

ERRATA

Página	Linha	Onde se lê	Leia-se
5	12	abuso substância	abuso de substância
24	23	tendo sido	entre 12/97 a 03/99,
44	2	protestantes	protestante
69	3	PSICOPATOLOGIA	PSICOPATOLOGIA; COGNIÇÃO; HISTÓRIA E FUNCIONAMENTO FAMILIAR
69	4	PANSS e CGI e GAS	PANSS e CGI
69	7	funcionamento global	funcionamento global (GAS)
69	8	foi	foi pior para o grupo caso, mas em ambos os grupos
71	10	, estatisticamente,	,
71	11	antiparkinsoniano	antiparkinsonianos
71	31	.	.]
72	28	Tabela 19	Tabela 18
76	10	melhor	com melhor
78	7	pacientes	pacientes do grupo caso
78	12	e	e/ ou

Página	Tabela	Linha	Coluna	Onde se lê	Leia-se
146	3	7	1	20% inativo	80% inativo
148	7	1	5		0,388

Marilia Montoya Boscolo

**“ÁLCOOL E DROGAS NA
ESQUIZOFRENIA”**

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado apresentado ao Curso de Pós-Graduação Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas, Área Saúde Mental da aluna **Marília Montoya Boscolo**.

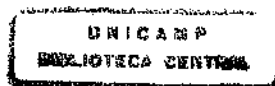
Campinas, 22 de fevereiro de 2000

Prof. Dr. Paulo Dalgalarondo
Orientador

Campinas

2000

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE



Marilia Montoya Boscolo

**“ÁLCOOL E DROGAS NA
ESQUIZOFRENIA”**

*Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do
título de Mestre em Ciências Médicas, área de Saúde
Mental.*

Orientador: *Prof. Dr. Paulo Dalgalarondo*

Campinas

2000

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

UNIDADE BC
CHAMADA: UNICAMP
B651a
41830
278/00
C D
RECO 811,00
ATA 05-02-00
CPD

CM-00142758-8

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

B651a Boscolo, Marília Montoya
Álcool e drogas na esquizofrenia / Marília Montoya Boscolo.
Campinas, SP : [s.n.], 1999.

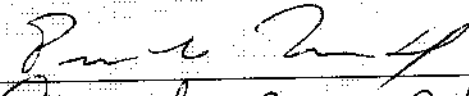
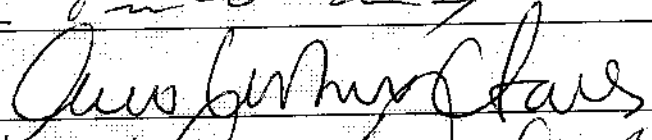
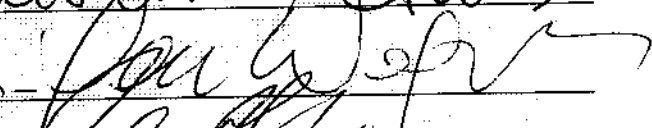
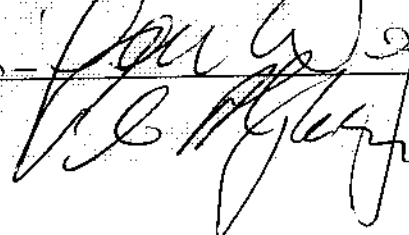
Orientador : Paulo Dalgalarrodo
Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas.

1. Maconha. 2. Cocaína. 3. Esquizofrenia. I. Paulo
Dalgalarrodo. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof. Dr. Paulo Dalgalarondo

Membros:

1. Prof. Dr. Paulo Romo Mendes - 
2. Prof. Dra. Ana C. Soares - 
3. Prof. Dr. Gestão Wagner S. Campos - 
4. Prof. Dr. Paulo Dalgalarondo - 

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas , área de saúde mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 22/02/00

Aos meus pais,

e a Werther.

AGRADECIMENTOS

Às pessoas que compartilharam comigo esse trabalho, minha sincera gratidão.

À equipe do CAPS Integração da Prefeitura Municipal de Campinas, pelo auxílio na seleção dos pacientes e atenção dispensada nas discussões dos casos.

À Janssen Farmacêutica pelo auxílio com os instrumentos no início da pesquisa.

À Cleide Aparecida M. Silva, da Comissão de Pesquisa da FCM-Unicamp, pelos trabalhos estatísticos.

Ao Prof. Dr. Paulo Dalgalarro, pela disposição, entusiasmo, competência e dedicação na orientação deste trabalho.

Às minhas irmãs, Beth, Bia e Angela, por estarem sempre perto, apoiando e auxiliando esta minha trajetória.

RESUMO	<i>i</i>
1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Dificuldades inerentes ao tema.....	5
1.2. Modelos explicativos para a relação esquizofrenia e abuso de substâncias.....	7
1.3. Substâncias específicas e o efeito subjetivo das drogas de abuso e da medicação.....	10
1.3.1. As drogas de abuso.....	10
1.3.2. A medicação.....	13
1.3.3. O efeito subjetivo das drogas (álcool, maconha e cocaína) e da medicação na esquizofrenia.....	14
2. OBJETIVOS	20
3. PACIENTES E MÉTODO	22
3.1. Pacientes e local da Pesquisa.....	24
3.1.1. Critérios de inclusão.....	25
3.1.2. Critérios de exclusão.....	25
3.2. Método.....	25
3.2.1. Procedimentos.....	25
3.2.2. Instrumentos.....	26
3.2.3. As variáveis estudadas.....	36
3.2.4. A análise estatística.....	40
4. RESULTADOS	42
5. DISCUSSÃO	64

5.1. Limitações da metodologia do estudo.....	65
5.2. O perfil da amostra.....	66
5.3. O diagnóstico da esquizofrenia.....	67
5.4. Discussão comparativa da psicopatologia.....	69
5.5. O perfil farmacológico e os sintomas extrapiramidais.....	70
5.6. O uso de substâncias no grupo caso.....	73
5.7. A experiência subjetiva em relação às substâncias.....	73
5.7.1. A Medicação.....	74
5.7.2. Álcool, Maconha e Cocaína.....	74
5.8. A qualidade de vida.....	75
6. CONCLUSÕES.....	77
SUMMARY.....	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83
ANEXOS.....	96

Figura 1.	Distribuição da amostra para escolaridade em anos com sucesso e anos sem sucesso, para grupo caso e grupo controle.....	44
Figura 2.	Distribuição da amostra para o número de episódios da doença e número de internações, para grupo caso e grupo controle.....	45
Figura 3.	Distribuição da amostra para o número de tentativas de suicídio, para grupo caso e grupo controle.....	46
Figura 4.	Distribuição da amostra para tabagismo, para o grupo caso e grupo controle.....	47
Figura 5.	Distribuição da amostra para o número de cigarros usados por dia, para grupo caso e grupo controle.....	49
Figura 6.	Distribuição da amostra para história familiar de alcoolismo no grupo caso e no grupo controle.....	49
Figura 7.	Distribuição da amostra para história familiar de uso de drogas no grupo caso e no grupo controle.....	49
Figura 8.	Boxplot da média do GAS, para grupo caso e grupo controle.....	51
Figura 9.	Distribuição da amostra para o diagnóstico da esquizofrenia, segundo o DSMIV, para grupo caso e grupo controle.....	52
Figura 10.	Distribuição da amostra para o tempo de uso de antiparkinsoniano no tratamento atual, em meses, para grupo caso e grupo controle.....	55
Figura 11.	Distribuição dos valores médios de pontos dos itens da Escala de Impressão Subjetiva para álcool, maconha, cocaína e medicação, no grupo caso.....	62

LISTA DE QUADROS / TABELAS

Quadro 1	Distribuição da amostra para os fatores da escala DAI – 30 para grupo caso e grupo controle.....	57
Tabela 1	Descrição da Impressão Subjetiva em relação à Medicação no grupo caso e grupo controle.....	58
Tabela 2	Descrição da Impressão Subjetiva em relação ao Álcool, no grupo caso e comparação com a Impressão Subjetiva da Medicação.....	59
Tabela 3	Descrição da Impressão Subjetiva em relação à Maconha, no grupo caso e comparação com a Impressão Subjetiva da Medicação.....	60
Tabela 4	Descrição da Impressão Subjetiva em relação à Cocaína, no grupo caso e comparação com a Impressão Subjetiva da Medicação.....	61
Tabela 5	Escala QLS – Descrição (médias e desvios padrão) e comparação (p-valor) para grupo caso e grupo controle.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS

DSM-IV	“Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”
CID10	“Critérios Diagnósticos da Classificação Internacional da Saúde”
PANSS	“Positive and Negative Syndrome Scale”
CGI	“Clinical Global Impressions”
GAS	“Global Assessment Scale”
HAMA	“Hamilton Anxiety Scale”
CALGARY	“The Calgary Depression Scale”
QLS	“The Quality of Life Scale”
GARF	“Global Assessment of Relational Functioning”
ESRS	“Extrapyramidal Symptom Rating Scale”
UKU	“The UKU Side Effects Rating Scale”
DAI 30	“Drug Attitude Inventory”
SSAS	“Schizophrenia/ Substance Abuse Interview Schedule”
MMSE	“Mini Mental State Examination”
EIWA	“Escala de Inteligência Wechsler para Adultos”

RESUMO

O objetivo deste trabalho é estudar o fenômeno do uso de álcool e drogas ilícitas (maconha e cocaína) na esquizofrenia. Trata-se de estudo comparativo, caso-controle, de dois grupos de esquizofrênicos pareados para sexo e idade, que preencheram os critérios diagnósticos do DSMIV para esquizofrenia. O grupo caso é definido por esquizofrênicos que têm história de ter feito uso de álcool, pelo menos no último mês e/ ou história de ter feito uso de drogas (maconha e cocaína), pelo menos alguma vez na vida e também no último ano. O grupo controle é definido por pacientes esquizofrênicos sem esse antecedente de uso de álcool e/ ou drogas.

A amostra foi composta por 15 pacientes por grupo, internados na enfermaria de Psiquiatria do HC-Unicamp, ou matriculados no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) da Prefeitura Municipal da cidade de Campinas. Foram estudadas variáveis demográficas, histórico psiquiátrico, psicopatologia (Escala PANSS, CGI), funções cognitivas (MMSE, Teste de Fluência Verbal, EIWA e Memória Lógica), funcionamento global (GAS) e familiar (GARF), tratamento farmacológico, sintomas extrapiramidais (ESRS, UKU), qualidade de vida (QLS) e impressão subjetiva do paciente em relação à medicação (DAI-30 e SSAS), às drogas e ao álcool (SSAS).

Os grupos foram comparados utilizando-se o teste de Wilcoxon para amostra pareada para as variáveis contínuas e o teste Qui-quadrado de Stewart-Maxwell e teste de MacNemar para as variáveis categoriais.

Os resultados demonstram que os pacientes esquizofrênicos que usam álcool e/ ou drogas têm tendência a melhor desempenho escolar e a apresentar menos anedonia. No entanto, têm pior adaptação social, tendem a tentar mais o suicídio e fazem maior uso de tabaco. Estes pacientes, com o uso da medicação, sentem-se subjetivamente mais “alienados”, mais “xarope”, mais “zoró” e mais “robô”. Além disso, eles têm objetivamente mais sintomas extrapiramidais e piora dos sintomas negativos, com o uso da medicação.

Nos pacientes do grupo caso, o tempo de uso de agentes antiparkinsonianos, no tratamento atual, foi significativamente menor que o tempo de uso no grupo controle. Isto não se deve ao tempo de doença, que não foi diferente para os dois grupos, tampouco, se deve ao tempo de uso de antipsicóticos tanto no tratamento atual como no anterior, que

também não foi diferente para os dois grupos; e nem mesmo a presença de menos sintomas extrapiramidais, que ao contrário, foi objetivamente maior no grupo caso. Isso, permitiu-nos concluir que, neste estudo, os pacientes do grupo caso podem estar fazendo uso de álcool e/ ou drogas para atenuar os efeitos extrapiramidais da medicação antipsicótica. Este achado, reforça a teoria do modelo da automedicação, que postula que os pacientes esquizofrênicos fariam uso de álcool e/ou drogas para aliviar os efeitos extrapiramidais indesejáveis dos antipsicóticos.

A relação subjetiva com o álcool parece ser percebida como favorecedora de melhor interação social, bem como com a maconha. Essa última, no entanto, piora os sintomas negativos e acentua a sensação de pensamento confuso. A cocaína parece produzir subjetivamente mais alegria e maior capacidade de atenção; mas por outro lado, os pacientes sentem-se subjetivamente mais hostis, mais tensos, com mais sintomas positivos e negativos da esquizofrenia.

1. INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é uma condição que acomete mais indivíduos jovens, na fase produtiva da vida adulta e tende a evoluir em surtos ou a ser crônica, comprometendo tanto o funcionamento psíquico como o ajustamento social. Indivíduos esquizofrênicos têm pior evolução, comparados a indivíduos portadores de outras psicoses (Harrow *et al.*, 1997).

A revisão de estudos epidemiológicos da literatura mundial, realizados nos últimos anos, sugere que a prevalência da esquizofrenia para um ano, seja de aproximadamente 1%, acomete tanto homens como mulheres, tem início mais precoce nos homens e casos novos são raros antes da puberdade e depois dos 50 anos (Mari, 1989). No Brasil, a incidência de esquizofrenia aproxima-se daquela encontrada nos outros países. Almeida-Filho *et al.* (1992), em estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras, encontraram prevalência de 1% para os distúrbios delirantes, incluindo a esquizofrenia.

Atualmente, sabe-se que o prognóstico da esquizofrenia pode ser subdividido em múltiplas dimensões e perspectivas, como sintomas, funcionamento social, ou uso de serviços psiquiátricos (Menezes & Nascimento, 1998).

Os fatores associados ao prognóstico incluem ajustamento e personalidade pré-mórbidos, estado civil, idade de início da doença, perfil psicopatológico, tratamento e fatores biológicos. As mulheres têm prognóstico melhor que os homens, quanto ao número de reinternações psiquiátricas, evolução clínica e funcionamento social. Os homens apresentam maior frequência de transtornos da personalidade pré-mórbidas e maior probabilidade de permanecer solteiros (Chaves, 1998).

Um estudo prospectivo de dez anos, para primeiro episódio de esquizofrenia, realizado na Índia, mostrou prognóstico favorável independente da ausência da infraestrutura de tratamento dos países desenvolvidos (Thara *et al.*, 1994). De forma mais ampla, um estudo multicêntrico (Sartorius *et al.*, 1986) sugere que pacientes esquizofrênicos na Europa Ocidental e Estados Unidos têm curso da doença com pior prognóstico, em comparação a pacientes de países economicamente desvantajados (África, Ásia, América Latina).

O abuso de álcool e drogas parece ter seu papel no curso e prognóstico de pacientes esquizofrênicos (Kovaszny *et al.*, 1997).

Vários estudos têm reconhecido que o abuso de substâncias entre pacientes esquizofrênicos é significativo (Regier *et al.*, 1990; Brady *et al.*, 1991; Wilkins *et al.*, 1991; Shaner *et al.*, 1993), e é apontado como grave problema para essa população (Galanter & Castaneda, 1988; Drake & Wallacch, 1989, Volavka, 1999). Estima-se que até 50% da população acometida pela esquizofrenia faça uso de álcool ou drogas ilícitas, ou tenha algum envolvimento com essas substâncias, previamente à doença ou durante o curso da mesma (Dixon *et al.*, 1991; Ziedonis, 1997).

Já em 1975, Freed *et al.* relataram que indivíduos que sofriam de ambas patologias, esquizofrenia e alcoolismo, não eram raros. Pacientes esquizofrênicos têm cinco vezes mais chance de ter uso ou dependência de substâncias do que o resto da população (Regier *et al.*, 1990).

Fowler *et al.* (1998) revisaram 32 estudos que avaliaram a prevalência do abuso de substâncias na esquizofrenia e encontraram uma grande variação neste índice. Estes estudos diferem entre si na diversidade dos locais em que foram realizados, em relação ao estado clínico apresentado pelos pacientes, condições sócio - econômicas e culturais das amostras e terapêuticas que foram empregadas. Assim, a prevalência nos diferentes locais de pesquisa também é variada. Isto constitui um problema metodológico para este tema, e será discutido à frente.

Há uma maior prevalência da comorbidade de esquizofrenia e uso de substâncias psicoativas em unidades de urgência e enfermarias psiquiátricas; parece acometer mais jovens do sexo masculino que vivem em áreas menos favorecidas (Smith & Hucker, 1994).

No Brasil, até o momento, não existem dados de prevalência para essa comorbidade. Menezes (1999) descreveu um projeto em andamento na cidade de São Paulo que está sendo realizado em duas fases: a primeira de corte transversal, para estimar a prevalência de comorbidade e fatores associados à mesma e a segunda, um estudo prospectivo de coorte, para avaliar a associação entre a comorbidade e a evolução das psicoses funcionais.

Em estudo sobre desinstitucionalização, o consumo de álcool e drogas é sugerido como fator preditivo de não-adesão ao tratamento. O seu controle é indicado, visando melhorar a adesão ao tratamento, uma vez que a não adesão levaria ao fenômeno da “porta giratória”, com re-hospitalizações freqüentes (Bandeira, 1993; Pristach *et al.*, 1990; Sullivan *et al.*, 1995). Wolpe *et al.* (1993), também estudando adesão a tratamento, identificaram que esquizofrênicos com abuso de cocaína aderiram menos ao tratamento do que aqueles que não faziam uso de cocaína. Também se relatou a associação entre abuso de substâncias e aumento da violência (Bartels *et al.*, 1991), aumento de suicídio (Drake & Wallach, 1989), exacerbação de sintomas psicóticos (Andreasson, 1987), assim como aumento do risco de discinesia tardia (Dixon *et al.*, 1992).

Desta forma, identificar, entender e tratar a comorbidade de esquizofrenia e abuso de álcool e/ou drogas tem se evidenciado progressivamente importante nos últimos dez anos (Hasin *et al.*, 1996).

Entretanto, foi apontado na literatura, que não é claro se há um aumento real no abuso de álcool e drogas entre os doentes mentais nos últimos anos, ou se isso é a impressão dada pela crescente conscientização do problema por parte dos clínicos. Contudo, dois fatores importantes parecem ter contribuído para um suposto aumento real do uso de substâncias ilícitas entre doentes mentais: a era da desinstitucionalização, que resultou em muitos pacientes vivendo na comunidade e o aumento da aceitação social em experimentar drogas ilícitas nas sociedades ocidentais (Smith & Hucker, 1994).

Considerando-se que o curso e tratamento da esquizofrenia parece ser influenciado pelo abuso de substâncias, a falta de tratamentos especializados para esta subpopulação contribuiria para o agravamento do problema (Addington *et al.*, 1997). A relação entre o paciente e a equipe de saúde parece ficar significativamente prejudicada com tal comorbidade (Wilkins, 1997).

Chama-nos a atenção que, nos estudos revisados, esquizofrênicos que abusam de substâncias têm menos manifestações psicopatológicas do que esquizofrênicos não usuários (Dixon *et al.*, 1991; Mueser *et al.*, 1990). Isso sugere que o abuso de drogas provavelmente é um comportamento que requeira melhor funcionamento psicossocial e que possivelmente o abuso de drogas complicaria casos menos graves de esquizofrenia (Wilkins, 1997).

1.1. DIFICULDADES INERENTES AO TEMA:

A revisão da literatura aponta grande diversidade nos desenhos dos estudos de prevalência realizados nesta área e alguns problemas metodológicos serão a seguir apontados.

Existem dificuldades quanto ao **diagnóstico de abuso de álcool e drogas na esquizofrenia**. Os estudos frequentemente falharam em usar critérios diagnósticos padronizados e alguns autores não relataram o uso de instrumentos de medida específicos para evitar a contaminação de psicose induzida por drogas na amostra (Smith & Hucker, 1994). Mesmo os mais rigorosos estudos podem não ter diagnosticado psicose induzida, uma vez que esquizofrênicos, assim como a maioria das pessoas, tendem a negar ou minimizar o consumo de álcool ou drogas ilícitas (Safer, 1987).

Mueser *et al.* (1990) apontam vários problemas: em relação à **definição de abuso substância**, os autores referem que para pacientes, cujo funcionamento diário já é prejudicado pela sua doença, a distinção entre uso e abuso de substância é difícil, pois a influência relativa da doença psiquiátrica e do abuso de substância no funcionamento geral faz essa distinção ser turva. A **duração do abuso** normalmente é maior na história de vida, quando comparada ao uso durante os últimos seis meses de história pregressa ou uso atual. A informação de abuso recente pode ser mais confiável, uma vez que, com o passar do tempo, a memória pode ser distorcida, porém pode ser minimizada, como discutimos acima. Assim, parece ser necessário o maior número de fontes de informação possíveis. Também é discutido a **não avaliação simultânea de diferentes tipos de drogas**, pois os pacientes esquizofrênicos tenderiam ao abuso de diferentes classes de drogas (Breakey, *et al.*, 1974).

Em estudo de revisão recente sobre as teorias etiológicas do diagnóstico de comorbidade (Mueser *et al.*, 1998), os autores apontam para o problema do **local de acesso das amostras nos estudos**, sendo que a maioria dos estudos ocorreu em locais de tratamento, o que aumentaria a prevalência de comorbidade, além de que a maioria dos estudos teria sido desenvolvida com pacientes hospitalizados, o que também aumentaria a estimativa de comorbidade.

Não obstante, Drake *et al.* (1990) sugerem que qualquer consumo de álcool entre esquizofrênicos deveria ser identificado como problema. Assim, entre doentes mentais gravemente acometidos, definir padrões para critério diagnóstico de abuso de substâncias pode subestimar a extensão do problema clínico (Smith & Hucker, 1994).

Contudo, a falha em usar entrevista diagnóstica estruturada aumenta a variação nas informações e o risco de diagnóstico errôneo parece ser significativo (Alterman *et al.*, 1984). Apesar dos esforços, até o momento parece não haver instrumento padronizado para avaliar essa comorbidade (Smith & Hucker, 1994; Hasin *et al.*, 1996).

Hasin *et al.* (1996) testaram a confiabilidade de entrevista diagnóstica semi-estruturada, a “Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM)” para diagnósticos psiquiátricos em pacientes que abusam de substâncias, e encontraram confiabilidade comparável a dos instrumentos já existentes.

Baigent *et al.* (1995) propuseram o “Brief Symptom Inventory and Schizophrenia/ Substance Abuse Interview Schedule”. Este é específico para esquizofrenia e contempla: a impressão subjetiva do paciente em relação às substâncias; o histórico do uso ao longo da vida do paciente e na atualidade. Trata-se de um instrumento de auto preenchimento, portanto apresenta algumas dificuldades de aplicação e é questionável para populações de baixa escolaridade, como a brasileira.

Parte deste instrumento foi adaptado para um questionário semi estruturado e usado neste estudo. A frente, ele será descrito de forma mais detalhada.

Dixon *et al.* (1990, 1991) elaboraram um questionário para pacientes psicóticos com o objetivo de identificar razões para o uso de drogas nessa população, o “Reasons for Use”. Mais adiante, os resultados de suas pesquisas serão relatados.

Os estudos recentes ainda apresentam os mesmos problemas metodológicos; a falta de um instrumento adequado para avaliar essa comorbidade em pacientes esquizofrênicos ainda é verificada.

O crescente entendimento das razões que levam pacientes esquizofrênicos a usar substâncias ilícitas, o porquê de deverem parar o uso ou a percepção dos efeitos subjetivos dessas substâncias, deve auxiliar o planejamento de intervenções que contemplem a necessidade desse grupo (Addington *et al*, 1997).

Desta forma, considerar a população de esquizofrênicos nas suas características mais individuais de demografia, quadro clínico, história psiquiátrica, evolução, comportamento e tratamento, faz-se substancialmente necessário para contribuir com a elaboração destes instrumentos que auxiliem detectar, medir, entender e tratar essa coexistência de álcool e outras drogas na esquizofrenia.

Alguns modelos de fatores de risco têm sido propostos para melhor entender esse tema.

1.2. MODELOS EXPLICATIVOS PARA A RELAÇÃO ESQUIZOFRENIA E ABUSO DE SUBSTÂNCIAS

Arndt *et al.* (1992) observaram que esquizofrênicos que abusavam de álcool e maconha tinham **melhor ajustamento pré-morbido**. Eles propuseram um modelo onde esse ajustamento pré-morbido possibilitaria maior sociabilidade e, desta forma, estes pacientes estariam mais expostos a maiores oportunidades de experimentar álcool e drogas ilícitas. Assim, depois do início da esquizofrenia, o abuso de substâncias aumentaria, na tentativa de lidar com o estresse associado à doença.

No **modelo de razões sociais** para o abuso, Lieberman *et al.* (1990) propõem que esquizofrênicos frequentemente andam por áreas pobres onde o uso de drogas é mais comum. Lamb (1992) propõe que o abuso de substâncias pode ser uma tentativa de desenvolver uma identidade mais aceitável que a de um doente mental. Outros autores postulam que o abuso de drogas facilitaria a interação social (Bergman & Harris, 1985).

O **modelo da auto medicação** baseia-se no desejo do paciente esquizofrênico de aliviar sintomas específicos da patologia (Dixon *et al.*, 1990). Hamera *et al.* (1995)

testaram esta hipótese para substâncias em separado e encontraram que há respostas diferentes para cada substância. A nicotina está relacionada à diminuição da angústia dos sintomas de forma inversa; o consumo de álcool e de maconha não aumenta com a piora da angústia de sintomas na esquizofrenia. Isto sugere que o modelo da auto medicação talvez não seja verificado de forma idêntica para as diferentes classes de substâncias.

Outros autores (Schneier & Siris, 1987; Miller & Tanenbaum, 1989) defendem que a auto medicação não se dê apenas para aliviar sintomas intrínsecos da psicopatologia da esquizofrenia, mas também para aliviar sintomas decorrentes dos efeitos indesejáveis extrapiramidais da farmacoterapia empregada no tratamento. Esses autores fazem referência aos neurolépticos ditos tradicionais ou típicos.

A disforia neuroléptica é a resposta subjetiva desprazerosa caracterizada por irritabilidade, cansaço, apatia, falta de interesse ou ambição. Esta é descrita também como efeito colateral dos neurolépticos convencionais (Van Putten *et al.*, 1984; Awad *et al.*, 1995). Esse efeito, os pacientes esquizofrênicos aliviarão através do uso de drogas ilícitas (Dixon *et al.*, 1991). Voruganti *et al.* (1997) encontraram correlação significativa entre disforia neuroléptica e abuso de substâncias em pacientes com terapêutica neuroléptica convencional, tanto em pacientes internados como em pacientes ambulatoriais, corroborando essa hipótese.

O alto consumo de álcool e drogas ilícitas antes do início da doença contribuiria para o desenvolvimento de esquizofrenia ou precipitaria sua expressão em indivíduos vulneráveis (Breakey *et al.*, 1974; Alterman *et al.*, 1984). Este é o **modelo da vulnerabilidade genética** testado em estudo de gêmeos que sugere substancial evidência de que indivíduos acometidos pela esquizofrenia e alcoolismo têm predisposição genética para ambas as patologias, tendo ambas, portanto, a mesma natureza que causa a ocorrência das duas em separado (Kendler, 1985).

O tabagismo também foi associado à esquizofrenia. Nas famílias com predisposição genética para esquizofrenia, o tabagismo foi sugerido como fator de risco para desenvolver esta condição (Leon, 1996).

Addington *et al.* (1997), em estudo sobre razões para o abuso de substâncias em pacientes esquizofrênicos, encontraram evidências de que alguns pacientes podem usar substâncias para ajudá-los a sentir-se mais integrados em situações sociais, e para ajudar a reduzir o isolamento social experimentado por muitos destes pacientes. Para outros pacientes, as substâncias podem ajudar na ansiedade, tensão, disforia, apatia ou anedonia, em vez de atuar especificamente nos sintomas positivos da esquizofrenia. Outros ainda podem usar substâncias para aliviar os efeitos colaterais da medicação. Este autor parece defender, portanto, que os vários modelos se associam entre si e contribuem para o fenômeno do uso de álcool e drogas na esquizofrenia.

Mueser *et al.* (1998), em estudo de revisão das teorias etiológicas para a comorbidade de esquizofrenia e abuso de substâncias propostas por vários autores, também defendem que diferentes modelos participam da elevada comorbidade entre Transtornos Decorrentes do Uso de Substâncias e Transtornos Mentais graves (esquizofrenia e transtorno bipolar) e que esses modelos variam na ocorrência para esses pacientes, não havendo, assim, um grupo padrão de modelos, comum para todos os casos. Alguns pacientes podem ter ou não fatores em comum, o que nos dá a idéia de particularidade para os casos.

Há dois modelos apontados por Mueser *et al.* (1998) que seriam os de maior evidência. Esses modelos corresponderiam a modelo do Transtorno de Personalidade Antissocial e modelo da Supersensibilidade.

O modelo do Transtorno de Personalidade Antissocial postula que existe uma forte relação entre transtorno de personalidade social e abuso de substâncias, além de que o transtorno de personalidade contribuiria para curso mais grave da doença, incluindo início mais precoce do quadro de abuso, dependência física mais grave e conseqüências físicas, sociais e legais mais adversas dos Transtornos Decorrentes do Uso de Substâncias.

O modelo da Supersensibilidade propõe a elaboração de um modelo de vulnerabilidade ao estresse. De acordo com este modelo, a vulnerabilidade psicobiológica determinada pela combinação genética e eventos ambientais precoces interagem com o estresse ambiental que tanto precipitaria o início de uma transtorno psiquiátrico como levaria à recaída do mesmo. Neste sentido, a medicação psicotrópica diminuiria a vulnerabilidade para o estresse e o abuso de substância o aumentaria.

Mais recentemente, Blanchart *et al.* (1999) estudaram um **modelo de regulação do afeto** em 39 pacientes com esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo, em que o foco são os traços da personalidade e recursos ou habilidades de enfrentamento. A hipótese testada foi a de que habilidades mal adaptativas e traços de afeto negativo e desinibição, mas não traços de afeto positivo, estariam associados a grandes problemas por uso de substâncias. Aí estão incluídos o uso de drogas e álcool para lidar com estresse. Essa hipótese também se manteve no controle para gênero.

No mesmo estudo, ainda que os pacientes tenham relatado razões específicas para uso das substâncias como álcool e/ou drogas, os efeitos subjetivos não coincidem necessariamente com essas razões. Os pacientes relataram usar drogas para aumentar prazer, reduzir a depressão e ficarem eufóricos, porém os efeitos subjetivos de aumento de depressão e os sintomas positivos foram identificados.

Parece que a razão de cada paciente é individual, frente ao abuso de substâncias, e que os efeitos subjetivos dessas substâncias têm papel esclarecedor nesse fenômeno.

Assim, na prática clínica parece ser crucial saber qual fator deve ser levado em conta para aquele determinado paciente para traçarmos intervenções apropriadas.

1.3. SUBSTÂNCIAS ESPECÍFICAS E O EFEITO SUBJETIVO DAS DROGAS DE ABUSO E DA MEDICAÇÃO:

1.3.1. As Drogas de abuso

O consumo de substâncias que possuem a capacidade de alterar estados da consciência e modificar o comportamento parece ser um fenômeno universal da humanidade. Praticamente todas as culturas, nas mais diferentes épocas, elegem determinadas substâncias que auxiliam no relacionamento social, marcam festividades ou favorecem rituais de cunho místico/ religioso (Laranjeira & Nicastri, 1996).

Droga é qualquer substância que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais sistemas do organismo (e que não seja produzida por ele), provocando alterações em seu funcionamento. O uso pode ser definido como qualquer consumo de substâncias (experimental, esporádico ou episódico, por exemplo). O abuso ou uso nocivo é um consumo de substâncias que já está associado a algum tipo de prejuízo (quer em termos biológicos, psicológicos ou sociais). A dependência é um consumo sem controle, geralmente associado a problemas sérios para o usuário (Laranjeira & Nicastrí, 1996).

O álcool é um depressor do sistema nervoso central, tende a produzir diminuição da atividade motora, da reatividade à dor e da intensidade da mesma, sendo comum um efeito euforizante inicial (diminuição das inibições e da crítica) e um aumento da sonolência, posteriormente. São muitos os distúrbios causados pelo álcool, dentre eles estão os distúrbios mentais orgânicos (intoxicação alcoólica aguda, transtorno amnésico-alcoólico, intoxicação alcoólica idiossincrática, abstinência do álcool, *delirium tremens* e alucinoses alcoólicas). Algumas dessas condições incluem alteração da consciência com confusão, delírios e distúrbios da senso-percepção (Kaplan *et al.*, 1997).

Edwards e cols. (1999) descrevem o álcool como bebida consumida como alimento e às vezes como remédio, e que possui um rico significado simbólico quando usado em costumes e rituais sociais, culturais e religiosos. O seu uso é detectado desde os tempos bíblicos, mas é somente ao final do século XVIII e começo do século XIX que o conceito do beber excessivo aparece na literatura como uma condição clínica. Dois acontecimentos parecem ter contribuído para isso: a Revolução Industrial e as técnicas para fabricar bebidas alcoólicas.

A Revolução Industrial na Inglaterra trouxe uma concentração populacional nas cidades; isso facilitou aos médicos a observação pormenorizada de pacientes com consumo excessivo de álcool. O desenvolvimento de tecnologias na fabricação de álcool favoreceu o barateamento e a maior oferta do produto. O conceito de alcoolismo está ligado à Benjamin Rush (1790) nos Estados Unidos e a Thomas Trotter, no Reino Unido. Rush afirmou que “Beber começa como um ato de liberdade, caminha para o hábito e finalmente, afunda na necessidade”. Trotter dizia que “o hábito da embriaguez é uma doença da mente” (Laranjeira & Nicastrí, 1996).

O conceito de dipsomania foi desenvolvido por Bruhl Cramer, na Rússia. Esquirol na França, seguindo Morel, considerava alcoolismo como uma monomania sem delírio. Magnus Huss, na Suécia, criou o conceito clínico de “alcoolismo crônico” e considerava que o alcoolismo era uma condição de intoxicação crônica em que sintomas clínicos poderiam ser somáticos, psiquiátricos ou mistos. Até meados do século XIX, estes foram os conceitos predominantes (Laranjeira & Nicastrí, 1996).

