundo o grupo terapêutico.	11
Tabela 9 - Caraterização de algumas variáveis Clínicas segundo o grupo terapêutico.	12
Tabela 10 - Codificação aplicada no estudo entre os Níveis de Funcionamento e o Grau de Disfunção observado em cada domínio da escala PSP.	13
Tabela 11 - Dados complementares dos Resultados Globais e Parcelares da amostra na escala PSP.	15
Tabela 12 - Coeficiente de Correlação de Spearman entre os resultados na PSP e o número de anos de tratamento com antipsicóticos.	15
Tabela 13 - Comparação múltipla de médias das ordens através do método LSD-Fisher, para determinar as diferenças entre os grupos terapêuticos no que confere ao Resultado Global na escala PSP.	25

Lista de Diagramas

Diagrama 1 - Situação profissional dos doentes avaliados, juntamente com a fonte de rendimento em caso de desempregado.

8

Lista de Acrónimos

DSM III	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Third Edition
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition - Text Revision
QV	Qualidade de Vida
GAF	Global Assessment of Functioning Scale (from DSM-IV-TR)
SOFAS	Social and Occupational Functioning Assessment Scale
PSP	Personal and Social Performance Scale
CHCB	Centro Hospitalar Cova da Beira
DPSM	Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
CE	Consulta Externa
AD	Antidepressivo
ES	Efeitos Secundários
LSD-Fisher	Least Significant Difference of Fisher
DGS	Direção-Geral da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
f_{ri}	Frequência relativa
f_i	Frequência absoluta
n	Dimensão da amostra
RSI	Rendimento Social de Inserção

1.Introdução

A esquizofrenia é uma doença neuropsiquiátrica, incapacitante, crónica, sem sinais patognomónicos, dominada por sintomatologia heterogénea, englobando sintomas positivos (ideias delirantes, alucinações e discurso desorganizado) e negativos (embotamento afetivo, alogia e avolição) (1,2).

A doença atraiu a atenção de importantes nomes da neuropsiquiatria ao longo da história, entre eles, o psiquiatra francês Benedict Morel [1809-1873] que introduziu o termo *démence précoce*, a fim de descrever um estado de deterioração mental e emocional com início na adolescência. Posteriormente, Kraepelin [1856-1926] traduziu-o como *dementia precox*, para salientar o processo cognitivo singular (*dementia*) e o seu início precoce (*precox*). Todavia, é Bleuler que, em 1911, cogenomina o conceito esquizofrenia, o qual se tornou internacionalmente aceite para denominar a perturbação, mesmo que os critérios diagnósticos, desde a publicação do DSM-III, se aproximem mais das conceções de Kraepelin (3,4).

Atualmente, a sua prevalência é estimada entre 0,5% e 1,5%, sendo encontrada em todas as sociedades e áreas geográficas (3,4,5). O seu início, regulado por fatores genéticos e ambientais, pode ocorrer em qualquer idade, sendo, contudo, a idade média para o primeiro surto psicótico de 21 e 27 anos para homens e mulheres, respetivamente (4). No que diz respeito à incidência, esta apresenta-se ligeiramente mais elevada em homens (2), embora a prevalência se mostre congénere em ambos os géneros (3).

Presentemente, a patologia é reconhecida como tendo uma etiologia multifatorial, à semelhança do que acontece com outros distúrbios (como o cancro e a diabetes) (4).

Apesar dos sintomas característicos, os défices no Funcionamento Pessoal e Social são um ónus fulcral, os quais podem ser registados em qualquer estágio (2,6). Deste modo, a patologia acarreta uma implicação significativa, episódica ou crónica, sobre quase todos os domínios da vida, mesmo quando se alcança o controlo da dimensão psicótica (1,5).

Em 1980, a par do movimento de desinstitucionalização destes doentes, a importância do Funcionamento Pessoal e Social em doentes esquizofrénicos foi reconhecida e incluída no DSM-III. Esse relevo estendeu-se pelo DSM-IV-TR, ao considerá-lo parte integrante na avaliação dos resultados obtidos com as intervenções terapêuticas antipsicóticas (1,6,7,8).

No mesmo sentido, com a introdução dos antipsicóticos atípicos, as metas terapêuticas alteraram-se com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos pacientes, ao invés da simples redução dos sintomas mais visíveis. No entanto, os resultados dos diferentes estudos não têm sido cónsonos em advogar essa nova classe como a mais eficaz na obtenção

de tais *outcomes*. Assim, pelo facto das comparações concretizadas entre antipsicóticos de primeira e segunda geração terem obtido resultados díspares no que concerne ao efeito na QV, o assunto permanece hoje em debate (8,9).

A escala mais difundida para medir o funcionamento social é a GAF, integrada no sistema de diagnóstico multiaxial do DSM-IV-TR, porém, apresenta a desvantagem de avaliar simultaneamente sintomas e funcionamento. Posteriormente, a SOFAS foi desenvolvida a partir da GAF no sentido de minimizar tais limitações, não obstante mostrou-se genérica e sem instruções operacionais claras (5,6,7,10,11). Neste sentido, Morosini *et al.* desenvolveram a escala PSP com base nos critérios de Disfunção Social/Ocupacional, integrados no Critério B do diagnóstico de esquizofrenia (DSM-IV-TR). Deste instrumento, comparativamente às escalas transatas, destaca-se: mensura quatro áreas do funcionamento que originam um resultado parcelar e global; e apenas tem em conta o funcionamento do indivíduo apartado da sintomatologia (7, 10,11).

Em suma, vários estudos suportam a PSP como um instrumento válido e reprodutível, que permite aferir o desempenho pessoal e social em esquizofrénicos, quer em contexto hospitalar como em ambulatório. Relativamente à tradução e adaptação transcultural, estas foram realizadas para diferentes países, incluindo Portugal (5,10,11).

1.1. Objetivos

1. Descrever a amostra em termos das variáveis sociodemográficas e clínicas;
2. Descrever a amostra em termos das variáveis sociodemográficas e clínicas, por grupos terapêuticos¹;
 - 2.1. Indagar possíveis associações entre a terapêutica utilizada e as variáveis sociodemográficas e clínicas.
3. Testar as seguintes hipóteses:
 - 3.1. Existem diferenças entre os três grupos terapêuticos na distribuição dos resultados obtidos nos vários Domínios (A-D) da PSP;
 - 3.2. Existem diferenças entre os três grupos terapêuticos na distribuição dos resultados obtidos na Pontuação Final da PSP.

¹ O estudo aborda 3 grupos terapêuticos: doentes medicados só com antipsicóticos típicos, doentes medicados só com antipsicóticos atípicos e doentes medicados com os dois tipos de antipsicótico simultaneamente.

2. Materiais e Métodos

O estudo foi aprovado pelo Conselho de Administração e Comissão de Ética do CHCB.

As entrevistas clínicas iniciaram-se pela identificação do investigador, exposição dos propósitos do estudo e direitos de confidencialidade, a par do esclarecimento de eventuais dúvidas invocadas pelos doentes. Quando estes aceitavam colaborar na investigação (condição expressa pela assinatura do Consentimento Informado), procedia-se à aplicação dos instrumentos de aquisição de dados.

2.1. Tipo de Estudo

Estudo observacional do tipo transversal.

2.2. Seleção dos Participantes

A população-alvo do presente estudo integra 66 doentes do DPSM-CHCB, selecionados da CE, Ambulatório e Internamento, que satisfazem os Critérios de Inclusão listados na Tabela 1 e que não apresentam os Critérios de Exclusão também aí descritos.

Tabela 1 - Critérios de Inclusão e Exclusão aplicados na seleção dos participantes.

Critérios de Inclusão:	Critérios de Exclusão:
<ul style="list-style-type: none">• Apresentar diagnóstico de esquizofrenia;• Receber acompanhamento da situação clínica no DPSM-CHCB com fármacos antipsicóticos há pelo menos 6 meses;• Compreender as finalidades dos inquéritos a que respondem;• Aceitar, de forma livre, participar no estudo (condição que implica a assinatura do consentimento informado).	<ul style="list-style-type: none">• Ausência de compliance terapêutica;• Alteração da geração de antipsicótico no mês precedente à realização da entrevista²;• Idade inferior a 18 anos;• Presença de lesão neurológica ou trauma cerebral severo;• Descompensação grave do quadro psicótico que inviabilize a concretização da entrevista;• O médico psiquiatra assistente atesta a falta de autonomia ou incapacidade do doente para participar no estudo.

2.2.1. Amostra

Amostra de conveniência (não-aleatória).

² Nos doentes internados, sempre que possível, a avaliação do Funcionamento Pessoal e Social foi referente ao mês transato do dia de internamento.

2.3.Recolha de Dados

O processo de aquisição de dados foi efetuado através de entrevista ao doente (e/ou familiar), mediante a aplicação de um Questionário Sociodemográfico/Clínico e da escala PSP.

2.3.1.Questionário Sociodemográfico e Clínico

O questionário apresenta-se dividido em duas partes, a Secção A destinada às variáveis sociodemográficas e a Secção B às variáveis clínicas (ver tabela 2).

Tabela 2 - Secções do Questionário Sociodemográfico e Clínico do estudo.

Secção A:	Secção B
<ul style="list-style-type: none">• Idade;• Género;• Estado civil;• Residência;• Apoio institucional;• Situação profissional;• Nível de Instrução.	<ul style="list-style-type: none">• Fase prodrómica da doença;• Idade de diagnóstico de Esquizofrenia;• Idade de início da terapêutica;• <i>Compliance</i> Terapêutica;• Subtipo de Esquizofrenia;• Número de Internamentos pela doença;• Terapêutica psiquiátrica;• Tipo de Antipsicótico;• Efeitos secundários da medicação Antipsicótica;• Hábitos Alcoólicos;• Hábitos Tabágicos;• Consumo de drogas;• Histórico de tentativas de suicídio.

2.3.2.Escala de Desempenho Pessoal e Social - PSP (versão Portuguesa)

Esta escala, bem como o seu guião de entrevista, foram fornecidos diretamente ao investigador por uma das autoras da sua validação para Portugal (Sofia Brissos). A PSP baseia-se na classificação do nível de funcionamento do doente em quatro domínios principais, durante o mês anterior, a saber:

- (A) Atividades socialmente úteis incluindo trabalho e estudo;
- (B) Relações pessoais e sociais;
- (C) Autocuidado;
- (D) Comportamento perturbador e agressivo.

A classificação desses domínios é efetuada segundo o grau de dificuldade observado em cada um deles, de Muito Grave a Ausente, numa escala de 6 pontos. A atribuição de cada um desses níveis segue um conjunto de critérios operacionais explicitados na folha de registo.

Após a caracterização desses quatro domínios é possível atribuir um intervalo de 10 pontos numa escala de 0 a 100 (p. ex. de 31 a 40), seguindo-se um ajuste segundo o nível de funcionamento noutras áreas (definidas na folha de registo) que permite, deste modo, obter a pontuação final na escala de 0-100 pontos (p. ex. de 35).

2.3.3. Processo Clínico

Finda a entrevista, perscrutou-se o processo clínico para aferir a terapêutica atual, assim como para confirmar os dados recolhidos e inteirar os que se encontravam em falta.

2.3.4. Período de recolha de dados

A seleção dos participantes, aplicação dos instrumentos de recolha de dados e a consulta de processos clínicos decorreu entre maio e outubro de 2013.

2.3.5. Local de recolha de dados

A entrevista foi realizada em gabinete próprio do DPSM-CHCB e, em situação de ambulatório, no domicílio dos doentes.

2.3.6. Identificação dos registos

Com vista a garantir a confidencialidade dos participantes, a cada indivíduo foi atribuído um número, com o qual se realizou o registo da informação na base de dados.

2.4. Análise Estatística

Os dados recolhidos foram organizados numa base de dados elaborada no programa SPSS® (*Statistical Package for the Social Science*) versão 20.0, com o qual se procedeu à sua análise estatística.

A caracterização da amostra foi realizada com recurso aos métodos de análise estatística descritiva apropriados para o tipo de variável. Assim, para as variáveis qualitativas ou categóricas foram apresentadas as frequências relativas (f_{r_i}) e absolutas (f_i). Por outra parte, no caso de variáveis quantitativas foram disponibilizadas medidas de tendência central e de dispersão.

Recorreu-se ao Teste de Independência do Qui-Quadrado para analisar a associação entre variáveis categóricas. Todavia, quando mais de vinte por cento das células da tabela de contingência relativa à análise de associação de duas variáveis categóricas tinham frequência esperada inferior a 5, utilizou-se o teste exato de Fisher (se as duas variáveis têm duas categorias) ou o Teste Exato de Pearson (se pelo menos uma das variáveis tem mais de duas categorias).

Para variáveis quantitativas é possível aplicar quer métodos paramétricos quer métodos não-paramétricos, sendo que é preferível a opção por testes não paramétricos quando os pressupostos da normalidade da distribuição são violados. Deste modo, estas variáveis foram submetidas ao teste de Kolmogorov-Smirnov para testar a normalidade, a fim de se proceder à correta seleção dos testes.

Dada a distribuição não normal das variáveis contínuas deste estudo aplicaram-se os seguintes testes: o Teste de Mann-Whitney para a comparação da distribuição de resultados entre duas amostras independentes e o Teste de Kruskal-Wallis para a comparação da distribuição dos resultados entre três amostras independentes. Nos testes de Kruskal-Wallis com significância estatística recorreu-se à comparação múltipla de médias das ordens através do método LSD-Fisher, para determinar as diferenças entre os grupos.

O coeficiente ρ de Spearman mede a intensidade da relação entre variáveis ordinais. Logo, ao invés do valor observado, usa apenas a ordem das observações. Deste modo, este coeficiente é insensível a assimetrias na distribuição, bem como à presença de *outliers*, não exigindo, portanto, que os resultados provenham de duas populações normais. Assim, recorreu-se ao seu valor para verificar a correlação entre variáveis contínuas.

Para as análises inferenciais utilizou-se um nível de significância de 0,05, pelo que se admite um erro de 5%. (12)

3. Resultados

A entrevista foi efetuada a 33 (50%) doentes em contexto hospitalar (19 em CE e 14 em Internamento), tendo sido a restante metade realizada no ambulatório.

3.1. Análise do Questionário Sociodemográfico e Clínico

3.1.1. Secção A - Variáveis Sociodemográficas

A amostra é maioritariamente composta por homens, sendo apenas 18 (27%) do sexo feminino (gráfico 1). Os participantes têm idades compreendidas entre os 20 e os 78 anos, estando 53 (80,3%) abaixo dos 65 anos (gráfico 2). Constata-se que grande parte (85%) dos homens vive com os pais ou sozinho, contrastando com uma maior distribuição nas mulheres (gráfico 3). Quanto ao estado civil, 5 (27,8%) mulheres encontram-se atualmente casadas, 5 (27,8%) divorciadas, 1 (5,6%) viúva e as restantes solteiras (38,9%). Por outro lado, 38 (79,2%) homens encontram-se solteiros, 5 (10,4%) casados, 4 (8,3%) divorciados e 1 (2,1%) viúvo.

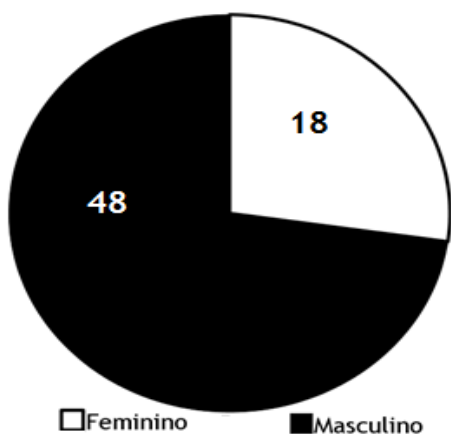


Gráfico 1 - Distribuição dos participantes segundo o género (n=66).

