MARILIA MONTOYA BOSCOLO

"USO FREQÜENTE DE ÁLCOOL MACONHA E COCAÍNA ENTRE PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS: ESTUDO CASO-CONTROLE "

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para a obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas, área de Saúde Mental

ORIENTADOR: *PROF. DR. LIVRE DOCENTE PAULO DALGALARRONDO*

CAMPINAS

2004

UNIDADE BC
Nº CHAMADA T/UNICAMP B651u
V
TOMBO BC 61989
PROC. 16.P.0086-05
PREÇO 11,00
DATA 10/02/05
Nº CPD
BC/UNICAMP 341365

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS UNICAMP

Boscolo, Marilia Montoya

B651u "Uso freqüente de álcool maconha e cocaína entre pacientes esquizofrênicos : estudo caso-controle" / Marilia Montoya Boscolo. Campinas, SP : [s.n.], 2004.

Orientador : Paulo Dalgolarrondo

Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Drogas. 2. Esquizofrenia. 3. Psicopatologia. 4. Qualidade de vida. I. Paulo Dalgalarrondo. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador(a): Prof(a). Dr(a).

Membros:

1.

2.

3.

4.

5.

2005004499

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data:

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, por todo amor dedicado e por me ensinarem a ser livre para pensar e incansável para buscar sempre o que me instiga.

AGRADECIMENTOS

Às pessoas que me auxiliaram nesta pesquisa, minha sincera gratidão.

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

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

Ao Instituto Bairral, a todo corpo clínico pelo auxílio na seleção dos pacientes, por estarem sempre prontos a facilitar o desenvolvimento desta pesquisa, e a todos os funcionários que de uma forma ou de outra me atenderam sempre de forma colaborativa.

À Rosangela de Almeida Nascimento, que tanto tem me auxiliado no dia a dia organizando meus trabalhos e possibilitando também que esta pesquisa fosse realizada.

Aos meus colegas Dra. Renata Cruz Soares de Azevedo, Dra. Carmen Sylvia Ribeiro e Dr. André Gilberto Cassiani pelo incentivo e amizade.

Ao Prof. Dr. Carlos Alberto Guerreiro pelo encorajamento.

À Dra. Elza Lauretti Garido pelo auxílio e cuidado.

Ao Werther de Camargo Penteado Busato, meu amado esposo, por todos os momentos em que, com esforço e dedicação, compreendeu a minha satisfação em trabalhar nessa pesquisa e respeitou as várias horas roubadas de nosso convívio em que estive ausente.

A minha querida família, às minhas irmãs Beth, Bia e Angela e a todos que chegaram com elas, pelo carinho, apoio e incentivo sempre e em especial neste último ano.

Ao meu querido sobrinho Felipe Montoya Bueloni, pelo apoio logístico sempre disponível.

À toda equipe do ASPA (Ambulatório de Substâncias Psicoativas) Unicamp, pela oportunidade de preciosas discussões e enriquecimento científico neste tema.

Ao Prof. Dr. Claúdio Eduardo Miller Banzato pelo apoio.

Ao Prof. Dr. Livre Docente Neury José Botega, Prof. Dr. Cláudio Eduardo Miller Banzato, Prof. Dra. Renata Cruz Soares de Azevedo e Prof. Dr. Bruno José Barcellos Fontanella pelas valiosas contribuições no processo de qualificação desta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Livre Docente Paulo Dalgalarrondo, pela disponibilidade, entusiasmo, competência e dedicação na orientação deste trabalho, pelos ensinamentos, por confiar em mim para realizar esta pesquisa e pela oportunidade de desenvolve-la.

PÁG.

RESUMO ..... *xxxi*

ABSTRACT ..... *xxxv*

1- INTRODUÇÃO 39

1.1- A Esquizofrenia 43

1.2- Comorbidades Psiquiátricas na Esquizofrenia 53

1.2.1- Comorbidade por uso de Substâncias Psicoativas 54

1.3- Dificuldades inerentes ao tema 62

1.4- Modelos explicativos para a relação Esquizofrenia e uso/abuso/dependência de Substâncias Psicoativas 68

1.5- As Substâncias Psicoativas e a Terapêutica Medicamentosa na Esquizofrenia 76

1.5.1- As Substâncias Psicoativas 76

1.5.2- A Terapêutica Medicamentosa na Esquizofrenia 79

1.6- O efeito subjetivo das drogas e da medicação na Esquizofrenia 80

2- OBJETIVOS E HIPÓTESES 85

3- PACIENTES E MÉTODO 89

3.1- Pacientes e local da Pesquisa 92

3.1.1- Critérios de Inclusão 94

3.1.2- Critérios de Exclusão 94

3.2- Método 94

3.2.1- Procedimentos 94

3.2.2- Instrumentos 95

3.2.3- As variáveis estudadas 103

3.2.4- A análise estatística 106

4- RESULTADOS 107

5- DISCUSSÃO 145

5.1- Limitações metodológicas 147

5.2- O perfil da amostra 149

5.3- O diagnóstico da esquizofrenia 153

5.4- Discussão comparativa da psicopatologia 156

5.5- O perfil farmacológico e os sintomas extrapiramidais 157

5.6- O uso de substâncias no grupo caso 161

5.7- A experiência subjetiva em relação às substâncias 162

5.7.1- A Medicação 163

5.7.2- Álcool, Maconha e Cocaína 164

5.8- A qualidade de vida 166

5.9- A análise multivariada 168

6- CONCLUSÕES 173

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 179

8- ANEXOS 203

DSM-IV	"Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"
CID10	"Critérios Diagnósticos da Classificação Internacional da Saúde"
PANSS	"Positive and Negative Syndrome Scale"
GAS	"Global Assessment Scale"
CALGARY	"The Calgary Depression Scale"
HAMA	"Hamiltom Anxiety Scale"
CALGARY	"The Calgary Depression Scale"
QLS	"The Quality of Life Scale"
GARF	"Global Assessment of Relational Functioning"
ESRS	"Extrapyramidal Symptom Rating Scale"
DAI 30	"Drug Attitude Inventory"
SSAS	"Schizophrenia/ Substance Abuse Interview Schedule"
SPA	" Substâncias Psicoativas"
EPS	" Sintomas Extrapiramidais"

PÁG.

Tabela 1- Distribuição da amostra para: **sexo, idade, etnia, estado civil, número de filhos, anos de escolaridade com sucesso, anos de escolaridade sem sucesso** e **religião;** comparação de grupo caso e grupo controle..... 110

Tabela 2- Distribuição da amostra para: **atividade profissional, tempo de atividade profissional, tempo de inatividade profissional;** comparação de grupo caso e grupo controle..... 111

Tabela 3- Descrição do **Histórico Psiquiátrico** para a amostra e comparação de grupo caso e grupo controle..... 112

Tabela 4- Descrição da amostra para capacidade de **lidar com dinheiro, andar sozinho de ônibus, vestir-se sozinho, entender filme/novela na TV, estimativa global da Inteligência** para grupo caso e grupo controle..... 113

Tabela 5- Descrição da amostra para história de uso de álcool e história de uso de drogas, na **Família**..... 114

Tabela 6- Descrição da amostra para **Tabagismo, número de cigarro/dia** e **História de Uso de Álcool** para grupo caso e grupo controle.... 115

Tabela 7- Descrição da amostra para **História de Uso de Maconha e Cocaína** para grupo caso e grupo controle..... 116

Tabela 8- 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..... 117

Tabela 9- Descrição da avaliação da psicopatologia _**PANSS** ("Positive and Negative Syndrome Scale") para a amostra e comparação de grupo caso e grupo controle..... 118

Tabela 10- Descrição da avaliação da ansiedade através da escala **HAMA** ("Hamiltom 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..... 119

Tabela 11- Descrição do **uso** e **dose atual de antipsicóticos** (em mg., considerando dose equivalente de clorpromazina); **antiparkinsonianos** (em u. de equivalência), antidepressivos, estabilizadores de humor, tranquilizantes e Eletroconvulsoterapia..... 121

Tabela 12- Descrição da amostra para **Avaliação Subjetiva de Parkinsonismo** (avaliação de parkinsonismo, distonia e discinesia) - **ESRS** ("Extrapyramidal Symptom Rating Scale") - parte 1..... 122

Tabela 13- Descrição da amostra para **Avaliação Objetiva de Parkinsonismo** (avaliação de parkinsonismo, distonia e discinesia) - **ESRS** ("Extrapyramidal Symptom Rating Scale") - parte 2a..... 123

Tabela 14- Descrição da amostra para **Avaliação Objetiva de Parkinsonismo** (avaliação de parkinsonismo, distonia e discinesia) - **ESRS** ("Extrapyramidal Symptom Rating Scale") - parte 2b..... 124

Tabela 15- Descrição da amostra para **Avaliação da distonia não aguda ou crônica ou tardia - ESRS** ("Extrapyramidal Symptom Rating Scale")-parte 3..... 125

Tabela 16- Descrição da amostra para **Avaliação de movimentos distônicos –exame médico - ESRS** ("Extrapyramidal Symptom Rating Scale") - parte 4..... 126

Tabela 17- Descrição da amostra para **Impressão Global da gravidade da Discinesia e do Parkinsonismo - ESRS** ("Extrapyramidal Symptom Rating Scale") - parte 5..... 127

Tabela 18a- Inventário da Atitude em relação à Medicação - **DAI-30** ("Drug Atittude Inventory"), descrição e comparação dos resultados para os itens 1 a 20, para grupo caso e grupo controle..... 128

Tabela 18b- Inventário da Atitude em relação à Medicação - **DAI-30** ("Drug Atittude Inventory"), descrição e comparação dos resultados para os itens 21 a 30, para grupo caso e grupo controle..... 129

Tabela 19- Descrição da **Impressão Subjetiva** (SSAS) em relação à **medicação** para a amostra e comparação de grupo caso e grupo controle..... 131

Tabela 20- Descrição da **Impressão Subjetiva** (SSAS) em relação ao **álcool** para grupo caso e comparação com a **Impressão Subjetiva** da **Medicação** para o grupo caso..... 132

Tabela 21- Descrição da **Impressão Subjetiva** (SSAS) em relação à **maconha** para grupo caso e comparação com a **Impressão Subjetiva** da **Medicação** para o grupo caso..... 133

Tabela 22- Descrição da **Impressão Subjetiva** (SSAS) em relação à **cocaína** para grupo caso e comparação com a **Impressão Subjetiva** da **Medicação** para o grupo caso..... 135

Tabela 23- Escala **QLS** - Distribuição das médias, desvio padrão e significância para a amostra e comparação de grupo caso e grupo controle 137

PÁG.

Figura 1- Distribuição da amostra para diagnóstico, para grupo caso e grupo controle, segundo o DSM-IV 120

PÁG.

Quadro 1- Critérios Diagnósticos da **CID-10** (OMS, 1992) e **DSM-IV** (APA,1994)..... 46

Quadro 2- Critérios Diagnósticos da **CID-10** (OMS, 1992) e **DSM-IV**, para os subtipos de esquizofrenia (APA,1994)..... 48

Quadro 3- Efeitos Colaterais dos Antipsicóticos..... 51

Quadro 4- Efeitos Colaterais dos Antipsicóticos no Sistema Nervoso..... 52

Quadro 5- Descrição dos parâmetros que definem grupo caso e grupo controle da amostra (n=126)..... 91

Quadro 6- Tamanho amostral para diferença entre médias da escala PANSS. 93

Quadro 7- Distribuição da amostra para os **fatores da escala DAÍ 30** para grupo caso e grupo controle: Fator 1; Fator 2; Fator 3; Fator 4; Fator 5; Fator 6 e Fator 7..... 130

Quadro 8- Distribuição da amostra para os fatores da escala **QLS**..... 138

Quadro 9- Regressão Logística Multivariada para dados **sócio-demográficos** e **Histórico Psiquiátrico**..... 139

Quadro 10- Regressão Logística Multivariada para dados **sócio-demográficos** e escala **PANSS** (modelo *stepwise*)..... 140

Quadro 11- Regressão Logística Multivariada para dados **sócio-demográficos** e escala **PANSS** (modelo *backward*)..... 140

Quadro 12- Regressão Logística Multivariada para dados **sócio-demográficos** e escala **ESRS, DAI30, SSAS**..... 141

Quadro 13- Regressão Logística Multivariada para dados **sócio-demográficos** e escala **GARF e GAS**..... 142

Quadro 14- Resumo dos resultados, da análise comparativa entre grupo caso e controle, para **grupo caso**..... 143

Quadro 15- Resumo dos resultados, da análise multivariada para a amostra – Perfil dos pacientes do GRUPO CASO..... 144

RESUMO

O objetivo deste trabalho é estudar o fenômeno do uso de Substâncias Psicoativas_SPA_ (álcool maconha e cocaína) na esquizofrenia. Trata-se de estudo comparativo, caso-controle, de dois grupos de pacientes esquizofrênicos pareados por sexo e idade, que preencheram os critérios diagnósticos do DSMIV para esquizofrenia. O grupo caso é definido por pacientes esquizofrênicos que têm história de uso freqüente de álcool na vida e no último mês e/ ou história de uso freqüente de maconha e/ou cocaína na vida. O grupo controle é definido por pacientes esquizofrênicos sem esse antecedente de uso de álcool e/ou maconha e/ou cocaína. Este estudo é um aprofundamento da pesquisa de mestrado da autora.

A amostra foi composta por 63 pacientes por grupo, internados no Instituto Américo Bairral no município de Itapira - SP, internados na enfermaria ou acompanhados no ambulatório de Psiquiatria do HC-UNICAMP ou matriculados no CAPS Integração (Centro de Atenção Psicossocial) da Prefeitura Municipal da cidade de Campinas-SP. Foram estudadas variáveis demográficas, histórico psiquiátrico, psicopatologia (Escala PANSS e GAS), funcionamento familiar (GARF), tratamento farmacológico, sintomas extrapiramidais (ESRS), qualidade de vida (QLS) e impressão subjetiva do paciente em relação à medicação (DAI-30 e SSAS), ao álcool, maconha e cocaína (SSAS).

Para a análise descritiva utilizou-se medidas de posição e dispersão para variáveis contínuas e tabelas de freqüência para variáveis categóricas. Para comparar proporções foi utilizado o teste Qui-quadrado ou o teste Exato de Fisher, quando necessário. Para comparação de medidas contínuas ou ordenáveis entre os dois grupos foi utilizado o teste de Mann-Whitney.

Para identificar as variáveis que diferenciam os grupos foi utilizada a análise de regressão logística multivariada – modelo logito, com nível de significância de 5%

Os resultados demostram que os pacientes esquizofrênicos que usam álcool e/ou maconha e/ou cocaína, têm tendência a melhor desempenho escolar, são mais ativos profissionalmente e têm mais capacidade para realizar atividades da vida diária. Eles têm mais sintomas positivos e menos sintomas negativos da esquizofrenia. No entanto, têm pior adaptação social, mais internações e fazem maior uso de tabaco. Estes pacientes, com o uso

ABSTRACT

The aim of this investigation was to evaluate Substance misuse (alcohol, marijuana and cocaine) in schizophrenia through a comparative; case-control study of two groups of age and sex matched schizophrenics who fulfilled the DSMIV and ICD-10 criteria for schizophrenia. The case group consisted of individuals with a previous lifetime history of frequent alcohol use and use in the past month, and a lifetime history of drug use (marijuana and/ or cocaine) and use in the past year. The control group had no such history of alcohol and/or marijuana and/or cocaine.

The subjects (63 patients per group) were inpatients at Americo Bairral Institute in the municipality of Itapira - SP or university hospital psychiatric inpatients or outpatient at Unicamp or were registered at CAPS (Psychosocial Treatment Center) in the municipality of Campinas. The parameters studied included demographic variables, psychiatric history, psychopathology (PANSS and GAS), family functioning (GARF), pharmacological treatment, extrapyramidal symptoms (ESRS), quality of life (QLS) and subjective impression of medication (DAI-30 and SSAS), as well as alcohol and marijuana and cocaine (SSAS).

Data analysis was carried out using Statistical Analysis System (SAS) for Windows, version 8.2. In order to characterize both groups and identify the parameters that distinguish them, the Chi-square Test, the Mann-Whitney Test or Fisher's Exact Test were used, as appropriate By using multivariable procedures to identify the variables that potentially differentiate the two groups, logistic regression (logito model) procedures was used. Significance level was 5%.

Schizophrenic patients who used alcohol and drugs had tendency for better previous school performance, better global intelligence estimate, professionally more actives and showed better skills in everyday activities. They have fewer negative symptoms. But showed poor social adaptation with greater number of hospitalizations and greater use of tobacco than did schizophrenics who do not use alcohol and drugs. The patients subjectively reported felling like " the bad things about medication are presents all the time" and " there is no difference on taking medication or not- it is the same". Objectively, they had more extra pyramidal side effects and worsen negative symptoms under medication. They showed more frequent family histories of alcohol and drug abuse.

In this study, these patients may be using alcohol and drugs to alleviate the extrapiramidal side effects of the 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 positive symptoms and enhance good humor. Cocaine produced subjective happiness, more energy and more attention, although the patients felt more subjective hostility, tension and reported more varied positive symptoms.

Multivariate analysis results showed distinction between groups: case group patients are more labor active, had more family history for alcohol problems in their families and better global intelligence estimated, compared to control group. They also had less negative symptoms, less social withdrawal, less manneirism, although they have more grandiosity and they are less cooperative. The quality of life presents more interpersonal relationships, but, less objects and common activities. They have more negative symptoms and objectively more extrapyramidal medication side effects.

There is a paradoxal finding in this study, where schizophrenic patients, despite their less severe schizophrenia and better cognitive functioning, for any reason they had worsened prognosis using alcohol and/or marijuana and/or cocaine.

1- INTRODUÇÃO

A comorbidade dos transtornos psiquiátricos tem sido evidenciada nos estudos epidemiológicos de grande base populacional (REGIER et al., 1990; KESSLER et al., 1994), nas últimas duas décadas, incluindo Transtornos Afetivos, Transtornos Ansiosos, **Transtornos Psicóticos** e **Transtornos decorrentes do Uso de SPA** (substâncias psicoativas).

O termo **comorbidade** foi definido por FEINSTEIN em 1970, como uma entidade clínica adicional que ocorreu ou venha a ocorrer durante o curso clínico de um paciente que tenha uma doença *index* em seguimento.

BOGENNSCHUTZ e NURNBERG (2000), consideraram que o fenômeno da comorbidade chamou a atenção em psiquiatria, particularmente após a publicação dos últimos sistemas de classificações diagnósticas na área (DSMIII-R - APA, 1987; DSMIV – APA, 1994 e CID-10 – OMS, 1992), nos últimos vinte anos. Estes autores argumentam que os sistemas abandonaram o diagnóstico hierárquico, que distinguia as doenças em primárias e secundárias, adotando um sistema descritivo e ateórico de nomenclatura para as mesmas. No entanto, também reconhecem que mais do que o resultado das mudanças dos sistemas diagnósticos, a co-ocorrência de múltiplos diagnósticos em um mesmo indivíduo é um fenômeno clínico evidente e de grande relevância, sendo que o estudo deste fenômeno instiga a reavaliação nosológica e promove melhor entendimento sobre a relação entre as doenças.

Observou-se que a comorbidade de transtornos psiquiátricos têm alta prevalência, sendo que é mais esperado que entre indivíduos com história de um transtorno psiquiátrico haja história de pelo menos mais um transtorno psiquiátrico (KESSLER et al., 1994). Da mesma forma, REGIER et al. (1990) encontraram entre pessoas com qualquer transtorno mental, exceto Transtorno por SPA, uma taxa de prevalência de abuso ou dependência de SPA de 29%; enquanto que a prevalência do Transtorno por SPA em separado, na população geral, foi de 18% (13% para Transtornos por álcool e 6% para Transtorno por outras drogas). Dentre os pacientes com Transtorno por outras SPA, exceto o álcool, 53% eram portadores de outro transtorno mental.

A evidência da co-ocorrência de diagnósticos tem sua importância calcada no significado prognóstico e seu impacto na escolha e efetividade do tratamento das patologias. Isso significa na prática clínica, um direcionamento dos cuidadores para as

prováveis alterações na evolução do quadro clínico e as necessidades de modificação no esquema terapêutico (SEIBEL e TOSCANO Jr., 2001). Neste sentido, há um esforço para melhor compreender o fenômeno da comorbidade psiquiátrica, uma vez que ainda não está claro quais são as direções a serem tomadas na prevenção e cuidado dos pacientes portadores de comorbidades.