Um século depois, Jellinek, em 1960, escreveu “The Disease Concept of Alcoholism”. Para ele, o alcoolismo existia quando o indivíduo tinha a necessidade de álcool e inabilidade para abster-se. Mais recentemente, em 1976, Griffith Edwards, na Inglaterra e Milton Gross, nos Estados Unidos, propuseram o conceito de síndrome de dependência ao álcool que coincide em grande parte com os critérios diagnósticos das classificações utilizadas na Psiquiatria atual (Laranjeira & Nicastrí, 1996)

A **maconha** é derivada da *cannabis sativa* e considerada um perturbador do sistema nervoso central. Esse derivado geralmente é uma mistura de partes da planta. A substância delta-9-tetraidrocanabinol (THC) é um dos sessenta canabióides presentes nessa mistura e responsável pelos efeitos psíquicos (Kaplan, *et al.*, 1997; Bergeret & Leblanc, 1991)

A *cannabis* assemelha-se aos opióides e benzodiazepínicos, uma vez que age em receptores específicos no cérebro. É diferente do álcool e da cocaína, que agem perturbando a atividade cerebral de forma mais específica. Provoca diversos fenômenos psíquicos anormais (alterações senso-perceptivas, como alucinação e delírios) sem que haja inibição ou estimulações globais aparentes do sistema nervoso central (Laranjeira & Nicastrí, 1996).

Os efeitos agudos da *cannabis* incluem alteração da consciência com leve euforia, relaxamento, alteração da senso-percepção, incluindo distorção da percepção do tempo e intensificação das experiências sensoriais comuns.

São muitos os efeitos do uso crônico (sistema cardiovascular, imunológico, respiratório e reprodutor), além de, marcadamente, estes efeitos estarem presentes no desenvolvimento e na adolescência, na vida adulta, na cognição e saúde mental (Kaplan *et al.*, 1997)

A curiosidade para as drogas, o processo de socialização e subcultura dos usuários, aumentaria a exposição e encorajamento ao uso de drogas, isso está associado à piora do desempenho escolar e pior taxa de emprego na vida adulta. Há evidências de que a *cannabis* produza uma psicose tóxica com sintomas de confusão, ansiedade, agitação e hipomania que desaparecem após a interrupção do uso (Laranjeira & Nicastri, 1996).

A **cocaína** é estimulante do sistema nervoso central, leva a um aumento do estado de alerta, insônia e aceleração dos processos psíquicos (euforia, desinibição, mudanças perceptuais, aumento da auto-estima e vontade sexual) e de comportamento (agressão física, agitação psicomotora), além de sintomas físicos (Kaplan *et al.*, 1997; Bergeret & Leblanc, 1991)

Seu efeito agudo está associado ao bloqueio da recaptção de dopamina, produzindo um aumento da substância nas fendas sinápticas. Há aumento no número e sensibilidade de receptores dopaminérgicos. Com o uso crônico, há uma redução na concentração de dopamina com o efeito final de diminuição do neurotransmissor. A cocaína também age nos sistemas noradrenérgicos, serotoninérgicos, gabaérgicos, de acetilcolina e endorfinas. A dopamina está envolvida nos centros límbicos responsáveis pelo prazer, incluindo aqueles relacionados com comida e sexo. Há desenvolvimento de tolerância aos seus efeitos (Araújo *et al.*, 1998).

O uso da cocaína é milenar e começou nos países andinos. É no começo do século que a literatura médica passa a descrever complicações relacionadas ao seu uso e problemas mentais. Atualmente, há uma maior oferta a preço muito menor, o que vem facilitando o consumo e sua diversificação (Laranjeira & Nicastri, 1996).

1.3.2. A Medicação:

O tratamento farmacológico da esquizofrenia iniciou-se com a descoberta da clorpromazina em 1952. A partir disso, os neurolépticos têm sido a principal droga de escolha para o tratamento farmacológico das psicoses agudas e crônicas, o que inclui a esquizofrenia. Porém, os efeitos colaterais neuromotores das síndromes extrapiramidais como acatisia, distonia, parkinsonismo e discinesia tardia são as maiores limitações dessa classe de fármacos (Van Putten, 1974).

Os neurolépticos tradicionais ou típicos agem bloqueando os receptores dopaminérgicos-D2 e são os que mais causam efeitos colaterais extrapiramidais. Os sintomas extrapiramidais agudos são os mais desconfortáveis dos efeitos colaterais, uma vez que ocorrem em 50% a 90% dos pacientes. A prevalência depende de fatores individuais do paciente (idade, sexo, sintomas extrapiramidais anteriores), da droga (dose, potência e relação de antagonismo entre os receptores de dopamina, acetilcolina e 5HT2-serotonina) e aspectos temporais do tratamento (Casey, 1993).

Os antipsicóticos atípicos ou da nova geração são outra opção de tratamento. Estes apresentam ação de bloqueio de receptores de dopamina (menor bloqueio D2 e maior bloqueio nos outros receptores dopaminérgicos), serotonina, adrenalina, histamina e acetilcolina. Eles produzem efeito antipsicótico comparável aos neurolépticos convencionais, com menor propensão a causar efeitos colaterais extrapiramidais (Miller *et al.*, 1998). Também apresentam, provavelmente, o benefício adicional de poderem ter maior eficácia no tratamento de sintomas negativos e nos déficits cognitivos das psicoses (Casey, 1993; Tamminga, *et al.*, 1996).

A indicação para o tratamento é de priorizar a monoterapia. A associação de neurolépticos aumenta os efeitos extrapiramidais e a possibilidade da discinesia tardia ou da síndrome neuroléptica maligna (Shirakawa *et al.*, 1998).

1.3.3. O efeito subjetivo das drogas (álcool, maconha e cocaína) e da medicação na esquizofrenia:

As cinco substâncias mais comuns em esquizofrenia são **nicotina, cafeína, álcool, maconha e cocaína**. Pacientes com problemas relacionados ao uso de substâncias procuram serviços de saúde por outras queixas, como cefaléia, desconforto abdominal, mas não por julgarem ter problemas relacionados ao uso de substâncias (Ziedonis & Trudeau, 1997).

A **nicotina** é extremamente comum entre indivíduos esquizofrênicos, acometendo de 70% a 90% desta população. É a comorbidade mais comum em indivíduos esquizofrênicos (Ziedonis & George, 1997). Muitos fatores são associados ao uso de nicotina entre os esquizofrênicos. São descritos os seguintes efeitos: efeitos positivos da nicotina no sistema neurotransmissor; diminuição dos efeitos colaterais dos psicotrópicos; fatores sociais como baixa renda e baixa escolaridade; fumar para preencher alguma lacuna (Ziedonis *et al.*, 1994). Também é relatada a estabilização da disfunção alucinatória (Adler, 1993) e a diminuição da ansiedade proveniente dos sintomas da esquizofrenia (Hamera *et al.*, 1995).

Indivíduos esquizofrênicos tabagistas têm início da esquizofrenia com idade mais jovem do que esquizofrênicos não fumantes, mais sintomas positivos e receberam doses significativamente maiores de neurolépticos (Leon *et al.*, 1996), o que corrobora a hipótese da capacidade da nicotina em induzir o metabolismo do neuroléptico, tornando esses indivíduos refratários aos neurolépticos (Ziedonis & George, 1997).

A **cafeína** também é descrita como fator de aumento da necessidade de doses maiores de neuroléptico (Hyde, 1990) e estaria relacionada à diminuição de sintomas negativos ou dos efeitos colaterais de neurolépticos (Schneier & Siris, 1987).

O **álcool** é, para Noordsy *et al.* (1991), a substância de abuso mais comum entre os esquizofrênicos. Têm sido relatados efeitos de alívio de ansiedade social, tensão, disforia, apatia e insônia. Em estudo com pacientes ambulatoriais, foi encontrado que 45% eram usuários ocasionais de álcool e 23 % faziam abuso importante de álcool (Drake *et al.*, 1989).

Addington *et al.* (1997) observaram que há controvérsia quanto ao efeito do álcool sobre os sintomas positivos e negativos da esquizofrenia; enquanto alguns relatam diminuição dos sintomas, especialmente o desconforto das alucinações, outros estudos indicam que há piora dos sintomas.

A **maconha** foi relatada como substância usada para auto medicação de sintomas negativos (Peralta & Cuesta, 1995) e como substância usada para aumentar sintomas positivos, diminuir ansiedade e aumentar energia (Dixon *et al.*, 1991). Contudo, há relato de que apenas alguns pacientes apresentem associação entre uso de *cannabis* e diminuição de sintomas intrínsecos à psicopatologia, bem como de sintomas provenientes da própria sintomatologia da doença, como a angústia de sintomas (Hamera *et al.*, 1995).

O uso de *cannabis* foi considerado um estressor e isto promoveria recaídas em indivíduos esquizofrênicos, com provável precipitação da patologia (Linszen *et al.*, 1994).

A **cocaína** foi identificada como droga estimulante usada para auto medicação de sintomas negativos na esquizofrenia (Brady *et al.*, 1990), aumenta a ansiedade e piora a depressão (Wilkins, 1993). Por outro lado, aumenta a produção alucinatória (Dixon *et al.*, 1991).

Assim, do ponto de vista neurobiológico e comportamental, parece haver uma variação dos efeitos da cocaína. O uso crônico de neuroléptico alteraria áreas neuronais, como o sistema dopaminérgico mesolímbico, o que tornaria esses indivíduos esquizofrênicos mais sensíveis aos efeitos comportamentais da cocaína, que é um agonista dopaminérgico, como já vimos. Considerando as propriedades estimulantes dopaminérgicas e psicotomiméticas da cocaína, indivíduos psicóticos podem se auto-administrar essa droga, buscando aquele efeito. Dessa forma, este aumento da sensibilidade à cocaína pode ser a base explicativa para o aumento potencial de abuso de cocaína nos esquizofrênicos (Kosten, 1997).

Wilkins (1997) também sugere que o uso crônico de cocaína possa produzir uma supersensibilidade dos receptores dopaminérgicos, o que poderia então potencializar a supersensibilidade neuroléptica e ser responsável pela discinesia tardia.

A **medicação**, mais especificamente os psicofármacos, representam uma classe de substâncias bastante estudadas na esquizofrenia, com particular interesse nos neurolépticos que são, frequentemente, os grandes determinantes da efetividade do tratamento farmacológico na esquizofrenia. Na terapêutica, a aceitação ou rejeição dos fármacos, em particular, os neurolépticos prescritos, irá mediar a adesão ao tratamento e é um dos fatores que irão determinar essa efetividade (Frances *et al.*, 1987).

Há um consenso de que a relação do indivíduo esquizofrênico com o psicofármaco é bastante documentada, mas não entendida. A avaliação subjetiva dos riscos e benefícios que o paciente encontra nos psicofármacos, no contexto dos valores pessoais e objetivos dos mesmos, parece ser esclarecedor. O desconforto subjetivo da medicação está associado com a recusa à medicação. Os efeitos colaterais dos neurolépticos, que podem traduzir esse desconforto, compreendem sedação, efeitos anticolinérgicos, prejuízo cognitivo, depressão, disfunção sexual e síndromes extrapiramidais, como distonia, acinesia, parkinsonismo, acatisia, e discinesia tardia. (Fenton *et al.*, 1997).

Newcomer *et al.* (1994) descreveram que a disforia neuroléptica está associada à acatisia e à recusa da medicação e/ ou não adesão ao tratamento. Num estudo comparativo de dois grupos de esquizofrênicos (Van Putten, 1976), o primeiro que adere à medicação e o segundo que não adere, o autor relatou percepções diferentes nos grupos. Aqueles pacientes que aderiram ao medicamento apresentavam efeitos disfóricos referidos como depressão e ansiedade. Aqueles que não aderiam experimentaram psicose com grandiosidade, rapidamente após a interrupção da medicação, sugerindo que alguns pacientes esquizofrênicos possam preferir este estado psicótico à relativa normalidade induzida pelo fármaco.

Outro estudo porém encontrou que a depressão em pacientes esquizofrênicos estaria relacionada à doença e não seria um resultado do tratamento com neuroléptico (Curson *et al.*, 1985).

A resposta subjetiva aos neurolépticos, do ponto de vista psicodinâmico, é que corresponde ao efeito terapêutico, visto que o efeito farmacológico no paciente não é devido à ação farmacológica somente, mas é devido também a forma que sua ação fisiológica influencia as defesas do paciente em termos da sua situação global. O que é observável na resposta afetiva do paciente é devido a interação entre a ação farmacológica vivenciada pelo paciente e as defesas do paciente.

Este conceito psicodinâmico é revisto por Awad & Hogan (1994), que propõem um constructo de fatores que contribuiriam para a diferença individual na resposta à terapêutica neuroléptica. Estes fatores se apresentam em efeito cascata. Assim teríamos que

o neuroléptico atingiria nível plasmático, com efeito no receptor da droga e dentro da célula, levando ao efeito biológico da droga em modelo biológico integrado; este efeito levaria à interpretação subjetiva daquele efeito biológico e, por último, às respostas comportamentais e psicológicas.

De acordo com este modelo, a interpretação individual das mudanças fisiológicas que acompanham o estado medicamentoso pode modular a evolução comportamental e psicológica final.

A partir do que pudemos apreender dos estudos sobre álcool e drogas na esquizofrenia, podemos justificar a necessidade clara de estudarmos o tema. Podemos ressaltar alguns estudos que ilustram isso.

A concomitância de abuso de substância em pacientes psicóticos é uma preocupação para os serviços de saúde mental, porque frequentemente complica o quadro do ponto de vista diagnóstico e terapêutico (Kovacs, 1997).

A alta prevalência de abuso de substâncias na esquizofrenia é um problema clínico, não só pelo número de pacientes acometidos, mas pela falta de estratégias de tratamento clínico adequada e eficaz para essa população. As consequências deste fenômeno incluem toxicidade para o sistema gastrointestinal, pulmonar, imunológico e neurológico; o manejo clínico pode ser minado pela baixa adesão ao tratamento, associada ao abuso de substâncias (Kosten, 1997).

O abuso de substâncias na esquizofrenia aumenta o risco de não adesão ao tratamento e parece interagir com diminuição no contato clínico, resultando em evolução clínica prejudicada, com mau prognóstico (Fenton *et al*, 1997; Wilkins, 1997). Estes pacientes têm tendência a não ter residência fixa e a aumentar o custo do tratamento (Kosten, 1997).

O melhor entendimento das relações do paciente esquizofrênico com as substâncias psicoativas vai auxiliar a reconhecer a comorbidade, diferenciá-la de outras patologias e tratá-la adequadamente.

A impressão subjetiva do paciente esquizofrênico em relação às drogas de abuso e à medicação prescrita, no seu universo psicopatológico e de relações internas e externas, parece ser crucial para este entendimento. Repousa aqui uma lacuna a ser melhor investigada. Este estudo pretende a observação deste fenômeno, não só nos aspectos já revistos pela literatura, mas também no que diz respeito à atitude do paciente em relação aos psicofármacos e às substâncias de abuso encontradas na comunidade em que ele vive.

Neste estudo, serão avaliadas as relações dos indivíduos esquizofrênicos com as medicações prescritas, os psicofármacos, bem como com o álcool, a maconha e a cocaína.

2. OBJETIVOS

2.1. GERAIS

O objetivo desta pesquisa é estudar o fenômeno do uso de álcool e drogas na esquizofrenia. Isto será feito através da comparação de dois grupos de pacientes esquizofrênicos, um deles com história de uso de drogas (maconha e/ou cocaína) e/ ou álcool e outro, sem esses antecedentes.

2.2. ESPECÍFICOS

2.2.1. Comparar os dois grupos nos seguintes aspectos: perfil demográfico; perfil psicopatológico; performance cognitiva; tratamento farmacológico e sintomas extrapiramidais.

2.2.2. Comparar a qualidade de vida entre os dois grupos.

2.2.3. Verificar e comparar os efeitos subjetivos da medicação nos dois grupos.

2.2.4. Verificar os efeitos subjetivos das drogas (maconha e/ ou cocaína) e álcool no grupo que faz uso delas e compará-los com o efeito subjetivo da medicação.

3. PACIENTES E MÉTODO

Este é um estudo de corte transversal, caso-controle, que comparou dois grupos de pacientes esquizofrênicos. O grupo “caso” é definido pela história de uso de álcool e/ ou drogas ilícitas e o grupo “controle”, definido pela ausência de história de uso de álcool e/ ou drogas ilícitas.

O parâmetro de história de uso de drogas ilícitas foi circunscrito de forma homogênea para maconha e cocaína. Esse parâmetro corresponde à história progressiva de uso dessas substâncias, cronologicamente, abrangendo, pelo menos, uso alguma vez na vida e no último ano.

O parâmetro para história de uso de álcool difere das duas substâncias (maconha e cocaína). Este está circunscrito à história de uso de álcool no último mês que precede a internação, pelo menos. Isto foi adotado em função das características culturais e sociais do meio brasileiro, onde o uso de álcool alguma vez na vida é socialmente aceito, ao contrário do uso de maconha e cocaína, que culturalmente e legalmente não são aceitos. Além disso, a lembrança segura de uso de álcool, segundo a OMS, estaria circunscrita aos últimos 15 dias. Desta forma, o critério adotado procura minimizar esses vieses culturais e cognitivos e, ao mesmo tempo, favorecer um perfil longitudinal dos pacientes em estudo, considerando a história de vida do indivíduo.

Desta forma, o critério para fixar o intervalo de tempo de uso para o álcool, contempla pacientes com história de uso de álcool maior que um mês, contanto que o uso esteja presente também no último mês, e contempla pacientes nos quais o uso é referido apenas no último mês. E, o critério para fixar o intervalo de tempo para uso de drogas (maconha e cocaína), contempla pacientes com uso destas, necessariamente, alguma vez na vida e no último ano, podendo também estar presente no último mês, mas não necessariamente. Foram portanto, excluídos os pacientes que iniciaram uso recente de drogas, no último mês, pois a caracterização do uso ficaria prejudicada, bem como seu impacto nas diversas áreas de interesse nesta pesquisa. Além disso, poderia ser um confundidor no diagnóstico da esquizofrenia em casos onde a cronologia da doença fosse duvidosa e recente.

O parâmetro do tempo de uso fica prejudicado, pois é difícil precisar o tempo de uso regular das drogas através da entrevista. Não obstante, parece ser pertinente ao tema a avaliação de qualquer uso de substância atual ou pregresso, nos parâmetros de tempo descritos acima para a população em estudo. Isto foi considerado neste estudo em função da repercussão das substâncias no tratamento do indivíduo, como já vimos na revisão literária.

3.1. PACIENTES E LOCAL DA PESQUISA

A amostra compreendeu 30 pacientes (n=30), com diagnóstico de admissão de esquizofrenia, divididos em dois grupos, pareados por sexo e idade. O limite de pareamento para a idade foi de até três anos a mais ou até três anos a menos.

O primeiro grupo (n=15) foi composto por indivíduos esquizofrênicos com história de uso, pelo menos alguma vez na vida e no último ano, de cocaína (inalada, fumada ou endovenosa) e/ ou maconha; e/ou de álcool, pelo menos no último mês.

O segundo grupo (n=15) é composto por indivíduos esquizofrênicos sem história de uso das mesmas substâncias.

Isto posto, o grupo de pacientes que não tenha história pregressa de uso de cocaína (inalada, fumada ou endovenosa) e/ ou maconha alguma vez na vida, no último ano, no último mês e na última semana; e não tenha história de uso de álcool às vezes e no último mês, constitui o grupo controle. O grupo que tenha história de uso pregresso de cocaína (inalada, fumada ou endovenosa) e/ ou maconha, pelo menos, alguma vez na vida e no último ano; e/ou de álcool, pelo menos no último mês, constitui o grupo caso.

Os indivíduos aqui estudados são pacientes esquizofrênicos internados na enfermaria de psiquiatria do HC-Unicamp, e matriculados no CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial da Prefeitura Municipal de Campinas), tendo sido selecionados segundo os seguintes critérios:

3.1.1. Critérios de Inclusão:

-Idade: indivíduos com idade entre 14 e 60 anos, sem distinção de gênero.

-Diagnóstico de admissão: estão inclusos os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, segundo critério diagnóstico da Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (OMS, 1992) e Critérios Diagnósticos da DSMIV (American Psychiatry Association, 1994).

3.1.2. Critérios de Exclusão:

- Pacientes portadores de doença física significativa e com pobreza acentuada no contato interpessoal, que impossibilitasse a aplicação dos instrumentos utilizados.

- Recusa em participar da pesquisa.

3.2. MÉTODO

3.2.1. Procedimentos:

Os pacientes foram entrevistados na enfermaria do HC-Unicamp ou no CAPS. Foram solicitados a participar do estudo através de entrevista individual realizada na própria enfermaria ou no CAPS, após esclarecimento de tratar-se de procedimento pertinente à pesquisa. O paciente, então, era informado do caráter anônimo da entrevista, que foi realizada por médico psiquiatra único (o presente autor), não envolvido no tratamento do paciente, para assegurar maior confiabilidade dos dados. Isto foi feito por haver informações de dados que podem ser opostas às orientações médicas recebidas no tratamento e devido ao caráter ilícito das drogas de uso. Seguiu-se, à entrevista, consulta ao prontuário do paciente para assegurar maior número de informações.

3.2.2. Instrumentos:

Os instrumentos foram selecionados a partir de revisão da literatura, buscando-se aqueles adequados aos pacientes da amostra, contando que estaríamos trabalhando com o universo de indivíduos portadores de esquizofrenia e, para o grupo caso com indivíduos, que além da esquizofrenia, tivessem história de uso de substâncias (cocaína, maconha e álcool). A partir disso, foram selecionados os instrumentos que tivessem estudos de validação e confiabilidade, quando possível. Essa revisão da literatura encontrou que esse é um aspecto relevante para estudos dessa natureza, uma vez que ainda não temos instrumentos testados que possam identificar e medir o uso de substâncias ilícitas nesse universo, bem como o de álcool, uma vez que os instrumentos disponíveis para tanto, para a população já portadora de doença mental, parecem não ser adequados para o universo da esquizofrenia.

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

1. **Histórico Psiquiátrico:** trata-se de questionário semi-estruturado para coleta de dados sócio demográficos e história psiquiátrica, derivado do roteiro de entrevista de rotina para pacientes admitidos na enfermaria do HC-Unicamp (ANEXO 1).
2. **Inventário de Tratamento Farmacológico:** é um questionário relativo à medicação prescrita. Inclui dois registros: medicação em uso no momento da entrevista, que corresponde à conduta instituída no tratamento atual e medicação em uso anteriormente à entrevista, que corresponde à conduta instituída em tratamento anterior ao atual. Abrange nome genérico do fármaco, dose em mg/dia, via de administração, tempo de uso em meses e padrão de uso (ANEXO 2).

O **nome genérico** está dividido em 6 categorias: antipsicóticos, antidepressivos, estabilizadores de humor/ anticonvulsivantes, tranquilizantes/ benzodiazepínicos/ hipnóticos, antiparkinsonianos e outros medicamentos. Foi incluída também a categoria de eletroconvulsoterapia, abrangendo número de sessões e data do procedimento.

Para estabelecermos um padrão de **dose** de antipsicóticos e antiparkinsonianos, utilizamos uma **tabela** de conversão de dose equivalência (Tabela 1 e Tabela 2- ANEXO 18).

Os parâmetros para a conversão de equivalência dos antipsicóticos foram derivados de estudos de avaliação de potência dessa classe de fármacos (Galletly, 1992; Dewan *et al.*, 1995; Janicak *et al.*, 1996) e que padronizaram a equivalência em mg de clorpromazina.

Para a classe dos antiparkinsonianos, utilizou-se um parâmetro derivado da prática clínica, uma vez que na literatura não foram encontrados estudos de potência desses agentes. Foi criado, por este autor, uma unidade antiparkinsoniana (u.), que englobou medicações que, na prática clínica, podem ser usadas com o objetivo de tratar o efeito colateral indesejável dos antipsicóticos.

A unidade antiparkinsoniana (u.) considerou 1 u. equivalente a 2mg de biperideno, a 25mg de prometazina, a 10mg de diazepam e a 40 mg de propranolol, administrados por via oral.

O **padrão de uso** compreende 4 categorias: **uso regular** da medicação (para uso conforme o prescrito); **uso pouco regular** da medicação (para uso diário, com falhas ocasionais de uso em alguns horários da posologia ou um dia todo sem uso, mas não excedendo mais que um dia sem a medicação); **uso muito irregular** (para uso esporádico, que não siga padrão diário com falhas, por vezes, de mais de um dia seguido) e **não uso** da medicação prescrita.

Este inventário foi elaborado para este estudo por este autor, para ser aplicado na forma de entrevista seguida de consulta ao prontuário do paciente para checar as informações.

3. **“Critérios diagnósticos da Classificação Internacional de Saúde” - CID-10 (OMS, 1992) e Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (“Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV”) - DSMIV (APA, 1994):** estes dois critérios foram utilizados para confirmação do diagnóstico de esquizofrenia na admissão do paciente e ambos são amplamente utilizados na prática clínica (ANEXO 3 e ANEXO 4).

4. **Escala das Síndromes Negativa e Positiva (“Positive and Negative Syndrome Scale”) - PANSS (Kay *et al.*, 1987):** trata-se de escala para identificar e quantificar sintomas positivos e negativos da esquizofrenia. Está dividida em três sessões: 1) PANSS-sintomas negativos, com 7 itens; 2) PANSS-sintomas positivos, com 7 itens e 3) PANSS - sintomas gerais, com 16 itens. Cada item é avaliado em pontos de gravidade do sintoma, de 0 (ausente) a 7 (grau máximo). Esta escala traz definição precisa para cada sintoma e para os graus de gravidade, e é aplicada através de entrevista de 35 a 45 min, compreendendo quatro fases:

Fase I - não diretiva (duração: 5 a 10 min)

O paciente é encorajado a contar sua história abrangendo as circunstâncias em que foi hospitalizado, seus sintomas e funcionamento geral e vida atual. Tem como objetivo estabelecer contato e permitir que o paciente se pronuncie sobre áreas de preocupação. Observa-se o conteúdo e forma do pensamento, o juízo crítico, as respostas afetivas e motoras.

Fase II - semi-estruturada (duração: 15 a 20 min)

O entrevistador procura primeiro estabelecer a presença dos sintomas produtivos como alucinações e delírios e depois a gravidade destes, de acordo com a proeminência das manifestações, frequência e interferência nas atividades diárias.

Fase III - estruturada (duração: 5 a 10 min.)

O paciente é indagado sobre questões específicas do humor, ansiedade, orientação e pensamento abstrato.

Fase IV - diretiva (duração: 5 a 10 min.)

O entrevistador focaliza-se em áreas de defesa, ambivalências ou pouca cooperação do paciente.

Esta escala foi validada para a língua portuguesa por Vessoni (1993) e utilizada em alguns estudos brasileiros (Chaves & Shirakawa, 1998) (ANEXO 5).

5. Escala de Qualidade de Vida ("The Quality of Life Scale") - QLS (Heinrichs *et al.*, 1984): este instrumento foi elaborado para avaliar a qualidade de vida atual de doentes esquizofrênicos, independente da presença ou ausência de sintomas psicóticos floridos ou da necessidade de hospitalização. Examina a riqueza das experiências pessoais, qualidade das relações interpessoais e a produtividade ocupacional nas quatro últimas semanas que precedem a entrevista.

Trata-se de entrevista semi - estruturada, baseada em quatro parâmetros: funções intrapsíquicas, funções interpessoais, papéis instrumentais, objetos e atividades.

Consta de 21 itens avaliados de 0 (prejuízo máximo) a 6 pontos (sem prejuízo). Cada um dos itens consta de três partes. Na primeira parte, é oferecida uma breve descrição para que o entrevistador compreenda e se concentre no parâmetro a ser avaliado; na segunda, são propostas algumas perguntas para guiar o entrevistador na investigação do tema; por último, é apresentada uma escala de sete pontos para cada um dos itens (0-6), com uma breve descrição de quatro deles, para que o entrevistador efetue sua própria avaliação. Esta escala foi utilizada no Brasil em recente estudo (Marcolin, 1998). É aplicada através de entrevista (ANEXO 6).

6. Impressão Subjetiva em relação às Substâncias: esta escala faz parte do “Schizophrenia/ Substance Abuse Interview Schedule” - SSAS. (Baigent *et al.*, 1995). Este instrumento compreende uma combinação de questões abertas e questões de múltipla escolha. Neste estudo foi utilizada a parte de questões de múltipla escolha, que tem o objetivo de identificar a impressão subjetiva do paciente em relação às substâncias.

Esta parte é composta por 10 itens, cada um deles avaliado de 1 a 5, detectando o efeito subjetivo de substâncias em relação ao humor, ansiedade, energia, hostilidade, desconfiança, pensamento, distração, envolvimento com grupo, sintomas positivos e sintomas negativos.

Originalmente criada como escala de auto preenchimento, foi adaptada neste estudo para questionário semi - estruturado e foi aplicada através de entrevista (ANEXO 7).

7. “Drug Attitude Inventory” - DAI 30 (Awad & Hogan, 1983): esta escala foi elaborada para medir a resposta subjetiva à medicação prescrita, abrangendo sentimentos subjetivos, atitudes e valores. Trata-se de uma escala binária composta de trinta afirmações estruturadas com opção de verdadeiro ou falso para cada uma delas. Para sua

análise, esses trinta itens estão agrupados em 7 categorias: subjetividade positiva, subjetividade negativa, saúde e doença, médico, controle, prevenção e prejuízos. Foi criada como instrumento de autopreenchimento e adaptada neste estudo para questionário semi-estruturado aplicado através de entrevista (ANEXO 8).

8. **“Global Assessment Scale”**- GAS (Endicott *et al.*, 1976): Trata-se de uma escala de pontuação única, para avaliar o funcionamento geral do indivíduo durante específico período de tempo (a semana que antecede a avaliação), num *continuum* de doença psicológica ou psiquiátrica ` a saúde.

Os valores vão de 1, para indivíduo hipoteticamente mais doente, a 100, para indivíduo hipoteticamente mais saudável, e estão divididos em intervalos de dez pontos.

Os dois intervalos de escores mais altos (81 a 90 e 91 a 100) correspondem a indivíduos que não só não possuem psicopatologia significativa, como apresentam funcionamento global superior, com grande variedade de interesses, efetividade social e integridade. O próximo intervalo (71 a 80) corresponde a indivíduos sem ou com psicopatologia mínima, mas que não têm a saúde mental referida para os intervalos superiores. A grande maioria dos indivíduos em tratamento terão escore entre 1 a 70. Nesse intervalo, a maioria dos pacientes de ambulatório ficarão com escore entre 31 a 70 e a maioria dos pacientes internados, entre 1 a 40.

Esta escala foi aplicada através da observação clínica do entrevistador levando em conta o funcionamento global do indivíduo e a psicopatologia apresentada (ANEXO 9).

9. **“Global Assessment of Relational Functioning Scale”** - GARF: esta escala descreve e quantifica o contexto de relação no qual os pacientes vivem e os problemas ocorrem. Portanto, identifica a adequação da família ou grupo mais próximo, basicamente em três áreas: clima emocional, organização e capacidade de resolver problemas. Ela foi

proposta pelo “The Commite on the Family of the Group for the Advancement of Psychiatry” (1996). Os valores vão de 1, para a condição familiar hipoteticamente mais adequada, a 100, para a menos adequada. Esses valores estão distribuídos em intervalos de vinte pontos para cada uma das condições familiares indicadas, totalizando 5 intervalos.

Foi aplicada na forma de entrevista com o paciente e equipe de atendimento do mesmo (ANEXO 10).

10. “ **Extrapyramidal Symptom Rating Scale**” - ESRS (Chouinard *et al.*, 1979, 1980): trata-se de uma escala de avaliação de sintomas extrapiramidais. Compreende avaliação subjetiva do parkinsonismo, avaliação objetiva de sinais e sintomas extrapiramidais, avaliação objetiva de movimentos discinéticos e impressão clínica global da discinesia tardia e do parkinsonismo.

Está composta de: questionário de sintomas de parkinsonismo, distonia e discinesia (parte I); exame neurológico detalhado para presença ou ausência do parkinsonismo (parte II); distonia (parte III); e movimentos discinéticos (parte IV) (Bassitt, 1998 e Louzã Neto, 1998).

Neste estudo, foram incluídas a impressão clínica global da severidade da discinesia e impressão clínica global da severidade do parkinsonismo (partes V e VI). Foi aplicada através da observação clínica e exame físico (ANEXO 11).

11. “**The UKU Side Effects Rating Scale**” - UKU (Lingjaerde *et al.*, 1987): esta escala foi apresentada pela “Scandinavian Society of Psychopharmacology Committee of Clinical Investigations” (UKU). Trata-se de uma escala para registro de efeitos indesejáveis de psicotrópicos. Consta de quatro partes: efeitos colaterais psíquicos (parte I), neurológicos (parte II), autonômicos (parte III) e outros efeitos colaterais (parte IV).

Os valores para cada item vão de 0 a 3, onde é verificado se o item considerado é um efeito colateral do fármaco em uso ou se está relacionado à patologia (0=presença duvidosa ou ausência do sintoma e de 1 a 3, significando que há 3 modulações de intensidade crescente de ocorrência dos efeitos colaterais). Neste estudo foi utilizada apenas a parte II (Louzã Neto, 1998) (ANEXO 12).

12. **Impressão Clínica Global (“Clinical Global Impressions”)** - CGI (Guy, W., 1976): é uma escala para avaliar a gravidade da doença. Está composta de três parâmetros: a avaliação segundo o paciente, o médico e a família. Os valores vão de 0 a 7, sendo que o escore 0 corresponde a não avaliado, e de 1 a 7, em ordem crescente, de normal a pacientes mais gravemente doentes (ANEXO 13).

13. **“Hamilton Anxiety Scale”** - HAMA (Hamilton, 1959): esta escala investiga a manifestação da ansiedade através de treze itens que abrangem sintomas físicos (7 itens) e psíquicos (6 itens). Os valores vão de 0 a 4, em ordem crescente de gravidade do sintoma (ANEXO 14).

14. **“The Calgary Depression Scale”** - CALGARY (Addington & Addington, 1990): trata-se de escala de avaliação da depressão e foi desenhada especificamente para o diagnóstico e avaliação da intensidade da depressão em pacientes esquizofrênicos.

Esta escala foi desenvolvida a partir da escala de depressão de Hamilton, (Hamilton, 1960) e da “Present State Examination” (Wing et. al., 1974). Compreende nove itens, sendo que oito são sintomas e um é a avaliação da depressão observada pelo entrevistador. Os valores vão de 0 a 3, em ordem crescente da gravidade do sintoma (Bressan *et al.*, 1998) (ANEXO 14).

15. **“Mini Mental State Examination”**- MMSE (Folstein *et al.*, 1975): esta é uma escala de avaliação de desempenho cognitivo; concentra-se apenas nos aspectos cognitivos da função mental.