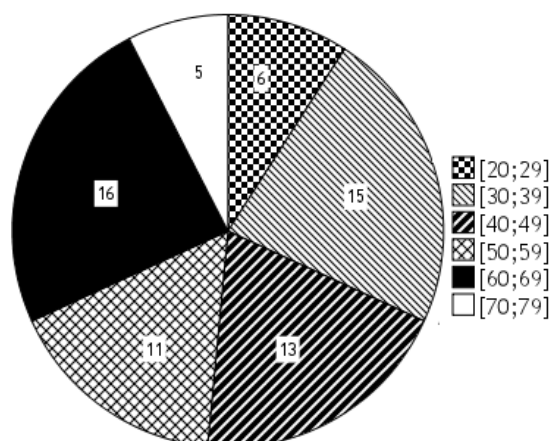


Gráfico 2 - Distribuição etária dos participantes por classes (n=66).

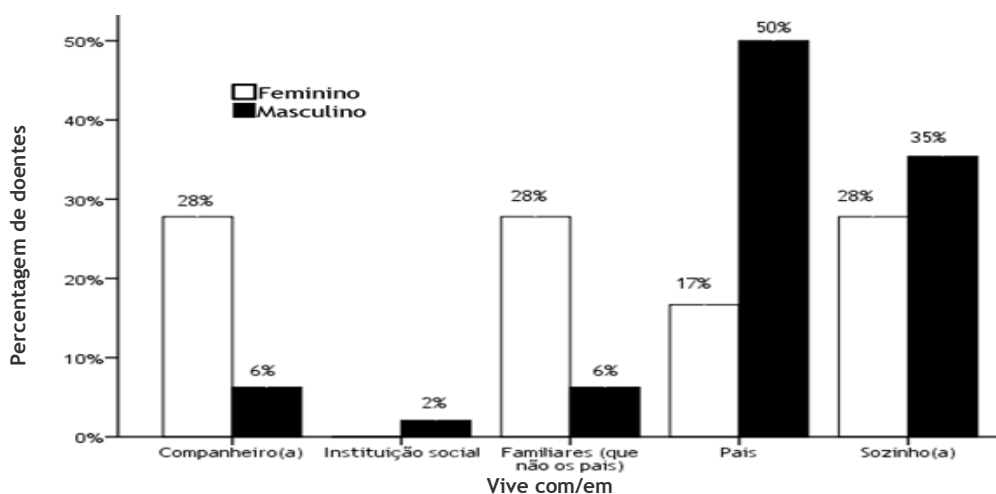


Gráfico 3 - Distribuição percentual, por género, da situação residencial dos inquiridos (n=66).

Quase metade dos doentes, isto é 31 (47%), dispõem de apoio institucional, sendo que destes:

- 8 recebem apoio exclusivamente para a Alimentação;
- 3 recebem apoio exclusivamente para a realização da Higiene Pessoal;
- 1 recebe apoio exclusivamente para a realização da Higiene Habitacional;
- 19 recebem apoio em várias vertentes (como *p. ex* Alimentação e Higiene Pessoal).

Pelo Diagrama 1, constata-se que 48 (72,7%) entrevistados recebem Pensão de invalidez. Se atentarmos na amostra em idade ativa (53 pessoas), constatamos que 71,7% já se encontra reformada por causa da doença e 20,8% desempregada.

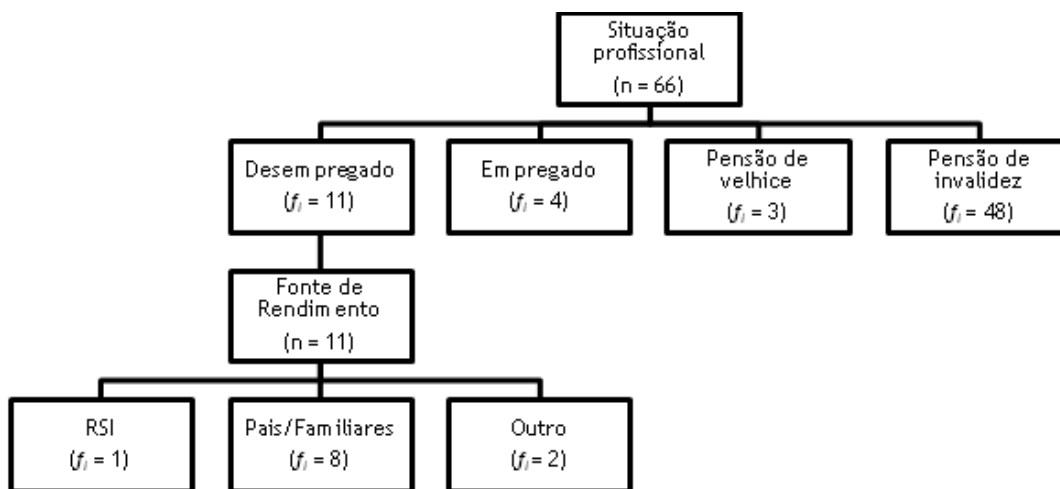


Diagrama 1 - Situação profissional dos doentes avaliados, juntamente com a fonte de rendimento em caso de desempregado. (nota: A Pensão de invalidez é convertida em Pensão de velhice, a partir do mês seguinte àquele em que o pensionista completa os 65 anos, todavia, para efeitos de estudo não foi aplicada essa norma. Assim, aqui englobam-se na categoria *pensão de invalidez* todos os que se encontram atualmente a usufruir dessa reforma, bem como aqueles que já a auferiram, mas que por questões de idade transitaram para *pensão de velhice*.) RSI: Rendimento Social de Inserção

Quanto à escolaridade, apenas 1 entrevistado concluiu o Ensino Superior, 10 concluíram o Ensino Secundário mas não prosseguiram estudos, 7 nunca frequentaram o sistema de ensino e os restantes ficaram pelo Ensino Básico (1º, 2º ou 3º ciclos).

3.1.2. Secção B - Variáveis Clínicas

Pode observar-se um *gap* entre os primeiros sinais da doença reportados pelo paciente e o estabelecimento definitivo do diagnóstico com uma mediana de 4 [3,8;5,6] (tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição da idade de início da sintomatologia (A) e estabelecimento do diagnóstico (B), bem como a diferença entre estas duas variáveis (B-A) (n=66).

	Moda	Min	P25	Mediana	ICM	P75	Max
(A) - Fase Prodrómica (anos)	17	11	17	21	[18;22]	24	39
(B) - Diagnóstico (anos)	27	14	22	25	[23;27]	30	45
Diferença entre (B) e (A) (anos)	4,8	0	3	4	[3,8;5,6]	6,25	23

Min: Mínimo; Max: Máximo; P - Percentil; ICM: Intervalo de Confiança da mediana a 95%;

Os doentes entrevistados, quanto ao subtipo de esquizofrenia, apresentam a seguinte prevalência: 61 (92,4%) - Paranóide; 4 (6,1%) - Indiferenciado; e 1 (1,5%) - Desorganizado.

No que diz respeito ao número de internamentos pode observar-se que 45 dos 66 doentes já apresentou quatro ou mais internamentos por agudização da patologia (tabela 4):

Tabela 4 - Número de internamentos decorrentes da agudização da Esquizofrenia (n=66).

Número de Internamentos	f_i	$fr_i(\%)$
Nenhum	3	(4,5)
1-3	18	(27,3)
4-5	20	(30,3)
6-8	15	(22,7)
Superior a 8	10	(15,2)

Em relação à medicação do foro psiquiátrico, 50 doentes (78,8%) tomam habitualmente antipsicóticos juntamente com outros psicofármacos (como ansiolíticos, AD e estabilizadores do humor). No gráfico 4, encontram-se distribuídos os doentes do estudo segundo o tipo de antipsicótico que realizam, assim: 22 doentes tomam apenas antipsicóticos Típicos, 16 apenas Atípicos e os restantes consomem os dois. A maioria dos doentes utiliza a forma *depot* para administração da medicação, face aos 19 que usam exclusivamente a oral (gráfico 5).

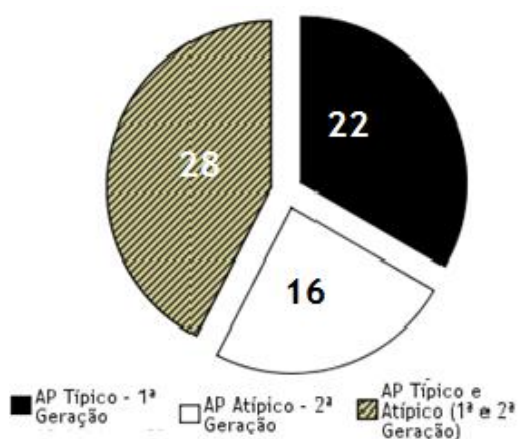


Gráfico 4 - Participantes agrupados segundo a medicação antipsicótica realizada (n=66).

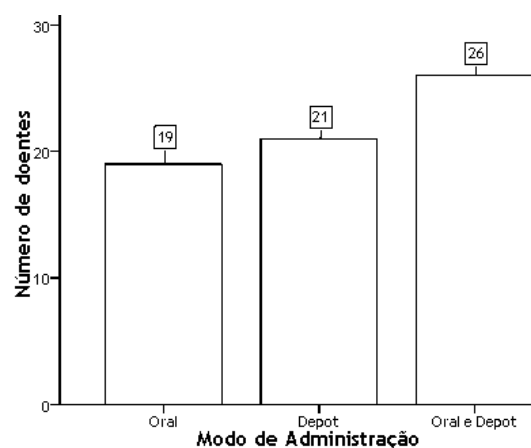


Gráfico 5 - Distribuição dos doentes segundo o modo de administração do antipsicótico (n=66).

No que toca aos efeitos secundários, dos que tomam apenas antipsicóticos típicos 45,5% apresenta efeitos extrapiramidais, contra 6,25% dos que tomam apenas antipsicóticos atípicos. Quanto aos que tomam os dois antipsicóticos, 46,4% apresenta essa manifestação. Por outro lado, 56,3% dos que tomam apenas antipsicóticos atípicos apresentaram aumento de peso, contra 9% (nos que fazem apenas antipsicóticos típicos) e 25% (dos que fazem os dois grupos de antipsicóticos). A prevalência de deslipidémia nos que fazem apenas antipsicóticos atípicos foi de 33,3% e apenas 5% nos que fazem um misto dos dois fármacos, não se verificando esse efeito colateral nos que fazem antipsicóticos típicos.

Tabela 5 - Distribuição da prevalência atual dos ES causados pelos antipsicóticos (n=66).

Efeitos Secundários	f_i	$fr_i(\%)$
Antimuscarínicos	4	(6,1)
Extrapiramidais	11	(16,7)
Disfunção Sexual ou do sistema Reprodutor	4	(6,1)
Ganho Ponderal	9	(13,6)
Hipertensão Arterial	2	(3,0)
Dois ou mais dos anteriores	18	(27,3)
Nenhum	18	(27,3)

No que toca ao consumo de álcool, 38 (57,5%) nega consumos na atualidade e apenas 13 (19,7%) admite consumo excessivo. Sobre os hábitos tabágicos há a referir que 25 (37,9%) mantém consumos excessivos diários, ao passo que mais de metade (56%) não fuma. Por fim, refira-se que 41 (62,1%) negam alguma vez ter tido contacto com substâncias ilícitas (tabela 6).

Tabela 6 - Prevalência de Hábitos Tabágicos e Alcoólicos e do Histórico de Consumo de Drogas (n=66).

Drogas	Hábitos Alcoólicos	Hábitos tabágicos					
		Ausentes		Moderado		Em Excesso	
		f_i	$fr_i(\%)$	f_i	$fr_i(\%)$	f_i	$fr_i(\%)$
Sem histórico de consumo	Ausentes	25	(37,9)	2	(3,0)	4	(6,1)
	Com moderação	2	(3,0)	0	(0)	1	(1,5)
	Sem moderação	3	(4,5)	0	(0)	4	(6,1)
Atualmente	Ausentes	1	(1,5)	0	(0)	3	(4,5)
	Com moderação	0	(0)	0	(0)	0	(0)
	Sem moderação	0	(0)	1	(1,5)	4	(6,1)
No passado	Ausentes	1	(1,5)	0	(0)	2	(3,0)
	Com moderação	5	(7,6)	1	(1,5)	6	(9,1)
	Sem moderação	0	(0)	0	(0)	1	(1,5)

Sobre o suicídio, verifica-se que 31 (46,9%) dos participantes já tentou suicidar-se, embora 16 (24,2%) já o tenha idealizado mas não tentado (tabela 7). Daqueles, o método mais utilizado foi o envenenamento (19 casos [28,8%]), seguido por corte de punhos (3 casos [4,5%]) e salto de lugares altos (3 casos [4,5%]). Em relação aos que tentaram suicídio, a moda é igual a 3 tentativas (P_{25} :2; Mediana:3; P_{75} :4; Máximo:5).

Tabela 7 - Caracterização do pensamento e ato suicida (n=66).

Pensamentos Suicidas	Tentativa de Suicídio				Total	
	Sim		Não			
	f_i	$fr_i(\%)$	f_i	$fr_i(\%)$	f_i	$fr_i(\%)$
Sim	31	(46,9)	16	(24,2)	47	(71,2)
Não	0	(0,0)	19	(28,8)	19	(28,8)
Total	31	(46,9)	35	(53,0)	66	(100)

3.1.3. Secção A (Variáveis Sociodemográficas) segundo o Grupo Terapêutico

Com base nos testes aplicados aos dados resumidos na tabela 8, não existem diferenças estatisticamente significativas entre as populações, à exceção do “Nível de Escolaridade”, pelo que, fora essa variável, a população revela-se homogénea no que confere aos aspetos sociodemográficos.