Dentre os transtornos psicóticos, estão os pacientes portadores de **Esquizofrenia** cuja co-ocorrência de **Transtorno por Uso de SPA** passou a ser identificada de forma mais sistemática, como discutimos, e constituiu objeto de pesquisas em várias dimensões: epidemiológica, psicopatológica, diagnóstica, terapêutica, socio-econômica e prognóstica.

A co-ocorrência de Esquizofrenia e Transtornos Decorrentes do Uso de SPA tem sido relatada e investigada em inúmeros estudos, especialmente nas últimas duas décadas, evidenciando sua importância clínica (MUESER et al., 1990, 2000; DIXON et al., 1991, ZIEDONIS, 1994) e epidemiológica (REGIER et al, 1990; KESSLER et al., 1994; DRAKE et al., 1989; DUKE et al., 1994; MENEZES et al., 1996; KAVANAGH et al., 2000), por sua alta prevalência e as várias repercussões negativas para o paciente acometido por esquizofrenia.

Os pacientes esquizofrênicos têm maior chance de fazer uso de SPA do que a população geral (REGIER et al., 1990), têm mais recaídas e rehospitalizações (DRAKE et al., 1989), violência (BARTELS et al., 1991; SOYKA, 2000), uso de serviços de saúde (BARTELS, 1993), exacerbação de sintomas psicóticos (ANDREASSON, 1987) e aumento do risco de discinesia tardia (DIXON et al., 1992).

Observou-se que o uso de SPA prejudicava a adesão ao tratamento, tanto pelo uso irregular da medicação prescrita, como pela relação menos coesa do paciente com a equipe de tratamento (PRISTACH et al., 1990; MUESER et al., 1992, WOLPE et al., 1993), resultando em pior prognóstico. As correlações clínicas e demográficas demonstraram que são pacientes jovens, do sexo masculino, com baixa escolaridade (MUESER et al., 1990, MENEZES et al., 1996), que parecem apresentar quadro menos grave da esquizofrenia e o uso de SPA levaria a pior evolução da esquizofrenia (PERALTA e CUESTA, 1992).

A concomitância de abuso de SPA em pacientes psicóticos é uma preocupação para os serviços de saúde mental, porque freqüentemente complica o quadro do ponto de vista diagnóstico e terapêutico, pois a alta prevalência de abuso de SPA 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 (KOSTEN, 1997; KOVASZNAY, 1997).

MUESER et al. (2000), postula que identificar um **perfil de risco** para o uso de SPA, entre pacientes esquizofrênicos, pode ser útil em três aspectos. Primeiro, para aumentar a suspeita clínica nos pacientes que preencham o perfil, aumentando a detecção do problema e maior chance de ajuda ao paciente. Segundo, as características clínicas apresentadas podem ter significância teórica, pois poderia levar à hipóteses sobre os mecanismos que podem explicar a alta prevalência da comorbidade nesta população. Terceiro, identificando correlações clínicas e demográficas poderemos elaborar ações preventivas do aparecimento do Transtorno por uso de SPA em pacientes vulneráveis.

Tanto a Esquizofrenia como os Transtornos decorrentes do uso de SPA, individualmente, são responsáveis por grande incapacitação dos indivíduos acometidos e por inúmeras repercussões clínicas e sociais para os mesmos, bem como para a sociedade (CAREY et al., 2003). Os dados sobre a alta prevalência e o marcante impacto destes dois transtornos ocorrerem juntos, assim como as dificuldades de tratamento desta condição incentivam a busca por melhor entendimento sobre o tema.

1.1- A ESQUIZOFRENIA

A revisão de alguns estudos epidemiológicos da literatura internacional, realizados nos últimos anos, sugere que a prevalência da esquizofrenia para um ano, seja de aproximadamente 1%. Este transtorno 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 prevalência 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 psicóticos delirantes, incluindo aqui a esquizofrenia.

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 cronificante, comprometendo tanto o funcionamento psíquico como o ajustamento social. Esta repercussão pode significar um funcionamento global prejudicado e precoce na vida desse indivíduo, que com freqüência, produz efeitos devastadores em muitos aspectos da vida do paciente. Tais efeitos determinarão sua forma de agir, pensar, sentir e viver em seu meio. Com a eclosão da doença, a grande maioria desses indivíduos passam a necessitar de algum tipo de cuidado, de forma contínua. Além disso, indivíduos esquizofrênicos têm pior evolução, comparados a indivíduos portadores de outras psicoses (HARROW et al., 1997).

Do ponto de vista histórico, desde a antiguidade são encontrados breves relatos de sintomas que seriam hoje considerados compatíveis com os sintomas da Esquizofrenia. No entanto, é no século XVIII que começam a surgir conceitos a cerca do que viria a se chamar Esquizofrenia (Revisão do histórico em VALLADA FILHO e BUSATTO FILHO, 1996).

Em 1809, PINEL descreveu casos de jovens com psicoses graves com deterioração sob a denominação de "idiotia adquirida". ESQUIROL, por sua vez, em 1838, fez referência a quadros demenciais antes dos vinte e cinco anos de idade. MOREL, entre 1851 e 1853, empregou pela primeira vez a expressão "demência precoce" para se referir a tais pacientes. Nesse mesmo período GRIESENGER, considerado o fundador da psiquiatria alemã, postula que toda doença mental é primariamente uma doença de base cerebral e posteriormente, introduz o conceito de "psicose única" onde diferentes quadros psicóticos seriam manifestações da alteração do funcionamento de uma mesma região cerebral (Revisão do histórico da Esquizofrenia em SHIRAKAWA, 1999).

Em 1871, HECKER descreveu a hebefrenia, uma "síndrome que acomete jovens, com episódios sucessivos, enfraquecimento mental rápido, transtornos da linguagem, da escrita e maneirismos". Em 1874, o mestre de HECKER, KAHLBAUM, descreveu a catatonia como entidade caracterizada por enfraquecimento mental e transtornos de atividade muscular, caracterizados por rigidez, tensão e contratura, conseqüentes a excessos sexuais, masturbação e estafa intelectual (Revisão do histórico da Esquizofrenia em SHIRAKAWA, 1999).

Em 1896, EMIL KRAEPELIN associa sob uma única entidade nosológica os quadros de hebefrenia, catatonia e demência paranóide, separando assim a entidade clínica com o nome de "*dementia praecox*". Esta seria uma entidade clínica única caracterizada por um quadro de início súbito, no adolescente ou adulto jovem, com evolução rápida para um quadro de indiferença, hipobulia, inatividade e estereotipias comportamentais. Para KRAEPELIN, o "enfraquecimento da vontade" seria um dos pilares da psicopatologia da demência precoce (BLEULER, 1985).

EUGENE BLEULER, em 1911, mantém os princípios básicos propostos por KRAEPELIN, mas se preocupa menos com o prognóstico e mais com os possíveis mecanismos psicológicos de formação dos sintomas. Ele rebatizou a demência precoce com o termo Esquizofrenia (*esquizo* = divisão; *phrenia* = mente) para denotar a "cisão" das funções psíquicas e propôs que os sintomas fossem divididos em primários (relacionados à causa) e secundários (relacionados aos primários) (BLEULER, 1985).

Autores como CROW (1980) e ANDREASEN (1982), por sua vez propõem a subdivisão dos sintomas em negativos e positivos. Os sintomas do **subtipo negativo ou deficitário** são: distanciamento afetivo, retração social, empobrecimento da linguagem e do pensamento (alogia), diminuição da fluência verbal, diminuição da vontade (avolição) e do pragmatismo, auto-negligência, lentificação psicomotora, empobrecimento da esfera gestual e motora; e os sintomas do **subtipo positivo** são: alucinações, ilusões ou pseudo-alucinações, idéias delirantes, comportamento bizarro, agitação psicomotora, idéias bizarras, neologismos e parafrasias (DALGALARRONDO, 2000).

Na tentativa de uniformizar os diferentes conceitos e definições, introduziu-se uma classificação das doenças psiquiátricas, na Classificação Internacional das Doenças em 1951 (CID 6), pela Organização Mundial de Saúde. Em 1952, a Associação Americana publica o Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais (DSM-I). Os sintomas característicos da esquizofrenia, propostos por KRAEPELIN, EUGENE e MANFRED BLEULER (1911), KARL JASPERS (1913) e KURT SCHNEIDER (1939) entre outros, continuam a influenciar as atuais correntes de pensamento em esquizofrenia e são utilizados para o diagnóstico segundo as classificações diagnósticas atuais (VALLADA FILHO e BUSATTO FILHO, 1996).

Os dois sistemas operacionais para diagnóstico de Esquizofrenia, citados acima e amplamente utilizados na atualidade são: a classificação diagnóstica da Organização Mundial de Saúde (CID-10, 1992) e a classificação diagnóstica da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV, 1994). Estas estão apresentadas no quadro abaixo (Quadro 1).

Quadro 1-Critérios diagnósticos para Esquizofenia segundo a CID –10 (OMS, 1992) e DSM-IV(APA,1994).

CID-10	DSM-IV
G1. Pelo menos um dos sintomas do **item 1** ou pelo menos 2 da lista do **item 2** devem estar presentes a maior parte do tempo, por pelo menos 1 mês. **Item 1:** **a.** Eco do pensamento, inserção ou bloqueio de pensamento ou irradiação do pensamento. **b.** Delírios de controle, influência ou passividade, claramente relacionados ao movimento do corpo, membros ou pensamentos, ações ou sensações específicas, percepção delirante. **c.** Vozes alucinatórias fazendo comentário contínuo sobre o comportamento do paciente ou discutindo entre si ou outros tipos de vozes alucinatórias vindas de alguma parte do corpo. **d.** Delírios persistentes de outros tipos, culturalmente inapropiados e completamente impossíveis, tais como identidade religiosa ou política, poderes e habilidades sobre-humanos. **Item2:** **e.** alucinações persistentes em qualquer modalidade, que ocorram cotidianamente durante pelo menos um mês,quando acompanhadas de delírios sem conteúdo afetivo claro ou por idéias supervalorizadas persistentes. **f.** Neologismos, quebras ou interpolação no curso do pensamento, resultando em incoerência ou fala irrelevante. **g.** Comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada ou flexibilidade cérea, negativismo, mutismo, estupor. **G2.** Critérios de exclusão se o paciente preenche critérios para episódio maníaco ou depressivo, os critérios listados no item 1 e item 2 devem estar presentes primeiro. **G3.** Não deve ser atribuído a doença cerebral orgânica ou álcool e a drogas.	**A.** Sintomas característicos: pelo menos 2 dos seguintes, cada um presente por um espaço significativo de tempo durante o período de um mês. -delírios; -alucinações; -fala desorganizada; -comportamento totalmente desorganizado ou catatônico; -sintomas negativos (embotamento afetivo, alogia, abulia). **B.** Disfunção social e ocupacional: durante um espaço significativo de tempo desde o início do transtorno, uma ou mais áreas principais de funcionamento, como trabalho, relações interpessoais ou auto-cuidado, encontram-se significativamente abaixo do nível atingido antes do início (ou quando o início ocorre na infancia ou na adolescencia, fracasso em atingir o nível esperado de desempenho interpessoal, acadêmico ou ocupacional). **C.** Duração de sinais contínuos persistem por no mínimo seis meses. **D.** Transtorno esquizoafetivo e transtorno do Humor com características psicóticas foram descartadas devido a: -nenhum episódio significativo depressivo ou maníaco ter ocorrido simultaneamente com os sintomas da fase ativa; -duração total breve de eventuais episódios de humor que ocorreram durante o episódio psicótico em relação à duração deste. **E.** Exclusão de substância e condição clínica geral. **F.** Relacionamento a um transtorno global do desenvolvimento: se há história de transtorno de autismo ou transtorno global do desenvolvimento o diagnóstico adicional de Esquizofrenia é estabelecido apenas se os delírios e as alucinações proeminentes também se encontram durante pelo menos um mês.

Os subtipos de Esquizofrenia considerados nas classificações diagnósticas da CID-10 (OMS, 1992) e DSMIV (APA, 1994) são definidos pela sintomatologia predominante à época da avaliação. Os subtipos da Esquizofrenia têm denominações e definições diferentes para ambas as classificações (Quadro, 2). As implicações para o prognóstico e tratamento dos subtipos são variáveis, no entanto, seguindo a classificação da DSM-IV (APA, 1997), os Tipos Paranóide tendem a ser menos graves e os Tipos Desorganizado tendem a ser mais graves (KAPLAN, 1997); seguindo a classificação da CID-10 (OMS, 1992), os subtipos paranóide e catatônico tendem a ser menos graves e o subtipo hebefrênico mais grave (KAPLAN, 1997).

Apesar de a classificação em subtipos clínicos ser útil do ponto de vista descritivo e de continuar sendo usada por clínicos, suas limitações são hoje em dia claramente reconhecidas. Na grande maioria das vezes, sintomas característicos de mais de um subtipo se sucedem ou coexistem num mesmo paciente (VALLADA FILHO e BUSATTO FILHO, 1996).

Quadro 2- Critérios diagnósticos para os subtipos de Esquizofrenia da CID –10 (OMS, 1992) e DSM-IV(APA, 1994).

CID-10	DSM-IV
Tipo Paranóide a. Critérios gerais para esquizofrenia (Quadro 1) b. Alucinações e/ou delírios proeminentes c. Perturbação da afeto, da volição e da fala e os sintomas catatônicos devem ser relativamente inconspícuos. Tipo hebefrênica a. Critérios gerais para esquizofrenia (Quadro 1) b. Diagnosticada pela primeira vez apenas em adolescentes e adultos jovens c. Personalidade pré-mórbida característica Tipo catatônica a. Critérios gerais para esquizofrenia (Quadro 1) b. Estupor ou mutismo, excitação, postura inadequada, negativismo, rigidez, flexibilidade cérea e outros sintomas (obediência automática e perseveração de palavras e frases. Tipo indiferenciada a. Critérios gerais para esquizofrenia (Quadro 1) b. não satisfaz os critérios para os subtipos paranóide, hebefrênico ou catatônico c. naõ satisfazem os critérios para esquizofrenia residual ou depressão pós-esquizofrênica Depressão pós-esquizofrênica a. se Critérios gerais para esquizofrenia (Quadro 1) são presentes nos últioms 12 meses b. alguns sintomas esquizofrênicos ainda estão presentes e sintomas depressivos que preenche os critérios para Episódio Depressivo (F32-CID-10) por pelo menos duas semanas. Tipo Residual a. sintomas negativos proeminentes b. evidência, no passado, de pelo menos um episódio psicótico bem definido satisfazendo o diagnóstico para esquizofrenia. c. Período de pelo menos um ano onde durante o qual a intensidade e a frequência de delírios e alucinações foram mínimos ou reduzidos e a síndrome "negativa" presente. Tipo Simples a.desenvolvimento lento e progressivo dos sintomas "negativos" da esquizofrenia residual, sem história de delírios e alucinações. Há perda de interesse marcante, inatividade e retraimento social. Outra Esquizofrenia Esquizofrenia, não especificada	Tipo Paranóide a. Preocupação com um ou mais delírios ou alucinações auditivas freqüentes. b. Nenhum dos seguintes sintomas é proeminente: discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatônico ou afeto embotado ou inadequado. Tipo Desorganizado a. Todos os seguintes sintomas são proeminentes: 1. discurso desorganizado, 2. comportamento desorganizado e 3. afeto embotado. b. Não são satisfeitos os critérios para o Tipo Catatônico. Tipo Catatônico Predomínio de dois dos seguintes sintomas: a.imobilidade motora evidenciada por catalepxia (incluindo flexibilidade cérea ou estupor) b.atividade motora excessiva (aparentemente desprovida de propósito e não influenciada por estímulos externos) c.extremo negativismo (uma resistência aparentemente sem motivo a toda e qualquer instrução, ou manutenção de uma postura rígida contra tentativas de mobilização) ou mutismo d.peculiaridades dos movimentos voluntários evidenciados por posturas (adoção voluntária de posturas inadequadas ou bizarras, movimentos estereotipados, maneirismos ou trejeitos faciais proeminentes) e.ecolalia ou ecopraxia. Tipo Indiferenciado a.presença de sintomas que satisfazem o critério A de Esquizofrenia, mas não satisfazem os critérios para os subtipos paranóide, desorganizado ou catatônico. Tipo Residual a.ausência de delírios e alucinações, discurso desorganizado e comportamento amplamente desorganizado ou catatônico proeminentes. b.existem evidências contínuas da perturbação, indicadas pela presença de simtomas negativos ou por dois ou mais sintomas relacionados no Critério A para Esquizofrenia (Quadro 1), presentes de forma atenuada (ex., crenças estranhas, experiências perceptuais incomuns).

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 e sociais (MENEZES E NASCIMENTO, 1998).

Podemos dizer que os fatores associados ao prognóstico da esquizofrenia, identificados até o momento, incluem ajustamento e personalidade pré-mórbidos, estado civil, idade de início da doença, perfil psicopatológico, tratamento e fatores biológicos. De modo geral, as mulheres têm prognóstico melhor que os homens, principalmente quanto ao número de re-internações psiquiátricas, evolução clínica e funcionamento social. Os homens apresentam maior freqüência de transtornos da personalidade pré-mórbidas e maior probabilidade de permanecer solteiros (CHAVES, 1998).

Um estudo prospectivo de dez anos, para o primeiro episódio de esquizofrenia, realizado na Índia, mostrou prognóstico favorável independente da ausência da infra-estrutura de tratamento dos países desenvolvidos (THARA et al., 1994). De forma mais ampla, o estudo multicêntrico da OMS (SARTORIUS et al., 1986) sugeriu que pacientes esquizofrênicos na Europa Ocidental e Estados Unidos têm curso da doença com pior prognóstico, em comparação a pacientes de países economicamente desavantajados (África, Ásia, América Latina), com estrutura social e familiar mais tradicional.

Outro fator prognóstico identificado foi o uso/abuso ou dependência de SPA. Esta parece ter um papel não desprezível no curso e prognóstico de pacientes esquizofrênicos com piora na evolução da doença e pior prognóstico (KOVASNAY et al., 1997).

O tratamento para a esquizofrenia, na maioria dos casos, envolve múltiplos esforços para a redução na freqüência e gravidade dos episódios e para a redução da morbidade e mortalidade geral da doença. Muitos pacientes irão necessitar de cuidados de forma abrangente e contínua durante toda sua vida, sem limite de tempo na duração de seu tratamento. Este está baseado principalmente na farmacoterapia associada a diversas técnicas e procedimentos de reabilitação psicossocial (APA, 2000).

O tratamento farmacológico é usado para o tratamento de episódios agudos, para a prevenção de episódios futuros, para a melhora dos sintomas entre os episódios e têm como componente crucial o uso da classe de fármacos do tipo antipsicóticos, descobertos

em 1952. Além dos antipsicóticos os estabilizadores de humor, os benzodiazepínicos e outros agentes auxiliares são freqüentemente benéficos para subgrupos de pacientes (APA, 2000).

Existem também medicamentos para o tratamento de efeitos extrapiramidais, os antiparkinsonianos e para outros efeitos colaterais dos antipsicóticos. A eletroconvulsoterapia também pode ser considerada para pacientes com esquizofrenia catatônica, refratários ao tratamento, bem como aqueles com depressão grave, quando os tratamentos farmacológicos não são efetivos ou são contra-indicados (APA, 2000).

Os estudos demonstram que os antipsicóticos previnem a recaída em esquizofrenia (DAVIS, 1980; HOGARTY et al., 1976), ainda que mesmo com o uso da medicação o risco de recaída exista (KANE, 1990). Neste estudo de revisão, o autor aponta para uma taxa em torno de 75% de recaída dentro de seis a vinte e quatro meses de descontinuação da medicação, em pacientes estabilizados.

O termo "antipsicóticos" inclui diversas classes de medicamentos, as quais incluem os medicamentos antipsicóticos convencionais e os antipsicóticos de nova geração ou atípicos ou não convencionais, com menor evidência de efeitos colaterais, sobretudo os efeitos extrapiramidais. Estes efeitos são descritos como extensamente desagradáveis para os pacientes esquizofrênicos e fator de não de adesão ao tratamento (VAN PUTTEN, 1974).

Os antipsicóticos convencionais são substâncias que atuam no bloqueio de receptores de neurotransmissores, especialmente os receptores dopaminérgicos do tipo D2. Os efeitos colaterais indesejáveis descritos para estas substâncias incluem efeitos anticolinérgicos e adrenérgicos e efeitos neurológicos (Quadro 3).

Quadro 3- Efeitos colaterais dos antipsicóticos (VALLADA FILHO e BUSATTO FILHO, 1996).