A escala compreende dez itens, divididos em duas sessões: a primeira requer somente respostas verbais e abrange orientação, memória e atenção, sendo o escore máximo de 21; a segunda parte testa a capacidade para nomear, seguida de comandos verbais e escritos que compreendem, escrever uma sentença espontaneamente e copiar um polígono sendo que, o escore máximo é nove. Nos resultados obtidos temos a pontuação máxima de 30 pontos; resultados iguais ou inferiores a 24 sugerem alterações cognitivas, enquanto pontuações iguais ou superiores a 28 sugerem ausência de alterações do estado mental. Valores intermediários serão de interpretação mais difícil. Este procedimento requer de 5 a 10 min. para a aplicação. Esta escala foi traduzida e adaptada ao contexto brasileiro, para o português, por Seabra *et al.* (1990) (ANEXO 15).

16. **“Teste de Fluência Verbal”**: é uma escala de avaliação cognitiva, que compreende a nomeação de maior número de animais possíveis, no tempo de um minuto. A fluência verbal é a habilidade de produzir um discurso espontâneo sem pausas na verbalização ou falhas na evocação de palavras. Há dificuldades nessa habilidade, quando existem lesões nos lobos frontais e hemisfério cerebral dominante esquerdo, ou demências iniciais sem produzir uma verdadeira afasia.

As instruções para o teste são de que o paciente verbalize a quantidade que ele conseguir de nomes de animais de qualquer tipo: domésticos, aves e outros.

O indivíduo normal produz de 18 a 22 nomes de animais por 60 segundos. Resultados abaixo de 10 indicam problemas na evocação de palavras e na fluência verbal (Welsh *et al.*, 1994; Nitirini, 1994, Damasceno & Coudry, 1995) (ANEXO 15).

17. **Teste Dígitos-Símbolos-EIWA-“Escala de Inteligência Wechsler para Adultos”** (Hestad *et al.*, 1993): esta escala foi elaborada a partir da “Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS), e constituiu, originalmente, a versão para o espanhol da WAIS. Este teste requer a substituição de um número por um símbolo pré fixado, visando avaliar a atenção, concentração e a rapidez psicomotora. É considerado uma medida sensível para detecção de disfunção cerebral. Compreende 100 quadros para serem preenchidos. O total de pontos corresponde ao número de quadros completados com o símbolo correspondente em 90 segundos. O parâmetro de normalidade corresponde ao escore total de pelo menos, 50% dos símbolos.

Este instrumento apresenta um exercício exemplificando como deve ser preenchido o teste. Neste o entrevistador orienta o entrevistado como deve ser executado o teste e, após isso, o teste propriamente dito é realizado pelo paciente, no tempo pré-determinado (ANEXO 16).

18. **“Teste de Memória Lógica”- LM-O, LM-R** (Wechsler, 1974): este teste compreende que o examinador faça a leitura de duas histórias; após a leitura de cada uma delas, solicita-se que o paciente a recorde de forma espontânea e conte-a. A história A contém 24 idéias e a B contém 22 idéias. Para cada idéia recordada damos um ponto. O total máximo do escore é de 23 pontos, isto é, o resultado de $(A+B)/2$, sendo que o limite de normalidade é dado por um valor maior ou igual à 50% do escore máximo (Lezak, 1995; Abikoff *et al.*, 1987) (ANEXO 17).

Os questionários que foram desenvolvidos em países de primeiro mundo, na forma de questionário de autopreenchimento, foram adaptados ao meio brasileiro como questionários estruturados a serem aplicados por um entrevistador. Isto aconteceu devido à baixa escolaridade de nossa clientela e desta amostra, o que dificultou muito o uso do instrumento de auto-aplicação.

3.2.3. As variáveis estudadas:

- **Demografia:**

1. sexo;
2. idade;
3. etnia;
4. estado civil;
5. escolaridade;
6. atividade profissional;
7. religião.

- **Histórico Psiquiátrico:**

1. História de uso de álcool às vezes;
2. História de uso de álcool no último mês;
3. Nº de vezes que faz uso de álcool no mês;
4. História de uso de maconha alguma vez na vida;
5. História de uso de maconha no último ano;
6. História de uso de maconha no último mês;
7. História de uso de maconha na última semana;
8. História de uso de cocaína alguma vez na vida;
9. História de uso de cocaína no último ano;

10. História de uso de cocaína no último mês;
11. História de uso de cocaína na última semana;
12. Tempo de início da doença;
13. Tempo de início de sintomas positivos;
14. Tempo de início de sintomas negativos;
15. Número de episódios da doença;
16. Número de internações psiquiátricas até o momento;
17. Duração média das internações psiquiátricas;
18. Tempo decorrido da primeira internação psiquiátrica;
19. Tempo decorrido da última internação psiquiátrica;
20. Tempo de duração da última internação psiquiátrica;
21. História de tentativas de suicídio;
22. Número de tentativas de suicídio;
23. Hábito tabagista;
24. Nº de cigarros/dia;
25. Inteligência do paciente;
26. Capacidade de vestir-se sozinho;
27. Capacidade de entender filme/ novela na TV;
28. Capacidade de andar sozinho de ônibus;
29. Capacidade de lidar com dinheiro;

30. Aceitação do tratamento ambulatorial;
31. História familiar de alcoolismo;
32. História familiar de drogadição.

• **Psicopatologia; avaliação da ansiedade e depressão; funcionamento global e familiar:**

1. Escala PANSS geral;
2. Escala PANSS sintomas positivos;
3. Escala PANSS sintomas negativos;
4. Escala de Ansiedade de Hamiltom (HAMA);
5. Escala de Depressão (CALGARY);
6. Escala CGI;
7. Escala GAS;
8. Escala GARF.

• **Funções Cognitivas:**

1. Escala MMSE;
2. Fluência Verbal;
3. EIWA;
4. Memória Lógica.

- **Diagnóstico da esquizofrenia:**

1. Diagnóstico segundo a CID-10;
2. Diagnóstico segundo o DSMIV.

- **Tratamento farmacológico:**

1. Uso anterior de antipsicóticos;
2. Uso atual de antipsicóticos;
3. Tempo de início de uso de antipsicóticos;
4. Tempo de uso atual de antipsicóticos;
5. Dose equivalência de antipsicóticos em mg de clorpromazina no uso atual;
6. Padrão de uso anterior de antipsicóticos;
7. Padrão de uso atual de antipsicóticos;
8. Uso anterior de antiparkinsoniano;
9. Uso atual de antiparkinsoniano;
10. Dose equivalência em unidade antiparkinsoniana para uso atual;
11. Padrão de uso anterior de antiparkinsoniano;
12. Padrão de uso atual de antiparkinsoniano;
13. Uso atual de antidepressivo;
14. Uso atual de estabilizador de humor/ anticonvulsivantes;
15. Uso atual de Tranquilizantes;

16. Uso atual de outro fármaco;
17. História de Eletroconvulsoterapia.

- **Sintomas extrapiramidais:**

1. Escala UKU;
2. Escala ESRS.

- **Impressão subjetiva do paciente em relação às drogas ilícitas, álcool e medicação prescrita:**

1. Escala de Impressão Subjetiva em relação às Substâncias (SSAS);
2. Escala DAI-30.

- **Qualidade de Vida:**

1. Escala QLS.

3.2.4. A análise estatística:

Para a realização do trabalho estatístico, foi criado um banco de dados utilizando-se o pacote estatístico “SPSS for Windows”- versão 6.0, 1993.

Os procedimentos estatísticos utilizados envolvem:

A) Análise descritiva (tabelas de frequência, médias, medianas, desvios padrão e intervalos);

B) Testes comparativos: para comparação dos grupos, considerando as variáveis contínuas ou ordenáveis, utilizou-se o teste de Willcoxon para amostra pareada. Para a comparação de proporções entre os dois grupos, utilizou-se o teste Qui-quadrado de Stewart-Maxwell e o teste de McNemar (Conover, 1971).

4.RESULTADOS

Os resultados descritivos e comparativos dos grupos caso e controle estão descritos neste capítulo e estão apresentados juntos para melhor caracterizarmos a comparação dos dados entre os grupos.

A avaliação demográfica (Tabela 3 - ANEXO 18):

Sexo: em ambos os grupos, 100% dos pacientes foram do sexo masculino.

Idade: a média de idade para grupo caso foi de 26,7 (DP= \pm 5,6) anos e para grupo controle foi de 27,5 (DP= \pm 4,7) anos de idade.

Etnia: no grupo caso, 13 pacientes (86,7%) eram de etnia branca e 2 pacientes (13,3%), de etnia parda.

No grupo controle 7 pacientes (46,7%) eram de etnia branca; 5 (33,3%), de etnia parda; 2 (13,3%), de etnia negra e 1(6,7%), de etnia amarela.

Estado civil: em ambos os grupos, havia predomínio de solteiros. O grupo caso teve grande maioria de solteiros, somando-se 14 pacientes (93,3%) e o restante, 1 paciente (6,7%) era separado/divorciado. O grupo controle teve 13 solteiros (86,7%), 1 casado (6,7%) e 1 separado/divorciado (6,7%).

Atividade Profissional: o grupo caso e o grupo controle tiveram predomínio de inativos. Foram 12 pacientes (80%), no grupo caso e 15 (100%), no grupo controle.

Escolaridade: a média de anos com sucesso na escola foi de 6,0 (DP \pm 3,0) anos, e a média de anos sem sucesso foi de 1,1 (DP \pm 1,3) anos, para o grupo caso. A média foi de 6,8 (DP \pm 3,9) anos com sucesso e 2,3 (DP \pm 1,6) anos sem sucesso, para o grupo controle. O melhor desempenho escolar, ou menor número de anos de escolaridade sem sucesso tenderam a aparecer no grupo caso ($0.06 < p < 0.10$) (Figura1).

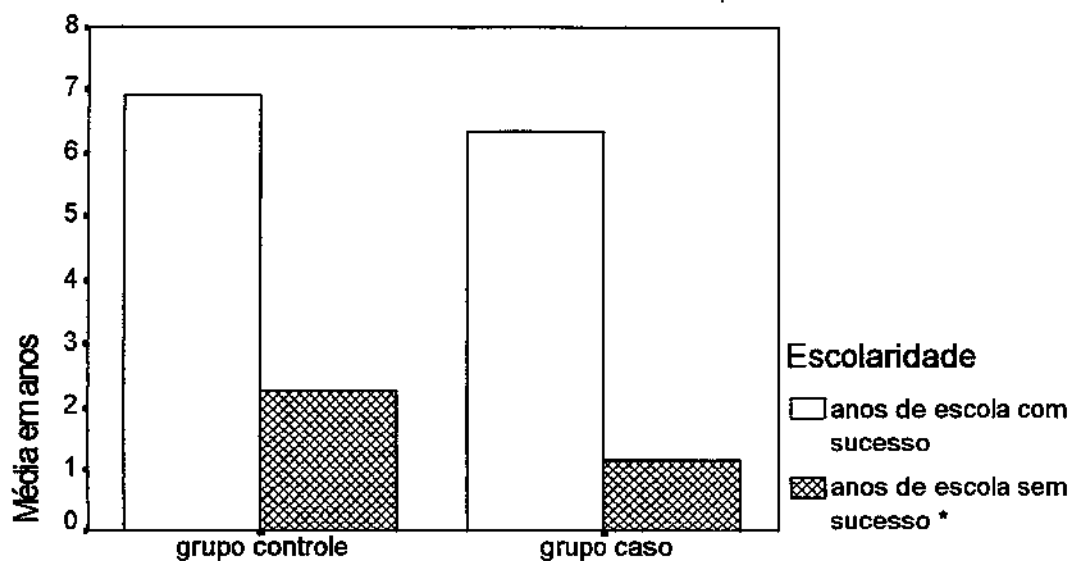


Figura 1. Distribuição da amostra para escolaridade em anos de escola com sucesso e anos de escola sem sucesso, para grupo caso e grupo controle.

* $0,05 < p < 0,10$

Religião. No grupo caso, 10 pacientes são católicos (66,7%); 2 são pentecostais (13,3%); 1 é protestantes tradicional (6,7%) e 2 pacientes (13,3%) relataram não ter religião. No grupo controle, o número de católicos foi menor e correspondeu a 7 pacientes (46,7%); outros 6 são pentecostais (40%); 1 é Seicho - no - ie (6,7%) e 1 paciente (6,7%) não tem religião.

Histórico psiquiátrico:

O número de episódios da doença: no grupo caso a média de número de episódios da doença foi de 4,5 episódios (DP±3,9) e foi menor que a do grupo controle, que foi de 6,46 episódios (DP±5,1) (Figura 2 e Tabela 6-ANEXO 18).

Tempo de início dos sintomas da doença. A média para o grupo caso foi de 83,0 meses (DP±61,4) e para o grupo controle foi de 80,8 meses (DP±41,2) (Tabela 6-ANEXO 18).

Se especificarmos os sintomas da doença em sintomas positivos e negativos, em relação ao tempo de início dos **sintomas negativos**, temos o resultado de que a média foi de 65,8 meses (DP±63,4) para o grupo caso e média de 74,0 meses (DP±45,3), para grupo controle.

Os **sintomas positivos** apareceram com média de 63,2 meses (DP±57,5), para o grupo caso e de 74,0 meses (DP±42,5), para o grupo controle.

Tempo decorrido desde a primeira internação psiquiátrica: para o grupo caso a média foi de 57,2 meses (DP±58,1) e para grupo controle, a média foi de 44,0 meses (DP±45,3) (Tabela 7-ANEXO 18).

O número de internações até o momento: para o grupo caso, a média foi de 4,4 (DP±4,9) internações até o momento e média de 2,6 (DP±3,4) internações, para o grupo controle (Figura 2 e Tabela 7-ANEXO 18).

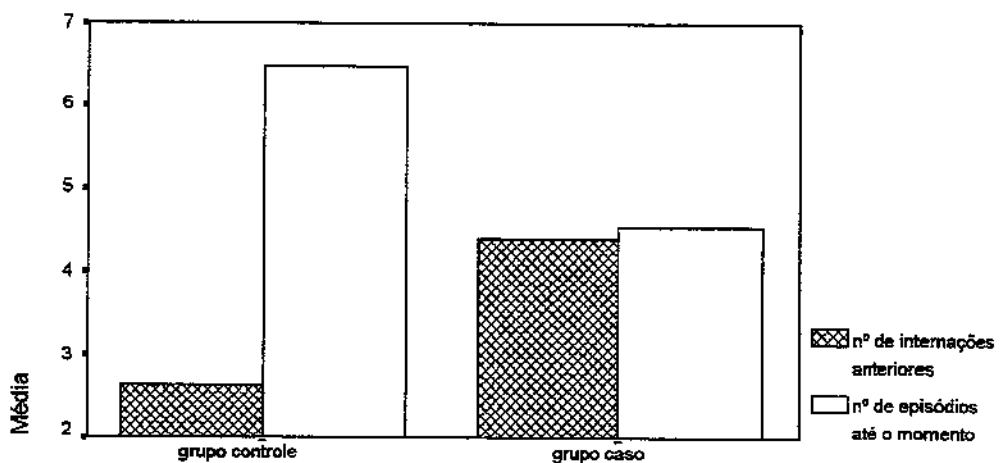


Figura 2. Distribuição da amostra para número de episódios da doença e número de internações anteriores para o grupo caso e grupo controle.

Duração média das internações: para o grupo caso, a média foi de 1,0 mês (DP±0,9) e para o grupo controle foi de 1,0 meses (DP±1,0) (Tabela 7-ANEXO18).

Tempo decorrido da última internação: para o grupo caso, a média foi de 10,2 meses (DP±14,6) e para o grupo controle foi de 17,7 meses (DP±40,4) (Tabela 7-ANEXO 18).

Tempo de duração da última internação: para o grupo caso, a média foi de 1,1 meses (DP±1,3) e para o grupo controle foi de 5,5 meses (DP±12,4) (Tabela 7-ANEXO 18).

História de tentativa de suicídio: no grupo caso, esse antecedente apareceu em 7 pacientes (46,7%) no grupo caso e no grupo controle, em 3 pacientes (20,0%).

Número de tentativas de suicídio: o número de tentativas de suicídio teve média de 0,8 (DP±1,1) vezes e no grupo controle, com média de 0,3 (DP±0,6) vezes ($0,05 < p < 0,10$) (Figura 3 e Tabela 4 -ANEXO 18).

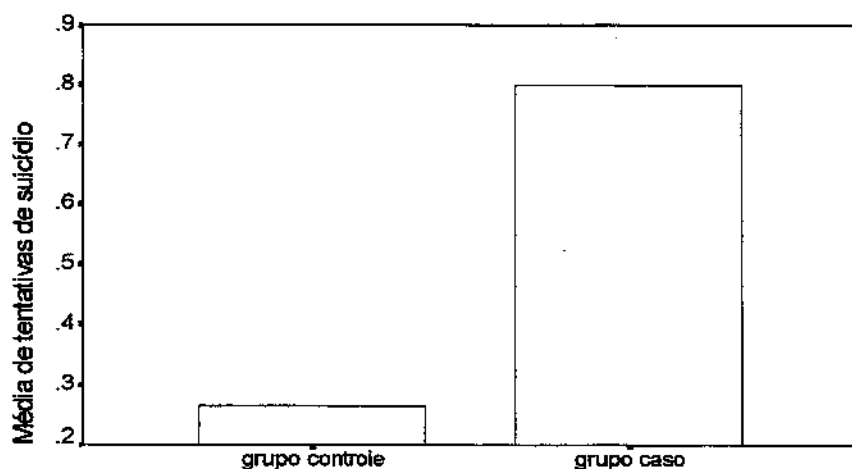


Figura 3. Distribuição da amostra para o número de tentativas de suicídio no grupo caso e grupo controle. ($0,05 < p < 0,10$)

Hábito tabagista: no grupo caso, tabagismo apareceu em 13 pacientes (86,7%) e no grupo controle, em 5 (33,3%), ($p < 0,05$), (Figura 4 e Tabela 5-ANEXO 18).

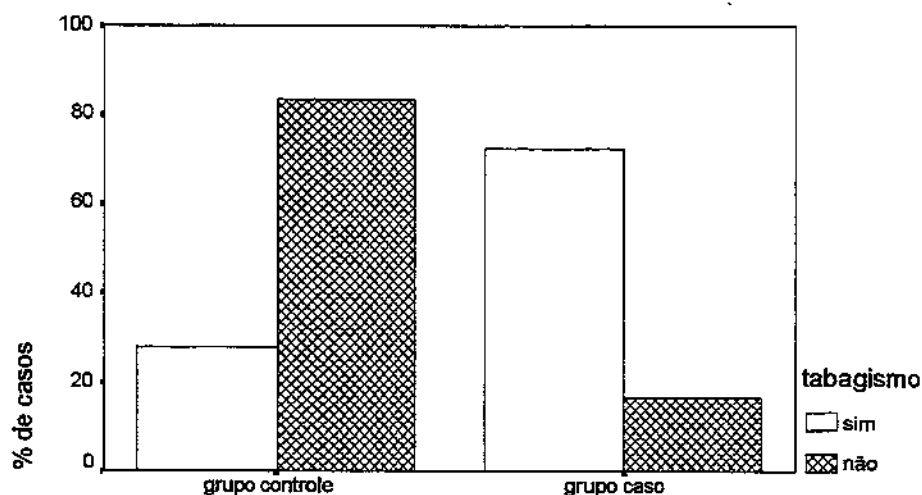


Figura 4. Distribuição da amostra para frequência de tabagismo no grupo caso e grupo controle e grupo controle ($p < 0,05$).

Número de cigarros/dia: no grupo caso, são consumidos 20,1(DP±11,8) cigarros/dia e no grupo controle, 5,7(DP±9,0) cigarros/dia ($p < 0,05$) (Figura 5 e Tabela 5-ANEXO 18).

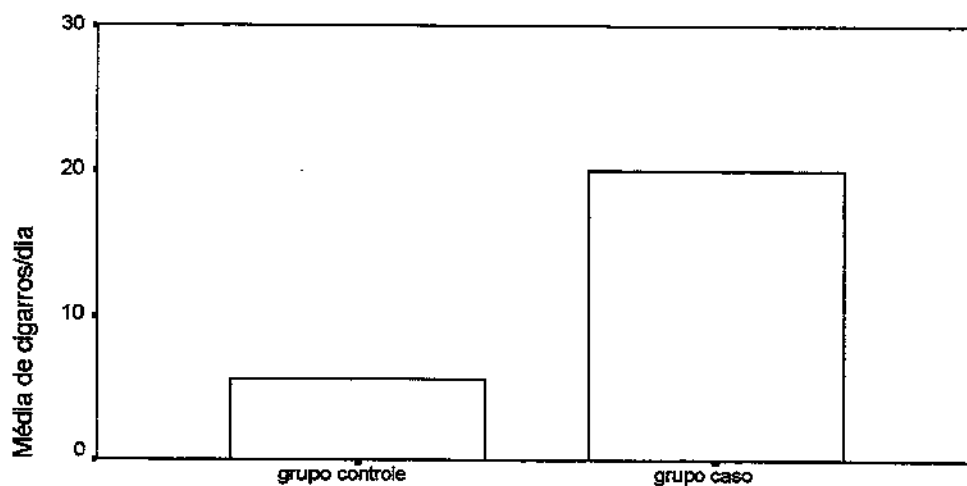


Figura 5. Distribuição da amostra para o número de cigarros usados por dia, para grupo caso e controle ($p < 0,05$).

História de uso de álcool: no grupo caso, 13 pacientes (86,7%) responderam positivamente no item “bebe às vezes alguma bebida alcoólica” e no item “usou álcool no último mês”, e 2 pacientes (13,3%) referiram fazer uso diário de álcool, onde 1 paciente (6,7%) já havia apresentado *delirium tremens* ou síndrome de abstinência ao álcool. A média de uso de álcool foi de 8,6 vezes/mês (DP±9,5) (Tabela 8-ANEXO 18).

História de uso de maconha: no grupo caso, 12 pacientes (80%) já haviam feito uso de maconha alguma vez na vida, 10 (66,7%) usaram alguma vez no último ano e no último mês, e 2 (13,3%) haviam feito uso na última semana (Tabela 9-ANEXO 18).

História de uso de cocaína: no grupo caso, 11 pacientes (73,3%) haviam feito uso de cocaína alguma vez na vida; 7 (46,7%) no último ano, mas não no último mês ou na última semana (Tabela 10-ANEXO 18).

Lidar com dinheiro: no grupo caso, todos sabem lidar com dinheiro, o que não acontece no grupo controle, onde 3 pacientes (20,0%) não sabem lidar com dinheiro.

Andar sozinho de ônibus: no grupo caso, todos sabem andar só de ônibus e no grupo controle, 1 paciente (6,7%) não o sabe.

Vestir-se sozinho: tanto no grupo caso como no grupo controle, todos os pacientes vestem-se sozinhos.

Entender filme/novela na TV: no grupo caso, 14 pacientes (93,3%) responderam sim e no grupo controle, 11 pacientes (73,3%) o fizeram.

Inteligência do paciente: no grupo caso, a distribuição foi de 13 (86,7%) dos pacientes com inteligência normal e 2 (13,3%) com rebaixamento limítrofe. No grupo controle, 8 pacientes (53,3%) com inteligência normal; 6 pacientes (40,0%) classificados como limitrofes e 1 (6,7%) com inteligência moderada.

História familiar de alcoolismo: a frequência desse antecedente no grupo caso foi de 9 pacientes (60%) com história e no grupo controle foi de 4 pacientes (21,4%) (Figura 6).

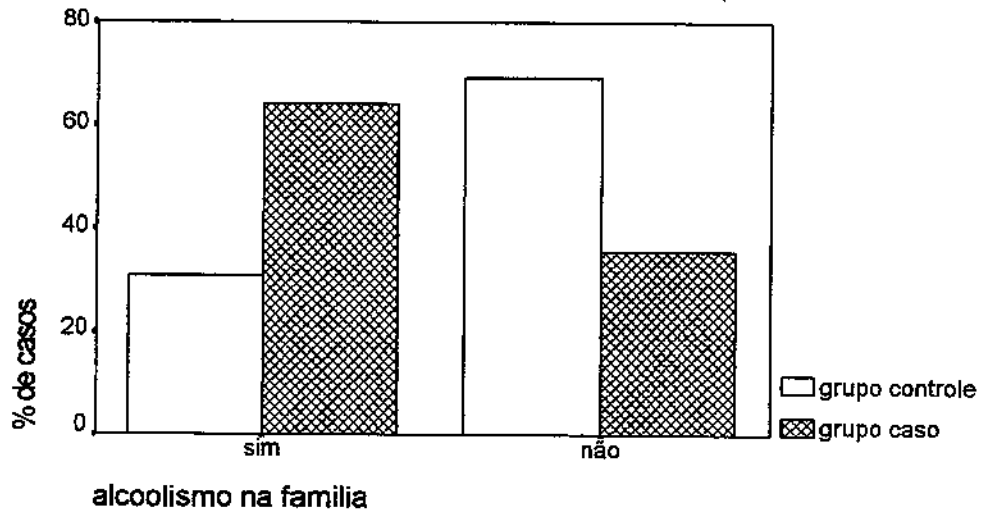


Figura 6. Distribuição da frequência de casos, com história familiar de alcoolismo, para os grupos caso e controle.

História familiar de uso de drogas ilícitas: no grupo caso, houve esse antecedente em 2 pacientes (13,3%) e no grupo controle, esse antecedente apareceu em 1 paciente (6,7%) (Figura 7).

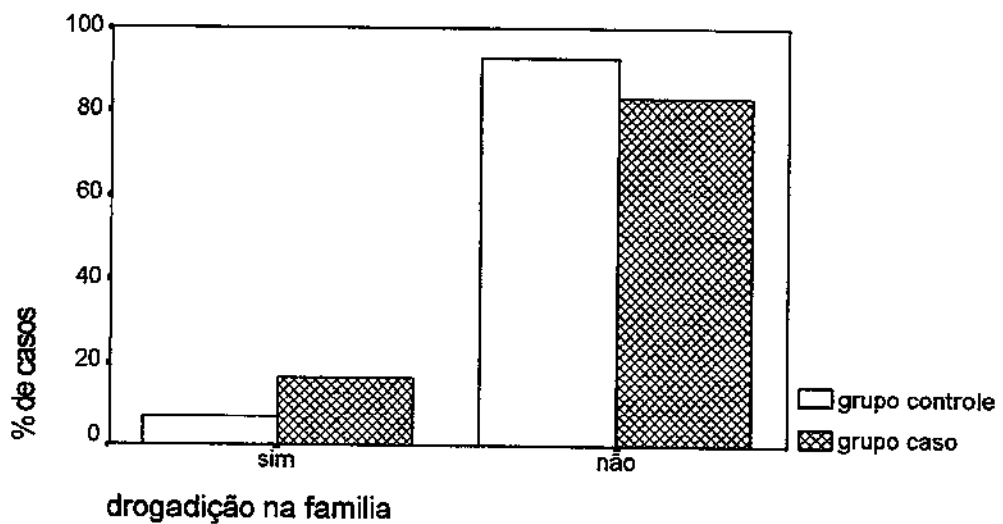


Figura 7. Distribuição da frequência dos casos para a história de uso de droga na família no grupo caso e grupo controle.

Aceitação do tratamento ambulatorial ou internação: no grupo caso, 1 paciente (6,7%) não aceitava o tratamento; 7 (46,7%) aceitavam parcialmente e 7 (46,7%) aceitavam bastante bem o tratamento. No grupo controle, 9 pacientes (60,0%) aceitavam parcialmente o tratamento; 5 (33,3%) aceitavam bastante bem o tratamento e, em um caso (6,7%), não havia condições de se avaliar este item no momento da entrevista.

A avaliação da psicopatologia:

A escala PANSS: a média do escore para os sintomas gerais foi de 40,0 (DP±6,3) pontos para grupo caso e média de 36,86 (DP±6,6) para grupo controle. Para sintomas positivos, a média foi de 19,20 (DP±5,3) para grupo caso e média de 18,1 (DP±5,7), no grupo controle. Para sintomas negativos, a média foi de 21,5 (DP±5,5) para grupo caso e média de 23,8 (DP±5,5) para grupo controle (Tabela 12 - ANEXO 18).

A escala HAMA: a ansiedade medida para o grupo caso, teve média de 11,9 (DP±4,9) e para grupo controle, a média foi de 9,5 (DP±3,9) (Tabela 14- ANEXO 18).

A escala CALGARY: os sintomas depressivos apareceram com média de 3,9 (DP±4,1) para o grupo caso, e média de 2,9 (DP±2,4) para grupo controle (Tabela 14 - ANEXO 18).

A escala CGI: a média foi de 5,1 (DP±0,2) para grupo caso, e média de 5,2 (DP±0,9) para grupo controle (Tabela 12-ANEXO 18).

A escala GAS: a avaliação do funcionamento global teve média de 34,6 (DP±8,0) para o grupo caso, e média de 40,5 (DP±7,7) para o grupo controle (Figura 8 e Tabela 11 - ANEXO 18).

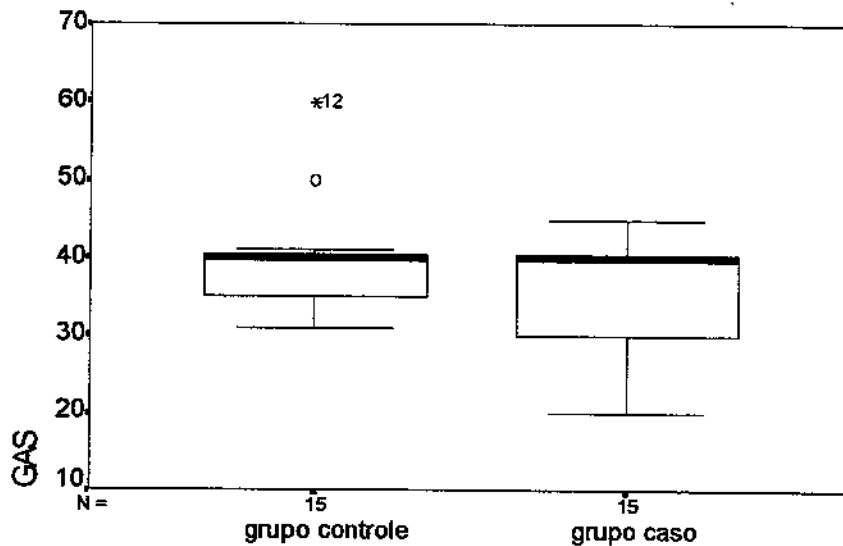


Figura 8. Boxplot da média de escore para a GAS entre grupo caso e grupo controle. ($p < 0,05$)

A escala GARF: a média de pontos para o grupo caso foi de 49,4 (DP \pm 15,4) e para o grupo controle, a média foi de 55,1 (DP \pm 12,9) (Tabela 11 - ANEXO18).

A avaliação Cognitiva (Tabela 13 - ANEXO 18):

Escala MMSE: a média para grupo caso foi de 24,9 pontos (DP \pm 3,1) e para grupo controle foi de 25,8 pontos (DP \pm 2,7).

Escala Fluência Verbal: a média para grupo caso foi de 11,6 (DP \pm 5,0) palavras por minuto e para grupo controle, foi de 10,3 (DP \pm 3,8) palavras por minuto.

EIWA: no grupo caso, a média foi de 17,4 (DP \pm 7,3) e no grupo controle, a média foi de 17,8 (DP \pm 6,3).

Memória lógica: para o grupo caso, a média foi de 4,0 (DP±4,8) e no grupo controle foi de 3,2 (DP±2,4).

O diagnóstico da esquizofrenia:

O diagnóstico da DSMIV: no grupo caso, a distribuição dos diagnósticos, segundo o DSMIV, mostrou que 13 pacientes (86,7%), no grupo caso, tiveram diagnóstico de esquizofrenia paranóide e 2 pacientes (13,3%), de esquizofrenia indiferenciada. No grupo controle, encontramos 11 pacientes (73,3%) com diagnóstico de esquizofrenia paranóide; 3 (20%), de esquizofrenia indiferenciada e 1 paciente (6,7%) com esquizofrenia residual (Figura 9).

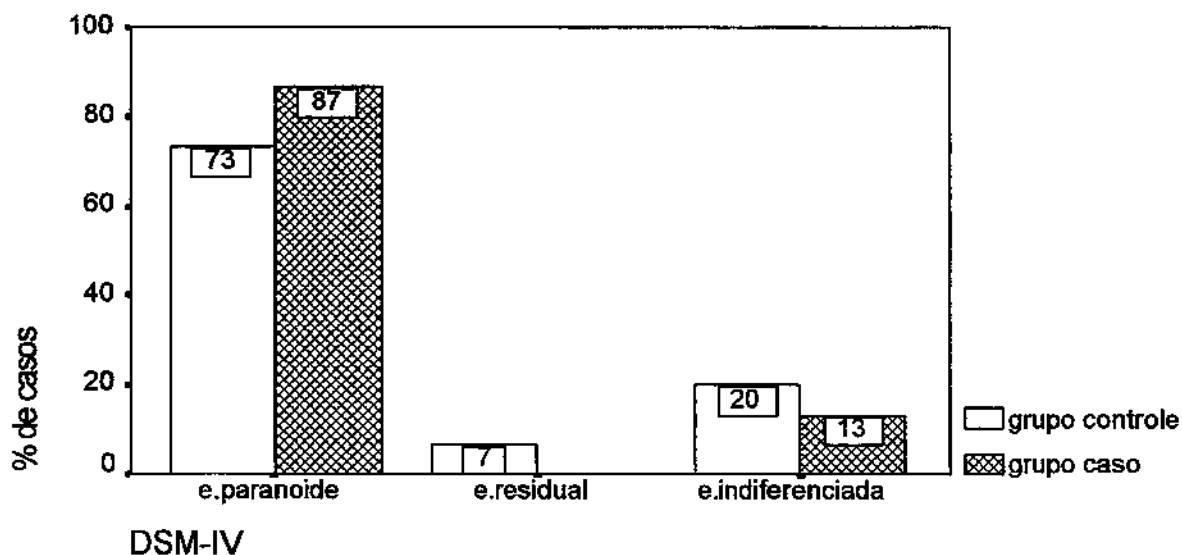


Figura 9. Distribuição da frequência de casos para o diagnóstico de esquizofrenia, segundo o D.S.M.-IV, nos grupos caso e controle (esquizofrenia paranóide: 295.3; esquizofrenia residual: 295.6; esquizofrenia indiferenciada: 295.9).

A Avaliação Farmacológica:

Uso de Antipsicóticos. Aqui temos o resultado de uso em dois momentos diferentes: no momento da entrevista ou tratamento atual e no anterior ao tratamento atual.

No grupo caso, a totalidade de 100% dos casos tinha uso anterior de neuroléptico e os usava no momento da entrevista.