Tabela 8 - Caracterização de algumas variáveis sociodemográficas segundo o grupo terapêutico (n=66).

	p -value	Grupo Terapêutico							
		Total (n=66)		AP Típico (n=22)		AP Atípico (n=16)		AP Típico e Atípico (n=28)	
		f_i	$fr_i(\%)$	f_i	$fr_i(\%)$	f_i	$fr_i(\%)$	f_i	$fr_i(\%)$
Género:	0,657^a								
Feminino		18	(27,3)	7	(31,8)	5	(31,3)	6	(21,4)
Masculino		48	(72,7)	15	(68,2)	11	(68,7)	22	(78,6)
Estado civil	0,707^b								
Casado		10	(15,2)	4	(18,2)	1	(6,3)	5	(17,8)
Solteiro ³		54	(81,8)	17	(77,3)	15	(93,7)	22	(78,6)
Viúvo		2	(3,0)	1	(4,5)	0	(0,0)	1	(3,6)
Vive:	0,140^a								
Sozinho		25	(37,9)	12	(54,5)	5	(31,3)	8	(28,6)
Acompanhado		41	(62,1)	10	(45,5)	11	(68,7)	20	(71,4)
Apoio institucional:	0,581^b								
Sim		31	(47,0)	12	(54,5)	6	(37,5)	13	(46,4)
Não		35	(53,0)	10	(45,5)	10	(62,5)	15	(53,6)
Situação Profissional:	0,289^b								
Ativo		4	(6,0)	0	(0,0)	1	(6,3)	3	(10,7)
Inativo		62	(94,0)	22	(100)	15	(93,7)	25	(89,3)
Nível de Escolaridade	0,001^b								
Nenhum		5	(7,6)	3	(13,6)	1	(6,3)	1	(3,6)
Ensino Básico		50	(75,6)	19	(86,4)	7	(43,7)	24	(85,7)
Ensino Secundário		10	(15,2)	0	(0,0)	8	(50,0)	2	(7,1)
Ensino Superior		1	(1,6)	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(3,6)

^aTeste de Independência do Quiquadrado ^bTeste Exato de Pearson

³ Inclui o grupo dos divorciados (n=9)

3.1.4. Secção B (Variáveis Clínicas) segundo o Grupo Terapêutico.

Tabela 9 - Caracterização de algumas variáveis Clínicas segundo o grupo terapêutico (n=66).

	p-value	Grupo Terapêutico							
		Total (n=66)		AP Típico (n=22)		AP Atípico (n=16)		AP Típico e Atípico (n=28)	
		f_i	$fr_i(\%)$	f_i	$fr_i(\%)$	f_i	$fr_i(\%)$	f_i	$fr_i(\%)$
Subtipo de Esquizofrenia:	0,337^b								
Desorganizado		1	(1,5)	1	(4,5)	0	(0,0)	0	(0,0)
Indiferenciado		4	(6,1)	0	(0,0)	2	(12,5)	2	(7,1)
Paranóide		61	(92,4)	21	(95,5)	14	(87,5)	26	(92,9)
Número de Internamentos	0,054^a								
Até 3		21	(31,8)	5	(22,7)	9	(56,3)	7	(25,0)
Mais de 3		45	(68,2)	17	(77,3)	7	(43,7)	21	(75,0)
Terapêutica Psiquiátrica:	0,000^a								
Só antipsicóticos		16	(24,2)	13	(59,0)	2	(12,5)	1	(3,5)
AP's e outros		50	(75,8)	9	(41,0)	14	(87,5)	27	(96,5)
Modo Administração AP's:	0,000^a								
Oral		19	(28,8)	4	(18,2)	9	(56,2)	6	(21,4)
Depot		21	(31,8)	15	(68,2)	6	(37,5)	0	(0,0)
Oral e Depot		26	(39,4)	3	(13,6)	1	(6,3)	22	(78,6)
Efeitos Secundários AP's:	0,664^b								
Antimuscarínicos		4	(6,1)	1	(4,5)	1	(6,3)	2	(7,1)
Extrapiramidais		11	(16,7)	5	(22,7)	0	(0,0)	6	(21,4)
Sexual ou SS		4	(6,1)	2	(9,1)	1	(6,3)	1	(3,59)
Síndrome Metabólico		11	(16,7)	3	(13,6)	5	(31,2)	3	(10,9)
Dois ou + anteriores		18	(27,2)	5	(22,7)	4	(25,0)	9	(32,1)
Nenhum		18	(27,2)	6	(27,3)	5	(31,2)	7	(25,0)
Hábitos Alcoólicos⁴:	0,171^b								
Ausentes		38	(58,5)	12	(54,5)	8	(53,3)	18	(64,2)
Com moderação		14	(21,5)	3	(13,6)	6	(40,0)	5	(17,9)
Sem moderação		13	(20,0)	7	(31,8)	1	(6,7)	5	(17,9)
Hábitos Tabágicos:	0,173^b								
Ausentes		37	(56,1)	16	(72,7)	9	(56,3)	12	(42,9)
Moderados		4	(6,1)	0	(0,0)	2	(12,5)	2	(7,1)
Em excesso		25	(37,8)	6	(27,3)	5	(31,2)	14	(50,0)
Consumo drogas ilícitas:	0,052^a								
Nunca consumiu		41	(62,1)	17	(77,3)	6	(37,5)	18	(64,3)
Consumiu/já consumiu		25	(37,9)	5	(22,7)	10	(62,5)	10	(35,7)
Pensamentos suicidas:	0,496^a								
Sim		47	(71,0)	14	(64,0)	13	(81,0)	20	(71,4)
Não		19	(29,0)	8	(36,0)	3	(19,0)	8	(28,6)
Tentativa de suicídio⁵:	0,693^a								
Sim		31	(47,7)	10	(47,6)	9	(56,3)	12	(42,9)
Não		34	(52,3)	11	(52,4)	7	(43,7)	16	(57,1)

^aTeste de Independência do Quiquadrado ^bTeste Exato de Pearson

Em relação à variável “Terapêutica Psiquiátrica”, onde se observou heterogeneidade entre os grupos, naqueles que “só tomam antipsicóticos”, a razão de possibilidades do grupo medicado exclusivamente com antipsicóticos atípicos comparativamente ao medicado exclusivamente com antipsicóticos típicos foi de 0,15 (02÷13), já em relação aos que tomam “antipsicóticos e outros” essa relação foi de 1,56 (14÷09). Isto significa que a proporção de

⁴ Presença de uma não resposta no Grupo dos Atípicos, pelo que n=15.

⁵ Presença de uma não resposta no Grupo dos Típicos, pelo que n=21.

doentes medicados exclusivamente com antipsicóticos atípicos que tomam outra medicação psiquiátrica para além de antipsicóticos é dez vezes superior ($1,56 \pm 0,15$) aos que apenas tomam antipsicóticos típicos sem outra medicação psiquiátrica. No mesmo sentido, os que tomam as duas gerações de antipsicóticos juntamente com outros psicofármacos apresentam uma proporção 39,47 vezes superior de o fazer face aos medicados exclusivamente com antipsicóticos típicos (tabela 9).

3.2. Análise da escala PSP

Existem quatro domínios principais de funcionamento considerados nesta escala. Existem dois critérios operacionais para avaliar o grau das dificuldades, um para as áreas A-C e um específico para a área D. Neste estudo aptou-se por associar um Nível de Funcionamento a cada Grau de Disfunção avaliado na escala PSP (ver tabela 10), onde quanto maior o Nível de Funcionamento, menor o Grau de Disfunção.

Tabela 10 - Codificação aplicada no estudo entre os Níveis de Funcionamento e o Grau de Disfunção observado em cada domínio da escala PSP.

Nível de Funcionamento	Grau de Disfunção
1	Muito Grave
2	Grave
3	Marcado
4	Manifesto
5	Ligeiro
6	Ausente

3.2.1. Resultados Globais e Parcelares da amostra por Domínios

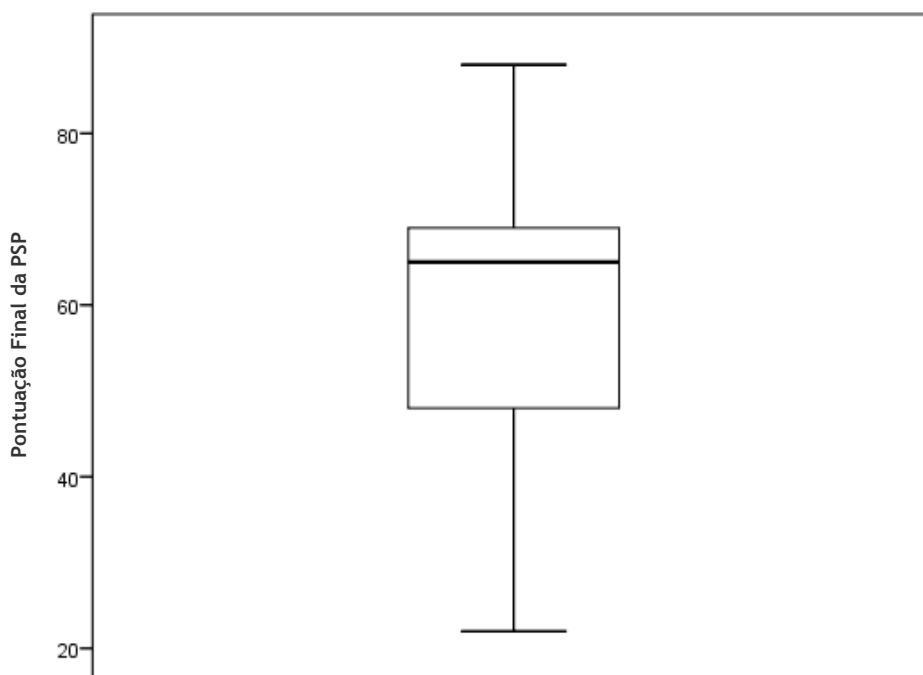


Gráfico 6 - Nível de Funcionamento Global observado na amostra, numa escala de 0-100 (n=66).

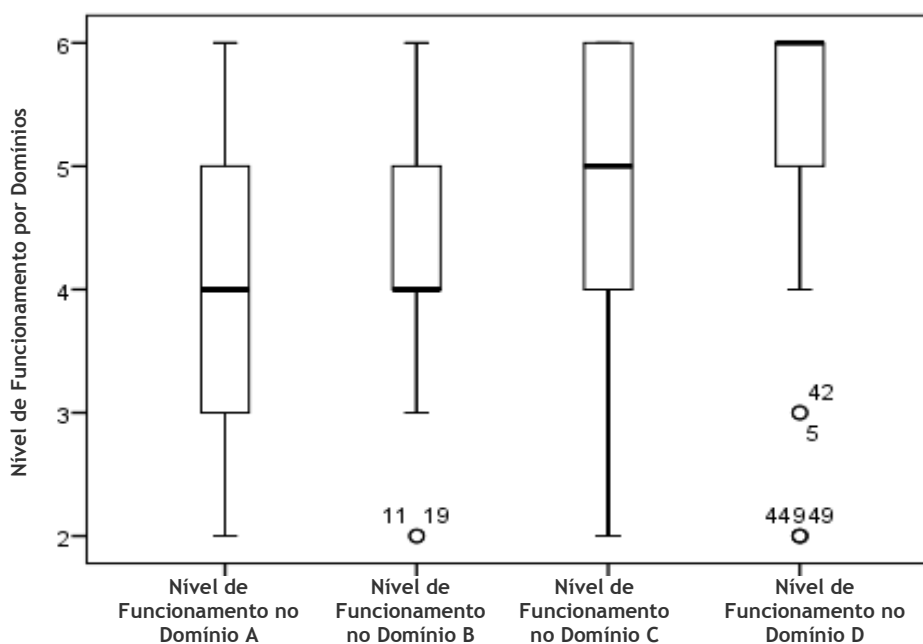


Gráfico 7 - Nível de Funcionamento por Domínios registado na amostra, numa escala de 1-6 (n=66).

A Pontuação Final da PSP varia, na amostra, entre 22 e 88, sendo a média de 59,55 e a mediana de 65,00, sendo o resultado parcelar médio e mediano mais elevado no Domínio D (tabela 11).

Tabela 11 - Dados complementares dos Resultados Globais e Parcelares da amostra na escala PSP (n=66).

	Moda	Média	Min	P25	Mdn	P75	Máx
Resultado Final da PSP	65	59,55	22,00	47,8	65,00	69,00	88,00
Domínio A da PSP	5	4,24	2,00	3,00	4,00	5,00	6,00
Domínio B da PSP	4	4,23	2,00	4,00	4,00	5,00	6,00
Domínio C da PSP	5	4,48	2,00	3,75	5,00	6,00	6,00
Domínio D da PSP	6	5,32	2,00	5,00	6,00	6,00	6,00

Min: Mínimo; P25: Percentil 25; Mdn: Mediana; P75: Percentil 75; ICM: Intervalo de Confiança da mediana a 95%;

Pela tabela 12 depreende-se que, na amostra, existe uma relação moderada negativa entre o número de anos de tratamento e a Pontuação Final na PSP ($\rho = -0,336$) e o Nível de Funcionamento no Domínio B ($\rho = -0,317$), pelo que as duas variáveis variam em sentido contrário. Em adição, uma outra correlação negativa, embora fraca, é encontrada entre o número de anos de tratamento e o Nível de Funcionamento no Domínio C ($\rho = -0,297$).

Tabela 12 - Coeficiente de Correlação de Spearman entre os resultados na PSP e o número de anos de tratamento com antipsicóticos (n=66).

		Número de Anos de Tratamento
Pontuação Final da PSP	CCS ^a (ρ)	-0,336 ^b
	<i>p</i>	0,006
Nível de Funcionamento Domínio A	CCS ^a (ρ)	-0,258 ^c
	<i>p</i>	0,36
Nível de Funcionamento Domínio B	CCS ^a (ρ)	-0,317 ^b
	<i>p</i>	0,010
Nível de Funcionamento Domínio C	CCS ^a (ρ)	-0,297 ^c
	<i>p</i>	0,015
Nível de Funcionamento Domínio D	CCS ^a (ρ)	-0,233
	<i>p</i>	0,060

^a Coeficiente de correlação de Spearman ^b Correlação é significativamente diferente de zero para um nível de significância de 0,01; ^c Correlação é significativamente diferente de zero para um nível de significância de 0,05.

3.2.2. Resultados por Domínios segundo os grupos terapêuticos

3.2.2.1. Domínio A - Atividades Socialmente úteis incluindo trabalho e estudo

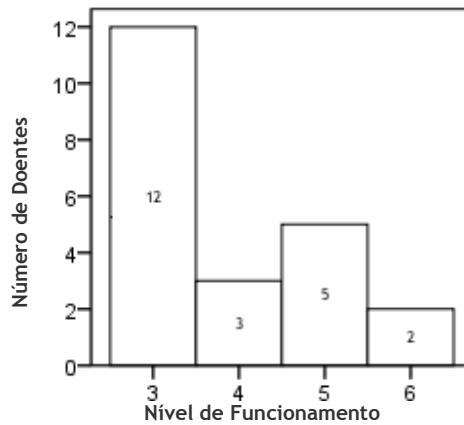


Gráfico 8 - Nível de Funcionamento observado em doentes medicados com antipsicóticos Típicos, no Domínio A da PSP. (n=22; Média: 3,86; Mínimo: 3; P₂₅: 3; Mediana: 3; P₇₅: 5; Máximo:6)

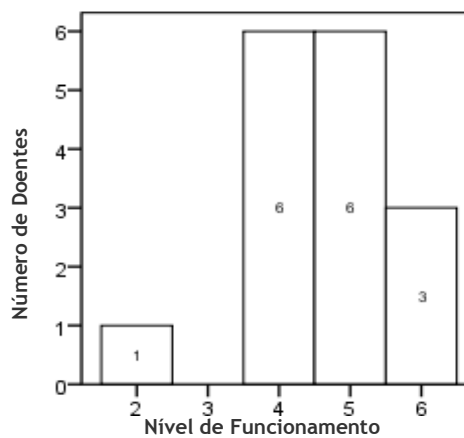


Gráfico 9 - Nível de Funcionamento observado em doentes medicados com antipsicóticos Atípicos, no Domínio A da PSP. (n=16; Média: 4,63; Mínimo: 2; P₂₅: 4; Mediana: 5; P₇₅: 5; Máximo:6)

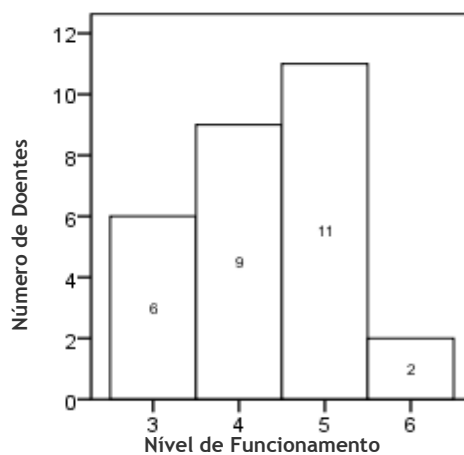


Gráfico 10 - Nível de Funcionamento observado em doentes medicados com antipsicóticos Típicos e Atípicos, no Domínio A da PSP. (n=28; Média: 4,32; Mínimo: 3; P₂₅: 4; Mediana: 4; P₇₅: 4; Máximo:6)

Constata-se que não existe uma diferença estatisticamente significativa (p -value: 0,051) nos Resultados do Domínio A da Escala PSP entre os grupos terapêuticos (gráfico 11).