EFEITOS COLATERAIS MAIS COMUNS DOS ANTIPSICÓTICOS CONVENCIONAIS	
Sistem Nervoso Central Sedação Distonia Acatisia Parkinsonismo Discinesia Tardia Diminuição do limiar convulsivo Disfunção cognitiva Síndrome maligna do neuroléptico **Sistema nervoso autônomo** Efeitos anticolinérgicos • constipação, retenção urinária, boca seca,turvamento visual Efeitos anti-alfa adrenérgicos • hipotensão ortostática (síncope), diminuição da pressão arterial **Efeitos Endócrinos e Metabólicos** Aumento de peso, menstruações irregulares, galactorréia, ginecomastia, disfunções sexuais (anorgasmia e impotência), aumento do hormônio estimulante da melatonina (MSH)	**Hepáticas** Hepatite crônica Indução Enzimática **Hematológicas** Neutropenia Agranulocitose **Alterações do ECG** Achatamento da onda T Prolongamento do intervalo Q-T Propriedades arrítmicas **Pele e olhos** Reações alérgicas Fotossensibilidade Pigmentações (degeneração pigmentosa da retina) Depósitos oculares (opacificação do cristalino)

Outra subclasse de antipsicóticos, também com indicação para o tratamento da esquizofrenia são os antipsicóticos atípicos ou não convencionais. MELTZER (1996), descreve uma droga "atípica" sendo aquela que produz um efeito antipsicótico pelo menos equivalente à dos neurolépticos convencionas, mas sem causar efeitos colaterais extrapiramidais importantes. Os antipsicóticos atípicos agem bloqueando também a ação dos receptores serotoninérgicos, adrenérgicos, histaminérgicos e de acetilcolina, resultando em menor efeito colateral e contribuindo para a adesão ao tratamento.

A natureza e intensidade dos efeitos colaterais de cada classe de antipsicóticos depende da potência bloqueadora dos diferentes tipos de receptores no SNC. Estes dados serão discutidos mais adiante.

Os efeitos colaterais dos antipsicóticos convencionais no Sistema Nervoso Central e Sistema Nervoso Autônomo são os mais marcantes e indesejáveis (Quadro 4).

Quadro 4-Efeitos colaterais dos antipsicóticos convencionais no **Sistema Nervoso Central**: sintomas; tempo de surgimento dos sintomas; quadro clínico e tratamentos propostos (Fonte: BASSITT e LOUZÃ, 1999).

SINTOMAS NO SISTEMA NERVOSO	TEMPO DE SURGIMENTO DOS SINTOMAS	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	TRATAMENTO
Parkinsonismo	2 a 3 dias	Rigidez muscular, acinesia, alterações posturais e tremor de extremidades	Diminuição da dose de antipsicóticos, Anticolinérgicos.
Distonia Aguda	2 a 3 dias	Contração muscular sustentada e dolorosa, crise oculógira ou torcicolo, opstótono, protusão de língua, deslocamento lateral de mandíbula e espasmo laríngeo	Anticolinérgicos via intramuscular
Acatisia	2 a 3 dias	Inquietação motora e incapacidade de manter posições, movimentos rítmicos de membros inferiores, com sensação subjetiva de desconforto	Difícil tratamento: Bloqueadores serotoninérgicos, benzodiazepínicos, betabloqueadores, anticolinérgicos, diminuição da dose de antipsicóticos.
Síndrome do Coelho	2 a 3 dias	Tremor fino e rápido (lábios e língua ocasionalmente)	Anticolinérgicos via oral
Discinesia Aguda	2 a 3 dias	Igual à discinesia tardia	Diminuição da dose, anticolinérgicos ou antihistamínicos.
Discinesia Tardia	Pelo menos 3 meses	Movimentos coreiformes, atetóicos ou rítmicos (em uma ou mais áreas musculares)	Não há tratamento específico. Antipsicóticos em baixa dose pode ser tentado
Acatisia Tardia	Pelo menos 3 meses	Os sintomas da acatisia aguda de forma crônica	Benzodiazepínicos ou betabloqueadores.
Distonia Tardia	Pelo menos 3 meses	Movimentos involuntários sustentados, de torção ou espasmos, geralmente lentos, em face, pescoço, tronco e membros.	Não há tratamento específico. Retirada de antipsicóticos pode ser tentado

O tratamento psicossocial, com foco na reabilitação para estabilização clínica e melhora da qualidade de vida desses indivíduos, visando promover melhor funcionamento dos mesmos, completa a abordagem atual desta patologia .

1.2-COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS E RISCO DE SUICÍDIO NA ESQUIZOFRENIA

Na esquizofrenia as principais **comorbidades psiquiátricas** são: depressão, Transtornos de Ansiedade e **Transtornos decorrentes do Uso de SPA**. Além das comorbidades psiquiátricas o risco de Suicídio foi descrito entre tais pacientes (APA, 2000).

A **depressão** na esquizofrenia já fora descrita por KRAEPELIN em 1896, que notava em seus pacientes com "*demência praecox*", em algumas fases da doença, sintomas depressivos. BLEULER, em 1911, identificou uma síndrome melancólica, que para ele era freqüente no curso da esquizofrenia e considerou que fosse mesmo parte intrínseca da doença. Assim como KOREEN et al. (1993), que incluem os sintomas depressivos como parte da psicopatologia da esquizofrenia.

EISSLER (1951) decreveu o que mais tarde se chamou de "síndrome depressiva pós-psicótica", quando os sintomas depressivos eram identificados logo após um episódio psicótico agudo e o paciente, no início da fase de remissão, experimentava uma depressão do pensamento e do comportamento.

GREEN et al. (1990) afirmaram que os sintomas depressivos podem ocorrer em todas as fases da doença e notaram que no episódio psicótico agudo os sintomas afetivos são mais freqüentes (Revisão em BRESSAN et al., 1998).

Os sintomas depressivos podem persistir ou desenvolver-se após a remissão dos sintomas psicóticos, como vimos acima, sendo então chamados sintomas depressivos residuais ou pós psicóticos. Esse quadro deve ser diferenciado de outras condições potencialmente causais, como os Transtornos médicos gerais e as condições induzidas por SPA. Assim como, devemos diferenciar estes sintomas depressivos daqueles causados pelos efeitos colaterais extrapiramidais dos antipsicóticos, incluindo acinesia e acatisia, e a desmoralização para esses indivíduos (BARTELS, 1988).

Os **Transtornos de ansiedade** foram descritos para a população de portadores de esquizofrenia em estudo de avaliação de pacientes de primeiro surto psicótico, onde os autores (CRAIG et al., 2002) encontraram associação de transtorno do pânico em pacientes portadores de Esquizofrenia e Transtorno Esquizoafetivo. COSOFF e HAFNER (1998),

encontraram que Fobia Social apareceu em 17% dos pacientes e Transtorno Obsessivo Compulsivo em 13% dos pacientes esquizofrênicos internados. Quase nenhum paciente tinha diagnóstico de tal comorbidade em seu prontuário ou estava sendo tratado para isso, no momento da internação.

Em outro estudo, com pacientes esquizofrênicos internados, outros autores encontraram os diagnósticos de Transtorno do Pânico (24%), Transtorno Obsessivo Compulsivo (24%), Fobia Social (17,7%) e Fobia Simples (7,3%) (CASSANO et al., 1998).

Sabemos que os sintomas de ansiedade são comuns em estados paranóides e alucinatórios, por exemplo, ou como manifestação clínica dos efeitos colaterais dos antipsicóticos. No entanto, parece possível que haja negligencia dos Transtornos de Ansiedade na população de portadores de Esquizofrenia.

Manfred Bleuler em 1950, por sua vez, descreveu o comportamento suicida como "o mais grave de todos os sintomas esquizofrênicos" (BLEULER, 1985).

O **suicídio** é a principal causa de morte prematura em pacientes portadores de esquizofrenia (BLACK e FISHER, 1992). Sabe-se que entre 2% a 13% dos pacientes esquizofrênicos cometem suicídio (MORTENSEN, 1995), sendo que 18% a 55% tentam suicídio (ROY A, 1986). O risco é maior em jovens do sexo masculino (DRAKE, 1984; CALDWELL e GOTTESMAN, 1990), no entanto, entre as mulheres portadoras de esquizofrenia o risco é maior comparado à população geral (MORTENSEN, 1995). Este índices são maiores entre os pacientes portadores de esquizofrenia com Transtorno por SPA, como veremos adiante (KAMALI, 2000).

1.2.1-Comorbidade de Esquizofrenia e Transtorno por uso de Substâncias Psicoativas

Vários estudos têm reconhecido que o **uso de SPA** entre **pacientes esquizofrênicos** é significativo como vimos, sendo apontado como grave problema para essa população (GALANTER & CASTANEDA, 1988; DRAKE & WALLACH, 1989; VOLAVKA, 1999). Estima-se que até 50% da população acometida pela esquizofrenia faça

um uso de risco de álcool ou drogas ilícitas, ou tenha algum envolvimento preocupante 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 ambos os transtornos, esquizofrenia e alcoolismo, não eram raros. Segundo REGIER et al. (1990), nos E.U.A., os pacientes esquizofrênicos têm cinco vezes mais chance de ter uso ou dependência de substâncias do que o resto da população. Isso representa 3,6 vezes mais chance para álcool, 5 vezes para maconha, 6,5 vezes para opiáceo e 13 vezes para cocaína. Tabaco aparece com prevalência entre 70% a 90% nos indivíduos esquizofrênicos, o que está bem acima da prevalência para a população geral (30%) e mesmo da prevalência para pacientes com depressão ou ansiedade (HUGHES et al., 1986).

FOWLER et al. (1998) revisaram 32 estudos que avaliaram a prevalência do abuso de substâncias na esquizofrenia e encontraram uma grande variação nos índices. 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 SPA em unidades de urgência e enfermarias psiquiátricas. Possivelmente, esses pacientes teriam mais intercorrências clínicas e psiquiátricas ocasionando maior procura por tais serviços. Esta comorbidade parece acometer mais jovens do sexo masculino que vivem em áreas menos favorecidas (SMITH & HUCKER, 1994). No entanto, assim como na população geral, o risco para os Transtornos por SPA entre pacientes Esquizofrênicos, parece depender de condições ambientais como disponibilidade das SPA e a cultura local a respeito das SPA.

Um estudo de revisão recente (NEGRETE, 2003), confirma os dados de FOWLER e mostra que a prevalência variou de estudo para estudo dependendo do país de origem da amostra, Alemanha (HAMBRECHT e HAFNER, 1996), França (DERVAUX et al., 2002), Inglaterra (DUKE et al., 2001), ou Canadá (EL-GUEBALY & HODGINS, 1992), especialmente para o uso de cocaína.

No Brasil, MENEZES (2002) em estudo sobre a comorbidade psiquiátrica em pessoas com transtornos mentais graves (sendo 58,8% esquizofrenia) encontrou prevalência no último ano de 10,4% para abuso de SPA e 5,7% para dependência de SPA. Neste mesmo estudo, 91,1% referiram ter feito uso de álcool durante a vida, sendo que 42,7% referiram ter usado álcool nos últimos 12 meses e 23,4% usaram álcool menos que uma vez por mês, 1% relataram ter bebido diariamente. A maconha apareceu em 5,2% dos indivíduos, para uso nos últimos dose meses e 2,6% preencheram critério para dependência de maconha. A cocaína apareceu em 2,6% dos indivíduos, para uso nos últimos dose meses e 1,0% preencheram os critérios para dependência de cocaína.

Em estudo sobre desinstitucionalização, o consumo de álcool e outras 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). Isso aumenta o custo da doença para os indivíduos acometidos, bem como o custo social da mesma.

WOLPE et al. (1993), também estudando a adesão a tratamento, identificaram que pacientes 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 SPA e aumento da violência (BARTELS, 1991; Soyka, 2000), com problemas legais; aumento de comportamento suicida (KAMALI, 2000); exacerbação de sintomas psicóticos (ANDREASSON, 1987) e aumento do risco de discinesia tardia (DIXON, 1992) como vimos anteriormente, bem como constituem entre 10% a 20% dos moradores de rua (DRAKE et al., 1991).

DICKEY et al. (2000) relataram que a presença de SPA na Esquizofrenia está associada a risco de doenças em geral, especialmente entre mulheres. O fator principal parece ser uma impulsividade e prejuízo cognitivo durante a intoxicação, o que aumenta o risco de acidentes, vitimização, agressão contra si e a outros, bem como infecção por Doenças Sexualmente Transmissíveis, incluindo HIV. O uso de SPA na mulher portadora de esquizofrenia, parece ter maior impacto no curso da doença nas mesmas, quando comparado ao impacto no homem (GEARON & BELLACK, 2000), sugerindo que estas

pacientes sofram mais rapidamente o efeito negativo das SPA, comparadas aos homens esquizofrênicos.

Algumas condições médicas gerais, que acometem os pacientes esquizofrênicos que fazem uso de SPA, são resultado direto do uso dessas substâncias. Em um estudo foi observado que os fumantes portadores de esquizofrenia têm menor incidência de câncer respiratório quando comparados a outros fumantes não portadores de esquizofrenia (HOFFER e FOSTER, 2000). No entanto, há evidências recentes de que entre os portadores de esquizofrenia há maiores índices de neoplasias relacionados com tabagismo quando comparados à população geral (LICHTERMANN et al., 2001). Isso provavelmente ocorre pela maior prevalência de tabagismo entre os pacientes portadores de esquizofrenia (KAVANAGH et al., 2000).

Desta forma, identificar, entender e tratar a comorbidade de esquizofrenia e abuso de álcool e/ ou outras SPA tem se evidenciado, progressivamente, importante do ponto de vista científico e médico-social (HASIN et al., 1996; NEGRETE, 2003).

SOYKA et al. (2001), salientaram que poucos estudos foram realizados para avaliar a psicopatologia dos pacientes portadores de esquizofrenia que fazem uso de SPA. Estes autores, salientam a relevância sobre este tema e a aplicação dos resultados das pesquisas futuras na prevenção, com a identificação de grupos de risco, e tratamento dessa comorbidade.

Entretanto, foi apontado na literatura, que não é claro se há um aumento real no abuso de álcool e outras 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, o aumento da disponibilidade de drogas ilícitas nos meios urbanos atuais 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 sub-população 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. Os pacientes podem ter falhas na adesão à medicação, bem como no comparecimento às consultas médicas, gerando mais recaídas, como vimos (WILKINS, 1997).

Outras características encontradas dizem respeito às relações familiares que ficam ainda mais prejudicadas para os pacientes esquizofrênicos que fazem uso de SPA (HUNT et al., 2002). O paciente tenderia a um maior distanciamento da família.

Atualmente, está bem estabelecido que o tratamento não pode ser feito em separado para os pacientes portadores de ambos os diagnósticos, Esquizofrenia e Transtorno por SPA e sim em um sistema integrado, dentro de um serviço psiquiátrico, que ofereça tratamento contínuo, aberto e sem tempo limitado (PRIMM et al., 2000; MINKOFF, 2000). Esses programas vêm sendo testados através de estudos randomizados controlados. Assim, até o momento, para esta população não há um modelo estabelecido de tratamento, com bons resultados.

Na prática clínica o que observamos é um subgrupo de pacientes portadores de esquizofrenia e Transtorno por SPA que não têm serviços de saúde apropriados para seu tratamento. Estes pacientes se dividem entre os serviços para tratamento de SPA e aqueles para o tratamento da esquizofrenia. No geral, esses pacientes recebem tratamento nas unidades de emergência ou de internação, quando alguma intercorrência clínica e psiquiátrica ocorre. Os serviços para tratar pacientes psicóticos não estão capacitados para tratar essa comorbidade, bem como os serviços de atendimento de usuários de SPA não o são. São pacientes que sofrem a dupla exclusão no tratamento, pois os serviços de saúde, sem estrutura e planejamento adequados, não investem no tratamento dessa população.

Para NEGRETE et al. (2003), estudo de revisão de tratamento, concluem que os programas para tratamento da comorbidade de Transtorno por SPA e esquizofrenia devem compreender 4 fases :

1)**Vinculação**, que pode durar meses e até anos, com objetivo de garantir adesão estável e persistente com o programa de tratamento;

2)**Persuasão**, quando os pacientes engajados ao tratamento são expostos a terapia motivacional em diferentes níveis, tanto em grupo como individualmente. Aqui o objetivo é ajudar o paciente a entender seu Transtorno por SPA e estabelecer objetivos para a terapia;

3)**Tratamento** para o Transtorno por SPA, de forma ativa, quando os pacientes que optaram por mudar seus hábitos se vêem precisando de tratamento;

4)**Manutenção** e **prevenção de recaída** assegurando reentrada fácil ao programa quando lapso ou recaída ocorrerem.

Chama-nos a atenção que, nos estudos revisados, pacientes esquizofrênicos que abusam de SPA têm menos manifestações psicopatológicas do que pacientes 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). Portanto, esses pacientes não apenas sofreriam os efeitos e repercussões da esquizofrenia, mas também a sobreposição das conseqüências decorrentes dos Transtornos por SPA, acarretando maior impacto na evolução de ambas condições clínicas.

MUESER et al. (2000), encontraram que pacientes esquizofrênicos, que usam SPA, apresentam melhor ou igual características pre-mórbidas e uma variação de contatos sociais atuais mais ampla, quando comparados aos pacientes esquizofrênicos que não usam SPA . Isso corrobora os achados descritos acima e infere um delineamento da apresentação destes pacientes, dando-nos a idéia de indivíduos que têm mais movimento em seu meio.

Para NEGRETE (2003), poderíamos caracterizar a **patoplastia** da esquizofrenia com a comorbidade de Transtorno por SPA da seguinte forma:

1. **Eclosão precoce dos sintomas psicóticos.** Em geral, os indivíduos esquizofrênicos com uso de SPA, em seu histórico, chegaram ao serviço de saúde muitos anos antes do que aqueles pacientes esquizofrênicos sem tal história. É muito provável que o efeito tóxico das SPA tenha acelerado a manifestação clínica da doença psicótica. No entanto, esta associação faz-nos pensar que talvez esses pacientes, que desenvolvem mais rapidamente

psicose, têm uma propensão oculta para usar drogas. CANTOR et al. (2001), em estudo de revisão confirmaram a consistência desses dados.

2. **Sintomas produtivos mais graves.** Também já consagrado na literatura, os pacientes esquizofrênicos que usam SPA, quando comparados com aqueles pacientes esquizofrênicos que não usam SPA, são mais propensos a se envolverem em comportamento violento (SOYKA, 2000). Há também uma maior associação com maiores escores para sintomas positivos, particularmente delírios e alucinações (NEGRETE et al., 1986; ROSENTHAL et al., 1994).
3. **Resposta terapêutica pobre e curso da doença menos favorável.** Os estudos revelaram que os pacientes esquizofrênicos que usam SPA não se beneficiam do tratamento tanto quanto os esquizofrênicos que não usam SPA (CANTOR et al., 2001 e BATEL, 2000). Os índices de remissão são menores, os sintomas psicóticos têm recorrência mais rápida, os pacientes necessitam de mais internações, sua história de trabalho é modesta, há menor escolaridade, há maiores índices de prisão, mais processos e crimes violentos em seu histórico (RESAENEN et al., 1998). Tais pacientes recebem mais benefícios por doença, são mais instáveis quanto a moradia e vão mais aos serviços de urgência (HUNT, 2002).

As SPA interagem com a medicação e contribuem com a não adesão às mesmas e pioram os efeitos colaterais, como já vimos anteriormente. O álcool aumentando a sedação dos antipsicóticos pode levar alguns pacientes a parar o uso da medicação por isso.

A Nicotina diminui o nível plasmático dos antipsicóticos típicos em até 50%; em função disso, a dose efetiva é aumentada para os fumantes, buscando melhor resposta terapêutica (GOFF et al., 1992; ZIEDONIS et al., 1994).

Ainda que o tabaco diminua os Efeitos Extra Piramidais (EPS), sua descontinuação aumenta os EPS pelo aumento da dose de antipsicótico que passa a ficar disponível no plasma e pela diminuição da atividade dopaminérgica. Há também o aumento do risco de discinesia tardia, já descrito, com o uso de maconha ou álcool (DIXON et al., 1992).

4. **Sintomas negativos menos graves**. A despeito de alguns achados com correlação linear negativa entre quantidade de *cannabis* e sintomas negativos (PERALTA et al., 1992), este não é um dado tão estabelecido quanto os anteriores. No entanto, parece que essa correlação (sintomas negativos mais freqüentes em pacientes que não usam SPA) é vista em pacientes com trinta e cinco anos ou menos. Desta forma, parece que tal correlação tende a ser menos importante nos pacientes mais idosos e cronificados.

Quando o foco das pesquisas é definir se essa população faz abuso ou dependência de SPA, sabemos que em muitos aspectos, a problemática se aproxima daquela da população geral.