Tempo de uso de antipsicóticos: a média de tempo de uso de antipsicóticos, ao longo da vida (tempo de início do uso), para o grupo caso, foi de 68,4 (DP±62,8) e para o grupo controle foi de 72,8(DP±36,0) (Tabela 6-ANEXO 18). O tempo médio de uso atual de antipsicóticos para o grupo caso foi de 7,5 meses (DP±12,3); para o grupo controle o tempo médio de uso foi de 11,1 meses (DP±14,8).

No grupo controle, 14 pacientes (93,3%) tinham feito uso anterior de antipsicóticos, e em um caso (6,7%), o paciente não soube informar. No momento da entrevista, 14 pacientes (93,3%) faziam uso de antipsicóticos; um outro paciente (6,7%) não estava em uso de antipsicóticos há uma semana para observação clínica e reavaliação de terapêutica.

Padrão de uso dos antipsicóticos: para o grupo caso, o padrão de uso anterior mostrou que o padrão regular ocorreu em 5 pacientes (33,3%) dos casos; padrão pouco regular apareceu em 7 pacientes (46,7 %) e padrão muito irregular em 2 pacientes (13,3%), sendo que um paciente (6,7%) não soube referir o padrão de uso.

No grupo controle, o padrão de uso anterior de antipsicóticos mostrou a distribuição foi semelhante; nele 3 pacientes (20,0%) apresentavam uso regular, o padrão pouco regular apareceu em 8 pacientes (53,3%) e padrão muito irregular em 1 (6,7)%. No grupo caso, um paciente (6,7%) não soube informar sobre o padrão de uso anterior e no grupo controle três pacientes (20%) também não o souberam.

O padrão de uso atual de antipsicóticos para o grupo caso mostrou o padrão regular em 9 pacientes (60,0%), o padrão pouco regular em 5 (33,3%) e padrão muito irregular em 1 paciente (6,7%). No grupo controle, o padrão atual de antipsicóticos foi regular em 10 pacientes (66,7%) e pouco regular em 4 (26,7%), sendo que um paciente (6,7%) estava sem neuroléptico há uma semana.

Dose equivalente de antipsicóticos: a média da dose em equivalência de clorpromazina em uso atual para o grupo caso foi de 667,8 mg/dia e para o grupo controle foi de 646,5mg/dia.

Uso de antiparkinsoniano: no grupo caso, 9 pacientes (60%) relataram já ter feito uso de antiparkinsoniano anterior ao tratamento atual e no grupo controle isso diminuiu para 4 pacientes (36,4%).

Para o tratamento atual, no grupo caso, 9 pacientes (60,0%) estavam fazendo uso de antiparkinsoniano e no grupo controle, mais pacientes estavam em uso de antiparkinsoniano, somando 12 pacientes (80%).

Padrão de uso de antiparkinsoniano: o padrão de uso de antiparkinsoniano anterior ao tratamento atual para os pacientes do grupo caso foi distribuído em: 2 pacientes com padrão regular (13,3%), 3 pacientes com padrão pouco regular (20,0%) e 1 paciente com padrão muito irregular (6,7%), sendo que 9 pacientes (60,0%) não souberam relatar sobre esse padrão de uso.

Para o grupo controle, o padrão foi regular em 1 paciente (6,7%) e pouco regular em 3 casos (20,0%), neste grupo, 11 pacientes (73,3%) também não souberam relatar sobre esse padrão de uso.

O padrão de uso de antiparkinsoniano no tratamento atual no grupo caso apareceu como regular para 5 pacientes (33,3%), pouco regular para 3 pacientes (20%) e muito irregular para 1 paciente (6,7%). Seis pacientes (40,0%) não faziam uso de antiparkinsoniano. Para o grupo controle, apareceu o uso regular para 6 pacientes (40,0%), uso pouco regular para 4 pacientes (26,7%), uso muito irregular para 2 pacientes (13,3%) e 3 pacientes (20,0%) não estavam em uso de antiparkinsoniano atualmente.

Tempo de uso de antiparkinsoniano atual: a média do tempo de uso de antiparkinsoniano no tratamento atual para o grupo caso foi de 2,8 (DP±4,8) meses. Para o grupo controle, a média foi de 9,7 (DP±15,4), ($p < 0.05$) (Figura 10).

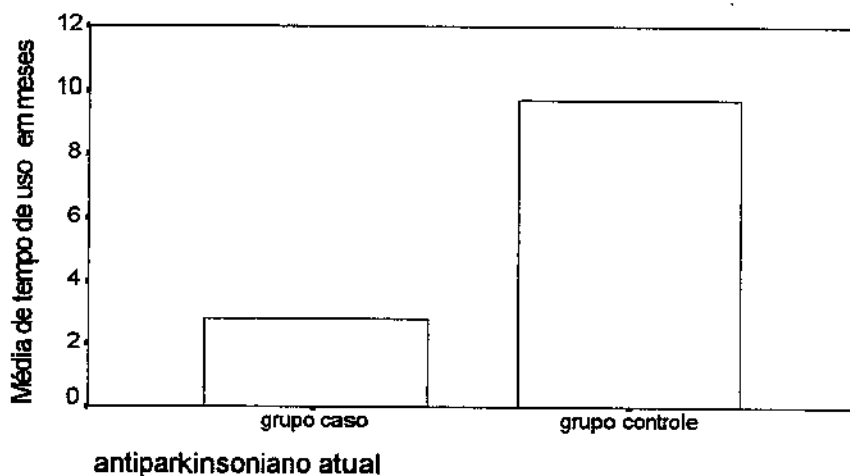


Figura 10. Distribuição da amostra para a média de tempo de uso de antiparkinsoniano no tratamento atual em meses, ($p < 0,05$).

Dose equivalente de antiparkinsoniano em uso atual: a dose equivalente em unidade antiparkinsoniana para o grupo caso foi de 1,3 ($DP \pm 1,3$) u. e para o grupo controle, foi de 1,7 ($DP \pm 1,5$) u.

Antidepressivos: no grupo caso, não houve uso de antidepressivo atual e no grupo controle, um paciente (6,7%) estava em uso de antidepressivo tricíclico.

Estabilizadores de Humor/anticonvulsivantes. No grupo caso, apareceu em 2 pacientes (13,3%) e no grupo controle, em 3 pacientes (20,0%).

Tranquilizantes: o uso de tranquilizantes foi incluído na variável antiparkinsonianos, mas se tomarmos o seu uso isoladamente, encontramos que para uso atual, tanto no grupo caso como no grupo controle, ele apareceu em 2 pacientes (13,3%).

Em ambos os grupos, não há relato de uso de outro fármaco no tratamento atual.

No grupo caso, um paciente (6,7%) relatou ter sido submetido **eletroconvulsoterapia**, em tratamento anterior ao atual.

Sintomas extrapiramidais:

A **escala UKU**: a média da soma dos pontos para o grupo caso foi de 2,3 pontos (DP±2,4) e para o grupo controle, foi de 1,5 pontos (DP±1,3).

A **escala ESRS**: a média da soma dos pontos de cada item para o grupo caso foi de 36,1 pontos (DP±18,9) e para o grupo controle, foi de 28,3 pontos (DP±11,7).

Avaliando os itens um a um, encontramos que para **tremor de braço direito**, no grupo caso, a média foi de 1,7 (DP±1,7) pontos e para o grupo controle, foi de 0,6 (DP±1,0) pontos ($p < 0,005$) (Tabela 16-ANEXO 18).

Para **tremor de braço esquerdo**, a soma para grupo caso foi de 1,8 (DP±1,7) pontos; e para grupo controle, a soma foi de 0,7 (DP±1,0) pontos ($p < 0,05$) (Tabela 16-ANEXO 18).

No item **estabilidade postural**, a média para grupo caso foi de 2,7 (DP±0,7) pontos e para grupo controle, foi de 2,06 (DP±0,8) pontos (Tabela 16-ANEXO 18).

Os resultados dos demais itens da escala ESRS são mostrados em separado para cada parte da escala: parte 1 (tabela 15-ANEXO 18), parte 2 (tabela 16-ANEXO18), parte 3 (tabela 17-ANEXO 18), parte 4 (tabela 18-ANEXO18) e parte 5 (tabela 19- ANEXO 18).

A avaliação da impressão subjetiva dos paciente em relação às drogas ilícitas, ao álcool e à medicação prescrita:

A **escala DAI 30**: os resultados da atitude do paciente frente ao uso de medicação estão apresentados aqui por sete fatores de subjetividade, agrupados dentre os 30 itens da escala: o fator 1 - subjetividade positiva (itens 18; 26; 15; 16; 21; 29 e 2); o fator 2 - subjetividade negativa (itens 3;25;12;16;11 e 28); o fator 3 - saúde/doença (itens 20; 13 e 1); o fator 4 - controle médico (itens 24 e 17); o fator 5 - controle de uso de medicação (itens 5 e 8); o fator 6 - prevenção de recaída (itens 23 e 30) e o fator 7- prejuízo (itens 7 e 14). Estes dados estão descritos no Quadro 1.

Quadro 1. Distribuição da amostra para os fatores da escala DAI 30 para grupo caso e grupo controle: Fator 1; Fator 2; Fator 3; Fator 4; Fator 5; Fator 6 e Fator 7 (média, Desvio Padrão, p-valor). *p<0,05. Teste de Wilcoxon para grupos pareados.

Fatores –escala DAI 30	grupo caso média ± DP	grupo controle média ± DP	p- valor (bicaudado) T.Wilcoxon
Fator 1 (subjetividade positiva)	6,7 ± 1,3	6,7 ± 1,9	0,504
Fator 2 (subjetividade negativa)	5,4 ± 0,7	6,1 ± 1,2	0,041*
Fator 3 (saúde/doença)	2,5 ± 0,6	2,5 ± 0,4	0,861
Fator 4 (controle médico)	2,0 ± 0,4	2,0 ± 0,5	0,959
Fator 5 (controle do uso de medicação)	1,6 ± 0,4	1,7 ± 0,4	0,451
Fator 6 (prevenção de recaída)	2,1 ± 0,6	1,8 ± 0,6	0,192
Fator 7 (prejuízo)	1,5 ± 0,2	1,6 ± 0,3	0,285

Na avaliação, item por item, da escala DAI 30, encontramos diferença significativa (p<0,05) para o item 3 - “quando tomo os remédios, sinto-me meio “xarope”, meio “zoró”, como um robô”. Neste item, o grupo caso registrou sim em 11 pacientes (73,3%) dos casos, enquanto que o grupo controle, em 4 pacientes (26,7%) (Tabela 20-ANEXO18).

A escala de Impressão Subjetiva em relação às Substâncias:

Os dados da impressão subjetiva em relação às substâncias, estão apresentados em separado para cada uma delas, comparando-se a impressão subjetiva da medicação entre os grupos e entre as outras substâncias (álcool, maconha e cocaína).

Comparando-se a impressão subjetiva do uso da medicação para o grupo caso e o grupo controle (tabela 1 e Figura 11), no item “envolvimento com grupo”, o grupo caso teve média de 1,7 (DP \pm 0,7) pontos e grupo controle, média de 2,7 (DP \pm 1,1), ($p < 0,05$). Neste ítem, o menor escore representa impressão subjetiva de menor “envolvimento com grupo”.

Tabela 1. Descrição da Impressão subjetiva em relação à medicação para grupo caso e controle [média, desvio padrão (DP), p-valor]. * $p < 0,05$. Teste comparativo de Wilcoxon para grupos pareados.

Subjetividade (SSAS) MEDICAÇÃO	grupo caso média \pm DP	grupo controle média \pm DP	p-valor (bicaudado) T.Wilcoxon
Humor	3,4 \pm 1,0	3,4 \pm 1,1	0,722
Ansiedade	2,4 \pm 1,3	2,2 \pm 0,9	1,000
Energia	2,7 \pm 1,6	2,8 \pm 1,1	0,638
Hostilidade	3,8 \pm 1,3	3,7 \pm 1,1	0,575
Desconfiança	2,4 \pm 1,3	2,5 \pm 1,2	0,646
Pensamento	2,3 \pm 1,2	2,3 \pm 1,3	0,838
Distração	3,3 \pm 1,6	3,5 \pm 1,1	0,582
Envolvimento com grupo	1,7 \pm 0,7	2,7 \pm 1,1	0,013*
Sintomas positivos	4,0 \pm 1,1	4,2 \pm 1,0	0,237
Sintomas Negativos	3,6 \pm 1,3	4,1 \pm 1,2	0,612

Comparando-se a impressão subjetiva do uso da medicação com a impressão subjetiva do uso de álcool (tabela 2 e figura 11), no item “ansiedade”, a média foi de 2,4 (DP±1,3) para o uso da medicação e média de 3,6 (DP±1,3), para o uso de álcool, (p<0,05). Neste item, o menor escore representa menor ansiedade.

Tabela 2. Descrição da Impressão subjetiva em relação ao álcool para grupo caso e comparação com a Impressão Subjetiva da medicação [média, desvio padrão (DP) e p-valor]. Teste comparativo de Wilcoxon para grupos pareados. *p<0,05.

Subjetividade (SSAS)	ÁLCOOL grupo caso (n=13) média ± DP	MEDICAÇÃO grupo caso média ± DP	p-valor (bicaudado) T.Wilcoxon
Humor	3,3 ± 1,7	3,4 ± 1,0	0,753
Ansiedade	3,6 ± 1,3	2,4 ± 1,3	0,027*
Energia	2,8 ± 1,3	2,7 ± 1,6	0,892
Hostilidade	3,6 ± 1,5	3,8 ± 1,3	0,106
Desconfiança	2,5 ± 1,2	2,4 ± 1,3	0,600
Pensamento	3,4 ± 1,5	2,3 ± 1,2	0,075
Distração	2,6 ± 1,5	3,3 ± 1,6	0,345
Envolvimento com grupo	1,8 ± 1,0	1,7 ± 0,7	0,655
Sintomas positivos	3,1 ± 1,3	4,0 ± 1,1	0,208
Sintomas Negativos	3,3 ± 1,2	3,6 ± 1,3	0,529

Comparando-se a impressão subjetiva do uso da medicação com a impressão subjetiva do uso de maconha (tabela 3 e figura 11), no item “pensamento”, a média foi de 2,3 (DP±1,2) para o uso da medicação e média de 3,9 (DP±1,3) para o uso da maconha, (p<0,05). Neste item, o menor escore representa impressão subjetiva de pensamento mais claro. No item “sintomas positivos”, a média foi de 4,0 (DP±1,1) para a o uso da medicação e média de 1,9 (DP±1,0) para o uso da maconha, (p<0,05). Neste item, o menor escore

representa impressão subjetiva de haver mais sintomas positivos. No item “sintomas negativos”, a média foi de 3,6 (DP±1,3) para o uso da medicação e média de 2,0 (DP±1,6) para o uso da maconha, ($0,05 < p < 0,10$). Neste item, o menor escore representa impressão subjetiva de haver mais sintomas negativos. No item “desconfiança”, a média foi de 2,4 (DP±1,3) para o uso de medicação e média de 3,4 (DP±1,7) para o uso de maconha. Neste item, o menor escore representa impressão subjetiva de haver menos desconfiança.

Tabela 3. Descrição da Impressão subjetiva em relação à maconha para grupo caso e comparação com a Impressão Subjetiva da medicação [média, desvio padrão (DP) e p-valor]. Teste comparativo de Wilcoxon para grupos pareados. * $p < 0,05$; ** $0,05 < p < 0,10$.

Subjetividade (SSAS)	MACONHA grupo caso (n=10) média ± DP	MEDICAÇÃO grupo caso média ± DP	p-valor (bicaudado) T.Wilcoxon
Humor	4,0 ± 1,	3,4 ± 1,0	0,263
Ansiedade	2,4 ± 1,6	2,4 ± 1,3	0,529
Energia	3,3 ± 1,9	2,7 ± 1,6	0,675
Hostilidade	3,8 ± 1,2	3,8 ± 1,3	0,735
Desconfiança	3,4 ± 1,7	2,4 ± 1,3	0,076**
Pensamento	3,9 ± 1,3	2,3 ± 1,2	0,012*
Distração	2,1 ± 1,6	3,3 ± 1,6	0,108
Envolvimento com grupo	2,0 ± 1,4	1,7 ± 0,7	1,000
Sintomas positivos	1,9 ± 1,0	4,0 ± 1,1	0,012*
Sintomas Negativos	2,0 ± 1,6	3,6 ± 1,3	0,059**

Comparando-se a impressão subjetiva do uso da medicação com a impressão subjetiva do uso da cocaína (tabela 4 e figura 11), no item “sintomas positivos”, a média foi de 4,0 (DP±1,1) para o uso da medicação e média de 2,2 (DP±1,6) para o uso de cocaína ($0,05 < p < 0,10$). Neste item, o menor escore representa mais sintomas.

Tabela 4. Descrição da Impressão Subjetiva em relação à cocaína para grupo caso e comparação com a Impressão Subjetiva da medicação [média, desvio padrão (DP) e p-valor]. Teste comparativo de Wilcoxon para grupos pareados. ****0,05<p<0,10.**

Subjetividade (SSAS)	COCAINA grupo caso (n=7) média ± DP	MEDICAÇÃO Grupo caso média ± DP	p-valor (bicaudado) T.Wilcoxon
Humor	3,8 ± 1,6	3,4 ± 1,0	0,715
Ansiedade	4,5 ± 1,2	2,4 ± 1,3	0,109
Energia	2,0 ± 1,4	2,7 ± 1,6	1,000
Hostilidade	2,3 ± 2,1	3,8 ± 1,3	0,593
Desconfiança	3,3 ± 2,0	2,4 ± 1,3	0,423
Pensamento	2,5 ± 1,8	2,3 ± 1,2	0,500
Distração	3,8 ± 1,6	3,3 ± 1,6	0,855
Envolvimento com grupo	2,3 ± 2,1	1,7 ± 0,7	0,285
Sintomas positivos	2,2 ± 1,6	4,0 ± 1,1	0,068**
Sintomas Negativos	2,2 ± 1,6	3,6 ± 1,3	0,225

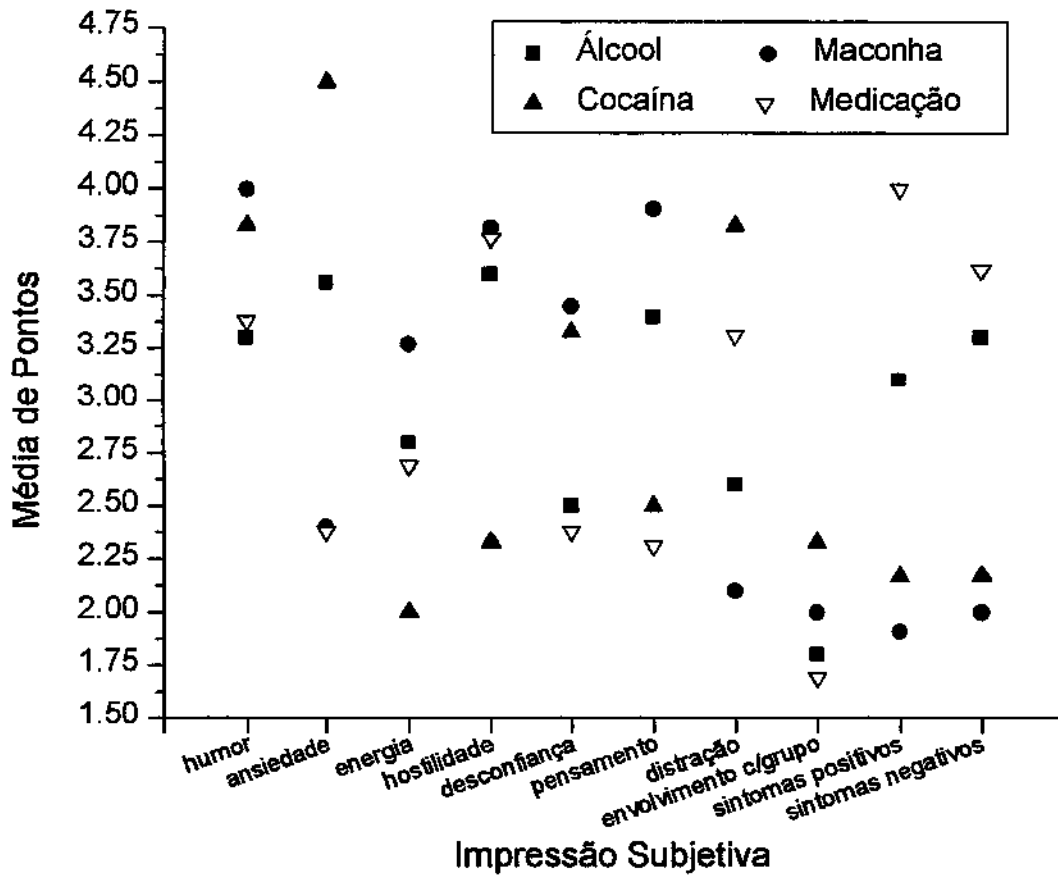


Figura 11. Distribuição dos valores medianos de pontos dos itens da Escala de Impressão Subjetiva para álcool, maconha, cocaína e medicação no grupo caso, n=15. Em cada item foram comparados os pontos entre as drogas e a medicação pelo teste de Wilcoxon para amostras relacionadas. Houve diferença significativa para o item ansiedade entre álcool e medicação (p-valor=0,0277), pensamento e sintomas positivos entre maconha e medicação (p-valor=0,0125 e 0,0117).

A avaliação da qualidade de vida:

A escala Qualidade De Vida: no grupo caso, a média foi de 43,1 pontos e no grupo controle, encontrou-se média de 42,9 pontos. Para o item anedonia, o grupo caso teve média de 2,7 (DP±1,6) pontos e o grupo controle teve média de 1,9 (DP±0,9) pontos (0,05<p<0,10). Nos outros itens a média foi semelhante para ambos os grupos (Tabela 5).

Tabela 5. Escala QLS – Descrição (médias e desvio padrão) e comparação (p-valor) para grupo caso e grupo controle.

Teste de Wilcoxon para amostra pareada.

** 0,05 < p < 0,10.

QLS	grupo caso Média±DP	grupo controle Média ± DP	p -valor (bicaudado) T.Wilcoxon
QLS-relação com familiares	2,4±1,5	2,5 ± 1,6	0,858
QLS-relações íntimas	1,9±1,8	1,6 ± 1,9	0,624
QLS-conhecidos	2,5±1,8	2,0 ± 1,5	0,332
QLS-nível de atividade social	1,7±1,7	1,5 ± 1,6	0,666
QLS-rede social	2,3± 1,8	1,9 ± 1,6	0,582
QLS-iniciativa social	2,5 ±1,2	1,9 ± 1,4	0,202
QLS-retraimento social	2,4 ±1,5	2,0 ± 1,5	0,594
QLS-relações sócio sexuais	2,1 ± 1,2	2,0 ± 1,3	0,767
QLS-ocupação	0,9 ±1,7	1,1 ± 1,7	0,933
QLS-realização pessoal	1,1 ±1,3	1,6 ± 1,3	0,374
QLS-aproveitamento das capacidades pessoais	2,8 ± 2,4	3,1 ± 1,7	0,594
QLS-objetivos	1,6 ± 1,5	1,6 ± 1,7	0,859
QLS- grau de motivação	2,4 ± 1,7	1,6 ± 1,7	0,260
QLS-curiosidade	1,7 ± 1,5	2,5 ± 1,6	0,182
QLS-anedonia	2,7 ± 1,6	1,9 ± 0,9	0,076**
QLS-aproveitamento do tempo	1,3 ± 1,2	1,6 ± 2,0	0,430
QLS-objetos comuns	1,5 ± 1,4	1,9 ± 1,4	0,610
QLS-atividades comuns	2,7 ± 1,2	2,4 ± 1,8	0,635
QLS-capacidade de empatia	2,9 ± 1,3	2,9 ± 1,3	1,000
QLS-interação emocional	4,3 ± 1,0	4,5 ± 1,2	0,594

5. DISCUSSÃO

5.1. LIMITAÇÕES DA METODOLOGIA DO ESTUDO:

O presente estudo, ao utilizar uma amostra de casos graves (pacientes internados ou de CAPS), faz-se não representativo do universo da população geral de pacientes esquizofrênicos. Isto obriga-nos a uma posição modesta em relação ao poder de generalização dos achados. Além disso, o número relativamente pequeno de casos estudados limita o poder estatístico dos testes. Da mesma forma, tal número reduzido impediu que fosse realizada uma análise estatística multivariada dos dados, no sentido de analisar em conjunto as variáveis para discriminar os dois grupos. Realizaram-se, então, apenas análises descritivas e testes comparativos univariáveis e bivariáveis.

A seleção dos instrumentos utilizados no estudo, com o objetivo de traçar um perfil do paciente esquizofrênico que usa álcool e/ ou drogas, tornou o protocolo da pesquisa muito extenso. Isso dificultou as entrevistas, considerando-se que os pacientes dos serviços escolhidos (enfermaria e CAPS) apresentavam quadros clínicos graves.

Os locais da pesquisa também são um viés para o inventário farmacológico, uma vez que em ambos há supervisão da administração da medicação. Isso, além do mais, acontece de forma diferente nos dois locais, pois o paciente internado na enfermaria está supervisionado continuamente, e os pacientes tratados no CAPS têm supervisão apenas nas horas do dia em que permanecem no local de tratamento.

Para podermos avaliar a variável “padrão de uso” de medicação para os pacientes internados, recorreremos à lembrança do paciente ou à história psiquiátrica no período anterior à internação. A amostra de pacientes ambulatoriais possibilitaria a avaliação desta variável, bem como o recurso de exames subsidiários, tais como nível sérico do fármaco em uso.

A avaliação do uso de substâncias também poderia ser auxiliada por testes laboratoriais de sensibilidade para detectar as drogas. Esse recurso, no entanto, é dispendioso e nem sempre disponível.

Os critérios de história de uso de drogas utilizados para caracterizar o grupo caso (uso pelo menos alguma vez na vida e uso no último ano) não permitem que seja feito um diagnóstico de abuso ou dependência às substâncias. Isso impede, neste estudo, de falarmos de comorbidade diagnóstica de transtorno decorrente do uso de substâncias na esquizofrenia.

Contudo, as dificuldades para diagnosticar essa comorbidade têm sido apontadas pela literatura por vários autores (Carey & Correia 1998).

Sabemos que parece ser importante identificarmos todo e qualquer uso de álcool para esta população. Por exemplo, o efeito da medicação antipsicótica, utilizada no tratamento farmacológico, pode ser modificado pela redução da biodisponibilidade do fármaco por efeito do álcool (Soni & Brownlee 1991; Soni *et al.* 1991). Desta forma, talvez não só o diagnóstico nosográfico seja necessário ser identificado, mas sim todo padrão de consumo de álcool.

Tem sido apontado na literatura (Carey & Correia 1998; Drake & Wallach, 1989) que o diagnóstico da comorbidade poderá ter maior confiabilidade e validade através de entrevista estruturada e semi-estruturada com instrumentos mistos de auto - preenchimento, de observação clínica e laboratorial e outras fontes de informação .

No intuito de caracterizarmos e compreendermos melhor a relação do paciente esquizofrênico com as substâncias de uso e medicação, utilizamos, neste estudo, instrumentos de auto preenchimento em forma de questionários semi - estruturados.

A utilização destas escalas em forma de entrevista, aplicadas por entrevistador, fez-se necessária, em face de não haver um nível escolar homogêneo na amostra que possibilitasse o autopreenchimento. Isto reflete um problema relativo ao aspecto de que as respostas podem não corresponder à realidade, por exporem de qualquer forma o paciente a um profissional médico (o entrevistador), ainda que este não participasse do tratamento do paciente, especialmente no tocante às substâncias ilícitas.

As limitações apontadas aqui devem ser consideradas, o que não invalida os resultados, mas sim, faz com que a observação clínica seja feita de maneira mais criteriosa.

5.2. O PERFIL DA AMOSTRA:

Os pacientes da amostra pareada são predominantemente jovens (média=27,1 anos e DP+5,1) e do sexo masculino (100%), o pareamento dos grupos para sexo resultou nessa distribuição, onde não foi possível parear pacientes do sexo feminino.

Em ambos os grupos, há predomínio de solteiros (grupo caso=93,3% e grupo controle=86,7%), inativos (grupo caso=80% e grupo controle = 100%), que não completaram o primeiro grau (grupo caso com média de 6,0 anos com sucesso escolar e DP+3,0; e grupo controle com média de 6,8 anos com sucesso escolar e DP+3,9 anos),

sendo que o grupo caso teve tendência a ter menos anos sem sucesso na escola, comparado ao grupo controle ($0,06 < p < 0,10$). São na maioria católicos no grupo caso (66,7%), enquanto que no grupo controle, há pacientes filiados à igreja católica (46,7%), pentecostal (40,0%) e seicho-no-ie (6,7%).

São pacientes que, ou freqüentam um serviço público de referência no município e de atendimento disponível diariamente, que é o caso do CAPS, ou pacientes de enfermagem psiquiátrica em hospital geral universitário. Em ambos os locais, há característica de atendimento de quadros clínicos não estabilizados, que requerem cuidado intensivo.

Os pacientes do grupo controle têm história de doença há pelo menos um ano (média = 80,0 meses; DP±41,2), assim como os do grupo caso (média=83,0 meses; DP±61,4), exceto dois pacientes que têm menos de seis meses de história de doença.

São, portanto, pacientes que já experimentaram alguma forma de tratamento com antipsicóticos, na maioria com vários episódios da doença e várias internações psiquiátricas (Figura 2, pag.45).

5.3. O DIAGNÓSTICO DA ESQUIZOFRENIA:

A avaliação diagnóstica para pacientes esquizofrênicos que fazem uso de drogas e /ou álcool tem sido muito discutida. A questão da natureza do fenômeno psicopatológico para pacientes que apresentam quadro psicótico e história de algum tipo de uso de substâncias como o álcool, a maconha e a cocaína, torna difícil o entendimento do quadro apresentado. Estes casos podem ser um fenômeno de indução ao estado psicótico pelo uso das substâncias ou uma comorbidade da psicose e uso, abuso ou dependência de drogas.

Alguns autores (Carey & Correia 1998) consideram que o maior obstáculo para detectarem-se os transtornos decorrentes do uso de substâncias na população de doentes mentais graves seja a falta de uma avaliação específica, adequada ao paciente, para o uso de substâncias, nos serviços de atendimento em saúde mental. A avaliação inadequada leva ao tratamento inapropriado, não se considerando o uso de substância no planejamento terapêutico, o que leva a pior prognóstico, com recaída, reinternação além do prejuízo psicológico e custo econômico. Neste sentido, a proposta é de que a avaliação adequada

auxilie a identificação breve, o diagnóstico, o plano de tratamento e seguimento desses indivíduos (Carey & Teitbaum, 1996).

A identificação breve utiliza-se de instrumentos de sensibilidade, para detectar a presença ou não do transtorno, e de especificidade, para detectar o indivíduo que não tem o transtorno. O diagnóstico avalia com mais detalhes o uso de substância e suas consequências, observando-se se os critérios diagnósticos formais dos manuais diagnósticos são preenchidos. O desafio está em se detectar quais instrumentos apropriados para essa avaliação estão disponíveis.

Alguns autores (Drake & Wallach, 1989; Safer, 1987) propõem que uma única avaliação não nos pode fornecer informações precisas para essa população. Parece haver um consenso na literatura para a avaliação que combine instrumentos de autopreenchimento, entrevista e informações objetivas (Drake *et al.*, 1990; Carey & Correia, 1998).

Neste estudo optou-se pela utilização dos critérios clínicos da DSM-IV e CID-10 para o diagnóstico da esquizofrenia. Em ambos os grupos, o subtipo de esquizofrenia predominante foi a esquizofrenia paranóide (Figura 9, pag.52).

A avaliação da psicopatologia mostrou pacientes com sintomas produtivos, o que poderia suscitar discussão para o diagnóstico de psicose induzida por drogas, nos pacientes do grupo caso, se não fosse a observação do critério de ausência do uso de substância por mais de um mês para o diagnóstico de esquizofrenia, no curso longitudinal da doença. Este tipo de informação foi obtida através de consulta ao prontuário e informações objetivas junto à equipe de atendimento do paciente. Desta forma, aqueles pacientes que estavam fazendo uso de alguma substância (álcool, maconha e/ ou cocaína), no último mês, tinham história documentada de persistência da psicopatologia da esquizofrenia, em algum período prévio de abstinência das substâncias, no curso de sua doença. A principal fonte comprobatória disso, foi a referência documentada ou da equipe de atendimento, de haver persistência da psicopatologia da esquizofrenia, mesmo durante períodos de internação superiores a 30 dias.

Para o uso de substância, foi utilizado o critério de uso pelo menos alguma vez na vida e no último ano, obtidos através da entrevista semi-estruturada, juntamente com as informações colhidas no prontuário do paciente. Como não foi utilizado nenhum

instrumento diagnóstico para álcool e/ ou drogas, não nos foi possível fazer diagnóstico nessa área.

5.4. DISCUSSÃO COMPARATIVA DA PSICOPATOLOGIA:

A avaliação da psicopatologia pelas escalas PANSS e CGI e GAS mostrou que os grupos estão bastante homogêneos. Na avaliação dos sintomas positivos e negativos da esquizofrenia, vemos que em ambos os grupos os pacientes estão sintomáticos. A impressão clínica global é de marcadamente a gravemente doente e o funcionamento global foi compatível com o de pacientes internados. Esta gravidade dos sintomas neste estudo não pode ser relacionada ao uso de drogas, já que é homogênea para os dois grupos.

O comportamento dos grupos, na avaliação da ansiedade e depressão, através das escalas HAMA e CALGARY, respectivamente, não os distinguiu. Porém, podemos dizer que em ambos os grupos podemos identificar ansiedade e depressão. Alguns autores (Hustig & Hafner, 1990) sugerem que os sintomas de ansiedade estariam presentes nos quadros psicóticos com exuberância de sintomas produtivos e que o próprio uso de drogas seria um fator ansiogênico (Mueser *et al.*, 1998), assim como o uso de neurolépticos (Seeman *et al.*, 1976). Parece ser difícil identificar a fronteira entre um e outro fator .

Neste estudo, apesar de em ambas as escalas (HAMA e CALGARY) o grupo caso ter mais sintomas que o controle, isto não foi significativo.

A capacidade cognitiva, mostrou algum prejuízo cognitivo em todos os teste aplicados (MMSE, Teste de Fluência Verbal, EIWA e Memória Lógica), mas isso não foi diferente entre os grupos (Tabela 13-ANEXO 18).

O funcionamento familiar avaliado pela escala GARF mostrou-se muito parecido nos dois grupos e caracteriza a família como local de momentos de bom convívio, mas de predomínio de relações insatisfatórias e padrão de interação claramente disfuncional.