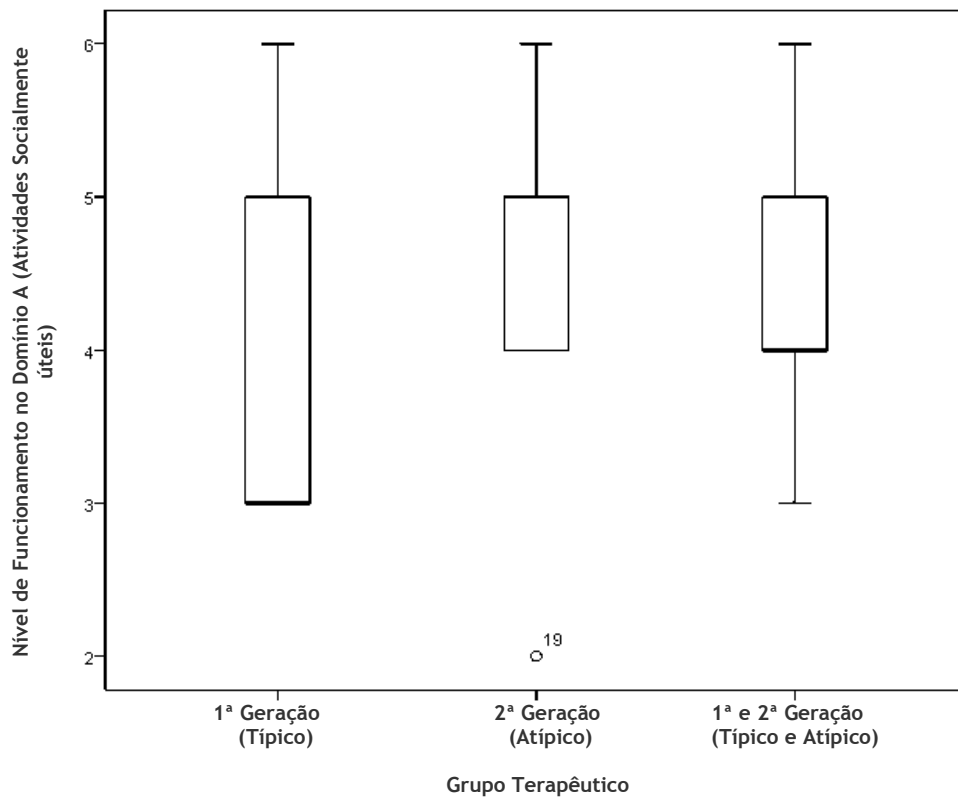


Gráfico 11 - Distribuição dos Resultados no Domínio A da Escala PSP segundo os grupos terapêuticos (n=66, Teste de Kruskal-Wallis, p -value:0,051).

3.2.2.2. Domínio B - Relações Pessoais e Sociais

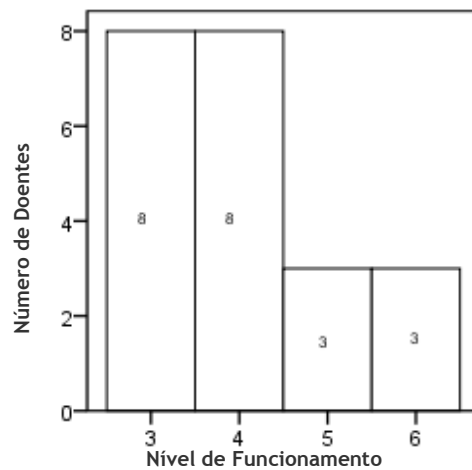


Gráfico 12 - Nível de Funcionamento observado em doentes medicados com antipsicóticos Típicos, no Domínio B da PSP. (n=22; Média: 4,05; Mínimo: 3; P₂₅: 3; Mediana: 4; P₇₅: 5; Máximo:6)

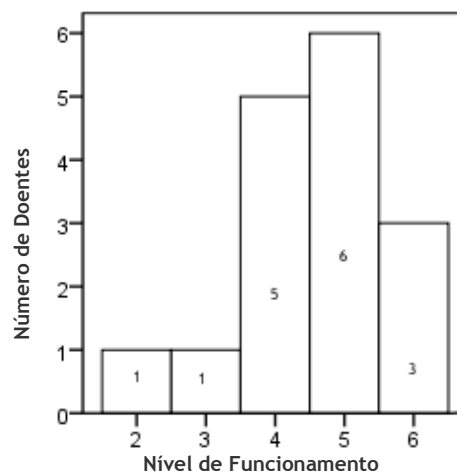


Gráfico 13 - Nível de Funcionamento observado em doentes medicados com antipsicóticos Atípicos, no Domínio B da PSP. (n=16; Média: 4,56; Mínimo: 2; P₂₅: 4; Mediana: 5; P₇₅: 5; Máximo:6)

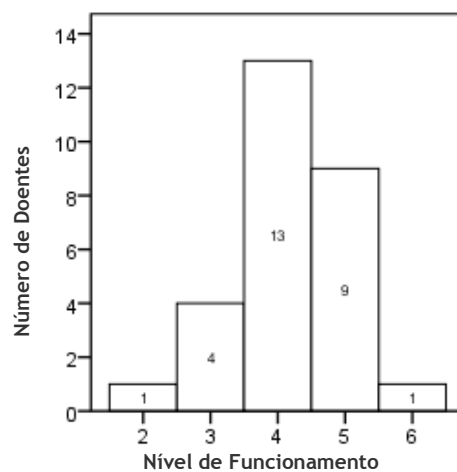


Gráfico 14 - Nível de Funcionamento observado em doentes medicados com antipsicóticos Típicos e Atípicos, no Domínio B da PSP. (n=28; Média: 4,18; Mínimo: 2; P₂₅: 4; Mediana: 4; P₇₅: 5 Máximo:6)

Não é verificada uma diferença estatisticamente significativa (p -value: 0,174) entre os Resultados no Domínio B da escala PSP e os grupos terapêuticos em estudo (gráfico 15).

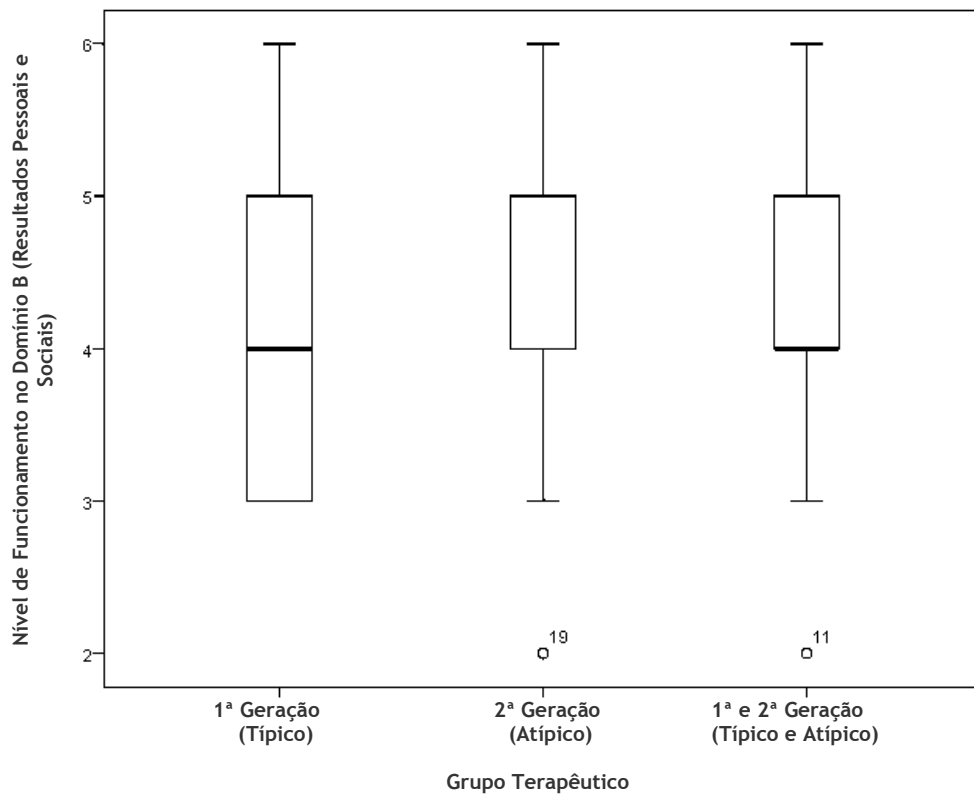


Gráfico 15 - Distribuição dos Resultados no Domínio B da Escala PSP segundo os grupos terapêuticos ($n=66$, Teste de Kruskal-Wallis, p -value:0,174).

3.2.2.3.Domínio C - Autocuidado

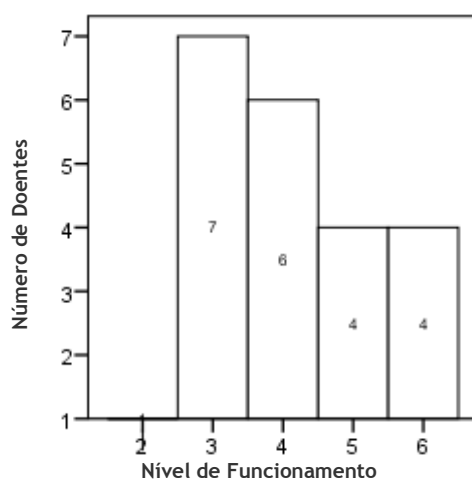


Gráfico 16 - Nível de Funcionamento observado em doentes medicados com antipsicóticos Típicos, no Domínio C da PSP. (n=22; Média: 4,14; Mínimo: 3; P₂₅: 3; Mediana: 4; P₇₅: 5; Máximo:6)

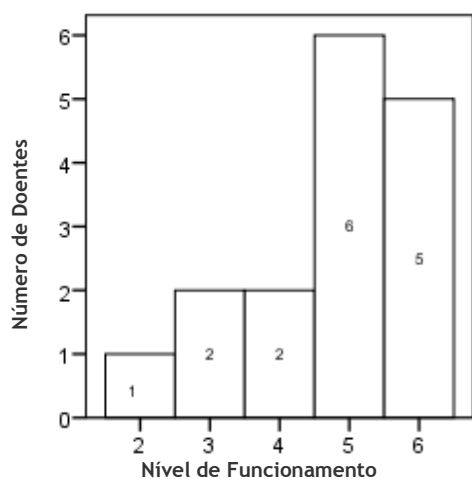


Gráfico 17 - Nível de Funcionamento observado em doentes medicados com antipsicóticos Atípicos, no Domínio C da PSP. (n=16; Média:4,75; Mínimo: 2; P₂₅: 4; Mediana: 5; P₇₅: 6; Máximo:6)

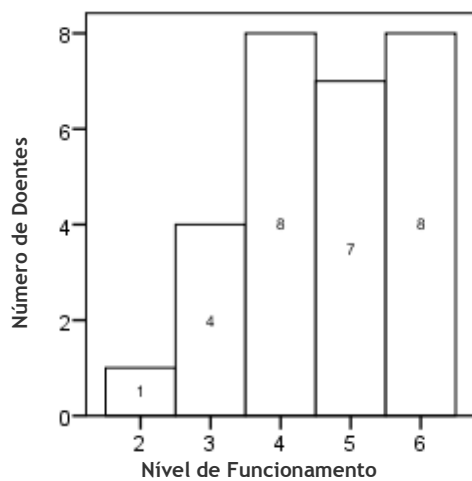


Gráfico 18 - Nível de Funcionamento observado em doentes medicados com antipsicóticos Típicos e Atípicos, no Domínio C da PSP. (n=28; Média: 4,61; Mínimo: 2; P₂₅: 4; Mediana: 5; P₇₅: 6; Máximo:6)

Não são constatadas diferenças com significância estatística (p -value: 0,210) entre o Nível de Funcionamento no Domínio C e os diferentes grupos terapêuticos (gráfico 19).

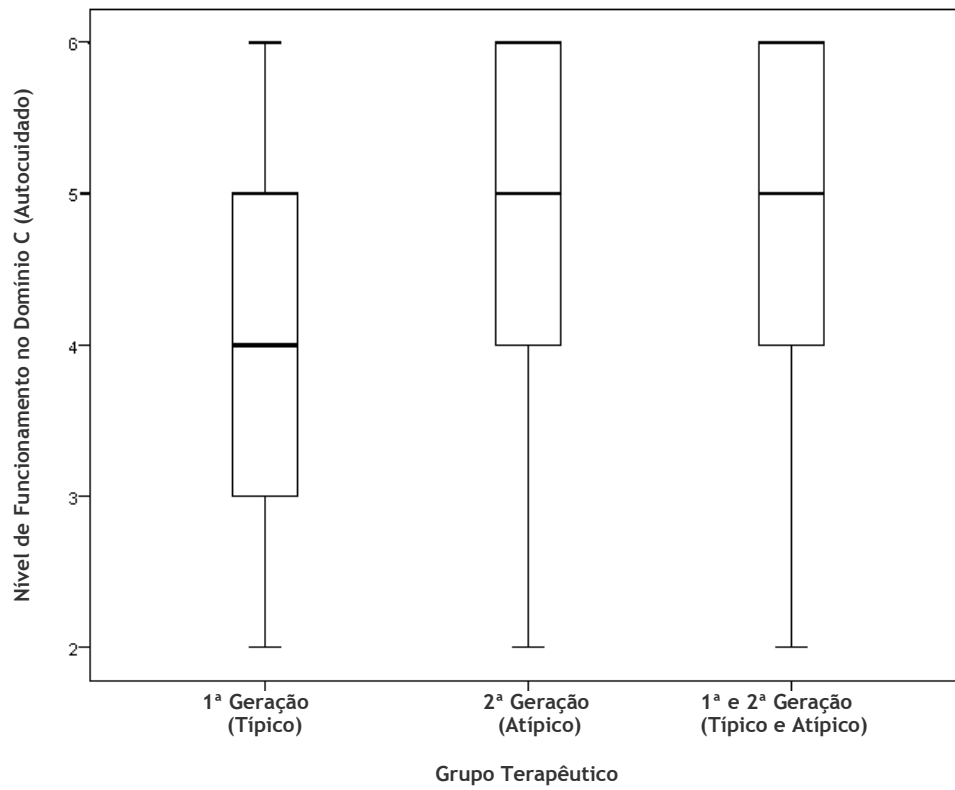


Gráfico 19 - Distribuição dos Resultados no Domínio C da Escala PSP segundo os grupos terapêuticos (n=66, Teste de Kruskal-Wallis, p -value:0,210).

3.2.2.4. Domínio D - Comportamento Perturbador e Agressivo

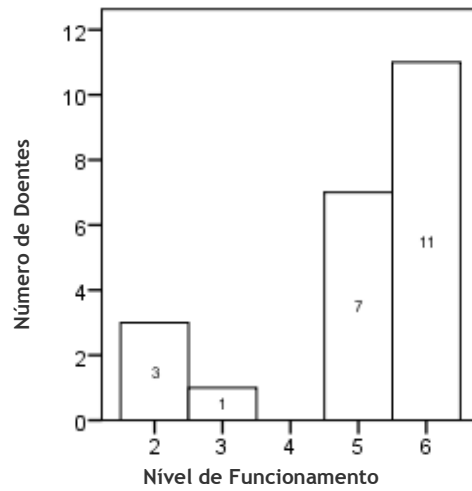


Gráfico 20 - Nível de Funcionamento observado em doentes medicados com antipsicóticos Típicos, no Domínio D da PSP (n=22; Média: 5,00; Mínimo: 2; P₂₅: 5; Mediana: 5,5; P₇₅: 6; Máximo:6).

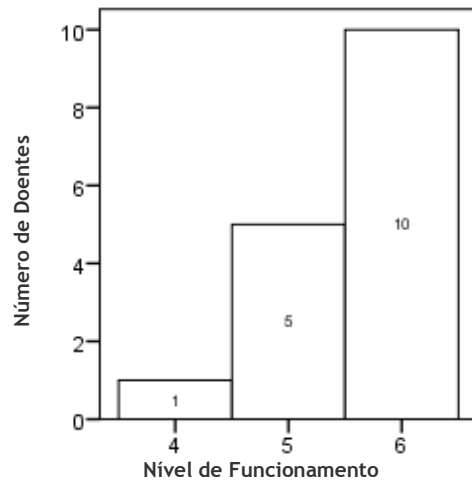


Gráfico 21 - Nível de Funcionamento observado em doentes medicados com antipsicóticos Atípicos, no Domínio D da PSP (n=16; Média: 5,56; Mínimo: 4; P₂₅: 5; Mediana: 6; P₇₅: 6; Máximo:6).