No entanto, sabemos também que essa população terá problemas com níveis de uso de SPA menores do que os da população geral, por causa de sua sensibilidade aumentada, seu baixo funcionamento social e recursos limitados para lidar com seus problemas psicossociais (DRAKE, 1989).

Assim, o que vemos é que o uso de SPA em quantidade menor do que aquela consumida pelos conhecidos ou pares dos pacientes esquizofrênicos, pode causar problemas significativos para essa população. No entanto, a motivação para a mudança de comportamento em relação ao uso de SPA, nos pacientes esquizofrênicos, passa a ser um desafio, uma vez que seus pares usam quantidades maiores ou iguais a deles, sem necessariamente serem alertados ou recriminados por isso (KAVANAGH et al., 1999).

A história clínica do uso das SPA, nos pacientes esquizofrênicos, caracteriza-se por ser "caótica", "polimórfica" e "oportunista". Tais pacientes usariam quaisquer SPA disponíveis sem discriminação ou preferência (uso "oportunista"), sem um padrão relativamente previsível (uso "caótico") e com respostas muito variáveis (aspecto "polimórfico" do uso) (KAVANAGH et al., 1999).

As SPA mais usadas por pacientes esquizofrênicos, como veremos adiante, variam de local para local em função de vários fatores como disponibilidade das mesmas, por exemplo. No entanto, KAVANAGH et al. (2002), em estudo australiano, apontaram que as substâncias mais usadas são nicotina, álcool e maconha, e que esses pacientes

também buscam anticolinérgicos prescritos para tratar de EPS, além de preparações com codeína e estimulantes opióides ou simpaticomiméticos (antitussígenos ou descongestionantes).

A maioria dos pacientes esquizofrênicos, que usa SPA, somente compra SPA quando recebe o "pagamento" ou "ganha" a droga de outros. Isso promove o consumo de grandes quantidades de SPA em um único episódio, com conseqüências clínicas agudas graves, necessitando de atendimento emergencial (KAVANAGH et al., 2000).

Como vimos acima, a motivação, para mudar os hábitos dos pacientes portadores de esquizofrenia que fazem uso de SPA, está muito comprometida. Esses são indivíduos que, com freqüência, não vêem as SPA como um perigo para sua qualidade de vida ou que as mesmas irão impedi-los de atingir seus objetivos (ADDINGTON et al.,1999). De fato, os objetivos para esses pacientes podem ser pouco elaborados e obscuros, o que tornaria frouxa a motivação para mudança, uma vez que eles não têm noção exata do que irão deixar de atingir.

Apesar dos esforços da comunidade científica para testar novos modelos de tratamento para a comorbidade da Esquizofrenia e Transtorno por SPA, como vimos anteriormente, o que temos, em geral, é que o acesso ao tratamento continua limitado tanto para os programas de tratamento de Transtornos por SPA, como para os de tratamento das Psicoses. O primeiro aposta em programas com tempo limitado e intervenção grupal indiscriminada, com foco somente no quadro clínico relacionado a SPA e o segundo, ainda que enfoque o tratamento de forma contínua, não trata de forma específica as SPA.

1.3- 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 apresentados.

Em relação à questão diagnóstica para as comorbidades de Transtornos por SPA e outros Transtornos psiquiátricos, a respeito especificamente da Esquizofrenia, os estudos neste tema têm apontado as várias dificuldades quanto ao **diagnóstico de abuso/dependência de SPA na esquizofrenia.** Os estudos freqüentemente 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 pacientes esquizofrênicos, assim como a maioria das pessoas, tendem a negar ou minimizar o consumo de álcool ou drogas ilícitas (SAFER, 1987).

O diagnóstico primário inicial é uma das maiores dificuldades na abordagem do paciente com comorbidade. O consumo de substâncias psicoativas produz efeitos importantes na cognição, no estado de humor, na percepção e no comportamento do indivíduo. Isto produz sintomas que são comuns às diversas síndromes que podem ser classificadas como transtornos mentais.

O diagnóstico é complexo porque os pacientes com alterações psíquicas por consumo de drogas, freqüentemente apresentam doenças psiquiátricas, sendo difícil estabelecer-se, por exemplo, as diferenças entre as síndromes delirantes paranóides induzidas por cocaína ou anfetamina e análogos, e a sintomatologia da própria esquizofrenia induzida (BRADY et al., 1990; THORNIKROFT, 1990; CASTANEDA et al., 1991). Assim, não é fácil estabelecer diferenças entre a comorbidade e quadros psicóticos, depressivos ou ansiosos devido ao efeito de tais substâncias. Por outro lado, não é claro o efeito dessas substâncias na apresentação dos sintomas em pacientes com transtornos mentais graves, não sendo possível estabelecer a real influência das SPA sobre a psicopatologia: alucinações experimentadas por dependentes de álcool podem não diferir significativamente das alucinações experimentadas por pacientes esquizofrênicos (SALLOUM et al., 1991).

Tanto o diagnóstico do Transtorno por SPA como o de outros Transtornos Psiquiátricos apresentam limitações, apesar dos critérios diagnósticos para cada Transtorno em separado estarem definidos nas classificações diagnósticas, como CID-10 (OMS, 1992) e DSM-IV (APA, 1994).

Há evidências de que mesmo o uso infreqüente e de pequenas quantidades de SPA, pode levar o indivíduo com Transtornos Mentais graves à conseqüências mais sérias do que as vistas na população geral e estão associadas a mais efeitos negativos ligados aos

Transtornos Mentais (DRAKE et al., 1989). Isto torna o diagnóstico confuso pois os prejuízos encontrados como conseqüência de qualquer uso, em determinada população, pode ser classificado como abuso de SPA, não obstante, para a população de Transtornos Mentais graves, tal uso deve ser considerado e adequadamente avaliado.

Como vimos, quando uma pessoa que faz uso de SPA apresenta-se com sintomas psicóticos, há poucas diferenças entre estes sintomas e os sintomas agudos apresentados por um indivíduo portador de Esquizofrenia que faz uso de SPA e entre aqueles sintomas apresentados em um quadro de psicose. A distinção do possível transtorno subjacente é basicamente feita através da observação da evolução dos sintomas na fase de abstinência das SPA.

É importante observar que os pacientes que apresentam Transtorno Psicótico induzido por SPA, possivelmente sejam portadores de alguma vulnerabilidade que propicia a apresentação de pior evolução, em episódios psicóticos futuros. A não resposta ao tratamento convencional, também pode ser um confundidor, pois esses pacientes que não respondem ao tratamento, neste caso, podem não estar tomando a medicação prescrita ou podem estar usando outras SPA (KAVANAGH, 2002).

Mueser et al. (1990) apontaram vários problemas nos estudos sobre o tema:

1. A **definição de abuso de substâncias**- assim como os autores discutidos anteriormente referiram a distinção entre uso e abuso de substâncias é difícil, pois a influência relativa da doença psiquiátrica e do abuso de substâncias, no funcionamento geral desses indivíduos, faz essa distinção ser turva, reforçando a questão da dificuldade diagnóstica.
2. A **duração do abuso**- assim como na população geral, normalmente a duração 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 informações possíveis, especialmente para essa população.

3. A **não avaliação simultânea de diferentes tipos de drogas** - os estudos falharam em avaliar as diversas substâncias em um mesmo período de tempo, isso prejudicou alguns resultados, pois os pacientes esquizofrênicos tenderiam ao abuso de diferentes classes de drogas (BREAKEY, et al., 1974).

Outra questão apontada na literatura refere que o uso de SPA, nos pacientes esquizofrênicos, é normalmente esquecido ou ativamente ignorado, especialmente para SPA lícitas (álcool e tabaco), o que leva ao tratamento ineficaz. As razões para esses dados não serem colhidos são: informações ocultadas por vergonha, medo de resposta negativa, falta de *insight* e baixa suspeita acerca do assunto por parte dos clínicos. A apresentação clínica é freqüentemente não específica (ansiedade, insônia, disforia e cansaço) ou sintomas psicóticos, como paranóia e alucinação (KAVANAGH et al.,1999).

MUESER et al. (1998), em estudo sobre as teorias etiológicas do diagnóstico da comorbidade de esquizofrenia e SPA, apontaram para o problema do **local de acesso das amostras nos estudos**, sendo que, na maioria dos estudos, as pesquisa foram realizadas nos locais de tratamento, o que aumentou a prevalência de comorbidade, além de que a maioria dos estudos foi desenvolvida com pacientes hospitalizados, o que também aumentaria a estimativa de comorbidade, como mencionamos anteriormente.

Não obstante, como sugerido por DRAKE et al. (1990), 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 SPA pode subestimar a extensão do problema clínico (SMITH & HUCKER, 1994). Esses pacientes podem, mesmo com quantidades mínimas de uso, apresentar consequências marcantes do uso de SPA.

Contudo, a falha em usar entrevista diagnóstica estruturada aumenta a variação nas informações e o risco de diagnóstico errôneo parece ser significante (ALTERMAN et al., 1984). Apesar dos esforços, parece não haver instrumento único padronizado para avaliar essa comorbidade (SMITH & HUCKER, 1994; HASIN et al., 1996).

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

Vários instrumentos diagnósticos têm sido aplicados para a população de pacientes com comorbidade de Transtornos por SPA e outros Transtornos Psiquiátricos (HASIN e NUNES, 1998). A escolha do instrumento deve ser direcionada para o objetivo específico de sua utilização; os instrumentos de triagem conferem sensibilidade e identificam aqueles sujeitos que possivelmente apresentam problemas em relação ao uso de substâncias, enquanto que os testes diagnósticos conferem especificidade para o diagnóstico do Transtorno por SPA.

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".

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 de SPA ao longo da vida do paciente e na atualidade. Trata-se de um instrumento de auto preenchimento, portanto, da forma como foi elaborado, 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.

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.

Os instrumentos diagnósticos, no entanto, não se mostraram adequados para os transtornos comórbidos e algumas orientações têm sido sugeridas no sentido de realizarmos um diagnóstico psiquiátrico comórbido mais acurado (DRAKE et al., 1990; RATTO, 2000):

1. Anamnese detalhada, história familiar e informações objetivas em relação a história clínica do paciente junto à família.
2. Exames laboratoriais para identificar alterações orgânicas decorrentes do uso de SPA e identificar as SPA.

3. Testes neuropsicológicos para avaliar comprometimento cognitivo.
4. Seguimento clínico e observação de persistência de sintomas psiquiátricos após desintoxicação e abstinência de SPA.
5. Aplicação de instrumentos diagnósticos padronizados.

Assim, parece que até o momento, a forma mais adequada de diagnóstico da comorbidade de esquizofrenia e Transtorno por uso de SPA é seguir as mesmas orientações para diagnosticar comorbidade entre os Transtornos Psiquiátricos, mas talvez com alguns itens específicos que auxiliem um diagnóstico mais preciso, o primeiro: reunir o maior número de informações possíveis acerca do paciente portador da esquizofrenia. Para isso, devemos considerar características pré-mórbidas, história clínica e familiar para abuso/dependência de SPA, histórico escolar detalhado, vínculos profissionais e familiares, história de atos ilegais como roubos e furtos, antecedentes de intercorrências clínicas e hospitalizações, anamnese objetiva, exames laboratoriais incluindo testagem para SPA quando há suspeita de uso, observação clínica de seguimento, além dos instrumentos de classificação diagnóstica, bem como obter informações sobre o paciente, nos serviços de saúde que já fez tratamento anterior.

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).

A partir do que vimos, nos estudos a respeito da comorbidade de Esquizofrenia e SPA, até o momento, considerar a população de pacientes esquizofrênicos que usam SPA, nas suas características mais individuais de demografia, quadro clínico, história psiquiátrica, evolução, comportamento e tratamento, faz-se substancialmente necessário para contribuir com o entendimento sobre o tema e auxiliar detectar, medir, entender e tratar esses pacientes.

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

1.4- MODELOS EXPLICATIVOS PARA A RELAÇÃO ESQUIZOFRENIA E USO/ABUSO/DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

LEHMAN, MYERS e CORTY (1989), apresentaram quatro hipóteses para a **etiologia** da comorbidade de Transtornos psiquiátricos e Transtorno por uso de SPA. Tais modelos explicativos são:

1. Modelo primário: os Transtornos psiquiátricos levariam aos Transtornos decorrentes do uso de SPA.
2. Modelo secundário: os Transtornos psiquiátricos seriam secundários aos Transtornos decorrentes do uso de SPA.
3. Modelo do fator comum: a mesma predisposição genética levaria tanto aos Transtornos psiquiátricos como ao Transtorno decorrente do uso de SPA.
4. Modelo bidirecional: independente da condição que começou primeiro, as duas condições podem influenciar uma a outra ao longo do tempo.

Apesar da maioria dos estudos a respeito de comorbidade psiquiátrica nos Transtornos por SPA terem sido realizados em países desenvolvidos e o grau das comorbidades nas diferentes culturas ser desconhecido, o alto grau de comorbidade entre os Transtornos por SPA e os Transtornos Mentais sugere que esta comorbidade ocorra por existirem anormalidades neurobiológicas e comportamentais em comum (OMS, 2004). Mas apesar da maioria dos pesquisadores e clínicos concordar com esta sugestão, ainda não é claro quais são os fatores causais.

Deve ser ressaltado que esses modelos explicativos não são mutuamente exclusivos, a primeira hipótese pode ser verdadeira para um Transtorno mental e uma SPA, enquanto que o segundo e terceiro modelo possa ser verdadeiro para outro Transtorno e outra SPA. Isso significa que um Transtorno Psiquiátrico e um Transtorno decorrente do uso de SPA em particular, podem ser a expressão sintomática da mesma anormalidade neurobiológica e ao mesmo tempo, o uso de SPA pode temporariamente aliviar alguns sintomas, através da auto-medicação, ainda que a longo prazo a mesma SPA possa piorar a gravidade do Transtorno Psiquiátrico (OMS, 2004).

Os indivíduos com diagnóstico de comorbidade poderiam ser divididos em vários subgrupos que variam de acordo com a perturbação psiquiátrica primária, tipos e padrões de substâncias consumidas e com o histórico de tratamento. No entanto, devido a dificuldade no estabelecimento da etiologia e do curso dos transtornos comórbidos com precisão, na maioria das vezes não sendo possível identificar qual das entidades iniciou-se primeiro, na prática clínica é preferível apenas considerar a coexistência dos diagnósticos para o estabelecimento do tratamento (Seibel e Toscano Jr., 2001).

MUESER et al. (1998) propõem modelos, para explicar a comorbidade de esquizofrenia e Transtorno por uso de SPA e a sua relação de causalidade, derivados dos modelos explicativos propostos por LEHMAN, MYERS e CORTY (1989):

1. O Trantorno por SPA levaria à esquizofrenia;
2. A Esquizofrenia levaria ao Transtorno por SPA;
3. Ambos os Transtornos teriam um fator comum;
4. Independente do Transtorno que começou primeiro, um alimentaria o outro.

Essas hipóteses se dariam de várias formas:

O modelo do **Transtorno de SPA ser primário** à esquizofrenia indica que 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; ANDREASSON et al., 1987; LINSZEN et al., 1994; HAMBRECHT & HAFNER, 2000).

Dois terços dos indivíduos, no primeiro episódio de esquizofrenia (ANDREASSON et al., 1987), usaram drogas na fase pré-morbida ou prodrômica, antes do aparecimento do primeiro sintoma positivo (HAMBRECHT & HAFNER, 2000). O uso de drogas, em pacientes com esquizofrenia em remissão, está associado a grande risco de recaída precoce (LINSZEN et al., 1994).

ARNDT et al. (1992) observaram que esquizofrênicos que abusavam de álcool, maconha e cocaína especialmente, 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 SPA. 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 pacientes esquizofrênicos freqüentemente andam por áreas pobres onde o uso de drogas é mais comum. LAMB (1982) propõe que o abuso de substâncias pode ser uma tentativa desses pacientes desenvolverem 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).

Da mesma forma, PHILLIPS et al. (2001) chamam-nos atenção para o fácil acesso às drogas e o meio social ao qual os pacientes esquizofrênicos que usam SPA são expostos, o que propicia a comorbidade. Nas áreas urbanas muitos pacientes esquizofrênicos vivem em condições socialmente precárias, como acomodações temporárias e mendicância, ou seja, locais onde a circulação de drogas é grande.

A variação da prevalência da comorbidade de esquizofrenia e SPA, nas diversas categorias demográficas, sugere que esses fatores externos têm importante papel na causa de tal comorbidade (KHANTAZIAN et al.,1997).

Não podemos deixar de lado o caráter recreacional das SPA para os pacientes portadores de esquizofrenia. O uso de SPA é um evento social e entre os indivíduos não psicóticos, usuários de SPA, um comportamento "estranho" e a "conversa limitada" dos pacientes esquizofrênicos é mais aceitável do que para quem não usa SPA (KAVANAGH et al., 2002). Isto pode facilitar o contato com as SPA e oportunidades de uso das mesmas, sem que necessariamente o paciente esquizofrênico estabeleça vínculo mais duradouro com os outros usuários de SPA.

O número de usuários de SPA, no meio social, prediz o uso subseqüente das SPA por parte dos pacientes portadores de esquizofrenia (TRUMBETTA et al.,1999). Isso provavelmente é reflexo da influência social, conhecimento, familiaridade, seleção ativa e disponibilidade da SPA.

Pacientes portadores de esquizofrenia, freqüentemente, têm menos habilidade para resolver problemas e recusar drogas (BELACK & DI CLEMENTE, 1999). O comportamento de uso de SPA torna-se o recurso mais acessível e que exige apenas um

esforço de busca das SPA. A relação com as SPA e o uso em si pode requer uma atitude individual de consumo, com isolamento, o que não é incomum para estes pacientes. Com o tempo, suporte social e familiar, amigos e serviço de saúde ficam distanciados destes pacientes, por consequência do uso de SPA (TRUMBETTA et al., 1999). Isso também torna mais difícil para os pacientes portadores de esquizofrenia, que fazem uso de SPA, mudarem seus hábitos.

Foi descrito que famílias com predomínio de relações disfuncionais parecem influenciar o futuro comportamento de uso de SPA da criança que cresce nesse ambiente, por haver um efeito no desenvolvimento psicológico da mesma, que favorece o mecanismo de abuso ou dependência na infância, adolescência e vida adulta (SHEDLER e BLOCK, 1990; MACKAY et al., 1992). Em algumas famílias, o sucesso do tratamento pode ser gerador de conflito e contribuir para a recaída do paciente (STANTON, 1979).

No entanto, a despeito desses estudos e do aumento crescente de SPA nas áreas urbanas, não parece haver grande expressão no aumento da população psicótica. Esperaríamos que a prevalência da esquizofrenia aumentasse, o que não vem acorrendo nos últimos trinta anos. Ao contrário do que vem ocorrendo com a prevalência dos Transtornos por SPA, que vem aumentando (MEDINA et al., 2001).

O **modelo da auto medicação**, para alguns autores, 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 (HAMERA et al., 1995).

Outros autores (SCHNEIER E SIRIS, 1987; MILLER E TANEMBAUM, 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 extra-piramidais da farmacoterapia empregada no

tratamento. Enquanto alguns pacientes usam SPA para aliviar sintomas positivos, outros usam para aliviar sintomas negativos, insônia, e outros efeitos das medicação (KRYSTAL et al., 1999). Esses autores fazem referência aos antipsicóticos ditos convencionais ou típicos ou de primeira geração.

Em estudo caso-controle (BOSCOLO, 1999), comparando pacientes esquizofrênicos com e sem história de uso de SPA (álcool, maconha e cocaína) observou que os pacientes que faziam uso das SPA apresentaram objetivamente mais sintomas extrapiramidais. Esses pacientes tinham o mesmo tempo de história de Esquizofrenia, o mesmo tempo de uso de antipsicóticos, assim como a dose de uso atual dos mesmos foi igual. Portanto, é provável que aqueles pacientes esquizofrênicos com história de uso de SPA, estivessem fazendo o uso dessas SPA para aliviar os efeitos extrapiramidais decorrentes do uso de medicação.

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 antipsicóticos convencionais ou tradicionais (VAN PUTTEN et al., 1984; AWAD et al., 1995). Esse efeito, os pacientes esquizofrênicos aliviariam 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 antipsicótica convencional, tanto em pacientes internados como em pacientes ambulatoriais, corroborando essa hipótese.

A hipótese da auto medicação, portanto, postula que o uso de SPA, nos pacientes esquizofrênicos, é perpetuado pela busca de alívio do desconforto causado por disforia, prejuízos psicológicos e físicos, inabilidade de tolerar afetos negativos, bem como para lidar com relações interpessoais e para encontrar uma identidade. Os indivíduos então usariam as SPA de forma a ter o efeito necessário para esse alívio, de forma específica, para a necessidade em si .