O antecedente familiar para álcool e drogas foi maior para o grupo caso e estatisticamente não foi diferente para os grupos (Figura 6 e Figura 7, pag.49)

5.5. O PERFIL FARMACOLÓGICO E OS SINTOMAS EXTRAPIRAMIDAIS:

Foram avaliados os antipsicóticos, antiparkinsonianos, antidepressivos, tranquilizantes e estabilizadores de humor/anticonvulsivantes em relação ao uso, padrão de uso, tempo de uso e dose equivalente (para antipsicóticos e antiparkinsonianos).

A maioria dos pacientes já fazia uso de antipsicóticos há mais de um ano (exceto dois pacientes do grupo caso que o faziam há menos de seis meses) e estão em uso atualmente (exceto um paciente do grupo controle que estava sem medicação há uma semana).

O padrão de uso de antipsicóticos foi semelhante para os grupos caso e controle, tanto no uso atual como no uso anterior, e mostra que o que predomina é o padrão pouco regular de uso.

O resultado do padrão de uso atual de antipsicóticos ficou bastante limitado pela característica do local de acesso da amostra, enfermaria e CAPS, como já discutimos.

O padrão de uso anterior de antipsicóticos ao tratamento atual ficou restrito às informações colhidas na entrevista com o paciente, contando-se com a lembrança deste em usar ou não a medicação e em que padrão o fazia. A entrevista com pessoas que convivem com o paciente teria sido de grande ajuda, bem como exames laboratoriais para identificar e medir o fármaco, mas não foram realizados.

Sabemos que a não adesão ao tratamento medicamentoso na esquizofrenia é motivo de preocupação (Campo *et al.*, 1983; Bandeira, 1993; Adams *et al.* 1993), e que o uso de substâncias como o álcool e drogas ilícitas parece piorar a adesão ao tratamento medicamentoso (Drake *et al.*, 1989; Kosten & Ziedonis, 1997).

Os achados deste estudo não podem ser ditos discordantes aos da literatura, porque, na realidade, não foi possível reunirmos dados compatíveis de comparação para isto nesta amostra.

A dose equivalente em mg de clorpromazina foi medida para a medicação atual, uma vez ser a única informação mais consistente disponível.

Os grupos estavam recebendo, em média, dose semelhante de medicação antipsicótica (dose equivalente em clorpromazina; média = 667,8mg/vo/dia para o grupo caso e média=646,5mg/vo/dia para o grupo controle). Como o tempo de uso de antipsicótico foi semelhante, o perfil farmacológico, para essa classe de fármaco, nos grupos, mantém-se muito parecido. Isso é importante quando pensamos na comparação dos

efeitos subjetivos da medicação e efeitos extrapiramidais para os grupos pareados, que vamos discutir mais adiante.

Como não existem parâmetros cientificamente estabelecidos de unidades de equivalência para agentes antiparkinsonianos, os dados referentes a essa classe de medicação foram trabalhados, levando-se em conta um recurso criado para melhor compararmos os dois grupos da amostra. Este recurso determina uma dose equivalência para os medicamentos referidos como agentes antiparkinsonianos, baseados na prática clínica (Tabela 2-ANEXO 18).

O uso anterior de antiparkinsonianos também não foi estatisticamente diferente do atual, estatisticamente, entre os grupos. Porém, mais pacientes do grupo controle estavam usando antiparkinsoniano (80%) do que aqueles do grupo caso (60%). No grupo caso o uso anterior referido (60%) foi igual ao atual (60%); no grupo controle, o uso anterior referido (36,4%) foi menos da metade do uso atual (80%).

Se observarmos o tempo de uso de antiparkinsonianos, vemos que o grupo caso usa há menos tempo do que o controle e essa diferença foi significativa ($p < 0,05$); isto independe do tempo de sintomas ou do tempo de uso de antipsicóticos, o qual não foi diferente para os grupos. Isto nos suscita a refletir sobre a hipótese da automedicação para o uso de substâncias na esquizofrenia (Mueser *et al.*, 1990; Dixon *et al.*, 1990). Neste estudo, esta automedicação ocorreria com a finalidade de aliviar os efeitos colaterais causados pelos neurolépticos e não para aliviar os sintomas da esquizofrenia (Schneier & Siris, 1987; Miller & Tanenbaum, 1989). Estes efeitos colaterais foram observados nos dois grupos, como vimos acima.

Os dados sobre o padrão de uso anterior de antiparkinsoniano ficaram muito prejudicados pelo número de pacientes que não sabiam informar sobre essa classe de fármaco em ambos os grupos (9 pacientes no grupo caso e 11 no grupo controle). Contudo, o padrão anterior foi igual para os grupos, bem como o padrão atual. Observamos, no entanto, que 6 (40%) pacientes do grupo caso não estão em uso de antiparkinsoniano, contra 3 (20%) pacientes do grupo controle.

A dose equivalente de antiparkinsoniano de uso atual não apresentou diferença significativa entre os grupos e foi maior para o grupo controle [grupo controle: média=1,7u (DP±1,3); grupo caso: média=1,3 u. (DP±1,5)].

Isto não nos permite inferir sobre uma relação de causalidade entre o uso de antiparkinsoniano atual e o uso de álcool e/ou drogas neste estudo, mas se observarmos a comparação do tempo de uso de agentes antiparkinsonianos, que foi significativa na amostra, este dado pode ser útil no desenho de investigações futuras.

A classe de antidepressivos e de estabilizadores de humor, incluindo anticonvulsivantes, apareceu de forma semelhante nos grupos, sendo que a incidência foi pequena para ambas as classes de medicamento e não representou diferença entre os grupos. Isto, de certa forma, era esperado, já que não fazem parte da medicação de escolha para quadros psicóticos.

Os **sintomas extrapiramidais** foram avaliados pelas escalas UKU e ESRS e estão presentes em ambos os grupos com algumas diferenças significativas entre eles.

Se tomarmos a escala UKU, que é baseada na observação clínica, não encontramos diferença entre os grupos. Porém, ao apreciarmos os achados da escala ESRS que inclui exame médico, encontramos que o item tremor de braço **direito**, no grupo caso, é mais intenso que no grupo controle e isso foi significativo ($p < 0,05$), da mesma forma que o foi o item tremor de braço **esquerdo** ($p < 0,05$) e o item de estabilidade postural ($p < 0,05$).

Se observarmos, individualmente, as sessões da escala ESRS, na sessão ESRS **parkinsonismo, distonia e discinesia** - avaliação subjetiva, o grupo caso teve média de escore total de 6,3 (DP±4,0) que é maior que a média do grupo controle, com média de 5,6 (DP±3,2) (Tabela 15-ANEXO 18). Nesse item, o grupo caso teve escore maior que o controle. O maior escore significa mais sintomas extrapiramidais.

Na sessão ESRS **distonia exame médico (aguda e não aguda)**, na parte distonia aguda, nos 8 itens, o grupo caso foi igual ao controle; na parte distonia não aguda, dos 7 itens, em 5, o grupo caso teve escore maior que o grupo controle; em 2 itens, o grupo caso teve escore menor que o controle (Tabela 17-ANEXO 18).

Na sessão ESRS **distonia** movimentos distônicos dos 7 itens, em 5, o grupo caso teve escore maior que o controle, em 1 item, o grupo caso foi igual ao grupo controle e em 1 item, o grupo caso teve escore menor que o controle (Tabela 19-ANEXO 18).

Na sessão ESRS impressão clínica global da severidade da **discinesia**, no único item, o grupo caso teve escore maior que o controle (Tabela 19-ANEXO 18).

Na sessão ESRS impressão clínica global da severidade do **parkinsonismo**, no único item, o grupo caso teve escore maior que o controle (Tabela 19-ANEXO 18).

Esse comportamento de ter mais sintomas extrapiramidais, ainda que sem significância estatística, estendeu-se por toda a avaliação de sintomas extra piramidais em ambas as escalas. Podemos dizer que parece haver mais sintomas extra piramidais nos pacientes do grupo caso.

5.6. O USO DE SUBSTÂNCIAS NO GRUPO CASO:

O uso de álcool e/ ou drogas no grupo caso mostrou que 86,7% fazem uso de álcool às vezes e o fizeram no último mês, com média de 8,6 (DP±9,5) vezes no mês, sendo que 2 casos (13,3%) fazem uso diário, e 1 caso (6,7%) já apresentou *delirium tremens*. Esses dois casos que fazem uso diário foram incluídos no estudo pelo uso de álcool, mostrando que o restante dos casos que relataram uso de álcool faz uso também de outra droga pesquisada, maconha e/ou cocaína. Isso corrobora os dados de literatura, onde o álcool aparece como maior substância de uso entre os esquizofrênicos (Regier *et al.* 1990, Drake *et al.* 1990) e o poliuso de substâncias foi observado nesta população, o que também foi observado na literatura (Mueser *et al.* 1990). O álcool foi a droga de maior uso, na amostra deste estudo.

A relato de uso de maconha alguma vez na vida ocorreu em 80% dos pacientes do grupo caso e 66,7% dos pacientes utilizaram a maconha no último ano e último mês, tendo sido esta a segunda droga de maior uso na amostra.

A cocaína foi a terceira droga de uso, tendo sido relatado uso alguma vez na vida em 73,3% dos pacientes e em 53,3% no último ano. Não foi relatada como droga de uso atual para último mês e última semana.

5.7. A EXPERIÊNCIA SUBJETIVA EM RELAÇÃO ÀS SUBSTÂNCIAS:

A discussão da subjetividade poderia tomar caminhos muito diferentes, em função do referencial pretendido. Os achados da neurociência e psiquiatria descritiva têm convergido para a observação clínica confiável, formulação de hipóteses precisas, e teste das mesmas, de acordo com procedimentos claros e controlados. Isto é essencial para o trabalho clínico, pesquisa e aprendizado, mas há razões para acreditarmos que há falhas em avaliarmos fatores psicológicos e sociais que estão relacionados com a experiência

subjetiva do paciente (Lieberman, 1993). Neste sentido, entender a relação do paciente com a medicação e substâncias de uso necessita de recursos que nos propiciem a avaliação dos efeitos subjetivos das mesmas (Addington *et al*, 1997).

Awad *et al.* (1996), referindo-se à experiência subjetiva do uso de neurolépticos, reconhecem que um dos maiores impedimentos para a pesquisa psiquiátrica nessa área seja a falta de medidas psicométricas práticas e confiáveis.

Em estudo sobre adesão à medicação, Awad e Hogan (1983) propuseram uma escala de auto-aplicação baseada na experiência subjetiva do paciente esquizofrênico com a medicação e parte dela foi usada neste estudo (DAI-30). Baigent *et al.* (1995), avaliando a interação entre substâncias de abuso e esquizofrenia, propõem que este entendimento requeira análise detalhada dos efeitos subjetivos das diferentes drogas de abuso para esta população e apresenta um instrumento de auto preenchimento que também foi utilizado no presente estudo (SSAS).

5.7.1. A Medicação:

A subjetividade da medicação prescrita foi significativamente diferente ($p < 0,05$) para os grupos, no fator 2 - subjetividade negativa. Este fator inclui quatro itens da escala DAI30, que se referem a: item 3: “quando toma os remédios sente-se meio “xarope”, meio “zoró”, como “robô”; item 25: “os efeitos desconfortáveis, ruins, dos remédios estão sempre presentes”; item 16: “quando está tomando os remédios não consegue concentrar-se em nada”; item 11: “muitas das coisas que faz com facilidade, ficam mais difíceis quando está tomando os remédios” e item 28: “não consegue relaxar quando está tomando os remédios”. Isso indica que para o grupo caso, a sensação subjetiva negativa da medicação é pior comparada ao grupo controle, e isso permanece na avaliação item por item, onde o item 3 foi mais confirmado para o grupo caso ($p < 0,05$) (Tabela 20 -ANEXO 18).

5.7.2. Álcool, Maconha e Cocaína:

A avaliação da relação subjetiva das drogas de uso foi feita pela escala de Impressão Subjetiva em Relação às Substâncias e foi diferente para as drogas pesquisadas (álcool, maconha e cocaína) (Tabela 2 pag., 59; Tabela 3, pag. 60 e Tabela 4, pag. 61).

Do ponto de vista descritivo, a experiência subjetiva em relação ao álcool revelou que os pacientes sentiam-se “levemente ou muito” pertencentes a grupos

(80%), “levemente ou muito” amigáveis (70%), com “pouco ou muito” menos sintomas negativos (70%), “levemente ou muito” distraídos (60%), “levemente ansiosos ou ansiosos” (55,6%), “levemente ou muito” alegres (50%) e não houve mudança com relação à energia. Esta relação subjetiva parece ser percebida como favorecedora de interação social.

Em relação à **maconha**, relataram sentir-se “levemente ou muito” envolvidos com grupos (72,7%), “levemente ou muito” alegres (63,6%), “levemente ou muito” amigáveis (63,7%), “levemente ou muito” confusos (63,7%), com “pouco ou muito mais” sintomas negativos (63,6%), “levemente ou muito” calmos (60%), “levemente ou muito” desconfiados (54,6%), “levemente ou muito” cansados” (54,2%) e “levemente ou muito” atentos (50%). Esta droga, assim como o álcool, também parece ser percebida como favorecedora de melhor interação social, mas piora os sintomas negativos e a sensação de pensamento confuso.

Para a subjetividade em relação à **cocaína** relataram sentir-se “levemente ou muito” alegres (66,7%), “levemente ou muito” tensos (83,3%), com “levemente ou muita” energia (60%), “levemente ou muito” hostis (66,7%), “levemente ou muito” desconfiados (50%), com pensamento “levemente claro ou claro” (50%), “levemente ou muito” atentos (66,7%), com “pouco mais ou muito mais” sintomas positivos (54,5%), e com “pouco mais ou muito mais” sintomas negativos (66,7%). A cocaína parece ter um efeito diferente da maconha e do álcool. Os pacientes relataram sentir-se subjetivamente mais alegres, mas ficam mais tensos e hostis e com mais sintomas, tanto negativos quanto positivos.

Ao compararmos os efeitos subjetivos da medicação com as drogas estudadas, encontramos que a ansiedade é subjetivamente maior no uso de álcool, quando comparada com a ansiedade com o uso da medicação ($p < 0,05$). Da mesma forma, encontramos que o pensamento é subjetivamente mais confuso com o uso da maconha, comparado com aquele do uso de medicação ($p < 0,05$). Da mesma forma, há subjetivamente mais sintomas positivos com o uso de maconha, comparado ao uso de medicação ($p < 0,05$) (Figura 11, pg. 62)

5.8. A QUALIDADE DE VIDA:

A avaliação comparativa dos 20 itens da escala para cada grupo, um a um, mostrou que no item anedonia, o grupo caso apresentou uma tendência ($0,05 < p < 0,10$) a ter

melhor capacidade para experimentar prazer ou bom humor com média de 2,7 pontos ($DP_{\pm 1,6}$), comparado ao grupo controle, onde a média é de 1,9 pontos ($DP_{\pm 0,9}$).

Em todos os outros itens não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

No entanto, se observarmos o comportamento dos grupos, considerando-se os 20 itens, ou seja, a escala como um todo, vemos que o grupo caso apresentou maiores escores que o grupo controle em 11 itens da escala; foi igual em dois e menor em 7 itens. Os itens em que esteve com pior desempenho, ou, menor escore, compreendem: ocupação, realização pessoal, aproveitamento das capacidades pessoais, curiosidade, aproveitamento do tempo, objetos comuns e interação emocional. Esteve melhor desempenho, ou, maior escore, nos itens: relação com familiares, relações íntimas, conhecidos, nível de atividade social, rede social, iniciativa social, retraimento social, relações sócio-sexuais, grau de motivação e atividades comuns. Esteve igual nos itens: capacidade de empatia e objetivos (Tabela 5, pg.63).

O perfil do grupo caso, nesta escala, aparece como um todo com melhor qualidade de vida que a do grupo controle, no que diz respeito às relações sociais e afetivas, mas os itens em que esteve pior refletem indivíduos com menos objetos comuns, com pior aproveitamento do tempo e das capacidades pessoais, menos interesses e pior interação emocional.

6. CONCLUSÕES

1. Os dados referentes à demografia, história da doença, psicopatologia, funções cognitivas e tratamento farmacológico mostraram que os grupos pareados foram muito parecidos. Isto valoriza as diferenças encontradas entre os grupos caso e controle.

2. Os pacientes esquizofrênicos que usam álcool e/ ou drogas (grupo caso) têm tendência a melhor desempenho escolar e a apresentar menos anedonia. No entanto, têm pior adaptação social e tendem a tentar mais o suicídio.

3. Os pacientes sentem-se subjetivamente, com o uso da medicação, “mais alienados”, mais “xarope”, mais “zoró”, mais como um “robô”. Além disso, têm objetivamente mais sintomas extrapiramidais e uma piora dos sintomas negativos com a medicação mais proeminente. Portanto, os dados sugerem que a relação dos pacientes esquizofrênicos que usam álcool e/ ou drogas com a medicação é, de modo geral, mais negativa, do que aquela dos pacientes que não usam álcool e drogas.

4. Nos pacientes do grupo caso, o tempo de uso de agentes antiparkinsonianos, no tratamento atual, foi significativamente menor no grupo controle. Isto não se deve ao tempo de doença, que não foi diferente para os dois grupos, tampouco, se deve ao tempo de uso de antipsicóticos tanto no tratamento atual como no anterior, que também não foi diferente para os dois grupos; e nem mesmo a presença de menos sintomas extrapiramidais, que ao contrário, foi objetivamente maior no grupo caso. Isso, permitiu-nos concluir que, neste estudo, os pacientes do grupo caso podem estar fazendo uso de álcool e/ ou drogas para atenuar os efeitos extrapiramidais da medicação antipsicótica. Este achado, reforça a teoria do modelo da automedicação, que postula que os pacientes esquizofrênicos fariam uso de álcool e/ou drogas para aliviar os efeitos extrapiramidais indesejáveis dos antipsicóticos.

5. No presente estudo, houve predominância do uso de múltiplas substâncias (álcool e/ ou maconha e/ ou cocaína), corroborando os achados da literatura. A relação subjetiva dos pacientes com o álcool parece ser percebida por eles como favorecedora de uma melhor interação social. A maioria (70%) sentiu-se mais amigável, mais envolvida com grupos (80%), e com menos sintomas negativos (70%). O álcool, quando comparado à medicação, parece ser percebido de forma a produzir maior ansiedade.

A **maconha** parece ser percebida como facilitadora de interação social. Por outro lado, piora os sintomas negativos e acentua a sensação de pensamento confuso. A maconha, quando comparada à medicação, parece ser percebida de forma a produzir mais sintomas positivos e pensamento mais confuso.

A **cocaína** parece produzir efeitos subjetivos diferentes das outras drogas. Por um lado, com ela os pacientes têm a sensação de ficarem mais alegres e atentos (66,7%). Por outro lado, sentem-se mais tensos (83,3%), mais hostis (66,7%) e com mais sintomas positivos (54,5%) e negativos (66,7%). Assim, tanto a cocaína como a maconha não produzem sensações que, na percepção dos pacientes, dificultariam a interação social. Entretanto, estas drogas parecem intensificar a experiência psicótica dos pacientes.

6. O presente estudo, de modo geral, corroborou com a maior parte dos achados da literatura recente sobre esquizofrenia e uso de drogas. Além disso, aponta para aspectos diferenciais da experiência objetiva e subjetiva com a medicação e com as drogas de abuso. O prosseguimento desta linha de estudos, com amostras maiores, mais representativas e que incluam também pacientes fazendo uso de antipsicóticos atípicos, poderia fornecer, no futuro, importante contribuição para o estudo e tratamento do esquizofrenia.

SUMMARY

The aim of this investigation was to evaluate drug and alcohol use in schizophrenia through a comparative, case-control study of two groups of age and sex matched schizophrenics who fulfilled the DSMIV criteria for schizophrenia. The case group consisted of individuals with a previous history of alcohol use, at least, in the past month, and a history of drug use (marijuana and/ or cocaine), at least, throughout life and the past year. The control group had no such history of alcohol and drugs use.

The subjects (15 patients per group), were university hospital psychiatric inpatients or were registered at CAPS (Psychosocial Treatment Center) in the municipality of Campinas. The parameters studied included demographic variables, psychiatric history, psychopathology (PANSS and CGI), cognitive functioning (MMSE, verbal fluency test, EIWA, Logical Memory test), global functioning (GAS), family functioning (GARF), pharmacological treatment, extrapyramidal symptoms (ESRS, UKU), quality of life (QLS) and subjective impression of medication (DAI-30 and SSAS), as well as alcohol and drugs (SSAS).

The Wilcoxon-matched pairs test was used to compare continuous variables, and the Stewart-Maxwell t test and MacNemar test were used to compare categorical variables.

Schizophrenic patients who used alcohol and drugs had tendency for better school achievement and less anhedonia, but showed poor social adaptation, a tendency toward suicide attempts and greater use of tobacco than did schizophrenics who do not use alcohol and drugs. The patients were subjectively more alienated and reported feeling like “zombies” under medication. Objectively, they had more extra pyramidal side effects and worsen negative symptoms. These patients are using antiparkinson agents medication for a shorter period of time than patients of control group are doing. This doesn't occurs neither because of the length of time of their illness, which wasn't different for the two groups, nor because of the length of time they are using antipsychotic medication. This finding reinforces the automedication model of schizophrenic patients alleviate the uncomfortable extrapyramidal symptoms caused by antipsychotics agents, using alcohol or drugs.

The subjective relation to alcohol was perceived as a social facilitator to cope with social interactions and marijuana. However, marijuana worsened the negative symptoms and accentuated thought confusion. Cocaine produced subjective happiness and more attention, although the patients felt more subjective hostility, tension and reported more varied positive and negative symptoms.

***REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS***

- Abikoff, H; Alvin, J; Hong, G; et al .** Logical Subtest of the Wechsler Memory Scale: Age and Education norms and alternate-form Reliability of two Scoring systems. *Journal of Clinical Experimental Psychology*, 9: 435-448, 1987
- Adams, SG e Howe, JT.** Predicting Medication Compliance in a Psychotic Population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181: 558-560, 1993.
- Addington& Addington.** A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophrenia Research*, 3, 247-251, 1990.
- Addington, D; Addington, J; Matika-Tyndale, E.** Assessing Depression in schizophrenia; The Calgary Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 163 (suppl.22), 39-44, 1990.
- Addington, J; Duchak, V.** Reasons for Substance Use in Schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* , 96: 329-333, 1997.
- Adler, LE; Hoffer, L; Wiser, A; Freeman, R.** Normalization of auditory physiology by cigarette smoking schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 150: 1856-1861,1993
- Almeida Filho, N; Mari, JJ; Coutinho, E; França, SF; Fernandes GF; Andreoli, SB; Busnello ED.** Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São paulo, Porto Alegre). *Revista ABP-APAL* 14(30: 93-104, 1992
- Alterman, AI; Erdlin, FR; Mclellan, AT; et al .** Problem drinking in hospitalized schizophrenic patients. *Addictive Behaviours*, 5 : 273-276, 1980
- Alterman, AI; Erdlen, FR; Murphy, E.** Alcohol abuse in the psychiatric hospital population. *Addictive Behavior*, 6: 69-73, 1981
- American Psychiatry Association:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC, American Psychiatry Association, 1994.
- Andrade, AG; Louzã, MR; e col.** Comorbidade entre Esquizofrenia e Dependência de Drogas. *Rev. Psiquiatria Clínica*, 20 (2): 73-79, 1993.

- Araújo, MR; Laranjeira, R; Dunn, J.** Cocaína, bases biológicas da administração, abstinência e tratamento. *J Bras Psiq.* 47(10): 497-511, 1998.
- Arndt, S; Tyrrel, G; Flaum, M; et al .** Comorbidity of substance abuse and schizophrenia: the role of pre-morbid adjustment. *Psychological Medicine*,22: 379-388,1992
- Andreasson, S; Allebeck, P; et al .** Cannabis and Schizophrenia: A longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet*, II: 1483-1486, 1987.
- Awad, AG; Hogan, TP.** A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychological Medicine*, 13: 177-183, 1983
- Awad, AG; Hogan, TP.** Subjective response to neuroleptics and the quality of life: implications for treatment outcome. *Acta Psychiatr Scan*, 89(suppl 380): 27-32, 1994.
- Awad, A; Hogan, T; Voruganti, L; Heslegrave, R.** Patients subjective experiences on antipsychotic medications. Implications for outcome and quality of life. *Int Clin Psychopharmacol* 10 (suppl3) : 123-132, 1995
- Awad, A; Voruganti, L; Heslegrave, RJ; Hogan TP.** Assessment of the patient's subjective experience in acute neuroleptic treatment: implications for compliance and outcome. *International Clinical Psychopharmacology*, 11(suppl2): 55-59, 1996
- Baigent, M; Holme G; Hafner RJ.** Self reports of the interaction between substance abuse and schizophrenia. *Australian N Z J Psychiatry*, 29(1):69-74, 1995.
- Bellack, AS.; Gearon, J.S.** Substance Abuse Treatment People with schizophrenia. *Addictive Behaviors*, vol. 23, no6, pp.749-766, 1998
- Bandeira, M.** Reinserção de doentes mentais na comunidade: fatores determinantes das rehospitalizações. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*,42(9):491-498, 1993.
- Bartels, SJ; Drake, RE; Wallach, MA; et al .** Characteristic hostility in schizophrenic outpatients. *Schizophrenia Bulletin*, 16: 81-85, 1991

- Bassitt, DB;** Contribuição ao estudo da discinesia tardia: aspectos clínicos, fisiopatológicos e terapêuticos. *Dissertação de Mestrado- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*, 1998
- Bergman, HC; Harris, H.** Substance abuse among young adult chronic patients. *Psychosocial Rehabilitation Journal* , 9 : 49-54, 1985
- Bergeret, J; Leblanc, J.** Toxicomanias: uma visão multidisciplinar. Artes Médicas. Porto Alegre, 1991.
- Blanchart, et al .** Examining na Affect Regulation Model of substance Abuse in Schizophrenia. *J. Nrv. Ment. Dis.* 187:72-79, 1999
- Brady, K; Anton, R; et al .** Cocaine Abuse Among Schizophrenic Patients. *Am J Psychiatry* 147:9,1990.
- Breakey, WR; Goodell, H; et al .** Hallucinogenic drugs as precipitants of schizophrenia. *Psychological Medicine*, 4: 255-261, 1974
- Brekke, JS; Levin, S; et al .** Psychosocial Functioning and Subjective Experience in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19(3): 559-608, 1993.
- Bressan, RA; Chaves, AC; Shirakawa, I; Mari, JJ.** Versão brasileira da escala Calgary de depressão para esquizofrenia. *Ver. Psiq. Clin.* 25(6) Edição Especial : 344-351, 1998
- Carey, IP; Carey, KB; Meisler, AW.** Psychiatric symptoms in mentally ill chemical abusers. *J Nerv Ment Dis*, 179 : 136-138, 1991
- Carey, KB; teitelbaum M.** Goals and methods of alcohol assessment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27: 460-466, 1996
- Carey, K.B. e Correia, C.J.** Severe Mental Illness and Addictions Assessment considerations. *Addictive Behaviors*, Vol. 23, no. 6, pp. 735-748, 1998.
- Casey, D.E.** Neuroleptic-Induced acute Extrapyramidal Syndromes and Tardive Dyskinesia. *Psychiatric Clinics of North America, PsychopharmacologyI*, Vol 16:3. Editor DL Dunner. Philadelphia, WB Saunders, 1993, pp. 589-610

- Chaves, AC.** Diferenças entre os sexos na esquizofrenia. In: Shirakawa, I; Chaves, AC; Mari, JJ. O desafio da esquizofrenia. São Paulo: Ed. Lemos, 1998. P.85-101
- Chaves, AC; Shirakawa, I.** Escala das síndromes negativa e positiva _ PANSS e seu uso no Brasil. *Rev. Psiq. Clin.* 25 (60) Edição Especial: 337-343, 1998
- Chouinard, G; Annable, L; Ross-Chouinard, A; et al .** Ethopropazine and Benzotropine in Neuroleptic-Induced Parkinsonism. *J Clin Psychiatry* 40:147-152, 1979)
- Chouinard, G.; Ross-Chouinard, A ; Annable, L. e Jones, B.D.** The extrapyramidal Symptom Rating Scale. *Can. J. Neurol. Sci* 7:233, 1980.
- Conover, WJ.** Practical Nonparametric Statistics. *John Wiley & Sons. Inc.* Nova Iorque, 1971
- Curson, DA; Barnes, TR; et al .** The Incidence of Compliance Problems, Side-Effects, Neurotic Symptoms and Depression. *British Journal of Psychiatry*, 146: 469-74, 1985.
- Cutting, J. e Dunne, F.** Subjective Experience of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2): 217-231, 1989.
- Damasceno, DP; Coudry, MIH.** Temas em Neuropsicologia e Neurolinguística. Vol. IV. Editora Sociedade Brasileira de Neuropsicologia (SBNp), 1995.
- Dausch, BM; Miklowitz DJ; Richards, J.** Global Assessment of Relational Functioning Scale (GARF): reliability and validity in a sample of families of bipolar patients. *Family Process*, 35(2): 175-89, 1996
- David, A .** Insight and Psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 156: 798-808, 1990.
- Del Campo, EJH; Carr, CF; Correa, E.** Rehospitalized Schizophrenics. What they report about Illness, Treatment and Compliance. *JPNMHS*, 21(6) : 29-33, 1983
- Dewan, MJ; Koss M.** The clinical impact of reported variance in potency of antipsychotic agents. *Acta Psychiatr Scand* , 91: 229-232, 1995
- Dixon, L; Hass, G; Weiden, P; et al .** Acute effects of drug abuse on schizophrenic patients: clinical observations and patients' self reports. *Schizophrenia Bulletin*, 16: 69-79, 1990

- Dixon, L; Haas, G; et al** . Drug Abuse in schizophrenic patients: Clinical correlates and reasons for use. *American Journal of Psychiatry*, 148:224-230, 1991.
- Dixon, L; Weiden, P; et al** . Increased tardive dyskinesia in alcohol abusing schizophrenic patients. *Comprehensive Psychiatry*, 33: 121-122, 1992.
- Drake, RE; Wallach, MA**. Substance abuse among the chronically mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 40: 1041-1046, 1989
- Drake, RE; Osher, FC; Wallach, MA**. Alcohol use and abuse in schizophrenia: AS prospective community study. *J Nerv Ment Dis* 177: 408-414, 1989
- Drake, RE; Osher, FC; et al** . Diagnosis of alcohol use disorders in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 16(1):57-67, 1990.
- Edwards, G; Lader, M**. A natureza da dependência de drogas. Porto Alegre: Ed. Artes médicas, 1994.
- Edwards, G.; Marshall, E.J.; Cook, C.C.H**. O tratamento do alcoolismo. 3^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
- Endicott, J; Spitzer, RL; et al** . The Global Assessment Scale. *Arch Gen Psychiatry*, 33: 766-771. 1976.
- Fenton, WS; et al** . Determinants of Medication Compliance in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 23(4):637-651,1997.
- Folstein MF, Folstein S, McHugh PR**. Mini Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *Psychiatr. Research*, 12: 189-198, 1975.
- Frances, A; Weiden, P; Guest Expert**. Promoting Compliance With Outpatient Drug Treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 38(11): 1158-1160, 1987
- Freedman, B e Chapman, JL**. Early subjective experience in Schizophrenic Episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 82(1):46-54, 1973.
- Freed, E.X**. Alcoolism and schizophrenia: The search for perspective. *Journal of studies on alcohol*, (36)853-881, 1975.

- Galanter, M & Castaneda, R.** Substance abuse among general psychiatric patients: place of presentation, diagnosis and treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 14: 211-235, 1988
- Galletly, CA.** Antipsychotic Drug Doses in a schizophrenia Inpatient Unit. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry* (1992); 26: 574-576
- Guy, W.** ECDEU Assessment manual for Psychopharmacology(revised). Publication by DHEW, No (ADM) 73-388, Rockville, MD: National Institute of Mental Health, 1976.
- Halsted, SM; Barnes, TRE; Speller, JC.** Akathisia : Prevalence and Associated Dysphoria in a Inpatient Population with Chronic Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 164: 177-183, 1994.
- Hamera, E; Schneider, JK; et al .** Alcohol, Cannabis, Nicotine, and Caffeine Use and Symptom Distress in Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(9)559-565, 1995.
- Hamilton M.** The assessment of Anxiety States by Rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32: 50-55, 1959
- Harrow, M; et al .** Course and Outcome for Schizophrenia Versus other Psychotic Patients: A Longitudinal Study. *Schizophrenia Bulletin*, 23 (2): 287-303, 1997
- Hasin, SD; Trautman, KD; et al .** Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders(PRISM): Reliability for Substance Abusers. *Am J Psychiatry*, 153:1195-1201, 1996.
- Heinrichs D. W., Hanlon T.E., Carpenter W.T.** The quality of life Scale: An instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin*, 10,388-398, 1984.
- Hogan, TP.; Awad, AG. and Robin E.** A self Report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychological Medicine*, 13: 177-183, 1983.

- Hyde, AP.** Response to effects of caffeine on behavior of schizophrenic inpatients. *Schizophrenia Bulletin*, 16(3):371-372,1990.
- Hustig, HH; Hafner, RF.** Persistent auditory hallucinations and their relationship to delusions and mood. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178: 264-267, 1990
- Janicak, PG and Davis, JM.** Antipsychotic dosing strategies in acute schizophrenia. *International Clinical Psychopharmacology*. Vol. 11, suppl. 2, : 35-40. 1996
- Kaplan, HI; Sadock, BJ; Grebb, JA.** *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 7ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 1997.
- Kay, SR; Fiszbein, A; Opler, LA.** The Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 13: 261-276, 1987
- Kay, SR; Opler, LA; Lindenmayer, JP.** Reliability and Validity of the Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia. *Psychiatric Research* 23: 99-110
- Kendler, K.A .** A twin study of Individuals with both Schizophrenia and Alcoholism. *British Journal of Psychiatry*, 147, 48-53, 1985.
- Kimling, EL; Adamo, UH; et al .** The New York High-Risk Project. *Arch Gen Psychiatry*/VOL 54, DEC 1997.
- King, D.;** The Effect of neuroleptics on Cognitive and Psychomotor Function. *British Journal of Psychiatry* , 157, 799-811, 1990.
- Kovacs, B; Fleisher, J; et al .** Substance Use Disorder and the Early Course of Illness in Schizophrenia and Affective Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 23(2):195-201, 1997.
- Kosten, TA.** Enhanced Neurobehavioral Effects of Cocaine with Chronic Neuroleptic Exposure in Rats. *Schizophrenia Bulletin*, 23(2): 203-213, 1997.
- Lamb, HR.** Young adult chronic patients: the new drifters. *Hospital and Community Psychiatry*, 33: 465-468, 1982
- Laranjeira, R; Nicasri, S.** "Abuso e Dependência de Álcool e Drogas" .In: Almeida, O P.; Dactu, L, Laranjeira, R. *Manual de Psiquiatria*. Ed. Guanabara Coogan-S.P. 1996, pg.81-112.