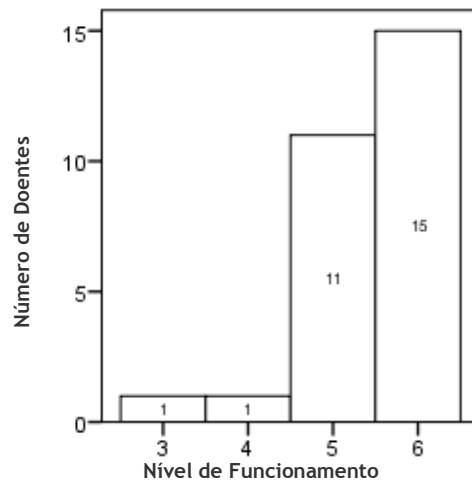


Gráfico 22 - Nível de Funcionamento observado em doentes medicados com antipsicóticos Típicos e Atípicos, no Domínio D da PSP (n=28; Média: 5,43; Mínimo: 3; P₂₅: 5; Mediana: 6; P₇₅: 6; Máximo:6).

Não se registam diferenças com relevo estatístico (p -value: 0,573) entre o Nível de Funcionamento no Domínio D e os diferentes grupos terapêuticos (gráfico 23).

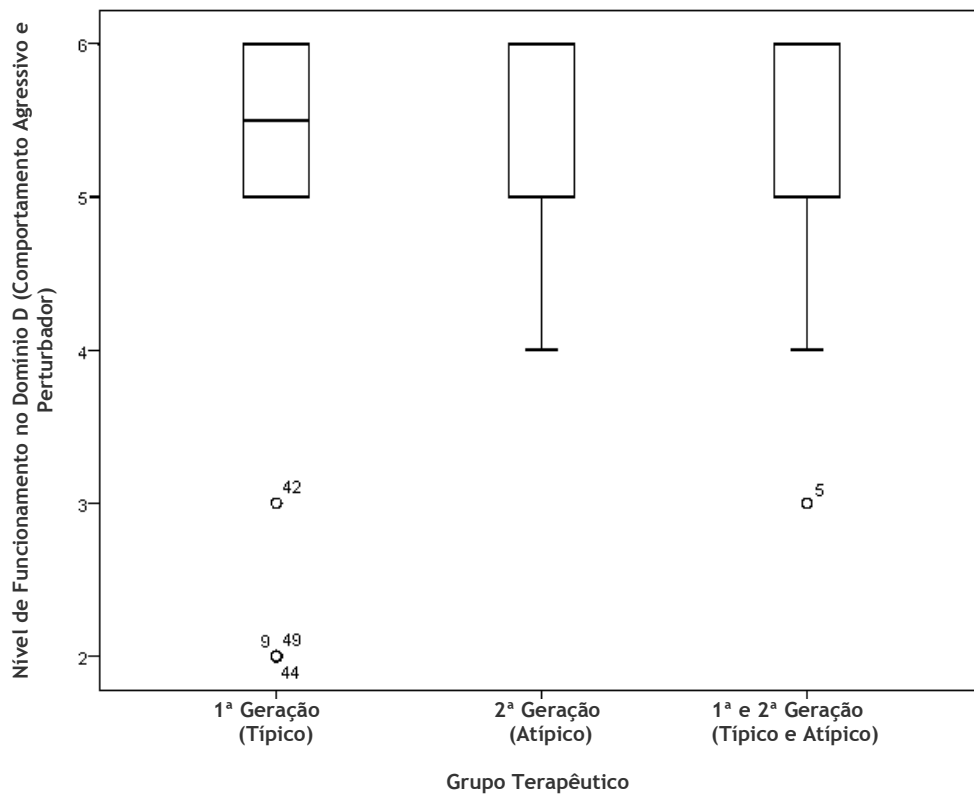


Gráfico 23 - Distribuição dos Resultados no Domínio D da Escala PSP segundo os grupos terapêuticos (n=66, Teste de Kruskal-Wallis, p -value:0,573).

3.2.3. Resultados Globais por grupos de antipsicóticos

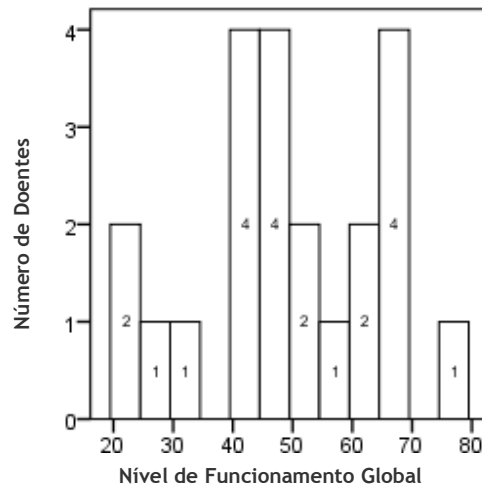


Gráfico 24 - Nível de Funcionamento Global, segundo a PSP, observado em doentes meditados com antipsicóticos Típicos. (n=22; Média: 49,5; Mínimo: 22; P₂₅: 42,75; Mediana: 46,50; P₇₅: 64,25; Máximo:78)

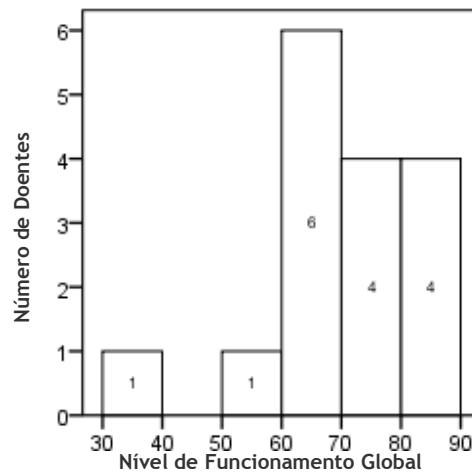


Gráfico 25 - Nível de Funcionamento Global, segundo a PSP, observado em doentes meditados com antipsicóticos Atípicos. (n=16; Média: 69,5; Mínimo: 30; P₂₅: 64,5; Mediana: 72,50; P₇₅: 79,75; Máximo:86)

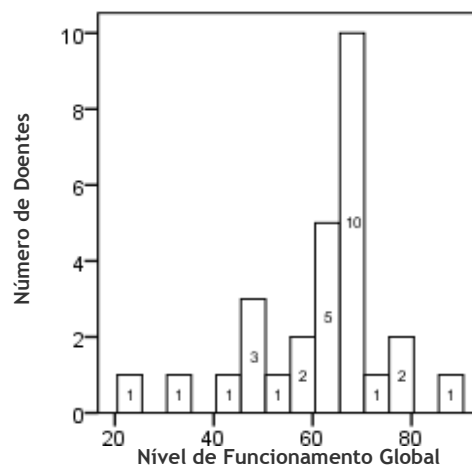


Gráfico 26 - Nível de Funcionamento Global, segundo a PSP, observado em doentes meditados com antipsicóticos Típicos e Atípicos. (n=28; Média: 61,8; Mínimo: 23; P₂₅: 55,25; Mediana: 65,5; P₇₅: 69; Máximo:88)

Comparando os três grupos terapêuticos pelo método de Kruskal-Wallis, destaca-se a presença de uma diferença estatisticamente significativa (p-value: 0,000) no que toca à Pontuação Final obtida na PSP (gráfico 27).

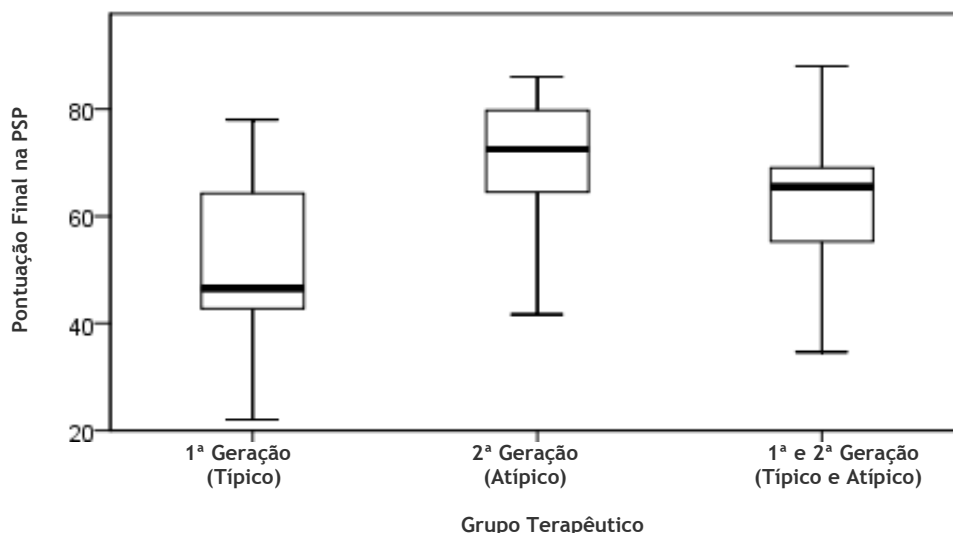


Gráfico 27 - Distribuição dos Resultados Finais da Escala PSP segundo os grupos terapêuticos (Teste de Kruskal-Wallis, p-value:0,000).

Com recurso ao LSD-Fisher, pode concluir-se que a pontuação final é tendencialmente superior no grupo de doentes medicados exclusivamente com atípicos face aos típicos (p= 0,000). Outra ilação possível é a de que os doentes medicados com a associação de ambas as gerações de antipsicóticos apresentam pontuação final tendencialmente superior à dos medicados exclusivamente com os de 1ª Geração (p= 0,004). Por último, o teste aplicado não permite induzir acerca da relação entre doentes medicados exclusivamente com medicação atípica e os medicados simultaneamente com típica e atípica (Tabela 13).

Tabela 13 - Comparação múltipla de médias das ordens através do método LSD-Fisher, para determinar as diferenças entre os grupos terapêuticos no que confere ao Resultado Global na escala PSP (n=66).

Antipsicótico (I)	Antipsicótico (J)	Mean Difference (I-J)	p-value
Típico (Mean Rank=20,80) ^b	Atípico	-20,00 ^a	0,000
	Típico e Atípico	-12,25 ^a	0,004
Atípico (Mean Rank=46,91) ^b	Típico	20,00 ^a	0,000
	Típico e Atípico	7,75	0,088
Típico e Atípico (Mean Rank=35,82) ^b	Típico	12,25 ^a	0,004
	Atípico	-7,75	0,088

^aA Mean Difference é estatisticamente significativa para um nível de significância de 0,05; ^bMean Rank do teste Kruskal-Wallis

3.2.4. Resultados por grupos de doentes medicados exclusivamente com antipsicóticos Típicos ou Atípicos.

Neste ponto são excluídos os indivíduos a fazer medicação antipsicótica das duas gerações simultaneamente, a fim de se comparar grupos “puros”, isto é, que apenas fazem um tipo de medicação.

Atentando no gráfico 28, salienta-se a diferença estatisticamente significativa ($p = 0,025$) entre os dois grupos em estudo, constatando-se a tendência de resultados superiores no grupo de doentes medicados exclusivamente com antipsicóticos atípicos (Mean Rank=24,06), face ao grupo medicado exclusivamente com antipsicóticos típicos (Mean Rank=16,18).

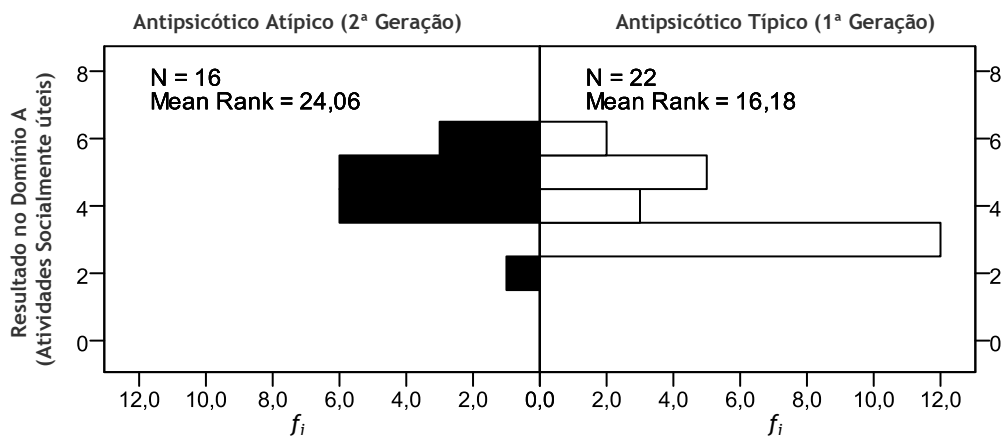


Gráfico 28 - Distribuição dos Resultados no Domínio A da Escala PSP segundo o grupo terapêutico [Antipsicóticos Típicos Vs. Atípicos] (n=38, Teste de Mann-Whitney, $p\text{-value}:0,025$).

Os dois grupos (doentes medicados exclusivamente com antipsicóticos típicos e doentes medicados exclusivamente com antipsicóticos atípicos) são homogêneos $p\text{-value} > 0,05$ quanto aos resultados obtidos nos Domínios B, C e D (gráficos 29-31).

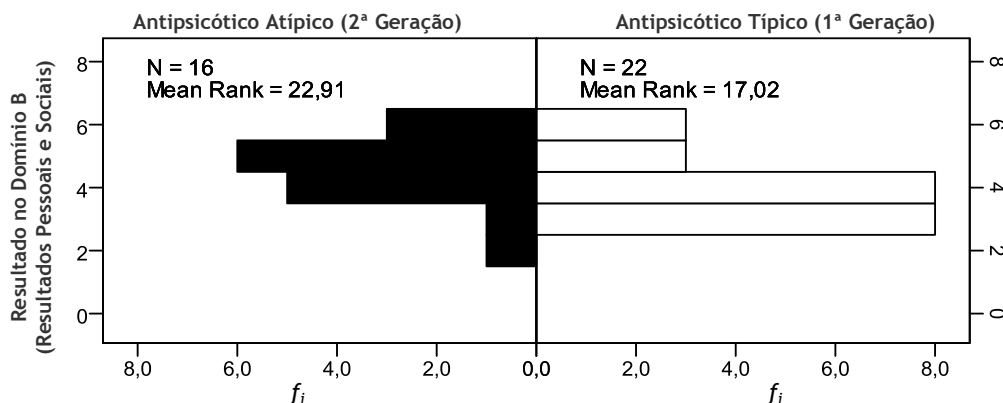


Gráfico 29 - Distribuição dos Resultados no Domínio B da Escala PSP segundo o grupo terapêutico [Antipsicóticos Típicos Vs. Atípicos] (n=38, Teste de Mann-Whitney, $p\text{-value}:0,095$).

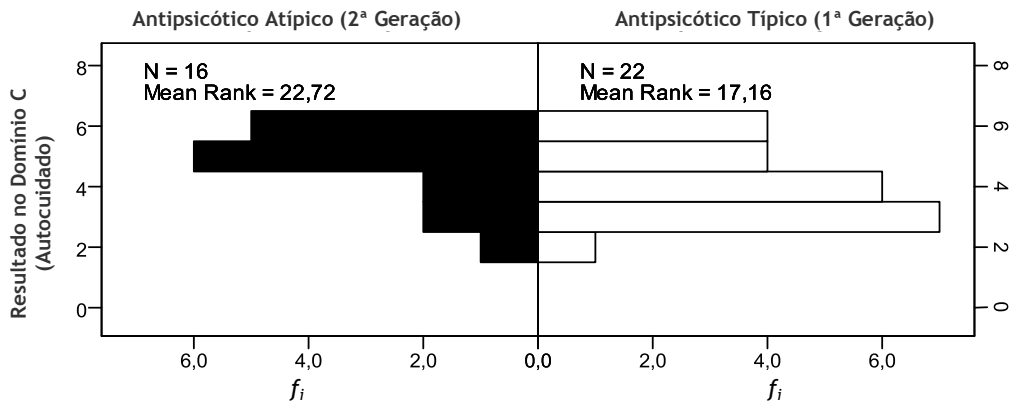


Gráfico 30 - Distribuição dos Resultados no Domínio C da Escala PSP segundo o grupo terapêutico [Antipsicóticos Típicos Vs. Atípicos] (n=38, Teste de Mann-Whitney, p -value:0,118).