O uso das SPA seria a conseqüência de um mecanismo de reforço negativo, onde a recompensa seria impedir a ocorrência de estados tão indesejáveis. Se estes estados são inevitáveis, há uma busca constante para diminuir a dor e o desconforto que eles causam nos pacientes esquizofrênicos que usam SPA.

O **modelo genético** testado em estudo de gêmeos 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).

PICKENS et al. (1991) encontraram correlação para alcoolismo entre gêmeos monozigóticos. Em outro estudo (SCHUCKIT e RAYES, 1979), os autores encontraram características diferentes de metabolização do álcool entre filhos de dependentes de álcool e filhos de não dependentes.

CHAMBERS et al. (2001), em estudo de revisão, encontraram várias observações da neurociência enfatizando a teoria de que a **comorbidade por SPA** representa um sintoma primário independente na **Esquizofrenia,** contrariando a hipótese da auto medicação de sintomas da própria esquizofrenia ou dos efeitos colaterais da medicação. Ambas patologias dividiriam uma mesma patofisiologia. Estes autores concluem que algumas anormalidades neuroanatômicas primárias, na formação hipocampal e córtex frontal, estão presentes nos pacientes portadores de esquizofrênia. Essas anormalidades facilitariam o efeito reforçador positivo do sistema de recompensa cerebral. Este sistema é mediado por neurotransmissores (especialmente a dopamina) e reforça o comportamento de uso das SPA, reduzindo a habilidade do indivíduo de inibir o comportamento de procura por SPA.

A característica neurológica pré existente, descrita acima, refere que os distúrbios de recompensa do uso de drogas, são mediados em parte, por uma desregulação na integração neuronal da dopamina e glutamato resultando na disfunção apontada e isso levaria à respostas cerebrais que facilitariam o rápido desenvolvimento do padrão de uso compulsivo das SPA, propiciando um "atalho" no caminho para adição. Tais alterações produziriam um mesmo padrão de alterações neuronais e motivacionais encontradas em usuários crônicos de SPA sem a necessidade da exposição às substâncias. Assim, pacientes esquizofrênicos podem ter uma predileção por comportamento de uso de SPA como um sintoma primário em paralelo, e em muitos casos independente, aos seus outros sintomas da esquizofrenia.

Enfatizando esta teoria, GOLDENSTEIN e WOLKOW (2002), em estudo de neuroimagem na adição, relataram que usuários de SPA experimentam grande ativação, de forma excepcional, no córtex orbitofrontal e giro do cíngulo, durante o "craving" e a intoxicação aguda. Estes autores concluem que esta anomalia representa a base neurobiológica da inibição prejudicada, principal característica do comportamento na adição.

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 SPA para ajudá-los a sentirem-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 SPA na esquizofrenia.

MUESER et al. (1998), em estudo de revisão das teorias etiológicas para a comorbidade de esquizofrenia e abuso de SPA 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); para estes autores, 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 ao 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 Antissocial e abuso de SPA, além de que o transtorno de personalidade contribuiria para o 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, interage 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 SPA o aumentaria.

BLANCHART et al. (1999) estudaram um **modelo de regulação do afeto** em 39 pacientes com esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo, em que o foco foram 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 SPA. 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 SPA, os efeitos subjetivos não coincidem necessariamente com essas razões. Os pacientes relataram usar SPA para aumentar prazer, reduzir a depressão e ficarem eufóricos, porém os efeitos subjetivos de aumento de depressão e de sintomas positivos foram identificados.

Mais recentemente, BLANCHART et al. (2000) consideraram que a explicação para a comorbidade reúne os três modelos que evoluem dos modelos anteriores apresentados: esquizofrenia causa Transtorno por SPA, freqüentemente relacionado ao modelo da auto medicação; o Transtorno por SPA causa esquizofrenia, e esquizofrenia e Transtorno por uso de SPA dividem a mesma causa genética.

Parece que a explicação para cada paciente é individual, frente ao abuso de SPA, 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.

1.5- AS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E A TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA NA ESQUIZOFRENIA

1.5.1- As Substâncias Psicoativas

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 E 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 eventual 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 E NICASTRI, 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 amnéstico-alcoólico, intoxicação alcoólica idiossincrática, abstinência do álcool, *delirium tremens* e alucinose alcoólica). Algumas dessas condições incluem alteração da consciência com confusão, delírios e distúrbios da senso-percepção (KAPLAN et al., 1997).

EDWARDS e cols. (1999) descreveram 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, do século XIX está ligado à Benjamin Rush 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 E NICASTRI, 1996).

Na primeira metade do século XIX, três autores influenciaram a literatura sobre o tema. O conceito de dipsomania foi desenvolvido por Bruhl Cramer, na Rússia. Esquirol na França, 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 E NICASTRI, 1996).

Um século depois, Jellinek , em 1960, escreveu "The Disease Concept of Alcholism". Para ele, o alcoolismo existia quando o indivíduo tinha a necessidade de álcool e inabilidade para abster-se. Mais recentemente, em 1976, Grifith 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 E NICASTRI, 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 muitos canabióides presentes nessa

poderem ter maior eficácia no tratamento de sintomas negativos e nos dficits cognitivos das psicoses (CASEY , 1993; TAMMINGA, et al., 1996).

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

1.6- O EFEITO SUBJETIVO DAS SPA (NICOTINA, ÁLCOOL, MACONHA E COCAÍNA) E DA MEDICAÇÃO NA ESQUIZOFRENIA:

A prevalência de uso das diferentes SPA, são sensíveis às mudanças sofridas pelas mesmas na comunidade. Assim, apresentam variações entre os localidades e no tempo.

As SPA mais comumente consumidas por pacientes esquizofrênicos são **nicotina**, seguida de **álcool**, **maconha** e **anfetamina** na Austrália (KAVANAGH, 2000) e **cocaína** nos USA (PATKAR, 1999).

Atualmente, na Austrália, na população geral, vem crescendo o número de usuários de drogas injetáveis nos últimos anos (HALL et al., 2000; SAUNDERS & RICHARDS, 2000) e isso vem ocorrendo com os pacientes esquizofrênicos com uso de SPA, bem como também vem ocorrendo o aumento do poliuso de SPA.

Quase todos os esquizofrênicos usuários de maconha, na Austrália, também fumam e/ou usam álcool. Sabe-se que tanto o álcool como a maconha aumentam o efeito da nicotina e misturar os dois é comum (KAVANAGH et al., 2002).

Pacientes com problemas relacionados ao uso de SPA procuram serviços de saúde por outras queixas, como cefaléia, desconforto abdominal, mas não por julgarem ter problemas relacionados ao uso de substâncias, como discutimos anteriormente (ZIEDONIS E TRUDEAU, 1997).

Vimos que a **nicotina** é extremamente comum entre indivíduos esquizofrênicos, acometendo de 70% a 90% desta população (ZIEDONIS E GEORGE, 1997).

Muitos fatores são associados ao uso de nicotina entre os pacientes esquizofrênicos. São descritos efeitos positivos da nicotina no sistema neurotransmissor com diminuição dos efeitos colaterais dos EPS. Parece diminuir a letargia e sentimentos de depleção e esgotamento, parece melhorar sintomas negativos, melhorar funções cognitivas que estão diminuídas pela doença, incluindo a atenção seletiva (KUMARI et al., 1997).

Outros fatores foram descritos: fatores sociais, como baixa renda e baixa escolaridade e 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 portadores de esquizofrenia, que são tabagistas, têm início da esquizofrenia com idade mais jovem do que pacientes esquizofrênicos não fumantes, mais sintomas positivos e receberam doses significativamente maiores de antipsicóticos (LEON et al., 1996), o que corrobora a hipótese da capacidade da nicotina em induzir o metabolismo do antipsicótico, tornando esses indivíduos refratários aos antipsicóticos (ZIEDONIS E GEORGE, 1997).

A **cafeína** também é descrita como fator de aumento da necessidade de doses maiores de antipsicóticos (HYDE, 1990) e estaria relacionada à diminuição de sintomas negativos ou dos efeitos colaterais de antipsicóticos (SCHNEIER E 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 E 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, sintomas provenientes da própria sintomatologia da doença, como a angústia de sintomas e depressão (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 antipsicóticos alteraria áreas neuronais, como o sistema dopaminérgico mesolímbico, o que tornaria esses indivíduos portadores de esquizofrenia 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 pacientes com esquizofrenia (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 aos antipsicóticos e ser responsável pela discinesia tardia.

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

Como já descrito anteriormente, os antipsicóticos de menor ação em receptores dopaminérgicos do tipo D2, ocasionam menos EPS. Lembrando que os EPS são um fator de não adesão ao tratamento (BUCKLEY et al., 1999, ZIMMET et al., 2000).

Há um consenso de que a relação do indivíduo portador de esquizofrenia, 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. Em um estudo comparativo de dois grupos de pacientes portadores de esquizofrenia (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.

Porém, outro estudo encontrou que a depressão em pacientes esquizofrênicos estaria relacionada à doença e não seria um resultado do tratamento com antipsicóticos (CURSON et al., 1985).

A resposta subjetiva aos antipsicóticos, 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 mesmo.

Este conceito psicodinâmico é revisto por AWAD E HOGAN (1994), que propõem um constructo de fatores que contribuiriam para a diferença individual na resposta à terapêutica antipsicótica. Estes fatores se apresentam em efeito cascata. Assim teríamos que o antipsicótico 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 depreender dos estudos sobre SPA na esquizofrenia, podemos justificar a necessidade clara de estudarmos o tema.

Vimos que, o melhor entendimento da relação que o paciente esquizofrênico estabelece com as substâncias psicoativas vai auxiliar-nos a reconhecer medidas de prevenção deste fenômeno e dos transtornos associados, bem como reconhecê-los , diferenciá-los e tratá-los adequadamente.

A impressão subjetiva do paciente portador de esquizofrenia em relação às SPA 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 SPA 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. Isto será feito, através do aprofundamento da pesquisa de mestrado desta autora, buscando um perfil que distingua os pacientes esquizofrênicos que fazem uso das SPA referidas daqueles pacientes esquizofrênicos que não usam tais substâncias.

2- OBJETIVOS E HIPÓTESES

2.1- OBJETIVOS GERAIS

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

2.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1-Comparar os dois grupos nos seguintes aspectos: perfil demográfico; perfil psicopatológico; 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 o efeitos subjetivos das SPA (álcool, maconha e cocaína) no grupo que faz uso delas e compará-los com o efeito subjetivo da medicação.

2.3-HIPÓTESES

2.3.1-Pacientes esquizofrênicos que usam SPA apresentarão melhor desempenho escolar, comparados aos pacientes esquizofrênicos que não usam SPA.

2.3.2-Pacientes esquizofrênicos que usam SPA apresentarão mais sintomas extrapiramidais, comparados aos pacientes esquizofrênicos que não usam SPA.

2.3.3-Pacientes esquizofrênicos que usam SPA apresentarão menos sintomas negativos na avaliação da psicopatologia, comparados aos pacientes esquizofrênicos que não usam SPA.

2.3.4-Pacientes esquizofrênicos que usam SPA apresentarão mais internações psiquiátricas, comparados aos pacientes esquizofrênicos que não usam SPA.

3- PACIENTES E MÉTODO

Este é um estudo que deu continuidade à pesquisa de mestrado da autora, que ampliou sua amostra de 30 para 126 pacientes. A pesquisa compreendeu um estudo de corte transversal, caso-controle, que comparou dois grupos de pacientes esquizofrênicos. O grupo "caso" foi definido pela história de uso de SPA (álcool, maconha e cocaína) e o grupo "controle", definido pela ausência de história de uso de SPA. No quadro abaixo estão expostos os parâmetros para os dois grupos (Quadro 5).

Quadro 5- Descrição dos parâmetros que definem **grupo caso** e **grupo controle** da amostra (n=126).

GRUPO CASO	**GRUPO CONTROLE**
• Ter o diagnóstico de certeza de Esquizofrenia (DSM-IV, CID-10); E • Uso de maconha e/ou cocaína no último ano; e/ou • Uso de álcool no último mês e uso freqüente na vida.	• Ter o diagnóstico de certeza de Esquizofrenia (DSM-IV, CID-10); e • Ausência de uso de maconha e cocaína alguma vez na vida; e • Ausência total de uso de álcool no último mês, e ausência de uso freqüente em qualquer período na vida.

O parâmetro de história de uso de SPA foi definido e circunscrito de forma homogênea para maconha e cocaína. Esse parâmetro corresponde à história pregressa de uso dessas substâncias, cronologicamente abrangendo pelo menos uso no último ano.

O parâmetro utilizado para definição de "uso de álcool" diferiu do parâmetro para as outras duas substâncias (maconha e cocaína). O parâmetro para uso de álcool foi acrescido à história de uso no último mês que precedeu a entrevista e uso freqüente (seis ou mais vezes no mês) (OMS, 1981) ao longo da vida, pelo menos. No caso de pacientes internados, considerou-se a história de uso de álcool no último mês que precedeu a internação. Isto foi adotado em função das características culturais e sociais do meio brasileiro, onde o uso esporádico 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 viéses culturais e

cognitivos e, ao mesmo tempo, valorizar uma perspectiva 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 não contempla pacientes nos quais o uso é referido apenas no último mês. Além disso, o critério para fixar o intervalo de tempo para uso de drogas (maconha e cocaína), contempla pacientes com uso destas, necessariamente no último ano, podendo também estar presente há mais tempo e 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 dos fenômenos clínicos fosse duvidosa e recente. Desta forma, foi possível haver um grupo residual que não entraria em nenhum dos dois grupos (por exemplo: uso de maconha há três anos, mas não no último ano ou uso de álcool de forma freqüente há um ano, mas não no último mês).

O parâmetro exato do tempo de uso de SPA ficou relativamente 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 padrão de uso de SPA atual ou pregresso, para a população de pacientes esquizofrênicos. Isto foi considerado, neste estudo, em função da marcante repercussão das SPA no tratamento desses pacientes, como já vimos na revisão da literatura sobre o tema.

3.1- PACIENTES E LOCAL DA PESQUISA

O cálculo do tamanho amostral, utilizando-se os dados da pesquisa de mestrado (n=30) como piloto, considerando o parâmetro psicopatologia através da escala PANSS e adotando nível de significância de 0,05 (alfa), resultou em uma amostra de sessenta e três pacientes (N=63), para cada grupo caso e controle. (Quadro 6).

Quadro 6- Tamanho amostral para diferença entre médias da escala PANSS (Estudo Analítico-Variável Quantitativa); **S** = desvio padrão do grupo controle, **d** = diferença desejada entre as médias dos grupos caso e controle, **alfa** = nível de significância (bilateral), **beta** = (1-poder de teste).

	PANSS Geral	PANSS positiva	PANSS negativa
S	6,57	5,71	5,55
D	3,30	2,86	2,78
Alfa	0,05	0,05	0,05
Beta	0,20	0,20	0,20
N	63	63	63

A amostra compreendeu 126 pacientes (n=126), trinta pacientes da pesquisa de mestrado e noventa e seis pacientes da pesquisa de doutorado, com diagnóstico 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.

Isto posto, o grupo de pacientes que não teve história pregressa de uso de cocaína (inalada, fumada ou endovenosa) e/ ou maconha alguma vez na vida; e não teve história de uso de álcool freqüente na vida e não usou no último mês, constituiu o **grupo controle**. O grupo que teve história de uso pregresso de cocaína (inalada, fumada ou endovenosa) e/ ou maconha, pelo menos alguma vez na vida e usou no último ano; e de álcool, pelo menos freqüentemente na vida e usou no último mês, constituiu o **grupo caso**.

Os indivíduos aqui estudados foram pacientes esquizofrênicos internados nas enfermarias do Instituto Américo Bairral (Itapira-SP), na enfermaria de Psiquatria do HC-Unicamp e acompanhados no ambulatório de psiquiatria do HC-Unicamp ou no CAPS - Integração (Centro de Atendimento Psicossocial da Prefeitura Municipal de Campinas). Eles foram 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 DSM-IV (American Psychiatry Association, 1994).

3.1.2- Critérios de Exclusão

- Pacientes portadores de doença física significativa e portadores de retardo mental grave 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

Após a aprovação do protocolo de pesquisa pelo Comitê de Ética Médica da FCM/UNICAMP, iniciou-se a coleta de dados da pesquisa.

Os pacientes que aceitaram os termos do consentimento informado (ANEXOS, pag.199) foram entrevistados através do protocolo desta pesquisa, o qual foi extraído do protocolo da pesquisa de mestrado (ANEXO 1 a 12), e a entrevista foi conduzida pelo mesmo entrevistador. Foram retirados os instrumentos de avaliação cognitiva, posto que a bateria que utilizamos mostrou-se inadequada à esta população.

Os pacientes foram entrevistados nas enfermarias do Instituto Américo Bairral, enfermaria e ambulatório do HC-UNICAMP e no CAPS Integração. Foi solicitado aos pacientes participarem do estudo, após esclarecimento de tratar-se de procedimento pertinente à pesquisa e obtido consentimento informado. As entrevistas foram individuais, realizadas nas próprias enfermarias no Instituto Américo Bairral, enfermaria e ambulatório no HC-Unicamp ou no CAPS. O paciente, então, era informado do caráter anônimo da entrevista, que foi realizada por médica psiquiatra única (a presente autora), não envolvida no tratamento do paciente. Isto foi feito por haver informações de dados que podem ser opostas às orientações médicas recebidas no tratamento e devido ao caráter ilícito das SPA de uso. Seguiu-se à entrevista consulta ao prontuário do paciente, bem como elucidação do caso com a equipe técnica para assegurar maior número de informações e mais certeza das informações obtidas com o paciente.

No acesso aos pacientes, seis pacientes internados e selecionados como grupo caso recusaram-se a participar da entrevista, sendo 4 homens e duas mulheres.

Foram entrevistados dois casos pareados de pacientes do gênero feminino que, pelo baixo número de sujeitos do gênero feminino na amostra total, foram excluídos da análise.

3.2.2- Instrumentos

Os instrumentos são parte do protocolo da pesquisa de mestrado e foram selecionados a partir de revisão da literatura, buscando-se aqueles adequados aos pacientes da amostra.

Partindo-se do pressuposto que seriam investigados pacientes esquizofrênicos e, para o grupo caso, indivíduos que, além da esquizofrenia, tivessem história de uso de SPA (cocaína, maconha e álcool), foram selecionados os instrumentos que tivessem, se possível, estudos de validação e confiabilidade.

A revisão da literatura apresentou que esse é um aspecto relevante para estudos dessa natureza, uma vez que ainda não dispõe-se de instrumentos testados que possam identificar e medir, adequadamente, o uso de SPA em pacientes esquizofrênicos.

Os instrumentos disponíveis para detecção de uso de álcool e outras SPA na população geral 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 e seguida (ou não) 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).

Os **nomes genéricos** estão divididos em 6 categorias: antipsicóticos, antidepressivos, estabilizadores de humor/ anticonvulsivantes, tranqüilizantes/ 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 13).

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 padronizados em dose equivalente 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, pela pesquisadora, uma unidade antiparkinsoniana (u.), que englobou medicações que, na prática clínica, podem ser usadas com o objetivo de tratar o efeito antiparkinsoniano 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, na semana, sem a medicação); **uso muito irregular** (para uso esporádico, que não siga um padrão diário e sim com falhas, por vezes, de mais de um dia seguido) e **não uso** da medicação prescrita.

Este inventário foi elaborado para este estudo pela pesquisadora, 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 Statisitical Manual of Mental Disorders IV")** – DSM-IV (APA, 1994): estas duas classificações diagnósticas foram utilizadas para elaboração e confirmação do diagnóstico de esquizofrenia (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 a 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, 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, freqüência 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 adaptada para versão brasileira, na língua portuguesa, por VESSONI (1993) e utilizada em alguns estudos brasileiros (CHAVES E SHIRAKAWA, 1998) (ANEXO 5).

5. **Escala de Qualidade deVida ("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 ou categorias: **funções interpessoais** (itens 1 a 8), **papéis instrumentais** (itens 9 a 12), **funções intrapsíquicas** (itens 13, 14, 15, 16, 17, 20 e 21), **objetos e atividades comuns** (18 e 19).

A categoria **Funções Interpessoais** relaciona-se aos aspectos das experiências interpessoais e sociais do indivíduo, que avalia, além da quantidade e freqüência de contato social, julgamentos complexos como capacidade de intimidade, participação ativa *versus* passiva e tendências de evitação e esquiva.