- Leon, J.** Smoking and Vulnerability for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22(3): 405-409, 1996.
- Lieberman, JA; Kinon, B; Loebel, AD.** Dopaminergic mechanisms in idiopathic and drug induced psychoses. *Schizophrenia Bulletin*, 16: 97-100, 1990
- Lieberman, JA.** Understanding the mechanism of Action of Atypical Antipsychotic Drugs. *British Journal of Psychiatry*, 163(22): 7-18, 1993.
- Lieberman, PB.** Objective Methods and Subjective Experiences. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2):267-275, 1989.
- Lingjaerde, O; Ahlfors, U.G.; Bech, P.; Decker, S. J. e Elgen, k.** The UKU side effect rating scale?. *Acta Psychiatr. Scand.* 76 (334): 81-94, 1987.
- Linszen, D.H.; Dingemans, P.M.; e Lenior, M.E.** Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51:273-279, 1994.
- Marcolin, MA.** Escala de qualidade de vida em pacientes esquizofrênicos. *Rev. Psiq.Clin.* 25(6). Ed. Especial: 352-356, 1998
- Mari, JJ.** A epidemiologia da esquiizofrenia. *J bras Psiq*, 38 (4): 180-183, 1989
- Menezes, P.R.** Esquizofrenia e Uso de Drogas. *Medicina*, vol. 32, suppl1-99:26-29
- Miller, FT & Tanenbaum, JH.** Substance abuse in schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 40: 847-849, 1989
- Miller, C.H.; et al .** The prevalence of Acute Extrapiramidal Signs and Symptoms in patients Treated With Clozapine, Risperidone, and Convencional Antipsychotics. *J. Clin. Psychiatry* 59: 2, 69-75, 1998
- Mueser, KT; Yarnold, PR; et al .** Prevalence of Substance Abuse in Schizophrenia : Demographic and Clinical Correlates. *Schizophrenia Bulletin*, 16(1): 31-56, 1990.
- Mueser, K.T; Drake, R.E.; Wallach, M.A .** Dual Diagnosis: A Review of etiological Theories. *Addictive behaviors*, Vol. 23, no6, pp 717-734, 1998

- Newcomer, JW.; Miller, S; et al** . Correlations Between Akathisia and residual Psychopatology: A by-product of Neuroleptic-Induced Dysphoria. *British Journal of Psychiatry* 164: 834-838, 1994.
- Nitrini, R; Bacheschi, LA.** A Neurologia que todo médico deve saber. Ed. Santos-Maltese. São Paulo, 1995.
- Noorsdsy, DL; Drake, RE; et al** . Subjective Experiences related to alcohol use among schizophrenics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179:410-414, 1991.
- Organização Mundial de Saúde (OMS).** Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, descrições clínicas e diretrizes diagnósticas, Editora Artes Médicas, 1993.
- Peralta, V.; Cuesta, M.J.** negative symptoms in schizophrenia: A confirmatory factor analysis of competing models. *American Journal of Psychiatry*, 152(10):1450-1457, 1995.
- Pristach, C.; Smith, C.** Medication Compliance and Substance Abuse Among Schizophrenic Patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 41(12):1345-1348, 1990.
- Ramos, RT; e col.** Abuso de substância e esquizofrenia. *Rev. Psiquiatria Clínica*, 23/24 (4/1-3): 24-27, 1996/1997.
- Regier, DA; Farmer, ME; et al** . Co-morbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiological Catchment Area(ECA) Study. *Journal of the American Medical Association*, 264:211-2518, 1990.
- Safer, DJ.** Substance abuse by young adult chronic patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 38: 511-524, 1987
- Sartorius, N; Jablensky, A; Korten, A; et al** . Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. *Psychological Medicine*, 16: 909-928, 1986
- Schneier, FR; Siris, SG.** A review of psychoactive substance use and abuse in schizophrenia: patterns of drug choice. *Journal of Nervous Mental Disease*, 175:641-642, 1975.

- Seabra , MLV.; Concílio, GV; Villares, JB.** Avaliação do teste “Mini Mental State” em voluntários e pacientes brasileiros. *Revista ABP - APAL*, São Paulo, 12: 1-7, 1990.
- Seeman, PL; et al .** Antipsychotic drug doses and neuroleptic dopamine receptors. *Nature*, 261: 717-719, 1976
- Shaner, A; Khalsa, ME et al .** Unrecognized cocaine use among schizophrenic patients. *Am J Psychiatry*, 150: 758-762,1993.
- Shirakawa, I; Bressan, RA; Chaves, AC.** Tratamento farmacológico da esquizofrenia. In: Shirakawa, I; Chaves, AC; Mari, JJ. *O Desafio da Esquizofrenia*. São Paulo, Ed. Lemos,1998. P.135-148.
- Smith, J. e Hucker, S.** Schizophrenia and Substance Abuse. *British Journal of Psychiatry*, 165, 13-21, 1994.
- Soni, SD; Brownlee, M.** Alcohol abuse in chronic schizophrenics: Implications for management in the community. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84: 272-276, 1991
- Soni, SD; Bamrah, JS; Krska, J.** Effects of alcohol on serum fluphenazine levels in stable chronic schizophrenics. *Human Psychopharmacology*, 6: 301-306, 1991
- Sullivan, G; Wells, KB; et al .** Identifying Modifiable Risk Factors for rehospitalization: A case control Study of Seriously Mentally Ill Persons in Mississippi. *Am j Psychiatry* 152: 12, December 1995.
- Tamminga, C.A .** The new generation of antipsychotic drugs. *International Clinical Psychopharmacology*, 11 (suppl 2): 73-76, 1996
- Thara et al .** Ten-year course of schizophrenia_ the Madras longitudinal study. *Acta Psychiatr Scand*, 90: 329-336, 1994
- Wechsler, D.** Wechsler Memory Scale Manual. San antonio, TX. The Psychological Corporation, 1974.
- Welsh, KA; Butters, N; Mohs, RC; et al .** Day consortium to stablish a registry for Alzehrmeir’s disease (CERAD). Part V. A normative study of day neuropsychological battery. *Neurology*, 44:609-614, 1994

- Wilkins, JN; Shaner, AL; et al** . Discrepancies between patient report, clinical assessment, and urine analysis in psychiatric patients during inpatient admission. *Psychopharmacology Bulletin*, 27(2): 149-154, 1991.
- Wilkins, JN; Gorelick, DA; et al** . Cocaine and marijuana effects in schizophrenia: In New research Program and Abstracts: Proceedings of the 144th Meeting of the American psychiatry Association. Washington, DC: *American Psychiatry Association*, 1993.p.165.
- Wilkins, JN**; 23(2): 215-228, 1997. Pharmacotherapy of Schizophrenia Patients With Comorbid Substance Abuse. *Schizophrenia Bulletin*, 23(2): 215-228, 1997.
- Wing, JK; Cooper, JE; Sarotius, N**. The measurement and classification of psychiatric symptoms. *Cambridge University Press, London*, 1974.
- Wolpe, PR; Gorton, G; Serota, R; Snaford, B**. Predicting compliance of dual diagnosis Inpatients With Aftercare Treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 44(1):45-49,1993.
- Van Putten, T**. Why do schizophrenic patients refuse to take their drugs?*Arch. Gen Psychiatry*, 3: 67-72, 1974
- Van Putten, T; et al** . Drug Refusal in schizophrenia and the Wish to Be Crazy. *Arch Gen Psychiatry*, 33: 1443-1446, 1976
- Van Putten, T; May, PRA; Marder, SR; et al** . Subjective response to antipsychotic drugs. *Arch Gen Psychiatry* 38: 187-190, 1981
- Vessoni, AL**. Adaptação e estudo da confiabilidade da Escala de Avaliação de Sintomas Positivos e Negativos para a Esquizofrenia(PANSS) no Brasil. *Dissertação de Mestrado apresentada na Escola Paulista de Medicina*, São Paulo, 1993.
- Volavka, J**. The effects of clozapine on aggression and substance abuse in schizophrenic patients. *J Clin Psychiatry*, 60 (suppl 12): 43-46, 1999
- Voruganti, NPL; Heslegrave, RJ; Awad, AG**. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(7): 463-465, 1997.

- Ziedonis, DM; Kosten, TR; Glazer, WM; Frances, RJ.** Nicotine dependence and schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 45: 204-206, 1994
- Ziedonis, DM; Kosten, TR.** Substance Abuse and Schizophrenia: Editors'Introduction. *Schizophrenia Bulletin*, 23(2):181-186, 1997.
- Ziedonis, DM; George, TP.** Schizophrenia and Nicotine Use: Report of a pilot Smoking Cessation Program and Review of Neurobiological and Clinical Issues. *Schizophrenia Bulletin*, 23 (2): 247-254, 1997

ANEXOS

ANEXO 1

**DADOS DEMOGRÁFICOS
E
HISTÓRICO PSIQUIÁTRICO**

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

DATA: / /

1.Nº do paciente:-----

2.Nº do Registro:-----

3.Médico:-----

4.Local do tratamento: 1.Enfermaria 2.CAPS

5.Data de nascimento: dia /mês /ano

6.Sexo: F M

7.Natural:-----

8.U.F.:-----

9.Procedente:-----

10.U.F.:-----

11.Etnia:

1.branca

3.negra

2.parda

4.amarela

12.Data da entrevista: dia / mês /ano

13.Estado civil: 14.nº de filhos:

1. solteiro

2. casado

3. separado/divorciado

4. viúvo

5. amasiado

15.Escolaridade: anos com sucesso/ anos sem sucesso

16.Atividade: 1. Inativo 2. Ativo

17.Profissão: -----

18.Tempo de atividade / inatividade :----- (meses)

19.Religião:

1. católica

4. Espírita kardecista

7. Testemunha de jeová

10.não sei

2. pentecostal

5. Afro-brasileira

8. Budista

11.não coletado

3. protestante tradicional

6. Seicho-no-ie

9. Não tem

HISTÓRICO PSQUIÁTRICO

DATA: / /

20. É o primeiro episódio psiquiátrico em sua vida? 1. sim 2. não não sei não coletado
21. Quantos episódios teve até hoje? — episódios não sei não coletado
22. É o primeiro contato com serviço de saúde mental? 1. sim 2. não não sei não coletado
23. Há quanto tempo se iniciaram os primeiros sintomas: — meses não sei não coletado
24. Há quanto tempo se iniciaram sintomas negativos:
(isolou-se dos outros, começou a ficar indiferente
afetivamente, descuido da higiene ou vestimenta, começou
a falar menos, ficou lento, etc.) — meses não sei não coletado
25. Há quanto tempo se iniciaram os sintomas positivos:
(começou a ouvir vozes, falar sozinho, a ter idéias de
perseguição, idéias estranhas, ficar agitado, agressivo, etc.) — meses não sei não coletado
26. Há quanto tempo iniciou o uso antipsicóticos? — meses não sei não coletado
27. Qual o nº de internações psiquiátricas até o momento? — não sei não coletado
28. Há quanto tempo foi a primeira internação psiquiátrica? — meses não sei não coletado
29. Já tentou suicídio alguma vez? 1. sim 2. não não sei não coletado
30. Qual o nº de tentativas de suicídio? — não sei não coletado
31. O paciente faz uso de tabaco? 1. sim 2. não não sei não coletado
32. Quantos cigarros/dia? — não sei não coletado
33. O paciente bebe às vezes alguma bebida de álcool? 1. sim 2. não não sei não coletado
34. O paciente fez uso de álcool no último mês? 1. sim 2. não não sei não coletado
35. Quantas vezes por mês usa álcool? — não sei não coletado
36. O paciente bebe diariamente? 1. sim 2. não não sei não coletado
37. Já teve delirium tremens ou Síndrome de Abstinência
ao Álcool? 1. sim 2. não não sei não coletado
38. Usou maconha alguma vez na vida? 1. sim 2. não não sei não coletado
39. Usou maconha alguma vez no último ano? 1. sim 2. não não sei não coletado
40. Usou maconha alguma vez no último mês? 1. sim 2. não não sei não coletado
41. Usou maconha alguma vez na última semana? 1. sim 2. não não sei não coletado
42. Usou cocaína (fumou, inalou, injetou) alguma vez

42. Usou cocaína (fumou, inalou, injetou) alguma vez na vida? 1.sim 2.não não sei não coletado
43. Usou cocaína alguma vez no último ano? 1.sim 2.não não sei não coletado
44. Usou cocaína alguma vez no último mês? 1.sim 2.não não sei não coletado
45. Usou cocaína alguma vez na última semana? 1.sim 2.não não sei não coletado
46. O paciente sabe lidar com dinheiro? 1.sim 2.não não sei não coletado
47. O paciente sabe andar sozinho de ônibus? 1.sim 2.não não sei não coletado
48. O paciente veste-se sozinho? 1.sim 2.não não sei não coletado
50. Segundo a sua avaliação global a inteligência do paciente é:
- 1.normal 2.rebaixamento limítrofe 3.rebaixamento leve 4.rebaixamento moderado 5.rebaixamento grave
51. Antecedente familiar para alcoolismo 1.sim 2.não não sei não coletado
52. Antecedente familiar para uso de drogas ilícitas 1.sim 2.não não sei não coletado
53. Aceitação do tratamento ambulatorial ou da internação:
1. Não aceita o tratamento de nenhum modo, está aqui porque de alguma forma o forçaram para isso.
 2. Aceita parcialmente o tratamento, mas não da forma como isso tem sido feito.
 3. Aceita bastante bem o tratamento, reconhece que necessita desta forma de tratamento, vem aqui por vontade própria.
 4. No momento não há condições de avaliar este ítem.

ANEXO 2

INVENTÁRIO FARMACOLÓGICO

INVENTÁRIO DO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

MEDICAÇÃO	ANTERIOR (medicação prescrita antes do tratamento atual)				ATUAL (medicação prescrita no tratamento atual)			
	dose/dia (mg) amp/mês (mg)	vía de uso 1.vo 2.im 3.ev	tempo de uso (meses)	padrão de uso 1.regular 2.pouco regular 3.muito irregular 4.não usou	dose/dia (mg) amp/mês (mg)	vía de uso 1.vo 2.im 3.ev	tempo de uso (meses)	padrão de uso 1.regular 2.pouco regular 3.muito irregular 4.não usou
ANTIPSIKÓTICOS								
Haloperidol		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Decanoato de Haloperidol		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Clorpromazina		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Levomepromazina		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Cloridrato de flufenazina		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Enantato de flufenazina		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Cloridrato de trifluoperazina		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Periciazina		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Pimozide		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Penfluridol		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Tioridazina		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Tiotixeno		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Risperidona		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Clozapina		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Outros								
		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
ANTIDEPRESSIVOS								
Amitriptilina		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Clorimipramina		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Imipramina		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Nortriptilina		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Maprotilina		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Tranilcipromina		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Moclobemida		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Citalopram		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Finoxetina		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

MEDICAÇÃO	ANTERIOR (medicação prescrita antes do tratamento atual)				ATUAL (medicação prescrita no tratamento atual)			
	dose/dia (mg) amp/mês (mg)	via de uso 1.vo 2.im 3.ev	tempo de uso (meses)	padrão de uso 1.regular 2.pouco regular 3.muito irregular 4.não usou	dose/dia (mg) amp/mês (mg)	via de uso 1.vo 2.im 3.ev	tempo de uso (meses)	padrão de uso 1.regular 2.pouco regular 3.muito irregular 4.não usou
Paroxetina		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Sertralina		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Nefazodone		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Mirtazapina		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Venlafaxina		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Trazodone		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Outros								
		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Estabilizadores de Humor/ Anticonvulsivantes								
Carbonato de lítio		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Ácido Valpróico		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Carbamazepina		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Fenobarbital		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Fenitoína		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Outros								
		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
TRANQUILIZANTES/ BZD/ HIPNÓTICOS								
Diazepam		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Bromazepam		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Lorazepam		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Alprazolam		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Clozapolam		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Flurazepam		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Clordiazepóxido		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Flunitrazepam		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Nitrazepam		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

MEDICAÇÃO	ANTERIOR (medicação prescrita antes do tratamento atual)				ATUAL (medicação prescrita no tratamento atual)			
	dose/dia (mg) amp/mês (mg)	via de uso 1.vo 2.im 3.ev	tempo de uso (meses)	padrão de uso 1.regular 2.pouco regular 3.muito irregular 4.não usou	dose/dia (mg) amp/mês (mg)	via de uso 1.vo 2.im 3.ev	tempo de uso (meses)	padrão de uso 1.regular 2.pouco regular 3.muito irregular 4.não usou
Clonazepam		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Midazolam		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Bupirona		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Zolpidem		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Zopiclone		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Outros								
		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
ANTI - PARKINSONIANO								
Biperideno		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Prometazina		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Triexifenidila		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Amantadina		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Propranolol		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Outros								
		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
OUTROS (inclusive medicação clínica)								
		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
ECT	data: data:		nº de sessões: nº de sessões:		data: data:		nº de sessões: nº de sessões:	

ANEXO 3

CID-10

F20.0-F20.3

21.3.1) Pelo menos um dos seguintes:

- Eco de Pensamento, inserção ou bloqueio de pensamento ou irradiação de pensamento.
- Delírios de controle, influência ou passividade, claramente relacionados a movimentos do corpo ou membros ou pensamentos, ações ou sensações específicos; percepção delirante.
- Vozes alucinatórias fazendo um comentário contínuo sobre o comportamento do paciente ou discutindo entre si ou outros tipos de vozes alucinatórias vindas de alguma parte do corpo.
- Delírios persistentes de outros tipos, culturalmente inapropriados e completamente impossíveis, tais como identidade religiosa ou política, poderes e habilidades sobre-humanos (ex.: ser capaz de controlar o tempo).

21.3.2) Pelo menos dois dos seguintes:

- Alucinações persistentes em qualquer modalidade, que ocorram cotidianamente durante pelo menos um mês, quando acompanhados por delírios sem conteúdo afetivo claro ou por idéias super-valorizadas.
- Neologismos, quebras ou interpolação no curso do pensamento, resultando em incoerência ou fala irrelevante.
- Comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada ou flexibilidade cérea, negativismo, mutismo e estupor.
- Sintomas "negativos" como apatia marcante, escassez de fala e embotamento ou incongruência de respostas emocionais (deve estar claro que estas não são devidas a depressão ou medicação neuroléptica).

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Paranóide | <input checked="" type="checkbox"/> Residual |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hebefrênica | <input checked="" type="checkbox"/> Simples |
| <input checked="" type="checkbox"/> Catatônica | <input checked="" type="checkbox"/> Outra Esquizofrenia |
| <input checked="" type="checkbox"/> Indiferenciada | <input checked="" type="checkbox"/> Não Especificada |
| <input checked="" type="checkbox"/> Depressão Pós-Esquizofrenia | |

- Esquizotípico
- Delirante Persistentes
- Psicóticos Agudos
- Delirantes Induzido
- Esquizoafetivo
- Outros

ANEXO 4

DSM-IV

(1) Pelo menos dois dos seguintes (durante um período de um mês ou menos, se tratados com sucesso):

- Delírios
- Fala desorganizada (ex.: descarrilhamento freqüente ou incoerência)
- Alucinações
- Comportamento totalmente desorganizado ou catatônico
- Sintomas negativos, ou seja, embotamento afetivo, alógia ou avolição

(2) Distúrbio Ocupacional/Social:

- Durante um espaço significativo de tempo, uma ou mais áreas do funcionamento como trabalho, relações interpessoais ou cuidados pessoais, encontram-se abaixo do nível atingido antes do início.

(3) Duração:

- Sinais contínuos de distúrbio persistem no mínimo durante seis meses.

(4) Distúrbio Esquizoafetivo e de humor também citados acima:

- Nenhum episódio significativo depressivo ou maníaco ocorreu junto com os sintomas da fase ativa; ou
- Se episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, sua duração total foi breve relativamente à duração dos períodos ativo e residual.

(5) Exclusão de substância/Condição clínica geral:

- A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex.: droga de abuso ou medicamento) ou a uma condição médica geral.

(6) Não relacionado a um Distúrbio Global do Desenvolvimento:

- Se há uma história de Distúrbio Autístico ou Distúrbio Global do desenvolvimento, o diagnóstico adicional de Esquizofrenia é estabelecido apenas se delírios ou alucinações proeminentes também estão presentes por pelo menos um mês (ou menos se tratados com sucesso).

- Paranóide
- Indiferenciada
- Desorganizada
- Residual
- Catatônica

- Transtorno Esquizofreniforme
- Transtorno Esquizoafetivo
- Transtorno Delirante
- Transtorno Psicótico Breve
- Transtorno Psicótico Partilhado
- Transtorno Devido à Condição Médica
- Transtorno Induzido por Substância
- Transtorno Psicótico não Especificado

ANEXO 5

PANSS

Data:

Subtotal:

1-ausente, 2-mínimo, 3-leve, 4-moderado,
5-moderadamente, 6-grave, 7-extremo, 99-não
coletado

G1 - Preocupação Somática

☹ 1 ☹ 2 ☹ 3 ☹ 4 ☹ 5 ☹ 6 ☹ 7 ☹ 99

G2 - Ansiedade

☹ 1 ☹ 2 ☹ 3 ☹ 4 ☹ 5 ☹ 6 ☹ 7 ☹ 99

G3 - Sentimento de Culpa

☹ 1 ☹ 2 ☹ 3 ☹ 4 ☹ 5 ☹ 6 ☹ 7 ☹ 99

G4 - Tensão

☹ 1 ☹ 2 ☹ 3 ☹ 4 ☹ 5 ☹ 6 ☹ 7 ☹ 99

G5 - Maneirismo e Postura

☹ 1 ☹ 2 ☹ 3 ☹ 4 ☹ 5 ☹ 6 ☹ 7 ☹ 99

G6 - Depressão

☹ 1 ☹ 2 ☹ 3 ☹ 4 ☹ 5 ☹ 6 ☹ 7 ☹ 99

G7 - Retardo Motor

☹ 1 ☹ 2 ☹ 3 ☹ 4 ☹ 5 ☹ 6 ☹ 7 ☹ 99

G8 - Falta de Cooperação

☹ 1 ☹ 2 ☹ 3 ☹ 4 ☹ 5 ☹ 6 ☹ 7 ☹ 99

G9 - Conteúdo Incomum do Pensamento

☹ 1 ☹ 2 ☹ 3 ☹ 4 ☹ 5 ☹ 6 ☹ 7 ☹ 99

G10 - Desorientação

☹ 1 ☹ 2 ☹ 3 ☹ 4 ☹ 5 ☹ 6 ☹ 7 ☹ 99

G11 - Atenção Pobre

☹ 1 ☹ 2 ☹ 3 ☹ 4 ☹ 5 ☹ 6 ☹ 7 ☹ 99

G12 - Falta de Julgamento e Insight

☹ 1 ☹ 2 ☹ 3 ☹ 4 ☹ 5 ☹ 6 ☹ 7 ☹ 99

G13 - Ambivalência Voltiva

☹ 1 ☹ 2 ☹ 3 ☹ 4 ☹ 5 ☹ 6 ☹ 7 ☹ 99

G14 - Pobreza no Controle dos Impulsos

☹ 1 ☹ 2 ☹ 3 ☹ 4 ☹ 5 ☹ 6 ☹ 7 ☹ 99

G15 - Preocupação

☹ 1 ☹ 2 ☹ 3 ☹ 4 ☹ 5 ☹ 6 ☹ 7 ☹ 99

G16 - Esquiva Social Ativa

☹ 1 ☹ 2 ☹ 3 ☹ 4 ☹ 5 ☹ 6 ☹ 7 ☹ 99

Data:

Subtotal:

1-ausente, 2-mínimo, 3-leve, 4-moderado,
5-moderadamente, 6-grave, 7-extremo, 99-não
coletado

P1 Delírios

☹ 1 ☹ 2 ☹ 3 ☹ 4 ☹ 5 ☹ 6 ☹ 7 ☹ 99

P2 Desorganização Conceitual

☹ 1 ☹ 2 ☹ 3 ☹ 4 ☹ 5 ☹ 6 ☹ 7 ☹ 99

P3 Comportamento Alucinatório

☹ 1 ☹ 2 ☹ 3 ☹ 4 ☹ 5 ☹ 6 ☹ 7 ☹ 99

P4 Excitação

☹ 1 ☹ 2 ☹ 3 ☹ 4 ☹ 5 ☹ 6 ☹ 7 ☹ 99

P5 Grandiosidade

☹ 1 ☹ 2 ☹ 3 ☹ 4 ☹ 5 ☹ 6 ☹ 7 ☹ 99

P6 Desconfiança/ Perseguição

☹ 1 ☹ 2 ☹ 3 ☹ 4 ☹ 5 ☹ 6 ☹ 7 ☹ 99

P7 Hostilidade

☹ 1 ☹ 2 ☹ 3 ☹ 4 ☹ 5 ☹ 6 ☹ 7 ☹ 99

Data:

Subtotal:

1-ausente, 2-mínimo, 3-leve, 4-moderado,
5-moderadamente, 6-grave, 7-extremo, 99-não
coletado

N1 Embolamento efetivo

☹ 1 ☹ 2 ☹ 3 ☹ 4 ☹ 5 ☹ 6 ☹ 7 ☹ 99

N2 Retraimento emocional

☹ 1 ☹ 2 ☹ 3 ☹ 4 ☹ 5 ☹ 6 ☹ 7 ☹ 99

N3 Contato pobre

☹ 1 ☹ 2 ☹ 3 ☹ 4 ☹ 5 ☹ 6 ☹ 7 ☹ 99

N4 Retraimento social passivo / apático

☹ 1 ☹ 2 ☹ 3 ☹ 4 ☹ 5 ☹ 6 ☹ 7 ☹ 99

N5 Dificuldade no pensamento abstrato

☹ 1 ☹ 2 ☹ 3 ☹ 4 ☹ 5 ☹ 6 ☹ 7 ☹ 99

N6 Falta de espontaneidade na fluência da conversação

☹ 1 ☹ 2 ☹ 3 ☹ 4 ☹ 5 ☹ 6 ☹ 7 ☹ 99

N7 Pensamento estereotipado

☹ 1 ☹ 2 ☹ 3 ☹ 4 ☹ 5 ☹ 6 ☹ 7 ☹ 99

ANEXO 6

QLS

Data:

Relações Íntimas

Este item examina as relações íntimas de cuidado e interação recíproca com as pessoas que não pertencem à família imediata nem à unidade familiar. Excluem-se as relações com profissionais de saúde.

- 0 - Praticamente ausente.
- 2 - Relações intermitentes e escassas.
- 4 - Relações Íntimas com certa frequência, ainda que com magnitude e intensidade reduzidas; relações íntimas erráticas.
- 6 - Relações Íntimas adequadas com mais de uma pessoa.
- 99 - Não coletado.

Data:

Relações com Familiares

Este item examina as relações íntimas, quer dizer, o cuidado recíproco e as relações com a família imediata ou com as pessoas com quem o doente convive.

- 0 - Não existe praticamente nenhuma intimidade.
- 2 - Relações Íntimas são escassas e intermitentes.
- 4 - Relações Íntimas com certa frequência, ainda que com magnitude e intensidade reduzidas; relações íntimas erráticas.
- 6 - Relações Íntimas adequadas com os membros do lar ou da família imediata.
- 8 - Assinale esta opção se o paciente vive sozinho ou não possui família imediata na vizinhança.
- 99 - Não coletado.

Data:

Conhecidos

Este item deve-se avaliar as relações com pessoas conhecidas ou aquelas com quem se compartilha interesses ou atividades comuns, porém sem o aspecto íntimo do item anterior. Devem ser excluídas as relações com profissionais de saúde e membros do lar.

- 0 - Praticamente não.
- 2 - Muito poucos conhecidos sem contato frequente.
- 4 - Alguns conhecimentos, porém com contato reduzido e poucas atividades compartilhadas.
- 6 - Relações adequadas com os conhecimentos.
- 99 - Não coletado.

Data:

Nível de Atividade Social

Este item avalia a participação em atividades recreativas com outras pessoas. Estão excluídas as atividades sociais cujo objetivo principal é outro, como por exemplo, o trabalho ou escola. Também se exclui a psicoterapia.

- 0 - Praticamente não.
- 2 - Atividade social ocasional sem um padrão regular ou limitada unicamente à atividade com a família imediata ou pessoa com quem mora.
- 4 - Certo tipo de atividade social regular, porém com frequência ou variedade reduzidas.
- 6 - Grau adequado de atividade social periódica.
- 99 - Não coletado.

Data:

Rede Social

Este item examina em que medida outras pessoas se preocupam com o doente, cuidam de seus bens ou sabem de suas atividades. Estão excluídos os profissionais de saúde.

- 0 - Praticamente não.
- 2 - Rede social mínima ou nível de participação nulo e/ou limitado à família imediata.
- 4 - Presença de certa rede social, porém com tamanho ou nível de participação reduzidos.
- 6 - Rede social adequada tanto em extensão quanto em nível de participação.
- 99 - Não coletado.

Data:

Iniciativa Social

Este item avalia o quanto a pessoa é ativa ao dirigir suas interações sociais - o que, quando e com quem.

- 0 - Atividade social depende quase que por completo de outras pessoas.
- 2 - Iniciativa social ocasional, porém com uma vida social empobrecida devido à passividade, ou a iniciativa é limitada à família imediata.
- 4 - Evidência de alguma redução da iniciativa social, porém com consequências adversas mínimas.
- 6 - Iniciativa social adequada.
- 99 - Não coletado.

Data:

Retraimento Social

Este item avalia o quanto a pessoa evita ativamente as interações sociais porque estas perturbam ou são pouco interessantes.

- 0 - Evita ativamente praticamente todos os contatos sociais.
- 2 - Admite o contato social para satisfazer outras necessidades, porém apenas busca por conta própria ou demonstra ausência de retraimento com a família.
- 4 - Desfruta parcialmente do contato social, porém o evita.
- 6 - Não se observa nenhum sinal de retraimento social significativo.
- 99 - Não coletado.

Data:

Relações Sócio-Sexuais

Este item examina a capacidade para relação íntima e madura com membros do sexo oposto e a satisfação sexual. As perguntas pressupõem que o doente tenha orientação heterossexual.

Nos casos de clara preferência homossexual, é necessário modificar as perguntas para avaliar esta mesma capacidade.

- 0 - Nenhum interesse no sexo oposto; ou evita ativamente o contato. Contato superficial com o sexo oposto, evitando relações íntimas; ou atividade sexual unicamente como descarga física sem participação emotiva; ou relações marcadas por ruptura grave ou crônica, falta de satisfação ou caos efetivo.
- 2 - Relação com certa intimidade ou participação emotiva, geralmente satisfatória e às vezes com expressão sexual ou sinais de afeto físico.
- 4 - De modo geral, tem relações satisfatórias com participação emotiva intensa e expressão íntima e sexual adequada.
- 99 - Não coletado.

Data:

Ocupação

Este item se avalia o papel que a pessoa assume e não os resultados obtidos. No caso das donas de casa, analise se para uma pessoa normal esta atividade constituiria trabalho em tempo integral ou meio período.

No caso dos desempregados, analise quanto tempo investe procurando trabalho adequado.

- 0 - Praticamente nenhuma ocupação.
- 2 - Menos da metade do tempo.
- 4 - Metade do tempo ou mais, porém não todo o tempo.
- 6 - Dedicação tempo integral ou mais.
- 99 - Não coletado.

Data:

Realização Pessoal

Este item avalia a plenitude e realização do papel concreto que a pessoa escolheu.

- 0 - Não procura nenhum papel, ou sua função é tão pobre que é muito difícil manter o papel.
- 2 - Funciona apenas o suficiente para manter o papel, com um grau muito baixo de satisfação pessoal.
- 4 - Funciona de modo adequado.
- 6 - Funciona muito bem com sinais de realização novos ou progressivos e/ou funcionamento excelente em determinadas áreas.
- 99 - Não coletado.

Data:

Aproveitamento das Capacidades Pessoais

Este item avalia o quanto a realização e satisfação obtidas no desempenho da ocupação refletem o aproveitamento completo de todas as capacidades e oportunidades da pessoa.

É necessário que se examine as capacidades inatas, as limitações físicas, a educação, bem como os fatores econômicos e sócio culturais. Evidentemente, as limitações que se relacionem diretamente com a doença mental ou com distúrbios de personalidades não capacidade pessoal.

- 0 - Fracasso total no reconhecimento das capacidades.
- 2 - Capacidades significativamente subestimadas; ou desempregado mas ativamente procurando trabalho.
- 4 - Levemente inferior em relação às capacidades da pessoa.
- 6 - O papel corresponde às capacidades e oportunidades da pessoa.
- 99 - Não coletado.

Data:

Satisfação Ocupacional

Este item avalia o grau de satisfação da pessoa com a função escolhida, seu rendimento, e a situação onde desempenha essa função. Ainda assim, também se examina grau de satisfação, prazer e realização obtidos em seu desempenho.

- 0 - Tristeza arraigada e pouca satisfação com a ocupação.
- 2 - Muito pouco ou nenhum sinal de tristeza ou insatisfação, porém a ocupação não traz prazer nem satisfações positivas.
- 4 - Muito pouco ou nenhum descontentamento; e certo prazer ao trabalhar.
- 6 - Sensação plena de satisfação e realização. Apesar de certas limitações.
- 9 - Não aplicável se o paciente não tem nenhuma ocupação, quer dizer, se obteve uma pontuação igual ou menor que 2 no item 9.
- 99 - Não coletado.

Data:

Objetivos

Este item avalia o quanto a pessoa estabelece objetivos realistas e integrados para a sua vida. Se a vida atual da pessoa corresponde a esses objetivos, não é necessário que se planeje nenhuma mudança para considerar que seus objetivos são adequados.

- 0 - Nenhum plano, ou planos grotescos, delirantes ou pouco realistas.
- 2 - Tem planos vagos não muito realistas, pouco integrados entre si ou com poucas consequências para a vida pessoal.
- 4 - Planos realistas e concisos para o ano seguinte, mas com muito pouca integração a longo prazo.
- 6 - Planos concisos, integrados e realistas a curto e longo prazo.
- 99 - Não coletado.