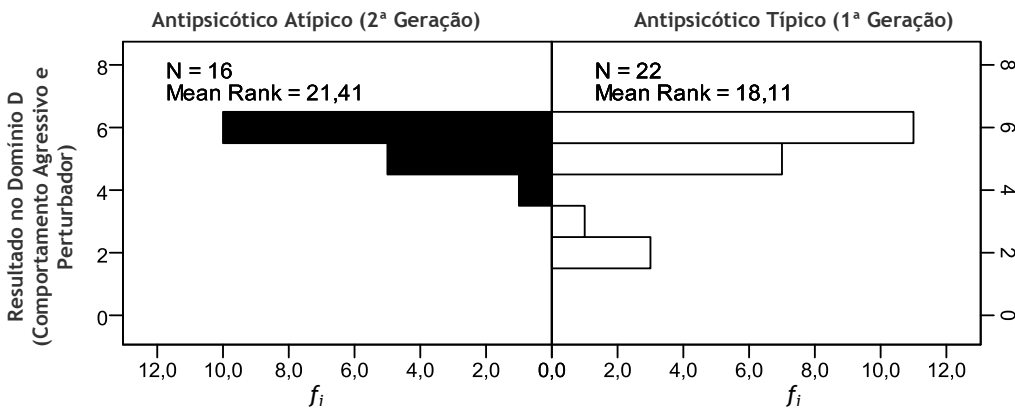


Gráfico 31 - Distribuição dos Resultados no Domínio D da Escala PSP segundo o grupo terapêutico [Antipsicóticos Típicos Vs. Atípicos] (n=38, Teste de Mann-Whitney, p -value:0,313).

Os dois grupos comparados no gráfico 32 são heterogêneos face à Pontuação Final obtida na escala PSP ($p=0,000$), reforçando o explicitado na tabela 14.

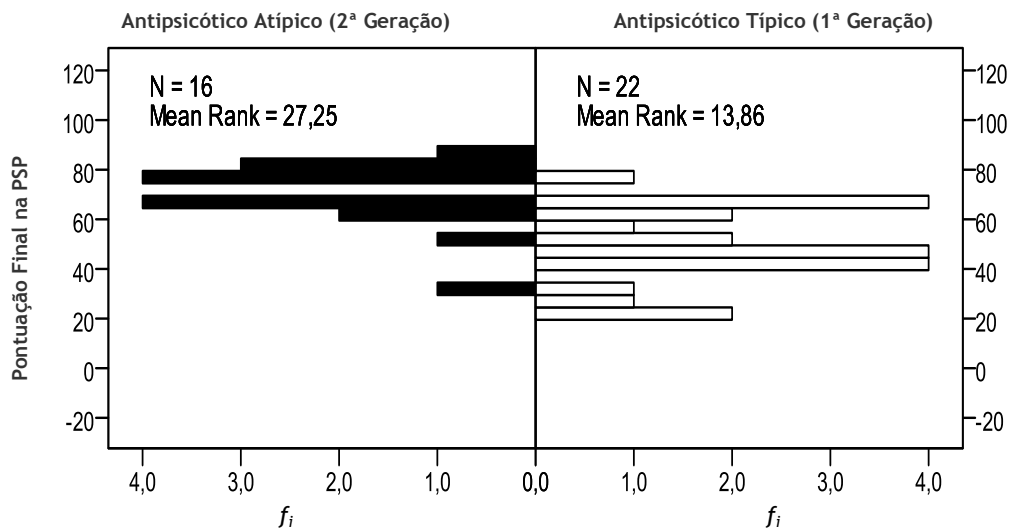


Gráfico 32 - Distribuição dos Resultados Finais da Escala PSP segundo o grupo terapêutico [Antipsicóticos Típicos Vs. Atípicos] (n=38, Teste de Mann-Whitney, p -value:0,000).

4. Discussão

O DSM-III introduziu várias inovações importantes, como o sistema de diagnóstico multiaxial onde consta o eixo V, clarificando a preocupação por uma avaliação holística dentro de um modelo que promove uma análise biopsicossocial (13).

Na Europa, segundo o “The Global Burden of Disease 2010”, a esquizofrenia está entre as 10 principais causas de incapacidade entre pessoas na faixa etária dos 15 aos 44 anos. Em consonância estão vários estudos internacionais ao afirmar que entre as perturbações psiquiátricas, a esquizofrenia é a que apresenta maior grau de incapacidade, onde um terço das pessoas afetadas apresenta um comprometimento acentuado das suas capacidades psicossociais (4,14,15).

4.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico

4.1.1. Secção A - Variáveis Sociodemográficas

Atualmente existem evidências de que fatores sociais (entre eles o grau académico, empregabilidade e casamento) desempenham um papel importante no curso da doença (16,17).

Os resultados da amostra espelham o carácter incapacitante da esquizofrenia, desde logo por 71,7% daquela em idade ativa se encontrar reformada em decurso da doença e 20,8% desempregada. Esta realidade entrecruza-se com o baixo nível de formação, já que a maioria dos indivíduos não ultrapassou o Ensino Básico. Daqui, depreende-se a dificuldade por parte dos doentes em concluir o percurso académico e, por extensão, assumir uma atividade laboral, pelo que o recurso à *pensão de invalidez* culmina por ser a solução para muitos. Estes factos aproximam-se dos dados da literatura, que atribuem a estes doentes dificuldades superiores à população em geral para finalizar os estudos e empregar-se (7,16,18). Não obstante, há que ressaltar que a empregabilidade não se correlaciona invariavelmente com a dimensão patológica, pois fatores externos imiscuem-se, como o estigma, as necessidades financeiras, as oportunidades que o meio oferece em termos de formação profissional e emprego (19,20).

Duas teorias intentam explicar o motivo pelo qual, em países desenvolvidos, muitos doentes esquizofrénicos pertencem a níveis socioeconómicos baixos, a saber:

- a *teoria do declínio* que propõe que os indivíduos afetados pela doença transitam para uma classe socioeconómica inferior, ou não conseguem sair dela, em virtude da doença;
- a *teoria da causa social* que sugere que as pessoas de classes mais baixas vivenciam “stressores” que contribuem como agentes “esquizofrenogénicos” (3).

Além disto, 47% da amostra encontra-se dependente de Apoio Institucional para realizar-se numa ou mais áreas do Autocuidado. Isto corrobora as informações atualmente disponíveis, que atribuem um desempenho marcadamente inferior à população geral na concretização das atividades da vida diária (2,3).

É curioso constatar que metade dos homens optaram por continuar a viver com os pais, enquanto as mulheres apresentaram uma distribuição mais repartida no que toca a com quem ou onde vivem. Além disso, nenhuma mulher necessitou de recorrer a Instituição Social para habitar e 28% conseguiram assumir uma vida estável com o companheiro. Este facto pode ser explicado pelo início mais tardio da doença nas mulheres, com um funcionamento pré-mórbido melhor. Isto permite que elas desempenhem um papel social que não é alcançado por muitos homens em decurso do início mais precoce da sua psicose (21,22,23).

A comparação das variáveis sociodemográficas por grupos terapêuticos apenas revelou heterogeneidade em relação ao nível educacional, onde constatamos que entre os doentes atualmente medicados exclusivamente com antipsicóticos típicos nenhum atingiu um nível académico superior ao Básico, ao passo que metade dos medicados exclusivamente com os antipsicóticos atípicos concluiu o Ensino Secundário. Dos que estão medicados com as duas gerações de antipsicóticos simultaneamente, embora a grande maioria não tenha concluído mais do que o Ensino Básico, 10,4% atingiu níveis de escolaridade superiores a esse. Tendo em conta que 68,2% dos doentes que tomam exclusivamente antipsicóticos típicos o fazem através do injetável de longa duração de ação, contra 37,5% dos que tomam exclusivamente atípicos (cf. tabela 9), e que esta costuma ser uma opção para indivíduos que não apresentam compliance terapêutica (24), pode-se conjecturar que os doentes com menor grau académico apresentam baixo nível de compliance terapêutica (25). Todavia esta realidade não é consensual, na medida em que, segundo revisões recentes, os estudos não são unânimes nessa conclusão (26). A opção na maioria dos casos por injetável de primeira geração prende-se com questões de custo-benefício.

4.1.2. Secção B - Variáveis Clínicas do Questionário

Os antipsicóticos constituem um esteio fundamental no tratamento da esquizofrenia, desde o alívio da sintomatologia na fase aguda ao tratamento de manutenção. Porém, eles encontram-se associados a uma vasta gama de efeitos colaterais (vide tabela 5), os quais podem interferir no quotidiano dos pacientes, com repercussões a vários níveis, desde o funcionamento biológico, psicológico, sexual e social (27).

Na amostra, a maioria dos indivíduos (72,7%) experimenta, no presente, algum ES, o que está conforme estudos realizados sobre a prevalência de efeitos colaterais decorrentes da terapêutica antipsicótica. O clínico deve velar esses efeitos, pois alguns doentes podem acreditar que a farmacologia piora a sua situação, o que culmina em fraca adesão terapêutica (27,28). A bibliografia reforça os efeitos da medicação atípica como mais toleráveis pelos

doentes e, dessarte, predisponentes a melhores *outcomes* de funcionamento social (28,29,30).

A associação estatística entre a variável “Terapêutica Psiquiátrica” exposta na Tabela 9 e os grupos terapêuticos ($p=0,000$) surge em extensão do discutido na seção anterior, isto é, a seleção por *depot* de primeira geração em doentes ambulatoriais com má adesão terapêutica, o que sustenta igualmente a associação estatisticamente significativa com a variável “Modo de Administração” ($p=0,000$). Além disto, dos que precisam das duas gerações de antipsicóticos para controlar a sua patologia, necessitam igualmente de outra medicação do foro psiquiátrico numa proporção de 39,47 vezes superior aos que tomam exclusivamente antipsicóticos típicos, o que evidencia o caráter heterogéneo do controlo da doença bem como a variabilidade na resposta terapêutica (31).

Apesar de a literatura relatar altas taxas de tabagismo entre a população esquizofrénica, nomeadamente 80% (2,32), tal não se replicou neste estudo, onde apenas 43,93% fuma. Do mesmo modo, o abuso de álcool aqui não se revelou tão preponderante como afirmado noutros estudos (4). Todavia, o consumo destas substâncias, incluindo as drogas ilícitas, deve ser avaliado, porque, para além dos seus efeitos nocivos na saúde geral, existem evidências da sua interação com a farmacocinética dos psicofármacos (3,32).

A prevalência de pensamento suicida mostrou-se elevada na amostra (71,2%), bem como a tentativa de o concretizar (46,9%), o que vai ao encontro da informação disseminada que atribui às pessoas esquizofrénicas um alto risco para pensamento e comportamento suicidas (3,4).

4.2. Escala PSP

Neste estudo foi obtida uma relação negativa, com significado estatístico, entre o número de anos de tratamento e a Pontuação Final na PSP, assim como com o Nível de Funcionamento nos domínios B e C. Esta relação espelha o caráter crónico e debilitante da doença à medida que os anos avançam (13).

Quanto à hipótese colocada de que existem diferenças entre os três grupos terapêuticos na distribuição dos resultados obtidos nos vários Domínios (A-D) da PSP, não foram obtidos resultados com significância estatística. Porém, quando são excluídos do estudo os participantes que se encontram medicados com ambas as classes de antipsicóticos, emerge uma associação com significância estatística ($p= 0,025$) entre os restantes grupos, no que diz respeito ao Domínio A (Atividades Socialmente úteis, incluindo o trabalho e estudo).

Os défices cognitivos observados na esquizofrenia são complexos, em parte atribuídos a influências não específicas como a ansiedade, mas também à ação anticolinérgica, sedativa e antidopaminérgica da medicação psicotrópica (27,29). Não obstante, os doentes toleram

melhor os efeitos secundários dos antipsicóticos atípicos, em parte devido à menor propensão em causar efeitos extrapiramidais, tal como por revelarem menos impacto no agravamento da sintomatologia negativa (29,30,33). Nesse sentido, os doentes conseguem obter níveis mais elevados de participação em atividades socialmente úteis, comparativamente a doentes medicados exclusivamente com antipsicóticos típicos (20,29,30).

Em relação à outra hipótese testada, isto é, se existem diferenças entre os três grupos terapêuticos na distribuição dos resultados obtidos na Pontuação Final da PSP, foram obtidos resultados com significância estatística ($p=0,00$). A fim de precisar entre que grupos se encontram essas diferenças, recorreu-se ao método de comparação múltipla de LSD-Fisher, concluindo-se:

- a pontuação final na escala PSP é superior nos doentes medicados exclusivamente com antipsicóticos atípicos, face aos doentes medicados exclusivamente com antipsicóticos típicos ($p=0,000$);
- os doentes medicados com a associação de antipsicóticos apresentam resultados tendencialmente superiores aos dos medicados exclusivamente com os de primeira geração ($p=0,004$).

Estes dados estão de acordo com os resultados obtidos no gráfico 32, onde se confronta os doentes que fazem apenas uma classe de antipsicótico, tendo o grupo dos atípicos obtido resultados superiores na distribuição dos resultados finais da escala PSP ($p=0,000$).

Estes dados surgem em uníssono com outros estudos que defendem a superioridade dos antipsicóticos atípicos na redução da severidade da psicopatologia e na melhoria da qualidade de vida. Assim, como também observado na nossa amostra, os antipsicóticos atípicos parecem proporcionar aos doentes melhores *outcomes* no que respeita ao funcionamento social e pessoal (28,34,35,37). Mais uma vez, como base de suporte a esta ideia refira-se o facto de a classe mais recente de antipsicóticos produzir menos efeitos colaterais incapacitantes, podendo inclusive contribuir para a melhoria da sintomatologia negativa, o que, em última instância, aloca maiores capacidades cognitivas e funcionais aos doentes (20,27,29,28,34).

Em extensão, pode aduzir-se que os antipsicóticos típicos atuam essencialmente na via mesolímbica e com efeito negligenciável na via mesocortical, a qual é responsável pela cognição e funções executivas assim como pelas emoções e afeto. Por outro lado, os antipsicóticos atípicos, revelam maior afinidade pelos recetores serotoninérgicos (5HT_{2A}) do que para os recetores dopaminérgicos (D₂). Assim, o antagonismo ou até mesmo o agonismo parcial, dos atípicos, nesses recetores na via mesocortical, hipoativa na esquizofrenia, poderá contribuir para a melhoria da sintomatologia negativa em resultado do aumento da libertação de dopamina no córtex pré-frontal, com repercussões no funcionamento pessoal e social (3,4,33).

Não obstante, não é de desprezar a existência de outros autores que nos seus trabalhos não encontraram diferenças nos resultados produzidos por essas duas classes de medicamentos. Nesses estudos defendem que os antipsicóticos de segunda geração produzem resultados tão eficazes quanto os de primeira (15,34,36).