A categoria **Papéis Instrumentais** focaliza-se no papel social dos indivíduos enquanto trabalhadores, estudantes, cuidadores dos afazeres domésticos e pais. Além de avaliar a extensão do funcionamento, existem julgamentos sobre o nível de cumprimento do papel, nível de subemprego dado o talento e oportunidade da pessoa e satisfação com o papel exercido.

A categoria **Funções Intrapsíquicas** focaliza-se no julgamento clínico a respeito de elementos intrapsíquicos nas dimensões da cognição, conação e afetividade, cuja as alterações compõem o âmago do déficit da esquizofrenia. Incluem senso de propósito, empatia, curiosidade, habilidades para experimentar formas de prazer e interação emocional. Isto constitui o alicerce do funcionamento interpessoal e papel instrumental. Se há prejuízo nesta área, isto é refletido nas outras três categorias da escala QLS.

A categoria **Objetos e Atividades Comuns** está baseada na suposição de que uma participação adequada e integrada na comunidade está refletida na posessão de objetos comuns e no envolvimento em um rol de atividades regulares. Ainda que nem todas essas atividades estejam presentes para todo indivíduo, a ausência de um grande número delas implica em algum prejuízo na participação da vida diária.

A escala consta de 21 itens avaliados de 0 (prejuízo máximo) a 6 pontos (sem prejuízo). Cada um dos itens é dividido 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 (0-6), para cada um dos itens com uma breve descrição de quatro deles, para que o entrevistador efetue sua própria avaliação. Esta escala já foi utilizada no Brasil em recente estudo (Marcolin, 1998). É aplicada através de entrevista com o paciente (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. As questões abertas abordam as razões para o uso das substâncias e as de múltipla escolha, o efeito das mesmas. Neste estudo foi utilizada a parte de questões de múltipla escolha, para identificar a impressão subjetiva do paciente em relação `as substâncias (medicação prescrita e SPA).

Esta parte é composta por 10 itens, cada um deles produzindo escores 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 E 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 um período de tempo determinado (a semana que antecede a avaliação), num *continuum* de doença mental ou psiquiátrica - a saúde mental e bom funcionamento social.

Os valores vão de 1, para indivíduo hipoteticamente no extremo de mais doente, a 100, para indivíduo hipoteticamente no extremo de 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 significante, 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 que nele ocorrem. Portanto, identifica a adequação da família ou grupo mais próximo, basicamente em três áreas: clima emocional, organização e capacidade de resolver problemas. Esta escala foi proposta pelo "The Committee on the Family of the Group for the Advancement of Psychiatry" (1996). Os valores vão de 1, para a condição familiar hipoteticamente menos adequada, a 100, para a mais 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 (exame médico), 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; LOUZÃ NETO, 1998;).

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

11. **"Hamiltom Anxiety Scale"** - HAMA (HAMILTOM, 1959): esta escala investiga a manifestação da ansiedade através de treze ítens 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 12).

12. **"The Calgary Depression Scale"** - CALGARY (ADDINGTON E ADDINGTON, 1993): 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, (HAMILTOM, 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 12).

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 esporádico de álcool na vida;
2. História de uso de álcool no último mês;
3. Número 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 ultimo mês;
11. História de uso de cocaína na ultima 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. Tempo decorrido da primeira internação psiquiátrica;

18. História de tentativas de suicídio;

19. Número de tentativas de suicídio;

20. Hábito tabagista;

21. Número de cigarros/dia;

22. Inferência global sobre a Inteligência do paciente;

23. Capacidade de vestir-se sozinho;

24. Capacidade de entender filme/ novela na tv;

25. Capacidade de andar sozinho de ônibus;

26. Capacidade de lidar com dinheiro;

27. Aceitação do tratamento ambulatorial;

28. História familiar de alcoolismo;

29. 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 GAS;
7. Escala GARF.

- **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;

- **Sintomas extrapiramidais:**

1. 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 7.5, 1996.

A análise estatística utilizou o SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 8.2. SAS Institute Inc, 1999-2001, Cary, NC, USA.

Os procedimentos estatísticos utilizados envolvem:

Para a análise descritiva utilizou-se medidas de posição e dispersão para variáveis contínuas e tabelas de freqüência para variáveis categóricas.

Para comparar proporções foi utilizado o teste Qui-quadrado ou o teste Exato de Fisher, quando necessário.

Para comparação de medidas contínuas ou ordenáveis entre os dois grupos foi utilizado o teste de Mann-Whitney.

Para a comparação de variáveis dentro do mesmo grupo, considerando as variáveis contínuas ou ordenáveis, utilizou-se o teste de Willcoxon para amostra pareada.

Para identificar as variáveis que diferenciam os grupos foi utilizada a análise de regressão logística multivariada – modelo logito, com nível de significância de 5%.

4- RESULTADOS

Os resultados descritivos e comparativos dos grupos caso e controle estão referidos neste capítulo e estão apresentados nas tabelas que seguem. Essas tabelas estão divididas por grupos de variáveis, que compõem os diferentes aspectos pesquisados e que formam o perfil que caracteriza os sujeitos desta pesquisa.

Do total de 126 pacientes, 84 (66,7%) foram selecionados no Instituto Américo Bairral; 22 (17,4%) na UNICAMP [14 (11,1%) na Enfermaria de Psiquiatria e 8 (6,3%) no Ambulatório de Psiquiatria] e 20 (15,9%) no CAPS Integração.

As duplas caso e controle sempre foram do mesmo serviço.

A avaliação demográfica:

No grupo caso, 79% dos pacientes tinham história de uso na vida de maconha e cocaína e 84% história de uso na vida de álcool.

Das variáveis sócio-demográficas apenas **atividade profissional** foi diferente entre os grupos. Os pacientes do grupo caso foram profissionalmente mais ativos (19% no grupo caso *versus* 6% no grupo controle), assim como apresentaram uma tendência a ter menos anos de escolaridade sem sucesso comparados ao grupo controle (média=1,5 no grupo caso e média=2,1 no grupo controle) (Tabela 1 e Tabela 2).

Tabela 1- Distribuição da amostra para dados sócio-demográficos: **sexo, idade, etnia, estado civil, número de filhos, 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, p-valor]. Teste Exato de Fischer, Teste do Qui-quadrado e Teste Mann-Whitney. *0,05<p<0,1

Variável	GRUPO CASO N=63 % média± DP (mediana/intervalo)	GRUPO CONTROLE N=63 % média± DP (mediana/intervalo)	p-valor
SEXO			
Masculino	100	100	
IDADE (anos)	31,2 ± 8,9 (29,0/18,0-58,0)	31,6 ± 8,3 (29,0/18,0-55,0)	0,651[c]
ETNIA			
Brancos	68,3	71,4	0,698[a]
Pardos e Negros	31,7	28,6	
ESTADO CIVIL			
Sem vínculo	90,5	95,2	0,491[a]
Com vínculo	9,5	4,8	
NÚMERO DE FILHOS	0,6±1,3 (0/0-6,0)	0,2±0,5 (0/0-2,0)	0,242[c]
ESCOLARIDADE COM SUCESSO (anos)	7,1 ± 4,2 (7,0/0-20,0)	8,1 ± 4,5 (8,0/0-23,0)	0,243[c]
ESCOLARIDADE SEM SUCESSO (anos)	**1,5±1,8 (1,0/0-8,0)**	**2,1±1,9 (2,0/0-7,0)**	**0,060*[c]**
RELIGIÃO			
Católicos	63,5	50,8	
Evangélicos	20,6	31,8	0,413[b]
Espiritualistas	12,7	17,5	
Não tem	3,2		

[a] = Teste Exato de Fisher; [b] = Teste do Qui-quadrado; [c] = Teste Mann-Whitney

Tabela 2- Distribuição da amostra para: **atividade profissional, tempo de atividade profissional (meses), tempo de inatividade (meses)**, comparação de grupo caso e grupo controle [frequência, média, desvio padrão (DP), mediana, intervalo e p-valor]. Teste do Qui-quadrado. *p<0,05

Variável	GRUPO CASO N=63	%	GRUPO CONTROLE N=63	%	p-valor
	média ± DP (mediana/intervalo)		média ± DP (mediana/intervalo)		
Atividade profissional					
Inativo		**81,0**		**93,7**	**0,032*[b]**
Ativo		**19,0**		**6,3**	
Tempo de atividade (meses)	54,6 ± 70,5 (18,0/0-336,0)		65,2 ± 61,1 (42,0/1,0-240,0)		0,249[c]
Tempo de inatividade (meses)	63,5 ± 75,6 (24,0/8,0-240,0)		132,0 ± 106,9 (144,0/12,0-228,0)		0,805[c]

[b] =Teste do Qui-Quadrado; [c] = Teste Mann-Whitney.

O Histórico Psiquiátrico

O Histórico Psiquiátrico, no geral, não apresentou diferença entre os grupos. Das variáveis apresentadas na Tabela 3 (número de episódios da doença, tempo de sintomas, tempo de sintomas negativos, tempo de sintomas positivos, tempo de início de uso de antipsicóticos, tempo decorrido da primeira internação, número de internações até o momento e número de tentativas de Suicídio), a única variável diferente foi o **número de internações**, que apresentou-se maior no grupo caso comparado ao grupo controle.

Tabela 3- Descrição do **Histórico Psiquiátrico** para a amostra e comparação de grupo caso e grupo controle [média, desvio padrão (DP), mediana, intervalo e p-valor]. Teste Mann-Whitney. *p<0,05

Variável	GRUPO CASO N=63 Média±DP (mediana/intervalo)	GRUPO CONTROLE N=63 Média±DP (mediana/intervalo)	p-valor T. Mann-Whitney
Número de episódios até o momento	6,2 ± 3,8 (6,0/1,0-15,0)	5,8 ± 3,9 (5,0/1,0-20,0)	0,467
Há quanto tempo se iniciaram os primeiros sintomas (meses)?	110,9 ± 81,0 (108,0/6,0-384,0)	111,7 ± 86,2 (84,0/6,0-372,0)	0,275
Há quanto tempo se iniciaram os sintomas negativos (meses)?	100,8 ± 82,7 (84,0/0-384,0)	110,2 ± 86,5 (84,0/6,0-372,0)	0,560
Há quanto tempo se iniciaram os sintomas positivos (meses)?	107,8 ± 82,2 (96,0/6,0-384,0)	106,8 ± 86,4 (84,0/2,0-372,0)	0,555
Tempo de início de uso de antipsicóticos (meses)	100,1 ± 83,4 (72,0/1,0-384,0)	106,1 ± 85,7 (84,0/1,0-372,0)	0,276
Há quanto tempo aconteceu a primeira internação psiquiátrica? (meses)	80,7 ± 78,2 (72,0/0-360,0)	89,3 ± 94,6 (60,0/0-372,0)	0,533
Qual o número de internações até o momento?	**6,1 ± 5,3 (5,0/0-20,0)**	**4,4 ± 5,2 (3,0/0-32,0)**	**0,033***
Quantas vezes tentou suicídio?	0,8 ± 1,6 (0/0-10,0)	0,7 ± 1,8 (0/0-10,0)	0,513

Os dados de atividades diárias (lidar com dinheiro, andar sozinho de ônibus, vestir-se sozinho, entende filme/novela na TV), foram diferentes para os grupos. Os pacientes do grupo caso apresentaram uma tendência a andar sozinho de ônibus mais que os pacientes do grupo controle, assim como **lidam com dinheiro** e **entendem filme na televisão** mais que os pacientes deste mesmo grupo (Tabela 4).

A **estimativa da capacidade de entendimento e inteligência global** foi diferente e maior para os pacientes do grupo caso comparados aos pacientes do grupo controle (Tabela 4).

Tabela 4- Descrição da amostra para capacidade de lidar com dinheiro, andar sozinho de ônibus, vestir-se sozinho, entender filme/novela na TV e estimativa clínica global da Inteligência do paciente para grupo caso e controle (freqüência e p-valor) e comparação entre os grupos. Teste do Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher. **p<0,05 ; *0,05<p<0,10

Variável	GRUPO CASO % N=63	GRUPO CONTROLE % N=63	p-valor
Lidar com dinheiro			**0,008**^{**b}
Sim	**92,2**	**79,4**	
Não	**4,8**	**20,6**	
Andar sozinho de ônibus			**0,062**^{*a}
Sim	98,4	88,9	
Não	1,6	11,1	
Vestir-se sozinho			
Sim	100	98,4	
Não		1,6	
Entender filme/novela na TV			**0,019**^{**b}
Sim	**93,7**	**79,4**	
Não	**6,3**	**20,6**	
Estimativa global da inteligência do paciente			
Normal	**87,3**	**71,4**	**0,028**^{**b}
Limítrofe	**12,7**	**23,8**	
Moderada		**4,8**	

^{a} = Teste Exato de Fisher; ^{b} =Teste do Qui-Quadrado.

Houve mais **história de uso de álcool** e de **drogas na família** no grupo caso comparado ao grupo controle (Tabela 5).

Tabela 5- Descrição da amostra para **História de uso de álcool na família, História de uso de drogas na família e aceitação de tratamento atual**, para grupo caso e controle [freqüência e p-valor] e comparação entre os grupos. Teste do Qui -quadrado.**p<0,05; ***p<0,001.

Variável	GRUPO CASO % N=63	GRUPO CONTROLE % N=63	p-valor T. Qui -quadrado
Aceitação do tratamento ambulatorial ou internação			
não aceita	4,8	11,1	**0,383**
aceita parcialmente	42,8	36,5	
aceita bastante	52,4	52,4	
História de uso de drogas na família			**0,014****
Sim	**24,6**	**8,1**	
Não	**75,4**	**91,9**	
História de uso de álcool na família			**<0,0001*****
Sim	**69,3**	**32,8**	
Não	**30,6**	**67,2**	

A avaliação do histórico de uso de tabaco apresentou diferenças entre os grupos. Os pacientes do grupo caso apresentaram maior prevalência para **tabagismo**, bem como o **número de cigarros** fumados por dia foi significativamente maior para o grupo caso comparado ao grupo controle (Tabela 6).

A história de uso de **álcool**, que por critério de exclusão para o grupo controle, apareceu somente para o grupo caso, apresentou que a maioria dos pacientes (82,5%) deste grupo fazem uso eventual de álcool, sendo que a maioria (55,6%) havia feito uso no último mês que precedeu o tratamento atual, aproximadamente um terço (28,6%) fazem uso diário de álcool e 8,3% relataram já haver apresentado síndrome de abstinência ao álcool (Tabela 6).

Tabela 6- Descrição de **Tabagismo** e **número de cigarro/dia**; **História de Uso de Álcool** para a amostra e comparação de grupo caso e grupo controle [freqüência, média, desvio padrão (DP), mediana, intervalo e p-valor].Teste do Qui-quadrado; Teste Mann-Whitney. *p<0,001

Variável	GRUPO CASO N=63 % média±DP (mediana/intervalo)	GRUPO CONTROLE N=63 % média± DP (mediana/intervalo)	p-valor
Tabagismo			**<0,0001*[b]**
Sim	**85,7**	**36,5**	
Não	**14,3**	**63,5**	
Cigarros/Dia	**26,1 ± 16,4 (20,0/3,0-80,0)**	**21,5± 12,1 (20,0/3,0-40,0)**	**<0,0001*[c]**
Bebe às vezes alguma bebida alcoólica?			
Sim	82,5		
Não	17,5		
Usou álcool no último mês? (até o momento da internação)			
Sim	55,6		
Não	44,4		
Quantas vezes por mês usa álcool?	13,2 ± 11,7 (8,0/0-30,0)		
Bebe diariamente?			
Sim	28,6		
Não	71,4		
Já teve *delirium tremens* ou síndrome de abstinência ao álcool?			
Sim	8,3		
Não	91,7		

[b] =Teste do Qui-Quadrado; [c] = Teste Mann-Whitney.

Dentre os pacientes do grupo caso, a maioria já havia feito uso de **maconha** pelo menos uma vez na vida (93,7%), havia usado maconha no último ano (71,4%) e 42,9% usou no último mês (Tabela 7).

O uso de **cocaína** uma vez na vida também apareceu na maioria dos pacientes do grupo caso (81,0%), 49,2% relataram ter feito uso da mesma no último ano e 9,5% usou no último mês (Tabela 7).

Tabela 7- Descrição da amostra para **História de Uso de Maconha** e **História de Uso de Cocaína** para grupo caso (freqüência).

Variável	GRUPO CASO % n=63
Usou maconha alguma vez na vida?	
Sim	**93,7**
Não	6,3
Usou maconha alguma vez no último ano?	
Sim	71,4
Não	28,6
Usou maconha alguma vez no último mês?	
Sim	42,9
Não	**51,7**
Usou maconha alguma vez na última semana?	
Sim	3,2
Não	96,8
Usou cocaína alguma vez na vida?	
Sim	81,0
Não	19,0
Usou cocaína alguma vez no último ano?	
Sim	49,2
Não	50,8
Usou cocaína alguma vez no último mês?	
Sim	9,5
Não	90,5
Usou cocaína alguma vez na última semana?	
Sim	
Não	100

A avaliação da psicopatologia

Os grupos caso e controle não foram diferentes na avaliação da escala GAS (Tabela 8).

Tabela 8- 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 Mann-Whitney.

Variável	GRUPO CASO Média ± DP (mediana/ intervalo) N=63	GRUPO CONTROLE Média ± DP (mediana/ intervalo) N=63	p-valor T. Mann-Whitney
GAS	37,7 ± 5,6 (40,0/20,0-50,0)	39,5 ± 6,0 (40,0/30,0-61,0)	**0,360**
GARF	59,8 ± 14,4 (60,0/20,0-81,0)	60,7 ± 15,1 (60,0/20,0-80,0)	**0,681**

A avaliação dos **sintomas negativos** através da escala PANSS, apresentou diferença entre os grupos caso e controle, sendo que houve menor escore para estes sintomas no grupo caso. Nesta escala, o menor escore representa menos sintomas (Tabela 9).

Tabela 9- Descrição da avaliação da **Psicopatologia _PANSS** (Positive and Negative Syndrome Scale) para a amostra e comparação de grupo caso e grupo controle [média, desvio padrão (DP), mediana, intervalo e p-valor]. Teste Mann-Whitney. **p<0,05

Variável	**GRUPO CASO** **Média± DP** **(mediana/intervalo)** **N=63**	**GRUPO CONTROLE** **M édia ± DP** **(mediana/intervalo)** **N=63**	**p-valor** **T. Mann-Whitney**
PANSS Geral	35,4 ± 6,4 (34,0/25,0-54,00)	35,6 ± 6,5 (73,0/45,0-104,0)	0,815
PANSS positiva	18,5 ± 4,9 (19,0/8,0-30,0)	17,3 ± 5,8 (17,0/7,0-30,0)	0,146
PANSS negativa	**19,1 ± 4,6 (19,0/10,0-30,0)**	**21,5 ± 4,8 (22,0/9,0-31,0)**	**0,005****
PANSS soma total	72,8±11,6 (75,0/46,0-111,0)	73,9 ± 13,8 (73,0/45,0-104,0)	0,627

Os sintomas de depressão e de ansiedade, avaliados através das escalas CALGARY e HAMA, respectivamente, não foram diferentes para os grupos (Tabela 10).

Tabela 10- Descrição da avaliação da **ansiedade** através da escala **HAMA** ("Hamiltom 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 Mann-Whitney.

Variável	GRUPO CASO Média ± DP (mediana/intervalo) N=63	GRUPO CONTROLE Média ± DP (mediana/intervalo) N=63	p-valor T. Mann-Whitney
HAMA	9,2 ± 5,5 (9,0/ 1,0-24,0)	8,6 ± 5,1 (8,0/0-25,0)	0,490
CALGARY	2,8 ± 3,7 (1,0/ 0-13,0)	2,4 ± 2,6 (2,0/ 0-13,0)	0,757

O diagnóstico da esquizofrenia

A distribuição do diagnóstico da esquizofrenia), segundo os critérios da DSM-IV, para grupo caso e grupo controle, está descrita na Figura 1 e foi a mesma para ambos os grupos. Houve maior freqüência para diagnóstico de Esquizofrenia Paranóide (77,8% no grupo caso e 74,6% no grupo controle).

O diagnóstico de Esquizofrenia Indiferenciada apareceu em 20,6% dos pacientes do grupo caso e em 22,2% dos pacientes do grupo controle; o diagnóstico de Esquizofrenia Residual apareceu com a mesma freqüência no grupo caso e no grupo controle (1,6%) ; o diagnóstico de Esquizofrenia Desorganizada apareceu em 1 paciente (1,6%) do grupo controle (Figura 1).