Data:

Grau de Motivação

Este item avalia o quanto uma pessoa é capaz de iniciar ou manter uma atividade, com um objetivo determinado.

- 0 - A falta de motivação interfere de modo acentuado na rotina cotidiana.
- 2 - É capaz de dar conta da demanda básica para manutenção vital, porém altera muito qualquer avanço de novos propósitos por falta de motivação.
- 4 - É capaz de dar conta da demanda vital rotineira tem alguns novos objetivos, porém a falta de motivação o impede de avançar em outras áreas.
- 6 - Não se observa a falta significativa de motivação.
- 99 - Não coletado.

Data:

Curiosidade

Este item avalia grau de interesse que a pessoa tem pelo que está a sua volta, e se questiona o que não compreende. Excluir interesse por alucinações, idéias delirantes, ou outros produtos psicóticos.

De qualquer modo, a preocupação patológica com produto psicóticos ou outros temas pode limitar a curiosidade ou interesse pelo resto.

- 0 - Muito pouca curiosidade ou interesse por temas ou acontecimentos novos.
- 2 - Curiosidade esporádica, porém sem idéias ou iniciativas para satisfazê-las.
- 4 - Certa curiosidade, dedicando parte do tempo aos temas, ou interessando-se descobrir mais sobre eles.
- 6 - Curiosidade acerca de diversos temas, com esforço para descobrir mais detalhes através da leitura, perguntas ou observação cuidadosa.
- 99 - Não coletado.

Data:

Anedonia

Este item avalia a capacidade de experimentar prazer o estado de ânimo. Não se deve avaliar anedonia que é consequência de uma síndrome depressiva clara, por ex., choro, sensação acentuada de crueldade e inutilidade, que leva à inferência de depressão.

Faça as perguntas necessárias para determinar a presença de depressão e seu efeito sobre a capacidade de experimentar prazer. Essa capacidade deve ser diferenciada da de manifestar afeto, que não é examinada neste item.

- 0 - Incapacidade quase que total de experimentar prazer ou bom humor.
- 2 - Experiência de prazer ou bom humor esporádicas ou limitadas, predominando a ausência de ambos.
- 4 - Experiências parciais de prazer ou bom humor, porém de intensidade e magnitude reduzida.
- 6 - Nenhum sinal de anedonia ou esta se deve inteiramente à depressão ou ansiedade associadas.
- 99 - Não coletado.

Data:

Aproveitamento do Tempo

Este item avalia a quantidade de tempo investida em atividades sem um objetivo determinado: dormir durante o dia, ficar na cama, sentar-se sem fazer nada, ou diante da televisão ou rádio sem nenhum interesse pessoal.

- 0 - Perde a maior parte do dia com atividades que não possuem interesse.
- 2 - Perde aproximadamente metade do dia com atividades sem interesse.
- 4 - Realiza várias atividades que não tem interesse, ainda que durante menos da metade do dia.
- 6 - Não perde tempo com atividades sem interesse além das necessárias para o relaxamento.
- 99 - Não coletado.

Data:

Objetos Comuns

Neste item admite-se que para uma pessoa viver em nosso meio cultural é necessário, em geral, que possua certos objetos comuns específicos para determinada cultura.

- 0 - Ausência de praticamente todos os objetos comuns.
- 2 - Presença de 3 ou 4 objetos comuns.
- 4 - Presença de 7 ou 8 objetos comuns.
- 6 - Presença de 11 ou 12 objetos comuns.
- 99 - Não coletado.

Data:

Atividades Comuns

Neste item admite-se que para viver em nosso meio cultural é necessário, em geral, que se participe de determinadas atividades.

- 0 - Ausência de quase todas as atividades.
- 2 - Déficit grave (3-4 atividades presentes).
- 4 - Déficit moderado (7-8 atividades).
- 6 - Déficit mínimo ou nulo.
- 99 - Não coletado.

Data:

Capacidade de Empatia

Neste item examina-se a capacidade pessoal para analisar e avaliar a situação de outras pessoas sob sua perspectiva. Esta capacidade se reflete na descrição de suas relações com outras pessoas e na sua opinião sobre as mesmas.

Pode-se realizar uma sondagem concreta para averiguar o tipo de descrição e avaliação realizada pela pessoa, caso não tenham sido obtidos dados suficientes até este momento da entrevista.

- 0 - Não demonstra capacidade para analisar as opiniões nem os sentimentos de outras pessoas.
- 2 - Demonstra pouca capacidade para analisar opiniões e sentimentos de outras pessoas.
- 4 - É capaz de examinar as opiniões e sentimentos de outras pessoas, porém costuma estar fechado em seu mundo próprio.
- 6 - Considera espontaneamente a situação de outra pessoa na maioria dos casos, intui a reação afetiva de outra pessoa e utiliza esta informação para adaptar sua própria reação.
- 99 - Não coletado.

Data:

Interação Emocional

Este item avalia o quanto a pessoa evita ativamente as interações sociais porque estas perturbam ou são pouco interessantes.

- ☹ 0 - O entrevistador sente-se totalmente ignorado, com muito pouca comunicação e respostas raras.
- ☹ 2 - Diálogo muito limitado.
- ☹ 4 - Diálogo limitado ou errático.
- ☹ 6 - Diálogo com respostas adequadas o tempo todo.
- ☹ 99 - Não coletado.

ANEXO 7

**IMPRESSÃO SUBJETIVA EM RELAÇÃO ÀS
SUBSTÂNCIAS
(SSAS)**

Data:

Nome da Droga:

- 1. álcool
- 2. droga ilícita
- 3. medicação prescrita (nome genérico)

Essa droga normalmente faz-me sentir:

Humor:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> 1. muito deprimido | <input type="radio"/> 3. neutro | <input type="radio"/> 5. muito alegre |
| <input type="radio"/> 2. levemente deprimido | <input type="radio"/> 4. levemente alegre | <input type="radio"/> 99. não coletado |

Ansiedade:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> 1. muito calmo | <input type="radio"/> 3. neutro | <input type="radio"/> 5. muito tenso/ansioso |
| <input type="radio"/> 2. levemente calmo | <input type="radio"/> 4. levemente tenso | <input type="radio"/> 99. não coletado |

Energia:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> 1. muito energético | <input type="radio"/> 3. neutro | <input type="radio"/> 5. cansado/esgotado |
| <input type="radio"/> 2. levemente energético | <input type="radio"/> 4. levemente cansado | <input type="radio"/> 99. não coletado |

Hostilidade:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> 1. muito hostil | <input type="radio"/> 3. neutro | <input type="radio"/> 5. muito amigável |
| <input type="radio"/> 2. levemente hostil | <input type="radio"/> 4. levemente amigável | <input type="radio"/> 99. não coletado |

Desconfiança:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> 1. muito confiante | <input type="radio"/> 3. neutro | <input type="radio"/> 5. muito desconfiado |
| <input type="radio"/> 2. levemente confiante | <input type="radio"/> 4. levemente desconfiado | <input type="radio"/> 99. não coletado |

Pensamento:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> 1. claro | <input type="radio"/> 3. neutro | <input type="radio"/> 5. muito confuso |
| <input type="radio"/> 2. levemente claro | <input type="radio"/> 4. levemente confuso | <input type="radio"/> 99. não coletado |

Distração:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> 1. muito distraído | <input type="radio"/> 3. neutro | <input type="radio"/> 5. muito atento |
| <input type="radio"/> 2. levemente distraído | <input type="radio"/> 4. levemente atento | <input type="radio"/> 99. não coletado |

Envolvimento com Grupo:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> 1. muito pertencente | <input type="radio"/> 3. neutro | <input type="radio"/> 5. muito alienado |
| <input type="radio"/> 2. levemente pertencente | <input type="radio"/> 4. levemente alienado | <input type="radio"/> 99. não coletado |

Sintomas Positivos:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> 1. muito mais sintomas | <input type="radio"/> 3. neutro | <input type="radio"/> 5. muito menos |
| <input type="radio"/> 2. pouco mais sintomas | <input type="radio"/> 4. pouco menos sintomas | <input type="radio"/> 99. não coletado |

Sintomas Negativos:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> 1. muito mais sintomas | <input type="radio"/> 3. neutro | <input type="radio"/> 5. muito menos |
| <input type="radio"/> 2. pouco mais sintomas | <input type="radio"/> 4. pouco menos sintomas | <input type="radio"/> 99. não coletado |

ANEXO 8

DAI -30

Data:

Inventário de Atitudes em relação a medicação (DAI-30)

1. Eu não preciso tomar remédios quando eu me sinto bem.

<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sei
<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Coletado
2. Para mim, o lado bom do remédio é mais importante que o lado ruim.

<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sei
<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Coletado
3. Quando tomo os remédios eu me sinto meio xarope, meio zoró como um robô.

<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sei
<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Coletado
4. Mesmo quando eu não estou internado, eu acho que preciso tomar remédios.

<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sei
<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Coletado
5. Se eu tomo remédios, é só por causa da pressão de outras pessoas.

<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sei
<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Coletado
6. Quando estou tomando os remédios eu fico mais consciente do que faço e do que acontece a minha volta.

<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sei
<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Coletado
7. Tomar remédios não vai fazer mau para mim.

<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sei
<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Coletado
8. Eu tomo os remédios por decisão própria, por que eu resolvi tomá-los.

<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sei
<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Coletado
9. Os remédios me fazem sentir mais relaxado.

<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sei
<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Coletado
10. Eu não fico diferente com ou sem remédios. (dá no mesmo)

<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sei
<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Coletado
11. Os efeitos desconfortáveis, ruins, dos remédios estão sempre presentes.

<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sei
<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Coletado
12. Os remédios me fazem sentir cansado, lento, devagar.

<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sei
<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Coletado
13. Eu só tomo os remédios quando eu me sinto mal, doente.

<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sei
<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Coletado
14. Os remédios são um veneno de ação lenta.

<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sei
<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Coletado
15. Eu me dou melhor com as pessoas quando eu estou tomando os remédios.

<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sei
<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Coletado
16. Quando eu estou tomando os remédios eu não consigo me concentrar em nada.

<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sei
<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Coletado
17. Eu sei melhor do que o médico quando eu devo parar com os remédios.

<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sei
<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Coletado
18. Eu me sinto mais normal quando eu tomo os remédios.

<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sei
<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Coletado
19. Eu prefiro ficar doente do que tomar remédios.

<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sei
<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Coletado
20. Não é natural para minha mente e pro meu corpo ser controlado pelos remédios.

<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sei
<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Coletado
21. Os meus pensamentos ficam mais claros quando eu tomo os remédios.

<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sei
<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Coletado
22. Eu devo continuar tomando os remédios mesmo quando eu me sinto bem.

<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sei
<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Coletado
23. Tomar os remédios irá impedir que eu tenha uma recaída, uma nova crise.

<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sei
<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Coletado
24. É decisão do médico quando eu devo parar de tomar os remédios.

<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sei
<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Coletado
25. Muitas coisas que eu posso fazer com facilidade, ficam mais difíceis quando eu estou tomando remédios.

<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sei
<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Coletado
26. Eu me sinto melhor e mais feliz quando eu estou tomando os remédios.

<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sei
<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Coletado
27. Estão me dando remédios para controlar coisas que eu faço (meu comportamento), e que as outras pessoas (não eu) não gostam.

<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sei
<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Coletado
28. Eu não consigo relaxar quando estou tomando remédios.

<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sei
<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Coletado
29. Quando eu tomo os remédios, eu sinto que posso me controlar melhor.

<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sei
<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Coletado
30. Tomando os remédios, eu posso me prevenir (evitar) de ficar doente.

<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sei
<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Coletado

ANEXO 9

GAS

Data:

Valor do GAS:

Avalie o nível de funcionamento mais baixo do indivíduo na última semana, selecionando o pior parâmetro que descreva seu funcionamento em um continuum hipotético de saúde-doença mental. Use níveis intermediários quando adequado.

100-91 Funcionamento psicossocial ótimo em uma grande variedade de atividades, problemas de vida ficam normalmente sob controle. É procurado por outras pessoas devido à sua cordialidade, disponibilidade e integridade. Nenhum sintoma.

90-81 Bom funcionamento psicossocial em todas as áreas, muito interesse, socialmente engajado e produtivo, geralmente satisfeito consigo mesmo e com os outros. Pode não haver sintomas passageiros e as preocupações diárias apenas ocasionalmente fogem ao controle.

80-71 Não mais que leves prejuízos no funcionamento psicossocial, graus variados de preocupações e problemas diários que algumas vezes fogem ao controle.

70-61 Alguma dificuldade em diversas áreas de funcionamento psicossocial, mas em geral funcionando bem. Tem algumas reações interpessoais significativas e a maioria das pessoas leigas não o consideram "doente". Alguns sintomas ^{leves} (por ex., humor depressivo leve, insônia moderada).

60-51 Apresenta geralmente dificuldade no funcionamento psicossocial (poucos amigos, contato afetivo, pode ter comportamento anti-social moderado) e/ou sintomas moderados (como humor depressivo moderado, ansiedade moderada, afeto hipomodulado, preocupações intensas).

50-41 Qualquer prejuízo sério no funcionamento psicossocial (como comportamento anti-social sério, atos agressivos frequentes, relações interpessoais claramente prejudicadas, bebida compulsiva) que os profissionais de saúde mental pensariam que exige tratamento ou atenção imediata. Sintomas moderadamente graves como intenção suicida clara, planos ou gestos suicidas, rituais obsessivos graves, ataques de ansiedade frequentes, síndrome maniaca leve mas bem definida).

40-31 Prejuízo grave em diversas áreas do funcionamento psicossocial, como trabalho, familiares muito prejudicados, incapacidade total para o serviço doméstico. Sintomas claramente graves como depressão ou ansiedade intensa, atos e tentativas suicidas. Prejuízo no contato com a realidade, a comunicação é obscura, ilógica, tentando a destruição. Comportamento claramente bizarro no sentido de uma psicose.

30-21 Incapaz de funcionar em quase todas as áreas (por ex: fica na cama quase o dia inteiro, descuida claramente da higiene pessoal, prejuízo sério na comunicação com os outros, às vezes irresponsivo). O comportamento é consideravelmente influenciado com delírios, alucinações ou sérios prejuízos no pensamento (incoerência marcada) ou julgamento.

20-11 Necessita de supervisão para prevenir ferimentos em si mesmo e nos outros, ou para manter a higiene pessoal mínima (por ex: tentativas sérias de suicídio repetidas, frequentemente violento, excitação maniaca importante, se suja com fezes). Prejuízo sério na comunicação, predominando incoerência intensa e/ou mutismo.

10-01 Necessita constantemente de supervisão por diversos dias para prevenir ferimentos sérios ou nos outros (cuidados intensos de enfermagem), não faz qualquer tentativa para manter a higiene pessoal mínima (por ex: se suja com fezes frequentemente).

ANEXO 10

GARF

Data:

Valor do Garf:

O GARF identifica a adequação a família (ou grupo mais próximo) basicamente em 3 áreas:

- 1 - Clima emocional no sentido do ambiente da família, tipo e qualidade das relações afetivas, qualidade dos cuidados entre as pessoas, empatia, envolvimento, ligação, compromisso, capacidade de compartilhar valores e afetos, respostas afetivas mútuas, respeito, cuidado, qualidade da relação sexual.
- 2 - Organização do grupo (familiar ou não) aceitação e manutenção de papéis e limites, funcionamento hierárquico, distribuição do poder e da responsabilidade.
- 3 - Capacidades do grupo familiar de resolver os problemas do dia a dia, de negociar objetivos, regras e rotinas, de se adaptar a dificuldades da vida, capacidade de se comunicar, habilidade em resolver problemas.

100-81 O grupo familiar "funciona bem", tanto do ponto de vista do paciente como dos outros da família. Há concordância no estabelecimento de rotinas, há flexibilidade para dar conta de novas demandas e necessidades de cada membro da família.

Problemas ocasionais são resolvidos com uma comunicação satisfatória e negociação de direitos, responsabilidade dos diversos membros da família. O clima emocional é de modo geral bom, caloroso e acolhedor.

Os membros adultos têm uma vida sexual satisfatória.

80-81 O funcionamento da família é de alguma forma (parcialmente) insatisfatório. Entretanto nos últimos tempos, a maior parte (mas não todos) dos problemas tem sido resolvidos sem grandes reclamações ou frustrações por parte dos membros.

Há uma rotina diária adequada, mas verifica-se certa dificuldade em se lidar com problemas novos. Alguns conflitos permanecem não resolvidos, mas não atrapalham demasiadamente o funcionamento da família.

Os limites são respeitados, mas eventualmente se desrespeitam certos limites e se colocam um ou outro membro na posição de "bode expiatório".

As relações afetivas de amor e respeito estão presentes, mas há certos momentos de boa dose de tensão, irritação e frustração. A vida sexual dos membros adultos pode estar reduzida ou ser razoavelmente problemática.

60-41 A família tem momentos de satisfação e bom convívio, entretanto o que predomina são relações insatisfatórias e um padrão de interação claramente disfuncional. A comunicação está frequentemente inibida por conflitos não resolvidos.

O grupo tem muita dificuldade em lidar com problemas novos e stress. Verifica-se uma falta de estrutura e organização na família ou um padrão excessivamente rígido. As necessidades de membros individuais são frequentemente negligenciadas.

O clima emocional é prejudicado por relações insatisfatórias, frustrantes e "muito dolorosas". A vida sexual dos membros adultos é muito problemática e frequentemente insatisfatória.

40-31 A família é claramente e seriamente disfuncional. O tipo de relacionamento e períodos de relacionamento satisfatórios são bastantes raros.

A rotina da família não satisfaz as necessidades dos membros, não há sensibilidade ou compreensão para necessidades individuais. O poder é tirânico ou muito negligente. As relações são extremamente rígidas ou extremamente confusas.

Os momentos de contato afetivo são muito raros, e conflitos não resolvidos marcam relações muito hostis ou muito distantes. A vida sexual dos adultos é quase totalmente insatisfatória ou ausente.

20-01 A família se tornou tão disfuncional a ponto de perder a continuidade do contato e ligação entre os membros. Não há mais rotinas no dia a dia da família, os membros geralmente não sabem onde estão os outros membros da família.

Há muita pouca comunicação entre os membros. Não há reconhecimento das responsabilidades. Membros da família correm perigo de agressão, dano ou negligência física por outros membros (ataques sexuais, por exemplo).

O desespero ou total apatia dominam o ambiente emocional. Não há atenção para necessidades afetivas dos outros membros, não há ligação afetiva e preocupação pelo bem estar de outros membros.

ANEXO 11

ESRS

Data:

1. Parkinsonismo, distonia e Discinesia:

Questionário e escala comportamental.

Responda as questões escolhendo a resposta apropriada para cada item.

1. Vagarosidade ou fraquesa, dificuldade de conduzir assuntos rotineiros
2. Dificuldade para andar e diminuição dos movimentos de "balanço" espontâneos
3. Dificuldade para engolir ou falar
4. Maneirismo, rigidez de postura
5. Câimbra ou dores nos membros, dorso ou pescoço
6. Inquietação, nervoso, incapaz de permanecer calmo
7. Tremores, agitação
8. Crise oculóginas, manutenção de postura anormal
9. Salivação aumentada
10. Movimentos involuntários anormais (discinesia) das extremidades ou tronco
11. Movimentos involuntários anormais (discinesia) da língua, queixo, lábios ou face
12. Tortura quando em pé (especialmente pela manhã)

0 - Ausente, 1 - Leve, 2 - Moderada, 3 - Grave, 99 - Não Coletado

<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 99
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 99
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 99
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 99
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 99
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 99
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 99
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 99
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 99
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 99

Data:

1. Movimentos Automáticos

- Normal
- Diminuição muito leve na expressão facial
- Diminuição leve na expressão facial
- Sorriso espontâneo raro, diminuição no pestanejar, voz levemente monótona
- Nenhum sorriso espontâneo, olhar brilhante, fala vagarosa e monótona
- Fácies rígidas, incapaz de franzir, fala mascarada
- Face extremamente severa com fala ininteligível
- Não coletado

Data:

2. Bradicinesia

- Normal
- Impressão global de vagarosidade nos movimentos
- Vagarosidade total nos movimentos
- Dificuldade muito leve em iniciar os movimentos
- Dificuldade leve à moderada para iniciar movimentos
- Dificuldade em iniciar ou finalizar qualquer movimento, ou rigidez em iniciar um ato voluntário
- Movimento voluntário raro, quase que completamente imóvel
- Não coletado

Data:

3. Rigidez

Braço Direito	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Muito suave, quase imperceptível <input type="radio"/> Suave (alguma resistência a movimentos passivos) <input type="radio"/> Moderado (resistência total a movimentos passivos) <input type="radio"/> Moderadamente grave (moderada resistência mas com fácil movimentação dos membros) <input type="radio"/> Grave (resistência intensa c/ dificuldade total p/ movimentação dos membros) <input type="radio"/> Extremamente grave (quase rígido) <input type="radio"/> Não coletado
Braço Esquerdo	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Muito suave, quase imperceptível <input type="radio"/> Suave (alguma resistência a movimentos passivos) <input type="radio"/> Moderado (resistência total a movimentos passivos) <input type="radio"/> Moderadamente grave (moderada resistência mas com fácil movimentação dos membros) <input type="radio"/> Grave (resistência intensa c/ dificuldade total p/ movimentação dos membros) <input type="radio"/> Extremamente grave (quase rígido) <input type="radio"/> Não coletado
Perna Direita	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Muito suave, quase imperceptível <input type="radio"/> Suave (alguma resistência a movimentos passivos) <input type="radio"/> Moderado (resistência total a movimentos passivos) <input type="radio"/> Moderadamente grave (moderada resistência mas com fácil movimentação dos membros) <input type="radio"/> Grave (resistência intensa c/ dificuldade total p/ movimentação dos membros) <input type="radio"/> Extremamente grave (quase rígido) <input type="radio"/> Não coletado
Perna Esquerda	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Muito suave, quase imperceptível <input type="radio"/> Suave (alguma resistência a movimentos passivos) <input type="radio"/> Moderado (resistência total a movimentos passivos) <input type="radio"/> Moderadamente grave (moderada resistência mas com fácil movimentação dos membros) <input type="radio"/> Grave (resistência intensa c/ dificuldade total p/ movimentação dos membros) <input type="radio"/> Extremamente grave (quase rígido) <input type="radio"/> Não coletado

Data:

<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Leve diminuição do movimento pendular do braço <input type="radio"/> Diminuição moderada do movimento dos braços, passos normais <input type="radio"/> Nenhum movimento pendular dos braços, inclinação da cabeça, passo mais ou menos normais <input type="radio"/> Postura rígida (pescoço, dorso), passos pequenos (pés se arrastam) <input type="radio"/> Mais intensa, pressa ou rigidez ao virar <input type="radio"/> Flexão tripla, quase incapaz de andar <input type="radio"/> Não coletado

Data:

4. Tremor

Braço Direito	<input type="text"/>			
Braço Esquerdo	<input type="text"/>			
Perna Direita	<input type="text"/>			
Perna Esquerda	<input type="text"/>			
Cabeça	<input type="text"/>			
Maxilar/Queixo	<input type="text"/>			
Língua	<input type="text"/>			
Lábios	<input type="text"/>			

	Ocasional	Frequente	Constante ou quase
Ausente:	0		
Borderline:	1		
Leve Amplitude:	2	3	4
Moderada Amplitude:	3	4	5
Intensa Amplitude:	4	5	6

Data:

6. Acatisia

- Ausente
- Olhar inquieto, nervoso, impaciente, desconfortável
- Necessidade de movimentar pelo menos uma extremidade
- Frequentemente necessita mover ma extremidade ou mudar de posição
- Move uma extremidade quase constantemente se estiver sentado ou c/ os pés juntos em pé
- Incapaz de sentar por mais do que um curto período de tempo
- Move ou anda constantemente
- Não coletado

Data:

7. Síndrome

- Ausente
- Muito leve
- Leve
- Moderada: prejudica a fala
- Moderadamente grave
- Grave
- Extremamente grave
- Não coletado

Data:

8. Estabilidade Postural

- Normal
- Hesitação quando empurrado mas sem retropulsão
- Retropulsão, mas recuperação sem auxílio
- Retropulsão exagerada sem queda
- Ausência de resposta na postura, poderá cair se não for auxiliado
- Instável enquanto em pé, mesmo se ser empurrado
- Incapaz de ficar em pé sem auxílio
- Não coletado

Data:

III - Distonia - Exame Médico

0 = Ausente, 1 = Muito Leve, 2 = Leve, 3 = Moderada,
4 = Moderadamente Grave, 5 = Grave,
6 = Extremamente Grave, 99 = Não Coletado

1. Torsão aguda distônica:

Braço Direito	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 99
Braço Esquerdo	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 99
Perna Direita	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 99
Perna Esquerda	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 99
Cabeça	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 99
Queixo	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 99
Língua	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 99
Lábios	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 99

2. Distonia não aguda ou crônica ou tardia:

Braço Direito	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 99
Braço Esquerdo	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 99
Perna Direita	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 99
Perna Esquerda	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 99
Cabeça	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 99
Queixo	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 99
Língua	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 99

Data:

IV. Movimentos Distônicos - Exame Médico

1. Movimentos da Língua (lateralização ou torção dos movimentos da língua)

<input type="checkbox"/>	Ausente.....	0
	Borderline.....	1
	Claramente presente, dentro da cavidade oral.....	2...3...4
	Com ocasional protusão parcial.....	3...4...5
	Com completa protusão.....	4...5...6

2. Movimentos maxilares (movimento lateral, mastigação, dentadas, boca cerrada)

<input type="checkbox"/>	Ausente.....	0
	Borderline.....	1
	Claramente presente, pequena amplitude.....	2...3...4
	Moderadamente amplo, mas sem abrir a boca.....	3...4...5
	Bastante amplo, com a boca aberta.....	4...5...6

3. Movimentos Buco - Labiais (estalar, estender, retrair)

<input type="checkbox"/>	Ausente.....	0
	Borderline.....	1
	Claramente presente, pequena amplitude.....	2...3...4
	Moderadamente amplo, c/ movimento dos lábios.....	3...4...5
	Bastante amplo, marcadamente, c/ mov. forte lábios.....	4...5...6

4. Movimentos dos Troncos (balanços, torção, movimentos pélvicos)

<input type="checkbox"/>	Ausente.....	0
	Borderline.....	1
	Claramente presente, pequena amplitude.....	2...3...4
	Moderadamente amplo.....	3...4...5
	Bastante amplo.....	4...5...6

5. Extremidades superiores (movimentos córeo-atetóicos: braços, pulsos, mãos e dedos)

<input type="checkbox"/>	Ausente.....	0
	Borderline.....	1
	Claramente presente, pequena amplitude mov. de um dos membros.....	2...3...4
	Moderadamente amplo, mov. de um dos membros.....	3...4...5
	Bastante amplo, movimento envolvendo dois membros.....	4...5...6

6. Extremidades inferiores (apenas movimentos córeo-atetóicos: pernas, joelhos, tornozelos e dedos)

<input type="checkbox"/>	Ausente.....	0
	Borderline.....	1
	Claramente presente, pequena amplitude mov. de um dos membros.....	2...3...4
	Moderadamente amplo, mov. de um dos membros.....	3...4...5
	Bastante amplo, marcadamente, mov. envolvendo dois membros.....	4...5...6

7. Outros movimentos involuntários (engolir seco, respiração anormal, fazer careta, pestanejar, franzir a testa)

<input type="checkbox"/>	Ausente.....	0
	Borderline.....	1
	Claramente presente, pequena amplitude.....	2...3...4
	Moderadamente amplo.....	3...4...5
	Bastante amplo.....	4...5...6

Data:

V. Impressão Clínica Global da Severidade da Discinesia

Considerando sua experiência clínica, quão severa é a discinesia no presente momento?

- Ausente
- Borderline
- Muito Leve
- Leve
- Moderada
- Moderadamente Grave
- Muito Grave
- Grave
- Extremamente Grave
- Não Coletado

Data:

VI. Impressão Clínica Global da Severidade do Parkinsonismo

Considerando sua experiência clínica, quão severa é a discinesia no presente momento?

- Ausente
- Borderline
- Muito Leve
- Leve
- Moderada
- Moderadamente Grave
- Muito Grave
- Grave
- Extremamente Grave
- Não Coletado

ANEXO 12

UKU

Data:

Distonia

Formas agudas de distonia como contrações musculares tônicas localizadas em um ou vários grupos musculares, particularmente na boca, língua e/ou pescoço. A avaliação deve ser feita tomando por base os 3 dias anteriores ao exame.

- 0 - Distonia ausente ou duvidosa.
- 1 - Espasmos muito leves ou curtos, por exemplo na musculatura da mandíbula ou pescoço.
- 2 - Contrações mais acentuadas, de maior duração e/ou maior extensão.
- 3 - Formas marcantes de, por exemplo, crises oculóginas ou epistótomo.
- 99 - Não Coletado.

Sintomas presentes por: Menos de 3 meses Mais de 3 meses Não Coletado

Rigidez

Tônus muscular aumentando de modo uniforme e geral observado a partir de resistência firme e uniforme a movimento passivo dos membros, especialmente dos músculos das articulações do cotovelo e ombros.

- 0 - Rigidez ausente ou duvidosa.
- 1 - Leve rigidez no pescoço, ombros e extremidades. Deve ser possível observar-se a rigidez a partir de resistência a movimento passivo dos cotovelos.
- 2 - Rigidez média avaliada a partir de resistência a movimento passivo dos cotovelos, por exemplo.
- 3 - Rigidez muito marcante.
- 99 - Não Coletado.

Hipocinesia / Acinesia

Movimentos lentos (bradicinesia), expressão facial, balanço dos braços e comprimento dos passos reduzidos, possivelmente levando à cessação do movimento.

- 0 - Hipocinesia ausente ou duvidosa.
- 1 - Movimento levemente reduzido, por exemplo, balanço pouco o braço ao andar ou expressão facial atenuada.
- 2 - Redução da mobilidade mais clara, por exemplo andar lento.
- 3 - Redução da mobilidade muito acentuada, aproximando-se da acinesia ou até mesmo a incluindo; ex.: máscara entrevista parkinsoniana e/ou andar com passos muito pequenos.
- 99 - Não Coletado.

Hipercinesia

Movimentos involuntários, mais frequentemente afetando a região orofacial sob a forma da assim chamada síndrome buco-língua-masticatória. Porém, é também amíde vista nas extremidades, especialmente nos dedos, e mais raramente na musculatura do corpo e sistema respiratório.

Estão incluídas tanto a discinesia inicial quanto a tardia.

- 0 - Hipercinesia ausente ou duvidosa.
- 1 - Hipercinesia leve, manifestando-se apenas intermitentemente.
- 2 - Hipercinesia moderada, presente a maior parte do tempo.
- 3 - Hipercinesia grave, presente a maior parte do tempo, por ex: com protusão da língua acentuada, abertura da boca, hipercinesia facial, com ou sem envolvimento das extremidades.
- 99 - Não Coletado.

Sintomas presentes por: Menos de 3 meses Mais de 3 meses Não Coletado

Tremores

Este item engloba todas as formas de tremor.

- 0 - Tremor ausente ou duvidosa.
- 1 - Tremor muito leve que não atrapalha o paciente.
- 2 - Tremor claro, atrapalhando o paciente, sendo que sua amplitude é menor do que 3 cm.
- 3 - Tremor claro com amplitude de mais de 3 cm e que o paciente não consegue controlar.
- 99 - Não Coletado.

Acatisia

Sentimentos subjetivos e sinais objetivos de agitação muscular, particularmente nas extremidades inferiores, de modo que torna-se difícil para o paciente permanecer sentado. A avaliação deste item é feita a partir de sinais clínicos observados durante a entrevista, bem como de relato do paciente.

- 0 - Acatisia ausente ou duvidosa.
- 1 - Leve acatisia que, no entanto, não impede que o paciente se mantenha sentado sem esforço.
- 2 - Acatisia moderada; entretanto, o paciente ainda consegue, com algum esforço, manter-se sentado durante a entrevista.
- 3 - Quando o paciente tem que levantar-se várias vezes durante a entrevista por causa de acatisia.
- 99 - Não Coletado.

Sintomas presentes por: Menos de 3 meses Mais de 3 meses Não Coletado

ANEXO 13

CGI

Data:

Gravidade da Doença:

Paciente:

- 0 - Não avaliado.
- 1 - Normal. Não é pessoa com problemas mentais.
- 2 - Limitrofe entre normal e portador de um distúrbio mental.
- 3 - Levemente doente (ou com distúrbios leves).
- 4 - Moderadamente doente (ou com distúrbios moderados).
- 5 - Marcadamente doente (ou com distúrbios marcantes).
- 6 - Gravemente doente (ou com distúrbios severos).
- 7 - Entre os pacientes mais gravemente doentes (ou com distúrbios extremamente graves).

Família:

- 0 - Não avaliado.
- 1 - Normal. Não é pessoa com problemas mentais.
- 2 - Limitrofe entre normal e portador de um distúrbio mental.
- 3 - Levemente doente (ou com distúrbios leves).
- 4 - Moderadamente doente (ou com distúrbios moderados).
- 5 - Marcadamente doente (ou com distúrbios marcantes).
- 6 - Gravemente doente (ou com distúrbios severos).
- 7 - Entre os pacientes mais gravemente doentes (ou com distúrbios extremamente graves).

Médico:

- 0 - Não avaliado.
- 1 - Normal. Não é pessoa com problemas mentais.
- 2 - Limitrofe entre normal e portador de um distúrbio mental.
- 3 - Levemente doente (ou com distúrbios leves).
- 4 - Moderadamente doente (ou com distúrbios moderados).
- 5 - Marcadamente doente (ou com distúrbios marcantes).
- 6 - Gravemente doente (ou com distúrbios severos).
- 7 - Entre os pacientes mais gravemente doentes (ou com distúrbios extremamente graves).

Melhora/Piora (no momento da evolução)

Paciente:

- 0 - Não avaliado.
- 1 - Melhorou extremamente.
- 2 - Melhorou muito.
- 3 - Melhorou pouco.
- 4 - Não houve mudança.
- 5 - Piorou pouco.
- 6 - Piorou muito.
- 7 - Piorou extremamente.

Família:

- 0 - Não avaliado.
- 1 - Melhorou extremamente.
- 2 - Melhorou muito.
- 3 - Melhorou pouco.
- 4 - Não houve mudança.
- 5 - Piorou pouco.
- 6 - Piorou muito.
- 7 - Piorou extremamente.

Médico:

- 0 - Não avaliado.
- 1 - Melhorou extremamente.
- 2 - Melhorou muito.
- 3 - Melhorou pouco.
- 4 - Não houve mudança.
- 5 - Piorou pouco.
- 6 - Piorou muito.
- 7 - Piorou extremamente.