Diz a norma da DGS, publicada em Setembro de 2011, acerca da utilização clínica de antipsicóticos, que não se utilizam antipsicóticos em associação no tratamento da esquizofrenia refratária, exceto quando a terapêutica isolada com clozapina não é eficaz (15). Além disto, outras são as recomendações no sentido de o tratamento da esquizofrenia se efetuar com apenas um tipo de antipsicótico (33). Todavia, na amostra o maior grupo terapêutico é constituído por indivíduos que tomam uma associação dos dois tipos de antipsicóticos, os quais obtiveram resultados com significância estatística tendencialmente superiores à dos medicados exclusivamente com típicos, provavelmente pelas vantagens, anteriormente explicitadas, da presença do antipsicótico atípico. De igual modo, embora sem relevância estatística, na amostra, o grupo que toma ambas as classes de antipsicóticos revelou resultados inferiores, na pontuação global da PSP, comparativamente aos medicados exclusivamente com atípicos, provavelmente pela presença do antipsicótico típico no seu esquema farmacológico.

4.3. Limitações do estudo

Os resultados e inferências deste estudo devem ser integrados à luz das limitações que o assistem.

Desde logo deve notar-se que este é um estudo transversal, pelo que a evolução desde a introdução da terapêutica não pode ser avaliada. Assim sendo, é desconhecido se existiu melhoria ou agravamento no funcionamento pessoal e social dos doentes desde a introdução do medicamento, já que apenas se aluz ao último mês. Daqui decorre a dificuldade em associar os resultados obtidos à terapêutica realizada.

Além disto, a amostra utilizada é pequena e com distribuição não normal, pelo que se recorreu a testes não paramétricos que apresentam potência inferior aos paramétricos.

A amplitude de idades da amostra é de 58 anos, o que implica a avaliação de pessoas em diferentes fases do curso da doença.

O grupo é essencialmente constituído por homens e, segundo a literatura, estes apresentam piores resultados em termos de funcionamento nos diferentes domínios avaliados, comparativamente às mulheres (23).

A dose de cada paciente não foi tida em conta na concretização deste estudo, logo não se pode concluir sobre a sua influência nos resultados obtidos, já que, por exemplo, há autores que afirmam que a eficácia dos antipsicóticos atípicos face aos típicos é perdida quando se diminui a dose destes (33).

Não foram seleccionados antipsicóticos específicos dentro de cada geração, a fim de se poder fazer uma comparação mais exata, pois, quer os convencionais quer os atípicos, não formam uma classe homogénea no que confere aos efeitos secundários, farmacologia, eficácia e custo (33,34).

Pelo facto de serem inseridos no estudo indivíduos a realizar ambas as classes terapêuticas sem se especificar o tipo de associação, não se pode inferir acerca da influência de associações específicas de antipsicóticos na pontuação final obtida, assim como nos domínios em concreto.

5. Conclusão e Perspetivas Futuras

No que diz respeito aos resultados globais obtidos no Funcionamento Pessoal e Social foi possível, neste estudo, dentro das limitações que ele apresenta, observar a superioridade da terapêutica realizada exclusivamente com antipsicóticos atípicos, face à realizada apenas com os antipsicóticos convencionais. Em adição, revelou ainda resultados superiores nos indivíduos que são tratados com uma associação das duas gerações de antipsicóticos comparativamente àqueles que utilizam exclusivamente os convencionais.

No que confere ao resultado global em termos de Funcionamento Pessoal e Social, uma associação com significância estatística não foi obtida entre os doentes medicados apenas com antipsicóticos atípicos e os que faziam um misto de típico e atípico simultaneamente.

Quanto aos Domínios do Funcionamento Pessoal e Social abordados na escala PSP, concluiu-se que, quando comparados apenas os que fazem um tipo de medicação (típica ou atípica), os que fazem exclusivamente antipsicóticos atípicos apresentam resultados superiores no Domínio A (Atividades socialmente úteis incluindo trabalho e escola), em relação aos que fazem apenas antipsicóticos típicos.

Atentando nas variáveis sociodemográficas constatou-se que dos doentes atualmente medicados exclusivamente com antipsicóticos típicos nenhum atingiu um nível académico superior ao Ensino Básico, ao passo que metade dos medicados exclusivamente com os antipsicóticos atípicos concluiu o Ensino Secundário.

Quanto aos grupos terapêuticos em estudo e a sua associação com variáveis clínicas observou-se uma associação com as variáveis “terapêutica do foro psiquiátrico” e “Modo de Administração do antipsicótico”. Assim, neste ponto destaca-se que dos que precisaram das duas gerações de antipsicóticos para controlar a sua patologia, necessitaram igualmente de outra medicação do foro psiquiátrico numa proporção de 39,47 vezes superior aos que tomam exclusivamente antipsicóticos típicos; e que 68,2% dos doentes que tomam exclusivamente antipsicóticos típicos fazem-no através do injetável de longa duração de ação, contra 37,5% dos que tomam exclusivamente atípicos.

Por último, observou-se uma relação negativa, estatisticamente significativa, entre o número de anos de tratamento e o resultado obtido na pontuação final da escala PSP.

Em jeito de perspetivas para futuros estudos sugere-se a aplicação da escala PSP tendo em conta os seguintes aspetos:

- Selecionar, dentro de cada geração, antipsicóticos específicos, a fim de se poder comparar de forma mais rigorosa se certo fármaco é mais eficaz na obtenção de *oucomes* Funcionais e Pessoais em doentes esquizofrénicos;
- Estudar doentes que estejam a fazer doses terapêuticas equipotentes;
- Realizar um estudo longitudinal aplicando a escala no início da introdução de um determinado fármaco e num tempo ulterior, para que se possa inferir sobre a evolução nos resultados obtidos;
- Constituir uma amostra com uma amplitude etária limitada, para que não interfiram fatores clínicos e sociais associados a diferentes faixas etárias;
- Rege-se por critérios de aleatoriedade na seleção da amostra, com o intuito de se poderem utilizar testes paramétricos que têm maior potência na análise de resultados;
- Avaliar se os doentes que tomam fármacos das duas gerações em simultâneo apresentam melhores resultados, bem como os possíveis riscos de se optar por tal associação.

A disfunção pessoal e social que acomete os doentes esquizofrénicos apresenta impacto na sua produtividade e, portanto, nas oportunidades de trabalho, bem como impactos económicos nos serviços sociais e de saúde (28).

Com a introdução dos antipsicóticos de segunda geração, muitas foram as indústrias farmacêuticas a advogar a sua superioridade no controlo dos sintomas e na melhoria da qualidade de vida dos doentes (34). Todavia, os estudos não têm sido confluentes nessa conclusão (36), em parte porque os fármacos dessa nova geração diferem entre si em várias propriedades, como farmacocinética, efeitos secundários e custos (15,34). Neste sentido uma generalização por classes de antipsicóticos pode criar confusão, pelo que há quem defenda o abandono dessa classificação (34).

Assim, este estudo representa uma contribuição para o debate em curso, ao sugerir os antipsicóticos atípicos como mais eficazes nos *outcomes* obtidos em termos de Funcionamento Pessoal e Social. Por outro lado, destaca a importância de se avaliar os resultados dos tratamentos em termos das suas repercussões no Funcionamento Pessoal e Social dos doentes, ao invés da ancestral tendência de ter como único fito a redução dos sintomas mais visíveis.

Por fim, refira-se que um trabalho multidisciplinar (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais) no acompanhamento destes doentes é fulcral, para que, para além da abordagem sintomatológica, também se possa reabilitar o doente noutros domínios da sua vida, onde a doença fermenta uma amarga realidade (33,38).

6. Bibliografia

1. Nasrallah H, Morosini P, Gagnon DD. Reliability, validity and ability to detect change of the Personal and Social Performance scale in patients with stable schizophrenia. *Psychiatry Research*. 2008 Novembro 30; 161(2): p. 213-224.
2. Fernandes J, editor. American Psychiatric Association DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 4th ed. Washington: Climpesi; 2000.
3. Sadock B, Sadock V. *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 9th ed. Bittencourt C, editor. Porto Alegre: Artmed; 2007.
4. Andreasen N, Black D. *Introdução à Psiquiatria*. 4th ed. Bittencourt C, editor.: Artmed; 2009.
5. Kawata A, Revicki D. Psychometric properties of the Personal and Social Performance scale (PSP) among individuals with schizophrenia living in the community. *Quality of Life Research*. 2008 Dezembro; 17(10): p. 1247-1256.
6. Brissos S, Molodynski A, Dias V, Figueira M. The importance of measuring psychosocial. *Annals of General Psychiatry*. 2011 Junho;(10:18): p. 1-7.
7. Burns T, Patrick D. Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica in schizophrenia studies*. 2007; 116(6): p. 403-418.
8. Lambert M, Naber D. Current issues in schizophrenia: overview of patient acceptability, functioning capacity and quality of life. *CNS Drugs*. 2004; 18(Suppl 2:5-17): p. 5-17.
9. Guo X, Zhang Z, Zhai J, Fang M, Hu M, Wu R, et al. Effects of antipsychotic medications on quality of life and psychosocial functioning in patients with early-stage schizophrenia: 1-year follow-up naturalistic study. *Comprehensive Psychiatry*. 2012 Outubro; 53(7): p. 1006-1012.
10. Menezes A, Macedo G, Mattos P, Júnior A, Louzã M. Personal and Social Performance (PSP) scale for patients with schizophrenia: translation to Portuguese, cross-cultural adaptation and interrater reliability. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2012; 61(3): p. 176-180.
11. Brissos S, Palhavã F, Marques J, Mexia S, Carmo A, Carvalho M, et al. The Portuguese version of the Personal and Social Performance Scale (PSP): reliability, validity, and relationship with cognitive measures in hospitalized and community schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2012 Julho; 47(7): p. 1077-1086.
12. Pestana M, Gageiro J. *Análise de dados para ciências sociais : a complementaridade do SPSS*. 5th ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2008.
13. Júnior A, Souza M. Avaliação do comprometimento funcional na esquizofrenia. *Rev. Psiq. Clín.* 2007: p. 164-168.
14. Programa Nacional para a Saúde Mental. *Orientações Programáticas*. Lisboa, Portugal:

- Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde; 2012.
15. Norma da Direção Geral da Saúde - Utilização Clínica de Antipsicóticos. Norma de Orientação Clínica. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde; 2011. No.: 24/2011.
 16. Choi M, Eun H, Yoo T, Yun Y, Wood C, Kase M, et al. The Effects of Sociodemographic Factors on Psychiatric Diagnosis. *Psychiatry Investig.* 2012;(9): p. 199-208.
 17. Priebe S, Warner R, Hubschmid T, Eckle I.. Employment, Attitudes Toward Work, and Quality of Life Among People With Schizophrenia in Three Countries. *Schizophr Bull.* 1998; 24(3): p. 469-77.
 18. Smith MJ, Horan WP, Karpouzian TM, Abram SV, Cobia DJ, Csernansky JG. Self-reported empathy deficits are uniquely associated with poor functioning in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2012 Maio; 137(1-3).
 19. Bowie C, Reichenberg A, Patterson T, Heaton R, Harvey P. Determinants of Real-World Functional Performance in Schizophrenia Subjects: Correlations With Cognition, Functional Capacity, and Symptoms. *Am J Psychiatry.* 2006 Março; 163(3).
 20. Harvey P, Patterson T, Potter L, Zhong K, Brecher M. Improvement in social competence with short-term atypical antipsychotic treatment: a randomized, double-blind comparison of quetiapine versus risperidone for social competence, social cognition, and neuropsychological functioning. *Am J Psychiatry.* 2006 Novembro; 163(11): p. 1918-25.
 21. Jablensky A. Epidemiology of schizophrenia: the global burden of disease and disability. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2000; 250(6): p. 274-85.
 22. Pinikahana J, Happell B, Hope J, Keks NA. Quality of life in schizophrenia: a review of the literature from 1995 to 2000. *Int J Ment Health Nurs.* 2002 Junho; 11(2).
 23. Grossman LS, Harrow M, Rosen C, Faull R. Sex differences in outcome and recovery for schizophrenia and other psychotic and nonpsychotic disorders. *Psychiatr Serv.* 2006 Junho; 57(6): p. 844-50.
 24. Llorca PM, Abbar M, Courtet P, Guillaume S, Lancrenon S, Samalin L. Guidelines for the use and management of long-acting injectable antipsychotics in serious mental illness. *BMC Psychiatry.* 2013 Dezembro; 13(1).
 25. Kazadi N, Moosa M, Jeenah F. Factors associated with relapse in schizophrenia. *SAJP.* 2008 Junho; 14(2).
 26. Jin J, Sklar G, Oh V, Li S. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Journal List th.* 2008 Fevereiro; 4(1): p. 269-286.
 27. Chiang YL, Klainin-Yobas P, Ignacio J, Chng CM. The impact of antipsychotic side effects on attitudes towards medication in people with schizophrenia and related disorders. *J Clin Nurs.* Agosto 2011; 20(15-16): p. 2172-82.
 28. Karow A, Naber D. Subjective well-being and quality of life under atypical antipsychotic

- treatment. *Psychopharmacology (Berl)*. 2002 Junho; 162(1): p. 3-10.
29. Keks N. Impact of newer antipsychotics on outcomes in schizophrenia. *Clin Ther*. 1997 Fevereiro; 19(1): p. 148-58.
 30. Davies A, Langley PC, Keks NA, Catts SV, Lambert T, Schweitzer I. Risperidone versus haloperidol: II. Cost-effectiveness. *Clin Ther*. 1998 Fevereiro; 20(1): p. 196-213.
 31. Sagud M, Vuksan-Ćusa B, Zivković M, Vlatković S, Kramarić M, Bradaš Z, Mihaljević-Peješ A. Antipsychotics: to combine or not to combine? *Psychiatr Danub*. 2013 Setembro; 25(3).
 32. Esterlis I, Ranganathan M, Bois F, Pittman B, Picciotto MR, Shearer L, Anticevic A, Carlson J, Niciu MJ, Cosgrove KP, D'Souza DC. In Vivo Evidence for $\beta 2$ Nicotinic Acetylcholine Receptor Subunit Upregulation in Smokers as Compared with Nonsmokers with Schizophrenia. *Biol Psychiatry*. 2013 Novembro.
 33. Cardoso M. Papel dos Anti-Psicóticos Típicos vs Atípicos na Sintomatologia Negativa da Esquizofrenia. Dissertação de Mestrado. Covilhã: Universidade da Beira Interior, Ciências da Saúde; 2011.
 34. Leucht S, Corves C, Arbter D, Engel RR, Li C, Davis JM. Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *Lancet*. 2009 Janeiro; 373: p. 31-41.
 35. Awad A, Voruganti L. Impact of Atypical Antipsychotics on Quality of Life in Patients with Schizophrenia. *CNS Drugs* 2004. 2004; 18(13): p. 877-93.
 36. Kilian R DSTMAM. Quality of life in persons with schizophrenia in out-patient treatment with first- or second-generation antipsychotics. *Acta Psychiatr Scand*. 2004; 110: p. 108-118.
 37. Guo X, Zhai J, Liu Z, Fang M, Wang B, Wang C, Hu B, Sun X, et al. Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of early-stage schizophrenia: A randomized, 1-year study. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Setembro; 67(9): p. 895-904
 38. Schennach-Wolff R, Jäger M, Seemüller F, Obermeier M, Messer T, Laux G, Pfeiffer H, Naber D, Defining and predicting functional outcome in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research* 113. ; 113: p. 210-17.

Anexo 1 - Consentimento Informado

CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Joel Filipe Alves Brás, estudante de Medicina da Faculdade Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, a realizar um trabalho de investigação no âmbito da Tese de Mestrado, subordinado ao tema “*Implicações no Funcionamento Social de doentes esquizofrénicos – estudo comparativo entre doentes medicados com antipsicóticos típicos e atípicos*”, vem solicitar a sua colaboração neste estudo, através da resposta a um questionário/entrevista. Com este estudo, pretende-se indagar a existência de uma hipotética relação entre o tipo de medicação utilizada e a dinâmica social do paciente. Em adição, o estudo pretende também integrar variáveis sócio-demográficas e clínicas na avaliação do funcionamento social dos portadores de esquizofrenia. Para a sua concretização articula-se um questionário, que permite inquirir as variáveis sócio-demográficas e clínicas, com uma entrevista estruturada para aferição do funcionamento social com recurso à Escala de Desempenho Pessoa e Social [traduzida e adaptada para a população portuguesa por Brissos, Palhavã e colaboradores (2011)]. Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pelo CHCB, EPE; informo ainda que todos os dados recolhidos serão confidenciais.