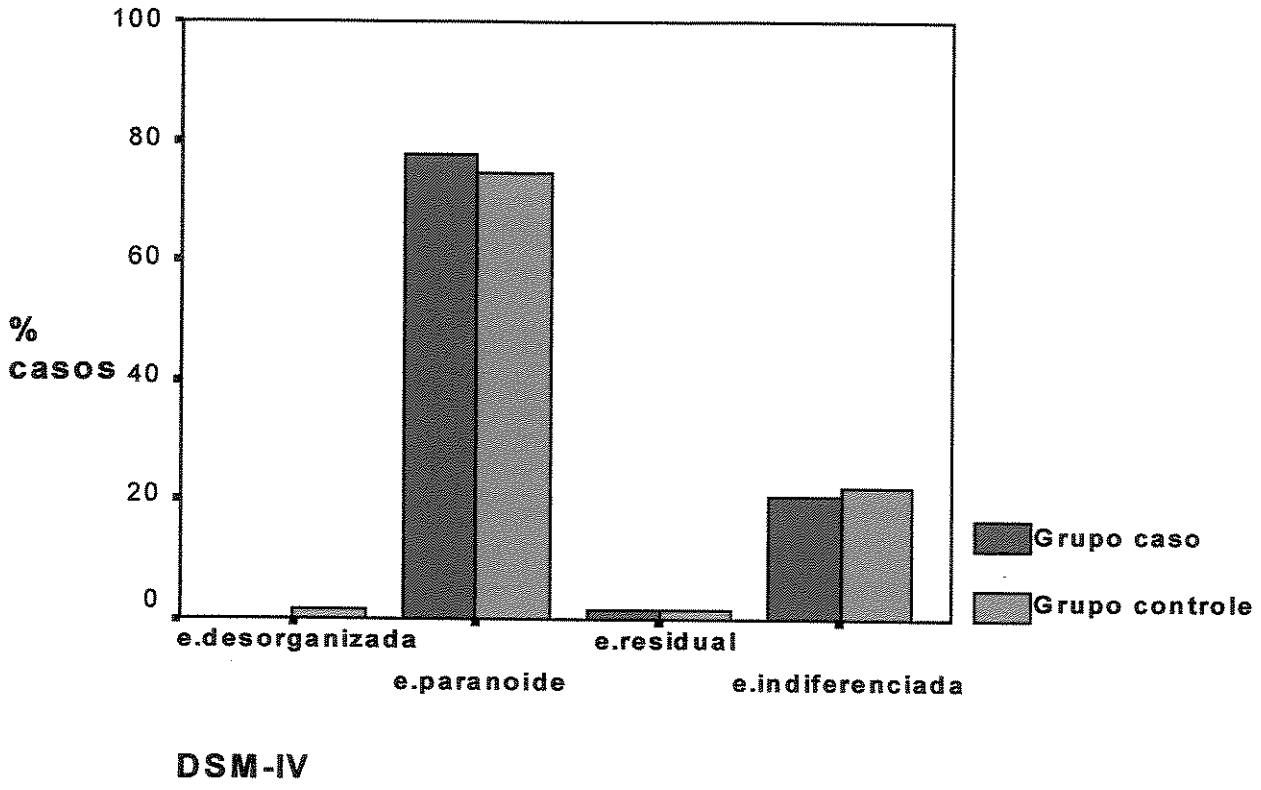

Figura1- Distribuição da freqüência de casos para o **diagnóstico de Esquizofrenia**, segundo o DSM-IV, nos grupos caso e controle (Esquizofrenia Paranóide: 295.3; Esquizofrenia Desorganizada.: 295.1; Esquizofrenia Indiferenciada: 295.9; Esquizofrenia Residual: 295.6).

A avaliação farmacológica

Os dados referentes à avaliação farmacológica do tratamento atual, ou seja, aquele que compreendeu a conduta medicamentosa para o paciente no momento da entrevista, estão descritos na Tabela 11.

Os pacientes do grupo caso e grupo controle não apresentaram diferença na avaliação farmacológica para uso e dose de antipsicóticos, antiparkinsonianos, antidepressivos, estabilizadores de humor e tranqüilizantes.

Os pacientes do grupo caso (n=1) e grupo controle (n=2) que não estavam fazendo uso de antipsicóticos, no momento da entrevista, haviam usado antipsicóticos no episódio atual da doença, no entanto, naquele momento, estavam sob observação clínica (1 paciente) ou em tratamento com eletroconvulsoterapia (2 pacientes).

Tabela 11- Descrição do **uso e dose atual de antipsicóticos** (em dose equivalente de clorpromazina); **de antiparkinsonianos** (em u. de equivalência); **de antidepressivos, estabilizadores de humor, tranqüilizantes e Eletroconvulsoterapia (ECT)**; comparação de grupo caso e grupo controle [freqüência, média, desvio padrão (DP), mediana, intervalo e p-valor]. Teste do Qui-quadrado, Teste Exato de Fisher e Teste Mann-Whitney .

MEDICAÇÃO ATUAL	**GRUPO CASO N=63** % **Média± DP (mediana/intervalo)**	**GRUPO CONTROLE N=63** % **Média± DP (mediana/intervalo)**	**p-valor**
Antipsicóticos			**1,000**[a]
Sim	98,4	96,8	
Não	1,6	3,2	
Antiparkinsonianos			0,829[b]
Sim	73,0	76,2	
Não	27,0	23,8	
Dose Antipsicóticos (mg.)	731,4 ± 385,3 (666,0/20,0-1632,0)	886,6 ± 1121,9 (666,0/6,0-7832,0)	0,681[c]
Dose Antiparkinsonianos (u.)	2,6 ± 1,5 (3,0/0-8,0)	2,7 ± 1,1 (3,0/1,0-5,0)	0,178[c]
Antidepressivos			0,365[a]
Sim	6,3	1,6	
Não	93,7	98,4	
Estabilizadores de Humor			0,693[b]
Sim			
Não	30,2	27,0	
	69,8	73,0	
Tranqüilizantes			0,244[b]
Sim	34,9	25,4	
Não	65,1	74,6	
ECT			0,414[a]
Sim	1,6	1,6	
Não	98,4	98,4	

[a]=T. Exato de Fisher; [b]= T.Qui-quadrado ; [c]=T. Mann-Whitney.

A avaliação dos sintomas extrapiramidais

A avaliação dos sintomas extrapiramidais está descrita na Tabela 12, Tabela 13, Tabela 14, Tabela 15 e Tabela 16. Houve diferença entre o grupo caso e grupo controle na **Avaliação Objetiva** (Tabela 13, Tabela 14, Tabela 15 e Tabela 16) onde o grupo caso apresentou mais sintomas extrapiramidais que o grupo controle.

Tabela 12- 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 Mann-Whitney.

ESRS	GRUPO CASO média ± DP (mediana/intervalo) N=63	GRUPO CONTROLE média ± DP (mediana/intervalo) N=63	p-valor
Parkinsonismo, distonia e discinesia	5,5 ± 3,2 (5,0/ 0-13,0)	4,6 ± 2,9 (4,0/0-14,0)	0,105

Tabela 13- Avaliação Objetiva de Sintomas Extrapiramidais - ESRS ("Extrapyramidal Symptom Rating Scale")- parte 2A (freqüência e p-valor). Teste do Qui-quadrado. * p<0,05

ESRS	**GRUPO CASO** % N=63	**GRUPO CONTROLE** % N=63	**p-valor**
Movimentos automáticos			0,784
Normal	18,9	20,6	
Diminuição leve/moderada	41,9	39,7	
Diminuição grave	42,9	39,7	
Bradicinesia			0,719
Normal	41,3	44,4	
Vagarosidade nos movimentos	58,7	55,6	
Marcha e postura			0,150
Normal	36,5	49,2	
Diminuição de movimentos	63,5	50,8	
Acatisia			0,688
Ausente	71,4	74,6	
Presente	28,6	25,4	
Sialorréia			0,274
Ausente	60,3	63,5	
Leve/moderada	20,6	27,0	
Grave	19,0	9,5	
Estabilidade postural.			**0,003***
Normal	**25,4**	**50,8**	
Instável	**74,6**	**49,2**	

Tabela 14- Descrição Objetiva de Sintomas Extra Piramidais (rigidez e tremor) da escala ESRS ("Extrapyramidal Symptom Rating Scale") –parte 2B [média, desvio padrão (DP), mediana, intervalo e p-valor]. Teste Mann-Whitney. *p<0,05

ESRS	GRUPO CASO média ± DP (mediana/intervalo) N=63	GRUPO CONTROLE média ± DP (mediana/intervalo) N=63	p-valor T. Mann- Whitney
Rigidez de braço Direito e Esquerdo	**3,7 ± 1,6 (4,0/ 2,0-6,0)**	**3,1 ± 1,5 (2,0/ 2,0-6,0)**	**0,036***
Rigidez de perna Direita e Esquerda	2,4 ± 0,8 (2,0/ 2,0-4,0)	2,2 ± 0,6 (2,0/ 2,0-4,0)	0,283
Tremor de braço Direito e Esquerdo	**4,0 ± 3,5 (3,0/ 0-12,0)**	**2,4 ± 2,8 (2,0/ 0-8,0)**	**0,008***
Tremor de perna Direita e Esquerda	0,6 ± 1,9 (0/ 0-8,0)	0,3 ± 1,6 (0/ 0-10,0)	0,312
Tremor cabeça e queixo	0,4 ± 1,2 (0/ 0-6,0)	0,1 ± 0,8 (0/ 0-6,0)	0,184
Tremor de língua e lábios	0,3 ± 1,5 (0/ 0-10,0)	0,1 ± 0,3 (0/ 0-2,0)	0,292

Tabela 15- Avaliação da **Distonia não aguda ou crônica ou tardia – ESRS** ("Extrapyramidal Symptom Rating Scale")-parte 3 (freqüência e p-valor].

ESRS	GRUPO CASO % N=63	GRUPO CONTROLE % N=63	p-valor
Distonia não aguda braço			0,617[a]
Ausente	79,3	79,4	
Leve/moderada	4,8	1,6	
Grave	15,9	19,0	
Distonia não aguda perna			0,752[b]
Ausente	92,1	90,5	
Leve/moderada	7,9	9,5	
Distonia não aguda cabeça e queixo			1,000[a]
Ausente	88,9	88,9	
Leve/moderada	4,8	6,3	
Grave	6,3	4,8	
Distonia não aguda língua			1,000[a]
Ausente	93,6	93,6	
Leve/moderada	6,4	6,4	

[a] =Teste Exato de Fisher; [b] =Teste do Qui-Quadrado.

Tabela 16- Movimentos distônicos - exame médico (Avaliação de parkinsonismo, distonia e discinesia) - ESRS ("Extrapyramidal Symptom Rating Scale") - parte 4 (freqüência e p-valor). *p<0,05

ESRS	GRUPO CASO % N=63	GRUPO CONTROLE % N=63	p-valor
Movimentos distônicos língua			1,680[a]
Ausente	96,8	93,6	
Presente	3,2	6,3	
Movimentos distônicos maxilares			0,717[a]
Ausente	95,2	92,1	
Presente	4,8	7,9	
Movimentos distônicos buco labiais			0,100[a]
Ausente	93,6	95,2	
Presente	6,3	4,8	
Movimentos distônicos do tronco			0,100[a]
Ausente	93,6	93,6	
Presente	6,4	6,4	
Movimentos distônicos de extremidades superiores			**0,029[b]***
Ausente	**63,5**	**80,9**	
Presente	**36,5**	**19,1**	
Movimentos distônicos de extremidades inferiores			0,744[a]
Ausente	90,5	93,5	
Presente	9,5	6,5	
Outros movimentos distônicos involuntários			0,503[b]
Ausente	77,8	82,5	
Presente	22,2	17,5	

[a] =Teste Exato de Fisher ; [b]=Teste do Qui-Quadrado

Tabela 17- Impressão Global da gravidade da discinesia e do parkinsonismo (Avaliação de parkinsonismo, distonia e discinesia) - ESRS ("Extrapyramidal Symptoms Rating Scale") - parte 5 (freqüência e p-valor). Teste do Qui-quadrado.

ESRS	GRUPO CASO % N=63	GRUPO CONTROLE % N=63	p-valor T. Qui-quadrado
Impressão clínica global da gravidade da discinesia			0,876
Ausente	74,6	71,4	
Leve/moderado	12,7	15,9	
Grave	12,7	12,7	
Impressão clínica global da gravidade do parkinsonismo			0,098
Ausente	17,4	36,5	
Leve	41,3	36,5	
Moderado	19,0	12,7	
Grave	22,2	14,3	

A avaliação da Impressão Subjetiva em relação à medicação e às Substâncias Psicoativas (álcool, maconha e cocaína)

Para a escala **DAI 30**: os resultados da atitude do paciente frente ao uso de medicação estão apresentados aqui item a item, sendo que os pacientes do grupo caso responderam positivamente mais que os pacientes do grupo controle os itens: "os efeitos desconfortáveis, ruins dos remédios estão sempre presentes" e "não é natural para minha mente e para o meu corpo serem controlados por remédios" e apresentaram tendência no item: "não fico diferente com ou sem remédios, dá na mesma" (Tabela 18a).

Tabela 18a- Inventário da Atitude em relação à Medicação - **DAI-30** ("Drug Atittude Inventory"), descrição e comparação dos resultados para os itens 1 a 20, para grupo caso e grupo controle (freqüência e p-valor).Teste Qui-quadrado.*0,05<p<0,10;** p-valor<0,05

DAI –30	GRUPO CASO % N=63	GRUPO CONTROLE % N=63	p-valor T. Qui-quadrado
Item 1: eu não preciso tomar remédio quando eu me sinto bem	54,0 sim 46,0 não	52,4 sim 47,6 não	0,858
Item 2: para mim, o lado bom do remédio é mais importante que o lado ruim .	85,7 sim 14,3 não	79,0 sim 21,0 não	0,327
Item 3: quando tomo os remédios eu me sinto meio "xarope", meio "zoró" como um robô.	61,9 sim 38,1 não	47,6 sim 52,4 não	**0,107**
Item 4: mesmo quando eu não estou internado, eu acho que preciso tomar remédios.	44,4 sim 55,7 não	34,9 sim 65,1 não	0,190
Item 5: se eu tomo remédios, é por causa da pressão de outras pessoas.	54,0 sim 46,0 não	46,0 sim 54,0 não	0,373
Item 6: quando estou tomando os remédios eu fico mais consciente do que faço e do que acontece a minha volta.	66,7 sim 33,3 não	63,5 sim 36,5 não	0,709
Item 7: tomar remédios não vai fazer mal para mim.	54,0 sim 46,0 não	65,1 sim 34,9 não	0,204
Item 8: eu tomo remédio por decisão própria, porque resolvi tomá-los.	46,0 sim 54,0 não	39,7 sim 60,3 não	0,471
Item 9: os remédios me fazem sentir mais relaxado.	71,0 sim 29,0 não	76,2 sim 23,8 não	0,508
Item 10: eu não fico diferente com ou sem remédios. (dá na mesma).	**48,4 sim 51,6 não**	**31,7 sim 68,3 não**	**0,058***
Item 11: os efeitos desconfortáveis, ruins, dos remédios estão sempre presentes.	**74,2 sim 25,8 não**	**47,6 sim 52,4 não**	**0,002****
Item 12: os remédios me fazem sentir cansado, lento, devagar.	74,2 sim 25,8 não	68,3 sim 31,7 não	0,463
Item 13: eu só tomo remédios quando eu me sinto mal, doente.	51,6 sim 48,4 não	64,5 sim 35,5 não	0,145
Item 14: os remédios são um veneno de ação lenta.	57,4sim 42,6 não	44,3 sim 55,7 não	0,147
Item 15: eu me dou melhor com as pessoas quando eu estou tomando os remédios.	60,3 sim 39,7 não	61,9 sim 38,1 não	0,855
Item 16: quando eu estou tomando os remédios eu não consigo me concentrar em nada.	33,3 sim 66,7% não	43,5 sim 56,5 não	0,240
Item 17: eu sei melhor do que o médico quando eu devo parar com os remédios.	42,9 sim 57,1 não	29,0 sim 71,0 não	0,107
Item 18: eu me sinto mais normal quando eu tomo os remédios.	60,7 sim 39,3 não	69,8 sim 30,2 não	0,283
Item 19: eu prefiro ficar doente do que tomar remédios.	12,9 sim 87,1 não	12,7 sim 87,3 não	0,973
Item 20: não é natural para minha mente e para o meu corpo serem controlados pelos remédios.	**75,4 sim 24,6 não**	**55,7 sim 44,3 não**	**0,022****

Tabela 18b- Inventário da Atitude em relação à Medicação - **DAI-30** ("Drug Atittude Inventory"), descrição e comparação dos resultados para os itens 21 a 30, para grupo caso e grupo controle (freqüência e p-valor).Teste Qui-quadrado.

DAI –30	**GRUPO CASO** % N=63	**GRUPO CONTROLE** % N=63	**p-valor** T. **Qui-quadrado**
Item 21: os meus pensamentos ficam mais claros quando eu tomo os remédios.	65,1 sim 34,9 não	59,7 si m 40,3 não	0,533
Item 22: eu devo continuar tomando os remédios mesmo quando eu me sinto bem.	53,2 sim 46,8 não	42,9 sim 57,1 não	0,246
Item 23: tomar os remédios irá impedir que eu tenha uma recaída, uma nova crise.	48,4 sim 51,6 não	41,3 sim 58,7 não	0,424
Item 24: é decisão do médico quando eu devo parar de tomar os remédios.	79,0 sim 21,0 não	77,4 sim 22,6 não	0,828
Item 25: muitas coisas que eu posso fazer com facilidade, ficam mais difíceis quando eu estou tomando os remédios.	64,5 sim 35,5 não	54,0 sim 46,0 não	0,230
Item 26: eu me sinto melhor e mais feliz quando eu estou tomando os remédios.	54,0 sim 46,0 não	57,1 sim 42,9 não	0,720
Item 27: estão me dando remédios para controlar coisas que eu faço e que as outras pessoas não gostam.	69,4 sim 30,6 não	57,4 sim 42,6 não	0,168
Item 28: eu não consigo relaxar quando estou tomando remédios.	43,5 sim 56,5 não	34,9sim 65,1 não	0,323
Item 29: quando eu tomo os remédios eu sinto que posso me controlar melhor.	73,0 sim 27,0 não	72,6 sim 27,4 não	0,956
Item 30: tomando os remédios, eu posso me prevenir (evitar) de ficar doente.	69,8 sim 30,2 não	73,0 sim 27,0 não	0,693

A avaliação dos sete fatores de subjetividade, agrupou 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 7.

A comparação entre os grupos caso e controle, para os sete fatores de subjetividade (Quadro 7), não apresentou diferença entre eles, no entanto, a avaliação dos trinta itens da escala **DAI-30**, em separado, apresentou diferença entre os grupos (Tabela 18a).

Quadro 7- 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). Teste Mann-Whitney. *0,05<p<0,1

Fatores –escala DAI 30	**GRUPO CASO média ± DP**	**GRUPO CONTROLE média ± DP**	**p- valor T. MannWhitney**
Fator 1 (subjetividade positiva)	5,4 ± 2,3	5,4 ± 2,4	0,981
Fator 2 (subjetividade negativa)	3,5 ± 1,5	2,9 ± 2,1	0,188
Fator 3 (saúde/doença)	1,8 ± 0,9	1,8 ± 0,8	0,584
Fator 4 (controle médico)	1,2 ± 0,6	1,0 ± 0,6	0,133
Fator 5 (controle do uso de medicação)	1,0 ± 0,7	0,9 ± 0,7	0,242
Fator 6 (prevenção de recaída)	1,2 ± 0,8	1,1 ± 0,7	0,711
Fator 7 (prejuízo)	1,1 ± 0,7	1,1 ± 0,6	0,834
DAI negativa	8,1 ± 3,0	7,0 ± 3,4	0,106
DAI positiva	9,7 ± 3,5	9,5 ± 3,5	0,908

Para a escala **SSAS**: os dados da impressão subjetiva em relação às substâncias, estão apresentados em separado para cada uma das substâncias, comparando-se a impressão subjetiva da medicação entre os grupos caso e controle e entre a medicação e as outras substâncias (álcool, maconha e cocaína) no grupo que faz uso delas (Tabela 19; Tabela 20; Tabela 21 e Tabela 22).

Comparando-se a impressão subjetiva do uso da **medicação** para o grupo caso e o grupo controle (Tabela 19), no item "sintomas negativos", o grupo caso teve média de 3,1 (DP ± 1,2) pontos e grupo controle, média de 3,5 (DP ± 1,4), na impressão subjetiva da medicação ($p<0,05$). Neste item, o menor escore representa impressão subjetiva de mais sintomas negativos.