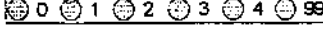
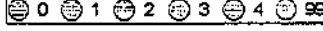

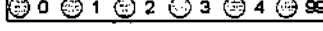
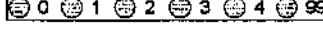
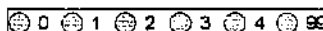
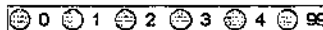
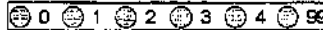
ANEXO 14

HAMA e CALGARY

Data:

Assessoramento da ansiedade - Escala de ansiedade de Hamilton (HAMA)

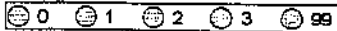

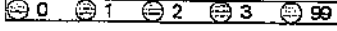
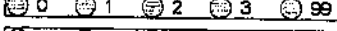
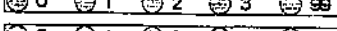
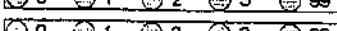
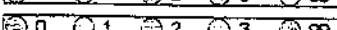
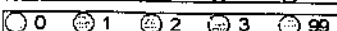

0= ausente; 1= discreto;
2= moderado; 3= forte;
4= muito forte, 99= Não Coletado

- 1 - **Humor Ansioso**
Preocupações, expectativa pessimista, espera apreensiva, irritabilidade. 
- 2 - **Tensão**
Sensação de tensão fatigabilidade, tendência para sobressaltos, tremor, choro fácil, inquietude, incapacidade de relaxamento. 
- 3 - **Medo**
Medo do escuro, de estranhos, de ficar só, de animais, de multidões (aglomerações). 
- 4 - **Insônia**
Dificuldade para adormecer, incapacidade de permanecer dormindo, sensação de não restauração do sono e despertar abatido, sonhos, pesadelos, pavor noturno. 
- 5 - **Dificuldade Intelectual**
Falta de concentração, esquecimento. 
- 6 - **Humor Deprimido**
Falta de interesse, falta de prazer, sensação de abatimento, despertar precoce, flutuações de humor diurnas. 
- 7 - **Somatização Motora**
Dores musculares, fascinações, contrações, rigidez de movimento, ranger de dentes, dificuldade na fala, endurecimento muscular. 
- 8 - **Sintomatologia Somática (sensorial)**
Tínido (zumbido, chiado), embaçamento de vista, calafrios, sensação de fraqueza, formigamento. 
- 9 - **Sintoma Cardiovascular**
Taquicardia, palpitação, dor peitoral, pulsação vascular, esvaecimento. 
- 10 - **Sintoma Respiratório**
Pressão ou angustia torácica, sufocamento, suspiros, dispneia. 
- 11 - **Sintoma Gastro-Intestinal**
Disfagia, distensão abdominal, gastralgia pré e pós prandial, azia, indigestão, náuseas, vômitos, diarreia, prisão de ventre, perda de peso. 
- 12 - **Sintoma Uro-Genital**
Poliúria, enurese, amenorreia, metorragia, perda de libido, frigidez, impotência, ejaculação precoce. 
- 13 - **Sintoma Neurovegetativo**
Secura de boca, enrubrecer, empalidecer, transpiração excessiva, tontura, cefaleia tensional, hipersensibilidade de pele. 
- 14 - **Atitude na Entrevista**
Instabilidade, inquietude, tremores de mãos, enrugamento de testa, apagamento de mímica, suspiros, taquipneia, palidez, tiques, transpiração. 

Data:

Pequisa por sintomas depressivos (Escala de Calgary) .

0= Ausente; 1= Leve; 2= Moderado;
3= Severo, 99= Não Coletado.

- 1- **Humor Deprimido** 
- 2 - **Desesperança** 
- 3 - **Auto Depreciação** 
- 4 - **Referencia Culpabilidade** 
- 5 - **Culpa Patológica** 
- 6 - **Depressão Matutina** 
- 7 - **Despertar Precoce** 
- 8 - **Idéias de Suicídio** 
- 9 - **Depressão Observada** 

ANEXO 15

MMSE e FLUÊNCIA VERBAL

Data:

Apresentação:

Em que ano, mês, dia do mês, dia da semana e hora aproximada estamos?

Não Sei
 Não Coletado

(máx. 5)

Onde estamos: (Estado, Cidade, Bairro, Hospital, Andar) ?

Não Sei
 Não Coletado

(máx. 5)

Atenção e Registro:

Normal 3 objetos: Eu ajudo a dizer cada um. Então pergunte ao paciente todos os 3 após tê-los nomeado. Conte 1 ponto para cada resposta correta. Então repita-os até que ele tenha aprendido os 3. Conte as tentativas e registre.

Não Sei
 Não Coletado

(máx. 3)

Atenção Cálculo:

Subtraia a partir de 100 de 7 em 7. Dê 1 pra cada subtração correta. Pare após 5 respostas. Alternativamente solete mundo de trás pra frente. (Pra pacientes com nível escolar inferior aos 4 anos do 1º grau; subtraia de 3 em 3 a partir de 20).

Não Sei
 Não Coletado

(máx. 5)

Lembrança (memória imediata):

Pergunte os 3 objetos repetidos a cima. Dê 1 ponto para cada correto.

Não Sei
 Não Coletado

(máx. 3)

Linguagem:

Mostre ao paciente uma caneta e um relógio e peça para que ele os nomeie.

Não Sei
 Não Coletado

(máx. 2)

Repita - nem aqui, nem ali, nem lá.

Não Sei
 Não Coletado

(máx. 1)

Linguagem e Praxia (função frontal):

Siga um comando de 3 estágios: Pegue este papel com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão.

Não Sei
 Não Coletado

(máx. 3)

Letra e obediência seguintes:

Feche Olhos:

Não Sei
 Não Coletado

(máx. 1)

Escreva uma frase:

Não Sei
 Não Coletado

(máx. 1)

Copie um desenho:



Não Sei
 Não Coletado

(máx. 1)

Escore Total:

Avalie o nível de consciência ao longo do continuum

Muito alerta
 Regular/alerta

Pouco sonolento
 Sonolento

Muito sonolento
 Não Coletado

Avalie o nível de motivação ao longo do continuum

Muito motivado
 Regular

Pouco motivado
 Muito pouco motivado

Nenhuma motivação
 Não Coletado

Avalie o nível de concentração ao longo do continuum

Muito concentrado
 Regular

Pouco concentrado
 Muito pouco concentrado

Nenhuma concentração
 Não Coletado

Data:

Fluência Verbal

Você terá agora 1 minuto, quando eu disser já, para falar o maior número possível de animais que puder. Vale tanto animal doméstico quanto animal selvagem. Você está pronto? Então já! Dê 1 minuto de tempo.

(Obs: Cavalo - Égua = 2; Gato - Gata = 1. Somente some os certos, repetições e erros não contam).

Nº de animais em 1 minuto:

ANEXO 16

EIWA

Teste Dicho Símbolo do EIWA

Instruções: Repare que cada quadrinho tem um número na parte de cima e um sinal especial na parte de baixo. Cada número tem seu sinal próprio. (Aponte para o 1 e para o seu sinal, para o 2 e seu sinal). Você tem que por em cada um dos quadrinhos vazios, o sinal apropriado, assim: aqui está um 2; o 2 tem este sinal, então eu ponho o sinal neste quadrinho; o 1 tem este sinal, então eu ponho no quadrinho. Agora você preenche os quadrinhos até o final desta linha. Deixe o paciente preencher os itens do treino. Se errar, corrija-o imediatamente e reveja com ele o uso do modelo. Não prossiga com o teste antes que o paciente tenha entendido claramente a tarefa. Comece aqui (aponte) e preencha o maior número de quadradinhos que você puder, um após o outro, sem pular nenhum, o mais rápido possível. Vá fazendo até eu falar para parar. (o paciente pode olhar sempre que quiser no quadro de referência).

1	2	3	4	5	6
⊥	—	o		x	^

Exercício de treino:

2	1	3	1	2	4	6	1	5	4	2	1	3	2	1

Quando eu falar para começar, você começa. Pronto: Já! (marque 60 segundos)

4	2	3	5	2	3	1	4	6	3	1	5	4	2	4	6	3	5	3	2

4	5	4	6	3	2	1	3	2	6	5	3	4	6	3	6	2	5	1	5

2	6	3	5	4	6	5	4	1	4	3	5	2	6	1	5	4	6	3	4

5	2	6	1	3	6	4	6	3	5	1	5	2	4	5	2	1	4	3	6

3	1	4	1	6	6	2	5	4	1	6	3	6	2	1	5	6	4	3	1

Número de quadrinhos preenchidos corretamente (em 60 seg): _____

ANEXO17

MEMÓRIA LÓGICA

TESTE DE MEMÓRIA LÓGICA

Parte A:

Maria Aparecida ___ morava em Campinas ___ no Bairro Bonfim ___ trabalhava ___ como faxineira ___ num prédio comercial ___ contou na delegacia ___ perto da prefeitura ___ que ela havia sido atacada ___ na Praça Carlos Gomes ___ na noite anterior ___ e que lhe haviam roubado ___ 90.000 cruzeiros ___. Ela tinha 4 ___ crianças pequenas ___ o aluguel tinha que ser pago ___ e eles não comiam ___ há 2 dias ___. O delegado ___ emocionado pela história desta mulher ___ organiza uma coleta de donativos ___ para ela ___.

Nº de idéias corretamente memorizadas: A=.....

Parte B:

O navio ___ brasileiro ___ Minas Gerais ___ explodiu ao bater numa mina ___ perto de Salvador ___ segunda-feira ___ a noite ___. Apesar da terrível ___ tempestade ___ e da escuridão ___ os sessenta passageiros ___ incluindo 18 ___ mulheres ___ foram todos recolhidos ___ nos botes salva-vida ___ que foram jogados ___ como se fossem rochas ___ sobre o mar agitado ___. Eles foram trazidos ao porto ___ no dia seguinte ___ por um barco ___ pescador ___.

Nº de idéias corretamente memorizadas: B=.....

NOTA = $\frac{A+B}{2} = \dots\dots\dots = \dots\dots\dots$

ANEXO 18

Tabelas de dose equivalência para antipsicóticos e agentes antiparkinsonianos

Tabela1. Dose equivalência de antipsicóticos em mg de clorpromazina.

Antipsicóticos	Dose equivalente em 100 mg. Clorpromazina
Clorpromazina	100,00
Tioridazina	100,00
flufenazina	1,50
Trifluopenazina	2,50
Perfenazina	8,00
Tiotixene	3,50
Haloperidol	1,50
Levomepromazina	90,00
Loxapine	10,00
Molindone	6,00
Clozapina	100,00
Risperidona	1,00
Sertindol	7,30
penfluridol 20 mg/semana	200/dia
haldol decanoato 50mg/mês	166,7/dia
pipotiazida palmitato 25mg/mês	83,3/dia
flufenazina decanoato 25mg/mês	166,7/dia
flupenthixol decanoato 40mg/mês	250,0/dia

Tabela2 . Dose equivalência em unidade antiparkinsoniana (u) para agentes antiparkinsonianos.

Agente antiparkinsoniano	unidade antiparkinsoniana (u)
biperideno 2mg	1 u.
propranolol 40 mg	1 u.
prometazina 25 mg	1 u.
diazepam 10 mg	1 u.

Tabelas descritivas e comparativas da amostra

Tabela 3: Distribuição da amostra para sexo, idade, etnia, estado civil, atividade profissional, anos de escolaridade com sucesso, anos de escolaridade sem sucesso e religião; comparação de grupo caso e grupo controle [frequência, média, desvio padrão (DP), mediana, intervalo, p-valor]. Teste comparativo de Wilcoxon para grupos pareados. * $0,05 < p < 0,10$

Variável	grupo caso N=15 %	grupo controle N=15 %	grupo caso Média± DP	grupo controle média± DP	grupo caso mediana/ intervalo	grupo controle mediana/ intervalo	p-valor (bicaudado) T. Wilcoxon
Uso de drogas ilícitas	80% sim 20% não	100% não					
Uso de álcool	86,7% sim 13,3% não	100% não					
Sexo	100% masculino	100% masculino					
Idade (anos)			26,7 ± 5,6	27,5 ± 4,7	27,00/ 18,00-38,00	27,00/ 20,00-36,00	0,146
Etnia	86,7%branca 13,3%parda	46,7%branca 33,3%parda 13,3%negra 6,7%amarela					
Estado civil	93,3%solteiro 6,7%separado/ divorciado	86,7%solteiro 6,7%separado/ divorciado 6,7%casado					
Atividade profissional	20% inativo 20%ativo	100%inativo					
Escolaridade com sucesso(anos)			6,0 ± 3,0	6,8 ± 3,9	6,00/ 1,00-12,00	7,00/ 0-14,00	0,485
Escolaridade sem sucesso(anos)			1,1±1,3	2,3±1,6	1,00/ 0-4,00	2,00/ 0-6,00	0,066*
Religião	66,7%católica 13,3% pentecostal 6,7% seicho-no-ie 6,7% não tem	46,7%católica 40,0%pentecostal 6,7%seicho-no-ie 6,7% não tem					

Tabela 4: Descrição do número de tentativas de suicídio na amostra e comparação de grupo caso e grupo controle [média, desvio padrão (DP), mediana, intervalo e p-valor] Teste comparativo de Wilcoxon para grupos pareados. * $0,05 < p < 0,10$.

Variável	grupo caso média±DP	grupo controle média±DP	grupo caso mediana/ intervalo	grupo controle mediana/ intervalo	p-valor (bicaudado) T. Wilcoxon
Quantas vezes tentou suicídio?	0,8±1,1	0,3±0,6	0/ 0-3,00	0/ 0-2,00	0,093*

Tabela 5: Descrição de Tabagismo e número de cigarro/dia para a amostra e comparação de grupo caso e grupo controle [frequência, média, desvio padrão (DP), mediana, intervalo e p-valor].

Teste comparativo de McNemar para grupos pareados.

Teste comparativo de Wilcoxon para grupos pareados.

* p<0,05; **p<0,01

Variável	grupo caso %	grupo controle %	grupo caso média± DP	grupo controle média± DP	grupo caso mediana/ intervalo	grupo controle mediana/ intervalo	p-valor (bicaudado) T.MacNemar	p-valor (bicaudado) T.Wilcoxon
Tabagismo	86,7% sim 13,3% não	33,3% sim 66,7% não					0,021*	
Cigarros/dia			20,1 ± 11,8	5,7 ± 9,0	20,00/ 0-40,00	0/ 0-20,00		0,007**

Tabela 6. Descrição do HISTÓRICO PSIQUIÁTRICO (número de episódios da doença, tempo de sintomas, tempo de sintomas negativos, tempo de sintomas positivos, tempo de atendimento em saúde mental, tempo de início de uso de antipsicóticos) para a amostra e comparação de grupo caso e grupo controle [média, desvio padrão (DP), mediana, intervalo e p-valor].

Teste comparativo de Wilcoxon para grupos pareados.

Variável	grupo caso média ± DP	grupo controle média ± DP	grupo caso mediana/ intervalo	grupo controle mediana/ intervalo	p valor (bicaudado) T.Wilcoxon
Número de episódios até o momento	4,5 ± 3,9	6,5 ± 5,1	3,00/ 0-10,00	5,00/ 1,00-20,00	0,450
Há quanto tempo se iniciaram os primeiros sintomas (meses)?	83,0 ± 61,4	80,0 ± 41,2	72,00/ 15,00-192,00	84,00/ 36,00-168,00	1,000
Há quanto tempo se iniciaram os sintomas negativos (meses)?	65,8 ± 63,4	74,0 ± 45,3	36,00/ 0-192,00	72,00/ 6,00-168,00	0,478
Há quanto tempo se iniciaram os sintomas positivos (meses)?	63,2 ± 57,5	74,0 ± 42,5	48,00/ 1,50-156,00	72,00/ 6,00-156,00	0,778
Tempo de atendimento em saúde mental (meses)	71,6 ± 62,9	78,4 ± 39,8	48,00/ 0,30-192,00	84,00/ 36,00-168,00	0,712
Tempo de início de uso de antipsicóticos (meses)	68,4 ± 62,8	72,8 ± 36,0	48,00/ 0,30-192,00	84,40/ 36,00-168,00	1,000

Tabela 7. Descrição de histórico de internações psiquiátricas (tempo decorrido da primeira internação, número de internações até o momento, duração média das internações, tempo decorrido da última internação) para a amostra e comparação de grupo caso e grupo controle [média, desvio padrão (DP), mediana e intervalo, p-valor]. Teste comparativo de Wilcoxon para grupos pareados.

Variável	grupo caso média± DP	grupo controle média ± DP	grupo caso mediana/ intervalo	grupo controle mediana/ intervalo	p valor (bicaudado) T.Wilcoxon
Há quanto tempo aconteceu a primeira internação psiquiátrica? (meses)	57,2 + 58,1	44,0 + 45,3	48,00/ 0-192,00	36,00/ 0-156,00	
Qual o número de internações até o momento?	4,4 + 4,9	2,6 + 3,4	3,00/ 0-15,00	2,00/ 0-10,00	0,116
Duração média das internações (meses)	1,0 + 0,9	1,0+ 1,0	1,00/ 0-3,00	1,00/ 0-3,00	1,000
Há quanto tempo aconteceu a última internação? (meses)	10,2 + 14,6	17,7 + 40,4	4,00/ 0-48,00	1,00/ 0-156,00	0,972
Tempo de duração da última internação (meses)	1,1 + 1,3	5,5 + 12,4	1,00/ 0-4,00	0,50/ 0-36,00	0,789

Tabela 8. Descrição da amostra para história de uso de álcool para grupo caso e grupo controle [frequência, média, desvio padrão(DP), mediana e intervalo].

Variável	grupo caso %	grupo controle %	grupo caso média±DP	grupo controle média±DP	grupo caso mediana/ intervalo	grupo controle mediana/ intervalo
Bebe às vezes alguma bebida alcoólica?	86,7% sim 13,3% não	100% não				
Usou álcool no último mês?	86,7% não 13,3% sim	100% não				
Quantas vezes por mês usa álcool?			8,6+ 9,5	0	8,00/ 0-30,00	0
Bebe diariamente?	13,3% sim 86,7% não	100% não				
Já teve <i>delirium tremens</i> ou síndrome de abstinência ao álcool?	6,7% sim 93,3% não	100% não				

Tabela 9. Descrição da amostra para história de uso de maconha para grupo caso e grupo controle (frequência).

Variável	grupo caso %	grupo controle %
Usou maconha alguma vez na vida?	80% sim 20% não	100% não
Usou maconha alguma vez no último ano?	66,7% sim 33,3% não	100% não
Usou maconha alguma vez no último mês?	66,7% sim 33,3% não	100% não
Usou maconha alguma vez na	13,3% sim	100% não

Tabela 10. Descrição da amostra para história de uso de cocaína para grupo caso e grupo controle (frequência).

Variável	grupo caso %	grupo controle %
Usou cocaína alguma vez na vida?	73.3% sim 26.7% não	100% não
Usou cocaína alguma vez no último ano?	53.3% sim 46.7% não	100% não
Usou cocaína alguma vez no último mês?	100% não	100% não
Usou cocaína alguma vez na última semana?	100% não	100% não

Tabela 11. Descrição da avaliação do funcionamento global _GAS (“Global Assessment Scale”) e do funcionamento familiar _GARF (“Global Assessment of Relational Functioning”) para a amostra e comparação de grupo caso e grupo controle [média, desvio padrão (DP), mediana, intervalo e p-valor]. Teste comparativo de Wilcoxon para grupos pareados. *p<0,05.

Variável	grupo caso média ± DP	grupo controle média ± DP	grupo caso mediana/ intervalo	grupo controle mediana/ intervalo	p-valor (bicaudado) T.Wilcoxon
GAS	34,6 ± 8,0	40,5 ± 7,7	40,00/ 20,00-45,00	40,00/ 31,00-60,00	0,013*
GARF	49,4 ± 15,4	55,1 ± 12,9	40,00/31,00-81,00	60,00/35,00-80,00	0,266

Tabela 12. Descrição da avaliação da psicopatologia _PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) e CGI (“Clinical Global Impression”) para a amostra e comparação de grupo caso e grupo controle [média, desvio padrão (DP), mediana, intervalo e p-valor]. Teste comparativo de Wilcoxon para grupos pareados.

Variável	grupo caso média ± DP	grupo controle média ± DP	grupo caso mediana/ intervalo	grupo controle mediana/ intervalo	p-valor (bicaudado) T.Wilcoxon
PANSS geral	40,0 ± 6,3	36,9 ± 6,6	40,00/ 29,00-54,00	37,00/ 27,00-49,00	0,132
PANSS positiva	19,2 ± 5,3	18,1 ± 5,7	20,00/ 9,00-30,00	18,00/ 8,00-30,00	0,615
PANSS negativa	21,5 ± 5,5	23,8 ± 5,5	21,00/ 10,00-30,00	25,00/ 9,00-31,00	0,349
CGI	5,1 ± 0,2	5,2 ± 0,9	5,00/ 5,00-6,00	5,00/ 4,00-8,00	0,715

Tabela 13. Descrição da avaliação cognitiva através das escalas MMSE (“Mini Mental State Examination”), Fluência verbal, EIWA, Memória Lógica (“Memory Scale”) para a amostra e comparação de grupo caso e grupo controle [média, desvio padrão (DP), mediana, intervalo, p-valor]. Teste comparativo de Wilcoxon para grupos pareados.

Variável	grupo caso	grupo controle	grupo caso	grupo controle	p-valor (bicaudado) T. Wilcoxon
	média ± DP	média ± DP	mediana/ intervalo	mediana/intervalo	
Mini Mental State	24,9 ± 3,1	25,8 ± 2,7	25,00/ 18,00-29,00	26,00/ 20,00-30,00	0,397
Fluência Verbal	11,6 ± 5,0	10,3 ± 3,8	11,00/ 4,00-20,00	10,00/ 5,00-20,00	0,379
EIWA	17,4 ± 7,3	17,8 ± 6,6	18,00/ 3,00-29,00	18,00/ 3,00-30,00	0,889
Memória Lógica	4,0 ± 4,8	3,2 ± 2,4	3,00/ 0-18,00	3,00/ 0-10,50	0,925

Tabela 14. Descrição da avaliação da ansiedade através da escala HAMA (“Hamilton Anxiety Scale”) e avaliação da depressão através da escala CALGARY (The Calgary Depression Scale) para a amostra e comparação de grupo caso e grupo controle [média, desvio padrão (DP), mediana, intervalo e p-valor]. Teste comparativo de Wilcoxon para grupos pareados.

Variável	grupo caso	grupo controle	grupo caso	grupo controle	p-valor (bicaudado) T. Wilcoxon
	média ± DP	média ± DP	mediana/ intervalo	mediana/ intervalo	
HAMA	11,9 ± 4,9	9,5 ± 3,9	13,00/ 2,00-21,00	10,00/ 2,00-16,00	0,164
CALGARY	3,9 ± 4,1	2,9 ± 2,4	2,00/ 0-12,00	2,00/ 0-7,00	0,754

Tabela 15. Avaliação Subjetiva de Parkinsonismo (avaliação de parkinsonismo, distonia e discinesia) - ESRS (“Extrapyramidal Symptom Rating Scale”) - parte 1, [média, desvio padrão (DP), mediana, intervalo e p-valor]. Teste comparativo de Wilcoxon para grupos pareados.

ESRS	grupo caso	grupo controle	grupo caso	grupo controle	p-valor (bicaudado) T. Wilcoxon
	média ± DP	média ± DP	mediana/ intervalo	mediana/ intervalo	
Parkinsonismo, distonia e discinesia	6,3 ± 4,0	5,6 ± 3,2	6,00/ 1,00-13,00	6,00/ 1,00-11,00	0,505

Tabela 16. Avaliação Objetiva de Sintomas Extrapiramidais (avaliação de parkinsonismo, distonia e discinesia) - ESRS ("Extrapyramidal Symptom Rating Scale")- parte 2, [média, desvio padrão (DP), mediana, intervalo e p-valor]. Teste comparativo de Wilcoxon para grupos pareados.

* p<0,05

** p<0,01

ESRS	grupo caso média ± dp	Grupo controle Média ± dp	grupo caso mediana/ intervalo	grupo controle mediana/ intervalo	p-valor (bicaudado) T. Wilcoxon
movimentos automáticos	2,2 ± 0,7	2,0 ± 0,8	2,00/ 1,00-3,00	2,00/ 1,00-3,00	0,505
bradicinesia	1,5 ± 0,5	1,7 ± 0,6	1,00/ 1,00-2,00	2,00/ 1,00-3,00	0,308
rigidez braço direito	1,6 ± 0,8	1,3 ± 0,7	1,00/ 1,00-3,00	1,00/ 1,00-3,00	0,363
rigidez braço esquerdo	1,2 ± 0,8	1,3 ± 0,6	1,00/ 1,00-3,00	1,00/ 1,00-3,00	0,272
rigidez perna direita	1,2 ± 0,6	1,2 ± 0,6	1,00/ 1,00-3,00	1,00/ 1,00-3,00	1,000
rigidez perna esquerda	1,2 ± 0,6	1,1 ± 0,3	1,00/ 1,00-3,00	1,00/ 1,00-2,00	0,715
marcha e postura	1,6 ± 0,5	1,7 ± 0,6	2,00/ 1,00-2,00	2,00/ 1,00-3,00	0,575
tremor braço direito	1,7 ± 1,7	0,7 ± 1,0	1,00/ 0-6,00	0/ 0-4,00	0,009**
tremor braço esquerdo.	1,8 ± 1,7	0,7 ± 1,0	1,00/ 0-6,00	1,00/ 0-4,00	0,013*
tremor perna direita	0,4 ± 1,1	0	0/ 0-4,00	0	0,180
tremor perna esquerda	0,4 ± 1,1	0	0/ 0-4,00	0	0,180
tremor cabeça	0,2 ± 0,4	0,1 ± 0,3	0/ 0-1,00	0/ 0-1,00	0,180
tremor maxilar/ queixo	0,5 ± 1,4	0,1 ± 0,3	0/ 0-5,00	0/ 0-1,00	0,285
tremor língua	0,3 ± 1,3	0,1 ± 0,3	0/ 0-5,00	0/ 0-1,00	0,655
tremor lábios	0,5 ± 1,0	0,1 ± 0,3	0/ 0-5,00	0/ 0-1,00	0,273
acatisia	1,3 ± 0,5	1,4 ± 0,6	1,00/ 1,00-2,00	1,00/ 1,00-3,00	0,799
sialorréia	1,4 ± 1,1	1,5 ± 0,6	1,00/ 1,00-3,00	1,00/ 1,00-3,00	0,554
estabilidade postural.	2,7 ± 0,7	2,1 ± 0,8	3,00/ 1,00-4,00	2,00/ 1,00-3,00	0,012

Tabela 17. Avaliação da Distonia aguda e Distonia não aguda ou crônica ou tardia - ESRS("Extrapyramidal Symptom Rating Scale")-parte 3, [média, desvio padrão (DP), mediana, intervalo e p-valor]. Teste comparativo de Wilcoxon para grupos pareados.

ESRS	grupo caso média±DP	grupo controle média±DP	grupo caso mediana/ intervalo	grupo controle mediana/ intervalo	p-valor (bicaudado) T. Wilcoxon
distonia aguda braço direito	0	0	0	0	1,000
distonia aguda braço esquerdo	0	0	0	0	1,000
distonia aguda perna direita	0	0	0	0	1,000
distonia aguda perna esquerda	0	0	0	0	1,000
distonia aguda cabeça	0	0	0	0	1,000
distonia aguda queixo	0	0	0	0	1,000
distonia aguda língua	0	0	0	0	1,000
distonia aguda lábios	0	0	0	0	1,000
distonia não aguda braço direito	0,6 ± 0,7	0,3 ± 0,7	0/ 0-2,00	0/ 0-2,00	0,484
distonia não aguda braço esquerdo	0,5 ± 0,6	0,3 ± 0,6	0/ 0-2,00	0/ 0-2,00	0,447
distonia não aguda perna direita	0,1 ± 0,3	0,2 ± 0,6	0/ 0-1,00	0/ 0-2,00	0,423
distonia não aguda perna esquerda	0,1 ± 0,3	0,1 ± 0,3	0/ 0-1,00	0/ 0-1,00	0,593
distonia não aguda cabeça	0,1 ± 0,3	0,1 ± 0,3	0/ 0-1,00	0/ 0-1,00	0,593
distonia não aguda queixo	0,3 ± 0,8	0,1 ± 0,3	0/ 0-3,00	0/ 0-1,00	0,423
distonia não aguda língua	0,3 ± 0,8	0	0/ 0-3,00	0	0,180

Tabela 18. Movimentos distônicos - exame médico (Avaliação de parkinsonismo, distonia e discinesia) - ESRS ("Extrapyramidal Symptom Rating Scale") - parte 4, [média, desvio padrão (DP), mediana, intervalo e p-valor]. Teste comparativo de Wilcoxon para grupos pareados.

ESRS	grupo caso média ± DP	grupo controle média ± DP	grupo caso mediana/ intervalo	grupo controle mediana/ intervalo	p-valor (bicaudado) T.Wilcoxon
movimentos distônicos língua	0,1 ± 0,3	0,1 ± 0,3	0/ 0-1,00	0/ 0-1,00	1,000
movimentos distônicos maxilares	0,1 ± 0,3	0,1 ± 0,3	0/ 0-1,00	0/ 0-1,00	0,593
movimentos distônicos buco labiais	0,1 ± 0,3	0	0/ 0-1,00	0	0,317
movimentos distônicos do tronco	0,3 ± 0,6	0,1 ± 0,3	0/ 0-2,00	0/ 0-1,00	0,273
movimentos distônicos de extremidades superiores	0,3 ± 0,8	0,1 ± 0,3	0/ 0-3,00	0/ 0-1,00	0,273
movimentos distônicos de extremidades inferiores	0,7 ± 0,8	0,5 ± 0,7	1,00/ 0 - 2,00	0/ 0 - 2,00	0,249
ESRS outros movimentos distônicos involuntários	0,5 ± 0,5	0,4 ± 0,5	1,00/ 0 - 1,00	0/ 0 - 1,00	0,361

Tabela 19. Impressão Global da gravidade da discinesia e do parkinsonismo (Avaliação de parkinsonismo, distonia e discinesia) - ESRS ("Extrapyramidal Symptoms Rating Scale") - parte 5, [média, desvio padrão (DP), mediana, intervalo e p-valor]. Teste comparativo de Wilcoxon para grupos pareados.

ESRS	grupo caso média ± DP	grupo controle média ± DP	grupo caso mediana/ intervalo	grupo controle mediana/ intervalo	p-valor (bicaudado) T.Wilcoxon
impressão clínica global da severidade da discinesia	1,3 ± 0,7	1,20 ± 0,41	1,00/ 0 - 3,00	1,00/ 1,00 -2,00	0,779
impressão clínica global da severidade do parkinsonismo	2,4 ± 0,8	2,13 ± 0,91	2,00/ 1,00 - 4,00	2,00/ 1,00 - 4,00	0,363

Tabela 20. Inventário da Atitude em relação à Medicação- DAI-30 (“Drug Attitude Inventory”), descrição e comparação dos resultados para cada um dos 30 itens avaliados, para grupo caso e grupo controle (frequência e p-valor). Teste comparativo de McNemar para grupos pareados.
* p-valor<0,05.

DAI -30	grupo caso %	grupo controle %	p-valor T.McNemar
item 1	46,7% sim 53,3% não	60% sim 40% não	0,727
item 2	80% sim 20% não	85,7% sim 14,3% não	1,000
item 3	73,3% sim 26,7% não	26,7% sim 73,3% não	0,039*
item 4	60% sim 40% não	46,7% sim 53,3% não	0,727
item 5	53,3% sim 46,7% não	46,7% sim 53,3% não	1,000
item 6	86,7% sim 13,3% não	60% sim 40% não	0,289
item 7	73,3% sim 26,7% não	73,3% sim 26,7% não	1,000
item 8	66,7% sim 33,3% não	40% sim 60% não	0,388
item 9	57,1% sim 42,9% não	66,7% sim 33,3% não	1,000
item 10	50% sim 50% não	40% sim 60% não	1,000
item 11	80% sim 20% não	46,7% sim 53,3% não	0,180
item 12	73,3% sim 26,7% não	46,7% sim 53,3% não	0,219
item 13	60% sim 40% não	66,7% sim 33,3% não	1,000
item 14	46,2% sim 53,8% não	42,9% sim 57,1% não	1,000
item 15	60% sim 40% não	73,3% sim 26,7% não	0,727
item 16	13,3% sim 86,7% não	33,3% sim 66,7% não	0,453
item 17	40% sim 60% não	33,3% sim 66,7% não	1,000
item 18	64,3% sim 35,7% não	73,3% sim 26,7% não	0,687
item 19	7,1% sim 92,9% não	13,3% sim 86,7% não	1,000
item 20	73,3% sim 26,7% não	60% sim 40% não	0,687
item 21	73,3% sim 26,7% não	73,3% sim 26,7% não	1,000
item 22	40% sim 60% não	26,7% sim 73,3% não	0,625
item 23	40% sim 60% não	46,7% sim 53,3% não	1,000
item 24	71,4% sim 28,6% não	71,4% sim 28,6% não	1,000
item 25	60% sim 40% não	40% sim 60% não	0,453
item 26	53,3% sim 46,7% não	60% sim 40% não	1,000
item 27	73,3% sim 26,7% não	57,1% sim 42,9% não	0,687
item 28	100% não	100% não	1,000
item 29	86,7% sim 13,3% não	60% sim 40% não	0,219
item 30	60% sim 40% não	86,7% sim 13,3% não	0,2188

ERRATA

Página	Linha	Onde se lê	Leia-se
5	12	abuso substância	abuso de substância
24	23	tendo sido	entre 12/97 a 03/99,
44	2	protestantes	protestante
69	3	PSICOPATOLOGIA	PSICOPATOLOGIA; COGNIÇÃO; HISTÓRIA E FUNCIONAMENTO FAMILIAR
69	4	PANSS e CGI e GAS	PANSS e CGI
69	7	funcionamento global	funcionamento global (GAS)
69	8	foi	foi pior para o grupo caso, mas em ambos os grupos
71	10	, estatisticamente,	,
71	11	antiparkinsoniano	antiparkinsonianos
71	31	.	.]
72	28	Tabela 19	Tabela 18
76	10	melhor	com melhor
78	7	pacientes	pacientes do grupo caso
78	12	e	e/ ou

Página	Tabela	Linha	Coluna	Onde se lê	Leia-se
146	3	7	1	20% inativo	80% inativo
148	7	1	5		0,388