Consentimento Informado – Investigador

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- * Entregou esta informação
- * Explicou o propósito deste trabalho
- * Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo doente.

Joel Filipe Alves Brás

Nome do Investigador

(Assinatura do Investigador)

____/____/20____
(Data)

Consentimento Informado - Participante

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- * O Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações desta informação e teve tempo para as ponderar;
- * Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- * Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao investigador que lhe fosse explicado, tendo este esclarecido todas as dúvidas;
- * O Sr. (a) recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

Nome do Participante (Legível)

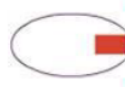
Representante Legal

(Assinatura do Doente ou Representante Legal)

____/____/20____
(Data)

Anexo 2 - Questionário

QUESTIONÁRIO sociodemográfico/clínico



Centro
Hospitalar
Cova da Beira

Com a aplicação deste questionário pretende-se recolher um conjunto de dados sociodemográficos e clínicos, a fim de promover o trabalho de investigação intitulado “*Implicações no funcionamento social de doentes esquizofrénicos – estudo comparativo entre doentes medicados com antipsicóticos típicos e atípicos*”.

NOTA: Os dados serão tratados com confidencialidade assegurando a privacidade do participante que livre e conscientemente decide participar nele.

Paciente número: _____ Número Processo Clínico: _____ Data da realização da entrevista: ___/___/201__

1. Local da entrevista:

- (1) Ambulatório
- (2) Consulta Externa
- (3) Internamento

A → VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DO PACIENTE

2. Idade _____

3. Género:

- (1) Feminino
- (2) Masculino

4. Estado civil:

- (1) Casado
- (2) Divorciado
- (3) Solteiro
- (4) União de facto
- (5) Viúvo

4.1. Se respondeu (1),(2),(4),(5), há quanto tempo, em anos, se encontra nessa situação? (se menos de 1 ano registe < 1A):

5. Vive com/em:

- (1) Companheiro(a)
- (2) Instituição Social
- (3) Familiares (que não os pais)
- (4) Pais
- (5) Sozinho

6. Dispõe de apoio institucional (Centro de dia/Domiciliário)?

- (1) Sim
- (2) Não

6.1. Se à anterior questão respondeu (1), especifique o tipo de apoio:

- (1) Alimentação
 - (2) Higiene pessoal
 - (3) Higiene habitacional
 - (4) Outro
- Qual?

7. Situação profissional:

- (1) Desempregado
- (2) Empregado
- (3) Reformado
- (4) Reformado por invalidez

7.1. Se à anterior questão respondeu (1) refira a sua fonte de rendimentos:

- (1) Rendimento Social de Inserção
 - (2) Pais/Familiares
 - (3) Trabalhos temporários
 - (4) Outro
- Qual?

7.2. Se relativamente à questão 7. respondeu (1), (3) ou (4) apresenta alguma ocupação?

- (1) Sim
- (2) Não

7.2.1. Se relativamente à questão 7.2 respondeu (1) indique essa ocupação:

- (1) Voluntariado
 - (2) Desporto
 - (3) Trabalho doméstico
 - (4) Trabalho no campo
 - (5) Outra
- Qual?

7.3. Se relativamente à questão 7. respondeu (2), mencione qual a sua situação?

- (1) Trabalhador por conta própria
- (2) Trabalhador por conta de outrem

8. Nível de instrução:

- (1) Não sabe ler nem escrever
- (2) Sabe ler e/ou escrever
- (3) 1º ciclo do ensino básico
- (4) 2º ciclo do ensino básico
- (5) 3º ciclo do ensino básico
- (6) Ensino secundário
- (7) Ensino superior
- (8) Outro grau

B → VARIÁVEIS CLÍNICAS

9. Idade a que reporta o início dos sintomas esquizofrénicos (fase prodrómica) _____
10. Idade em que foi estabelecido o diagnóstico e que começou a ser seguido em consulta: _____
11. Idade de início do tratamento da patologia esquizofrénica: _____

11.1. Cumpre habitualmente a terapêutica proposta?

12. Subtipo de esquizofrenia: (1) Sim
(2) Não

- (1) Catatónico
(2) Desorganizado
(3) Indiferenciado
(4) Paranoide
(5) Residual

13. Número de internamentos por agudizações da patologia esquizofrénica (desde a data referida na pergunta 10.):

- (1) Nenhum
(2) 1-3
(3) 3-5
(4) 6-8
(5) >8

14. Terapêutica que realiza atualmente por patologia psiquiátrica:

- (1) Ansiolíticos, sedativos ou hipnóticos
(2) Anticolinérgicos
(3) Antidepressivos
(4) Antipsicóticos
(5) Estabilizadores do Humor
(6) Indutores do sono

14.1. Se à questão anterior respondeu (4), indique o tipo de fármaco:

- (1) Antipsicótico típico/convencional Dose:
(2) Antipsicótico atípico/ 2ª Geração Dose :

14.2. Se à questão 14. respondeu (4), refira o modo de administração:

- (1) Oral
(2) Depot

14.3. Se à questão 14. respondeu (4), manifesta algum dos efeitos secundários seguintes:

- (1) Manifestações antimuscarínicas
(2) Manifestações extrapiramidais
(3) Disfunções sexuais ou do sistema Reprodutor
(4) Ganho ponderal
(5) Diabetes
(6) Hipertensão Arterial
(7) Colesterol

15. Para além da esquizofrenia, apresenta outra(s) patologia(s) psiquiátrica?

- | | |
|---|--------------------------|
| (1) Perturbação do Humor | <input type="checkbox"/> |
| (2) Perturbação da ansiedade | <input type="checkbox"/> |
| (3) Perturbação somatoforme/Dissociativa | <input type="checkbox"/> |
| (4) Perturbação relacionada com o álcool/drogas | <input type="checkbox"/> |
| (5) Perturbação da personalidade | <input type="checkbox"/> |
| (6) Parafilia ou disfunção sexual | <input type="checkbox"/> |
| (7) Perturbação da alimentação | <input type="checkbox"/> |
| (8) Perturbação do controlo de impulsos | <input type="checkbox"/> |
| (9) Outra: _____ | <input type="checkbox"/> |

16. Hábitos alcoólicos:

- | | |
|--|--------------------------|
| (1) Ausentes | <input type="checkbox"/> |
| (2) Com moderação (1-2 copos às refeições) | <input type="checkbox"/> |
| (3) Sem moderação (> 2 copos às refeições e/ou consumo fora das refeições) | <input type="checkbox"/> |

17. Hábitos tabágicos:

- | | |
|--|--------------------------|
| (1) Ausentes | <input type="checkbox"/> |
| (2) Moderados (1-10 cigarros/dia e/ou em contexto social) | <input type="checkbox"/> |
| (3) Em excesso (>10 cigarros dias e fora de contexto social) | <input type="checkbox"/> |

18. Consumo de drogas ilícitas:

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| (1) Sem histórico de consumo | <input type="checkbox"/> |
| (2) Atualmente | <input type="checkbox"/> |
| (3) No passado | <input type="checkbox"/> |

18.1. Caso tenha respondido (2) ou (3), indique qual o tipo de droga que consumia/consome maioritariamente:

- | | |
|---|--------------------------|
| (1) Opióides (heroína, codeína) | <input type="checkbox"/> |
| (2) Estimulantes (anfetaminas, cocaína) | <input type="checkbox"/> |
| (3) Alucinogénios | <input type="checkbox"/> |
| (4) Cannabis | <input type="checkbox"/> |
| (5) Outra | <input type="checkbox"/> |

19. Alguma vez pensou em suicídio?

- | | |
|---------|--------------------------|
| (1) Sim | <input type="checkbox"/> |
| (2) Não | <input type="checkbox"/> |

20. Alguma vez realizou alguma tentativa de suicídio?

- | | | | |
|---------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| (1) Sim | <input type="checkbox"/> | Quantas vezes? | <input type="checkbox"/> |
| (2) Não | <input type="checkbox"/> | | |

20.1 Se respondeu (1), indique qual o método:

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| (1) Arma de fogo | <input type="checkbox"/> |
| (2) Envenenamento | <input type="checkbox"/> |
| (3) Enforcamento | <input type="checkbox"/> |
| (4) Corte de punhos | <input type="checkbox"/> |
| (5) Salto de lugares altos | <input type="checkbox"/> |
| (6) Outro | <input type="checkbox"/> |

Anexo 3 - Folha de Registo da PSP

PSP · Folha de Registo

1. Por favor atribua uma pontuação ao nível de funcionamento do(a) doente durante o mês anterior. Existem 4 domínios principais de funcionamento considerados nesta escala:

	Ausente	Ligeiro	Manifesto	Markado	Grave	Muito grave
(a) actividades socialmente úteis incluindo trabalho e estudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) relações pessoais e sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) auto-cuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) comportamento perturbador e agressivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Sequem-se dois conjuntos de critérios operacionais para avaliar o grau das dificuldades: Um para as áreas a+c e um específico para a área d.

Graus de gravidade das áreas a+c

- (i) Ausente
- (ii) Ligeiro: conhecido apenas para alguém que está muito familiarizado com a pessoa.
- (iii) Manifesto: dificuldades claramente perceptíveis por todos, mas não interferindo substancialmente com a capacidade da pessoa para desempenhar o seu papel nessa área, tendo em conta o seu contexto sócio-cultural, idade, sexo e nível educacional.
- (iv) Markado: dificuldades que interferem marcadamente com o desempenho nessa área; contudo, a pessoa ainda é capaz de fazer algo sem ajuda profissional ou social; apesar de inadequadamente e/ou ocasionalmente; se ajudado por alguém, ele/ela poderá ser capaz de atingir o nível de funcionamento previsto.
- (v) Grave: dificuldades que tornam a pessoa incapaz para desempenhar qualquer papel nessa área, se não for ajudado profissionalmente, ou conduzem a pessoa a um papel destrutivo, não existindo, no entanto, riscos para a sobrevivência.
- (vi) Muito grave: défices e dificuldades de tal intensidade que colocam em risco a sobrevivência da pessoa.

Graus de gravidade das áreas d

- (i) Ausente
- (ii) Ligeiro: correspondendo a ligeira ruidez, insociabilidade ou litigância
- (iii) Manifesto: falar demasiado alto ou falar para os outros de uma forma demasiado familiar ou comer de forma socialmente inaceitável
- (iv) Markado: insultar os outros em público; partir ou destruir objectos; agir frequentemente de forma socialmente inapropriada mas não perigosa (ex. despir-se ou urinar em público)
- (v) Grave: ameaças verbais frequentes ou agressões físicas frequentes, sem intenção ou possibilidade de ferimentos graves
- (vi) Muito grave: definido como actos agressivos frequentes, destinados a, ou susceptíveis de causar ferimentos graves

3. Avalie a frequência dos comportamentos perturbadores e agressivos (área d) durante o mês anterior. Se o comportamento agressivo esteve presente apenas uma vez, mas em circunstâncias e/ou com uma história que comença o avaliação que não existe, isso de recorrencia no futuro próximo, o grau de gravidade poderá ser reduzido em um grau (ex. de grave para markado).

PSP · Orientações para pontuação

4. Seleccione intervalos de 10 pontos

- A seleção dos intervalos de 10 pontos baseia-se nas quatro áreas principais:
 - (a) actividades sociais e de estudo;
 - (b) relações pessoais e sociais;
 - (c) auto-cuidado;
 - (d) comportamento perturbador e agressivo.

100-91	Funcionamento excelente em todas as quatro áreas principais. Ele/ela é tido em alta consideração pelas suas boas qualidades, lida adequadamente com os problemas de vida, envolve-se num vasto leque de interesses e actividades
90-81	Bom funcionamento em todas as quatro áreas principais, presença apenas de problemas ou dificuldades comuns
80-71	Dificuldades ligeiras em uma ou mais das áreas a+c
70-61	Dificuldades manifestas, mas não marcadas em uma ou mais áreas a+c, ou dificuldades ligeiras em d
60-51	Dificuldades marcadas em uma das áreas a+c, ou dificuldades manifestas em d
50-41	Dificuldades marcadas em duas ou mais, ou dificuldades graves em uma das áreas a+c, com ou sem dificuldades manifestas em d
40-31	Dificuldades graves em uma e dificuldades marcadas em pelo menos uma das áreas a+c, ou dificuldades marcadas em d
30-21	Dificuldades graves em duas das áreas a+c, ou dificuldades graves em d, com ou sem défice nas áreas a+c
20-11	Dificuldades graves em todas as áreas a+d, ou muito graves em d, com ou sem défice nas áreas a+c. Se a pessoa requer a solicitação externa, a pontuação sugerida é de 20-16; senão, a pontuação sugerida é de 15-11
10-1	Falta de autonomia no funcionamento básico com comportamentos extremos mas sem risco de sobrevivência (pontuação <=10) ou um risco de sobrevivência sério de morte por malnutrição, desidratação, infecções, incapacidade para reconhecer situações de perigo manifesto (pontuação 1-5)

5. Faça ajustes dentro de intervalos de 10 pontos

O nível de funcionamento em outras áreas deve ser tido em consideração para ajustar a pontuação ao nível decimal (por exemplo, de 31 a 40), tal como:

- Cuidados de saúde físicos e psicológicos
- Alojamento, área de residência, cuidado pelo espaço habitacional
- Contribuição para as actividades domésticas, participação na vida familiar ou da residência/centro de dia
- Relações íntimas ou sexuais
- Cuidados às crianças
- Rede social, amigos e cuidadores
- Observância das regras sociais
- Interesses gerais
- Gestão financeira
- Utilização de transportes, telefone
- Capacidades de lidar com a crise

O comportamento ou risco de suicídio não são tidos em conta nesta escala.

6. Registe a pontuação final

PONTUAÇÃO

NOME DO DOENTE:

DATA: / /

Anexo 4 - Aprovação do Estudo

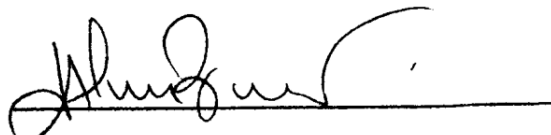
Exmo. Senhor Presidente do
Conselho de Administração do
Centro Hospitalar Cova da Beira

Eu, Joel Filipe Alves Brás, aluno nº 23616, do Mestrado Integrado em Medicina, da Faculdade Ciências da Saúde – Universidade da Beira Interior, recorro a este meio para solicitar a V. Exa autorização para proceder à recolha de dados, sob a forma de entrevista e consulta de processos clínicos, a utentes do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, do Centro Hospitalar Cova da Beira, no contexto da minha dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Medicina, subordinado ao tema: "Implicações no funcionamento social de doentes esquizofrénicos – estudo comparativo entre doentes medicados com antipsicóticos típicos e atípicos".

A recolha de dados será efetuada a partir de doentes selecionados da consulta externa, ambulatório e internamento.

Todos os dados recolhidos serão apenas apresentados no trabalho a realizar, estando o anonimato dos participantes salvaguardado.

Com os melhores cumprimentos,



Joel Filipe Alves Brás

Centro Hospitalar Cova da Beira
Presença em reunião de C.A.
Em 23/04/2013
Despacho
<i>[Handwritten signature]</i>
Presidente do C.A.
Prof. Doutor Miguel Castelo Branco
Vogal do C.A.
Prof.ª Dra. Anabela Almeida
Vogal do C.A.
Técnica Superior Dinarda Sousa
Directora Clínica
Dra. Rosa Maria Belchior
Enfermeiro Chefe
Ef.º António João Rodrigues

16 de Abril de 2013