Tabela 19- Descrição da Impressão Subjetiva (SSAS) em relação `a **medicação** para grupo caso e grupo controle [média, desvio padrão (DP), p-valor]. Teste Mann-Whitney. *$p<0,05$

Subjetividade (SSAS) MEDICAÇÃO	**grupo caso média ± DP N=62**	**grupo controle média ± DP N=61**	**p-valor (bicaudado) T. Mann-Whitney**
Humor Menor escore=mais deprimido Maior escore= mais alegre	3,1 ± 1,2	2,9 ± 1,0	0,6647
Ansiedade Menor escore=mais calmo Maior escore= mais ansioso	2,4 ± 1,3	2,3 ± 1,1	0,8580
Energia Menor escore=mais energia Maior escore= mais cansado	3,4 ± 1,4	3,4 ± 1,4	0,8353
Hostilidade Menor escore=mais hostil Maior escore= mais amigável	3,7 ± 1,2	3,4 ± 1,2	0,1793
Desconfiança Menor escore=mais confiante Maior escore= mais desconfiado	2,8 ± 1,3	2,7 ± 1,3	0,4961
Pensamento Menor escore=mais claro Maior escore= mais confuso	2,8 ± 1,3	2,7 ± 1,3	0,4147
Distração Menor escore=mais distraído Maior escore= mais atento	3,2 ± 1,3	3,1 ± 1,4	0,8462
Envolvimento com grupo Menor escore=mais envolvido Maior escore= mais alienado	2,8 ± 1,3	3,1 ± 1,4	0,2770
Sintomas positivos Menor escore=mais sintomas Maior escore=menos sintomas	3,6 ± 1,3	3,9 ± 1,3	0,2416
Sintomas Negativos Menor escore=mais sintomas Maior escore=menos sintomas	**3,1 ± 1,2**	**3,5 ± 1,4**	**0,0396***

Comparando-se a impressão subjetiva do uso da medicação com a **impressão subjetiva do uso de álcool** (tabela 20), no grupo caso, no item "sintomas positivos", a média foi de 3,5 (DP± 1,2) para o uso da medicação e média de 2,8 (DP± 1,2) para o uso de álcool ($p<0,05$). Neste item o menor escore representa **mais sintomas positivos**.

Tabela 20- Descrição da Impressão Subjetiva (SSAS) em relação ao **álcool** para o grupo caso e comparação com a Impressão Subjetiva da **medicação** no grupo caso [média, desvio padrão (DP) e p-valor]. Teste comparativo de Wilcoxon. *$p<0,05$.

Subjetividade (SSAS) MEDICAÇÃO	**ÁLCOOL Grupo caso Média ± DP N=35**	**MEDICAÇÃO Grupo controle Média ± DP N=62**	**p-valor (bicaudado) T.Wilcoxon**
Humor Menor escore=mais deprimido Maior escore= mais alegre	3,5 ± 1,3	3,1 ± 1,1	0,2863
Ansiedade Menor escore=mais calmo Maior escore= mais ansioso	3,1 ± 1,4	2,6 ± 1,3	0,1485
Energia Menor escore=mais energia Maior escore= mais cansado	2,9 ± 1,4	3,5 ± 1,4	0,0922
Hostilidade Menor escore=mais hostil Maior escore= mais amigável	3,7 ± 1,2	3,6 ± 1,1	0,9104
Desconfiança Menor escore=mais confiante Maior escore= mais desconfiado	2,9 ± 1,4	2,9 ± 1,2	0,9745
Pensamento Menor escore=mais claro Maior escore= mais confuso	3,2 ± 1,4	2,8 ± 1,2	0,2975
Distração Menor escore=mais distraído Maior escore= mais atento	3,0 ± 1,4	3,2 ± 1,4	0,5439
Envolvimento com grupo Menor escore=mais envolvido Maior escore= mais alienado	2,3 ± 1,4	2,9 ± 1,3	0,1637
Sintomas positivos Menor escore=mais sintomas Maior escore=menos sintomas	**2,8 ± 1,2**	**3,5 ± 1,2**	**0,0165***
Sintomas Negativos Menor escore=mais sintomas Maior escore=menos sintomas	3,4 ± 1,3	2,9 ± 1,1	0,1621

Comparando-se a impressão subjetiva do uso da medicação com a **impressão subjetiva do uso de maconha** (tabela 21), no item "humor", a média foi de 3,0 (DP±1,3) para o uso da medicação e média de 3,9 (DP±1,4) para o uso da maconha, no grupo caso ($p<0,05$). Neste item, o maior escore representa impressão subjetiva de humor **mais alegre**. No item "sintomas positivos", a média foi de 3,5 (DP±1,4) para a o uso da medicação e média de 2,5 (DP±1,4) para o uso da maconha, ($p<0,05$). Neste item, o menor escore representa impressão subjetiva de **mais sintomas positivos.**

Tabela 21- Descrição da Impressão Subjetiva (SSAS) em relação à **maconha** no grupo caso e comparação com a Impressão Subjetiva da **medicação** para o grupo caso [média, desvio padrão (DP) e p-valor]. Teste comparativo de Wilcoxon. *$p<0,05$.

Subjetividade (SSAS) MEDICAÇÃO	**MACONHA grupo caso média ±DP N=59**	**MEDICAÇÃO grupo controle média ± DP N=62**	**p-valor (bicaudado) T.Wilcoxon**
Humor Menor escore=mais deprimido Maior escore= mais alegre	**3,9 ± 1,4**	**3,1 ± 1,3**	**0,0045***
Ansiedade Menor escore=mais calmo Maior escore= mais ansioso	2,3 ± 1,4	2,4 ± 1,3	0,5557
Energia Menor escore=mais energia Maior escore= mais cansado	3,0 ± 1,7	3,3 ± 1,4	0,4302
Hostilidade Menor escore=mais hostil Maior escore= mais amigável	3,6 ± 1,3	3,7 ± 1,3	0,8147
Desconfiança Menor escore=mais confiante Maior escore= mais desconfiado	3,3 ± 1,5	2,9 ± 1,4	0,1198
Pensamento Menor escore=mais claro Maior escore= mais confuso	3,3 ± 1,6	2,9 ± 1,3	0,2829
Distração Menor escore=mais distraído Maior escore= mais atento	2,9 ± 1,5	3,2 ± 1,3	0,5348
Envolvimento com grupo Menor escore=mais envolvido Maior escore= mais alienado	2,9 ± 1,6	2,8 ± 1,4	0,6847
Sintomas positivos Menor escore=mais sintomas Maior escore=menos sintomas	**2,5 ± 1,4**	**3,5 ± 1,4**	**0,0023***
Sintomas Negativos Menor escore=mais sintomas Maior escore=menos sintomas	2,9 ± 1,5	3,0 ± 1,3	0,7641

Comparando-se a impressão subjetiva do uso da medicação com **a impressão subjetiva do uso da cocaína** (tabela 22), no item "humor", a média foi de 3,1 (DP±1,2) para o uso da medicação no grupo caso e média de 4,0 (DP±1,3) para o uso de cocaína no grupo caso ($p<0,05$). Neste item, o maior escore representa sentir-se **mais alegre**. No item "ansiedade", a média foi de 2,4 (DP±1,3) para o uso da medicação e média de 3,9 (DP±1,6) para o uso de cocaína ($p<0,05$). Neste item, o maior escore representa **mais ansiedade/tensão**. No item "energia", a média foi de 3,3 (DP±1,5) para o uso da medicação e média de 1,8 (DP±1,0) para o uso de cocaína ($p<0,05$). Neste item, o menor escore representa **mais energia**. No item "hostilidade", a média foi de 3,7 (DP± 1,2) para o uso da medicação e média de 2,9 (DP ± 1,4) para o uso de cocaína ($p<0,05$). Neste item o maior escore significa **mais hostilidade**. No item "distração" a média foi de 3,2 (DP ± 1,2) para o uso de medicação e média de 4,2 (DP ± 1,1) para o uso de cocaína ($p<0,05$). Neste item o maior escore significa **mais atenção**. No item "sintomas positivos", a média foi de 3,7 (DP±1,1) para o uso da medicação e média de 2,5 (DP±1,5) para o uso de cocaína ($p<0,05$). Neste item, o menor escore representa **mais sintomas positivos**.

Tabela 22- Descrição da Impressão Subjetiva (SSAS) em relação à **cocaína** para grupo caso e comparação com a impressão subjetiva da **medicação** para o grupo caso [média, desvio padrão (DP) e p-valor]. Teste comparativo de Wilcoxon. *p<0,05.

Subjetividade (SSAS) MEDICAÇÃO	**COCAÍNA Grupo caso Média ± DP N=51**	**MEDICAÇÃO Grupo controle Média ± DP N=62**	**p-valor (bicaudado) T.Wilcoxon**
Humor Menor escore=mais deprimido Maior escore= mais alegre	**4,0 ± 1,3**	**3,1 ± 1,2**	**0,0183***
Ansiedade Menor escore=mais calmo Maior escore= mais ansioso	**3,9 ± 1,6**	**2,4 ± 1,3**	**0,0023***
Energia Menor escore=mais energia Maior escore= mais cansado	**1,8 ± 1,0**	**3,3 ± 1,5**	**0,0046***
Hostilidade Menor escore=mais hostil Maior escore= mais amigável	**2,9 ± 1,4**	**3,7 ± 1,2**	**0,0154***
Desconfiança Menor escore=mais confiante Maior escore= mais desconfiado	3,2 ± 1,7	2,9 ± 1,4	0,5211
Pensamento Menor escore=mais claro Maior escore= mais confuso	3,2 ± 1,6	2,8 ± 1,4	0,2874
Distração Menor escore=mais distraído Maior escore= mais atento	**4,2 ± 1,1**	**3,2 ± 1,2**	**0,0102***
Envolvimento com grupo Menor escore=mais envolvido Maior escore= mais alienado	2,7 ± 1,6	2,9 ± 1,4	0,5405
Sintomas positivos Menor escore=mais sintomas Maior escore=menos sintomas	**2,5 ± 1,5**	**3,7 ± 1,1**	**0,0028***
Sintomas Negativos Menor escore=mais sintomas Maior escore=menos sintomas	2,9 ± 1,5	3,3 ± 1,3	0,3908

A avaliação da qualidade de vida

A **escala Qualidade de Vida (QLS)**: no grupo caso, a média foi de 55,7 pontos e no grupo controle, encontrou-se média de 52,9 pontos. Nesta escala o maior escore significa melhor qualidade de vida.

A descrição (média ± DP) item a item e o resultado da comparação entre os grupos estão descritos na Tabela 23. Segue abaixo a descrição do significado dos itens da escala QLS com a diferença entre os grupos caso e controle.

No item "conhecidos" (avalia-se as relações com as pessoas conhecidas ou aquelas com as quais se compartilha interesses ou atividades comuns, sem um aspecto íntimo) o grupo caso apresentou **mais conhecidos**.

No item "nível de atividade social" (avalia a participação em atividades recreativas com outras pessoas, exclui-se atividades sociais cujo principal objetivo é outro, como trabalho e escola) o grupo caso apresentou **maior nível de atividade social**.

No item "rede social" (examina em que medida outras pessoas se preocupam com o doente, cuidam de seus bens ou sabem de suas atividades, excluindo profissionais de saúde) o grupo caso apresentou **maior rede social**.

No item "iniciativa social" (avalia o quanto a pessoa é ativa ao dirigir suas interações sociais- o que, quando e com quem) o grupo caso apresentou-se **mais ativo socialmente**.

No item "retraimento social" (avalia o quanto a pessoa evita ativamente as interações sociais porque estas perturbam ou são pouco interessantes) o grupo caso apresentou uma tendência a ter menor retraimento social.

No item "relações sócio sexuais" (avalia a capacidade para a relação íntima e madura com membros do sexo oposto e a satisfação sexual) o grupo caso apresentou **maior capacidade de relação íntima e satisfação sexual**.

No item "curiosidade" (avalia o grau de interesse pelo que está a volta do indivíduo, e se questiona o que não compreende) o grupo caso apresentou **menor curiosidade.**

No item "objetos comuns" (avalia o quanto o indivíduo possui de certos objetos comuns e específicos ou seja, recursos sócios-culturais procurados e utilizados, necessários para viver em seu meio cultural) o grupo caso apresentou **menos objetos comuns**.

Tabela 23- Escala **QLS** ("Quality of life Scale")- Distribuição das médias, desvio padrão e significância para grupo caso(n=63) e controle (n=63). Teste Mann-Whitney. * 0,05<p<0,10; **p<0,05; ***p<0,001.

QLS Maior escore =melhor desempenho	**grupo caso Média±DP N=63**	**grupo controle Média ± DP N=63**	**p –valor T. Mann-Whitney**
1.QLS-relação com familiares	2,9±1,3	2,9±1,6	0,968
2.QLS-relações íntimas	1,6±1,5	1,3±1,6	0,128
3.QLS-conhecidos	**3,3±1,3**	**2,4±1,4**	**0,001****
4.QLS-nível de atividade social	**3,2±1,3**	**2,5±1,4**	**0,003****
5.QLS-rede social	**2,8±1,4**	**2,2±1,3**	**0,007****
6.QLS-iniciativa social	**3,1±1,1**	**2,4±1,1**	**0,000*****
7.QLS-retraimento social	3,3±1,2	2,9±1,3	0,075*
8.QLS-relações sócio-sexuais	**2,9±1,5**	**2,2±1,6**	**0,015****
9.QLS-ocupação	1,9±2,1	2,0±1,7	0,394
10.QLS-realização pessoal	2,0±1,1	2,1±1,1	0,721
11.QLS-aproveitamento das capacidades pessoais	3,6±2,1	3,4±1,7	0,321
12.QLS-satisfação no trabalho	3,5±1,5	3,7±1,3	0,717
12.QLS-objetivos e planos realistas	2,0±1,4	2,0±1,6	0,920
13.QLS- grau de motivação	2,6±1,5	2,2±1,4	0,153
14.QLS-curiosidade	**2,1±1,5**	**2,8±1,7**	**0,017****
15.QLS-anedonia	2,9±1,3	3,1±1,3	0,269
16.QLS-aproveitamento do tempo	2,2±1,9	2,0±1,8	0,645
17.QLS-objetos comuns (objetos e recursos sócio-culturais procurados e utilizados)	**1,9±1,2**	**2,5±1,4**	**0,014****
18.QLS-atividades comuns	3,1±1,4	3,4±1,3	0,664
19.QLS-capacidade de empatia	3,4±1,1	3,2±1,1	0,510
20.QLS-interação emocional	4,1±1,0	4,2±1,1	0,571

A avaliação da escala **QLS** foi feita através de quatro **fatores** derivados das categorias descritas a seguir. Estas categorias compreendem os itens da escala QLS que foram agrupados para cada fator : fator1 (**relações interpessoais**), compreende os itens1 a 8; fator 2 (**papel instrumental**), compreende os itens 9 a 12; fator 3 (**fundamento intrapsíquico**); compreende os itens 13 a 17, 20 e 21 e fator 4 (**objetos e atividades comuns**), compreende os itens 18 e 19. Os resultados estão apresentados no Quadro 8 e evidenciam **mais relações interpessoais** para o grupo caso.

Quadro 8- Distribuição da amostra para os fatores da escala **QLS** para grupo caso e grupo controle: Fator 1; Fator 2; Fator 3; Fator 4 (média, Desvio Padrão, p-valor). Teste Mann-Whitney. **p<0,05

Fatores –escala QLS	GRUPO CASO Média ± DP n=63	GRUPO CONTROLE Média ± DP n=63	p- valor T.MannWhitney
Fator 1 (Relações Interpessoais)	**2,9 ± 0,9**	**2,4 ± 0,9**	**0,001****
Fator 2 (Papel Instrumental)	2,5 ± 1,4	2,5 ± 1,2	0,998
Fator 3 (Fundamentos Intrapsíquicos)	2,7 ± 0,9	2,8 ± 1,0	0,804
Fator 4 (Objetos e Atividades comuns)	2,5 ± 1,2	2,9 ± 1,2	0,125

A Análise Multivariada

A Regressão Logística multivariada está apresentada a seguir nos quadros 9 a 13. Para esta análise foram montados modelos que incluiram as **variáveis sócio-demográficas, histórico psiquiátrico, escalas PANSS, QLS, GAS, GARF, ESRS, DAI30** e **SSAS**. Tais modelos, estão descritos a seguir, em separado, para cada uma das dimensões estudadas.

Os resultados da Regressão Logística Multivariada para **dados sócio-demográficos** e **Histórico psiquiátrico** (grupo caso n=55 e grupo controle n=60) revelaram que os pacientes do **grupo caso** apresentaram **mais antecedentes de história familiar para uso de álcool, mais atividade laboral** e **melhor estimativa de capacidade de entendimento e inteligência global** comparado ao grupo controle (Quadro 9).

Quadro 9- Regressão Logística Multivariada para **dados sócio-demográficos** e **Histórico psiquiátrico.** *p<0,05

Variável	Estimativa	p-valor	OR	IC95%
Intercepto	-4.354	0,920		
História de uso de Álcool na família	2,2708	**<0,0001***	9,687	3,746; 25,046
Atividade laboral	1,8411	**0,0081***	6,303	1,614; 24,617
Estimativa da Inteligência global	1,4895	**0,0137**	4,435	1,357; 14,495

A Regressão Logística Multivariada para avaliação **psicopatológica** (grupo caso n=63 e grupo controle n=63) foi realizada considerando os dados sócio demográficos e a escala PANSS, utilizando-se dois modelos de procedimentos de seleção de variáveis distintos: *stepwise* e *backward* (Hosmer,1989).

No primeiro modelo (*stepwise*), os pacientes do grupo caso apresentaram ser **mais ativos laboralmente**, com **mais falta de cooperação, menos maneirismos** e **menos esquiva social ativa**, comparado ao grupo controle (Quadro10). No segundo modelo (*backward*) os pacientes do grupo caso apresentaram **menos maneirisos, mais falta de cooperação, menos conteúdo incomum do pensamento, menos preocupação, menos esquiva social ativa, maior escore total da sub-escala Geral da PANSS, mais grandiosidade** e **menor escore total da sub-escala negativa da PANSS**, comparado ao grupo controle (Quadro 11).

Quadro 10- Regressão Logística Multivariada (grupo caso: n=63; grupo controle: n=63), para **dados sócio-demograficos** e **escala PANSS** -"Positive and Negative Syndrome Scale" -[**Psicopatologia Geral (PANSS G),** item maneirismo e postura; item falta de cooperação; item esquiva social ativa] para grupo caso e grupo controle . Procedimento de seleção de variáveis ***stepwise***. *p<0,05

Variável	Estimativa	p-valor	OR	IC95%
Intercepto	1,276	0,101		
Atividade laboral (ativo x inativo)	1,4660	**0,023***	4,332	1,221; 15,369
PANSS G Maneirismo	-0,5014	**0,030***	0,606	0,386; 0,952
PANSS G Falta de cooperação	0,9904	**0,005***	2,692	1,354; 5,354
PANSS G Esquiva social Ativa	-0,6008	**0,003***	0,548	0,369; 0,816

Quadro 11- Regressão Logística Multivariada (grupo caso: n=63 e grupo controle, n=63) para **dados sócio-demográficos** e **escala PANSS** – "Positive and Negative Syndrome Scale"-[Psicopatologia Geral (PANSS G), Psicopatologia Positiva (PANSS P), Psicopatologia Negativa (PANSS P)] para gupo caso e grupo controle. Procedimento de seleção de variáveis ***backward***. *p<0,05

Variável	Estimativa	p-valor	OR	IC95%
Intercepto	2,210	0,119		
PANSSG (maneirismo)	-0,5014	**0,0064***	0,606	0,386; 0,952
PANSSG (falta de cooperação)	0,9904	**0,0145***	2,692	1,354; 5,354
PANSSG (pensamentos incomuns)	0,6278	**0,0252***	0,534	0,308; 0,925
PANSSG (preocupação)	-0,6569	**0,0184***	0,518	0,300; 0,895
PANSSG (esquiva social ativa)	-0,5647	**0,0269***	0,569	0,345; 0,938
PANSS-Geral (Escore total)	0,1464	**0,0144***	1,158	1,030; 1,302
PANSS P (grandiosidade)	0,4221	**0,0301***	1,525	1,041; 2,234
PANSS N (Escore total)	-0,1191	**0,0276***	0,888	0,799; 0,987

A Regressão Logística Multivariada para avaliação **Farmacológica** (grupo caso n=56 e grupo controle n=58) considerou os efeitos extrapiramidais (Escala **ESRS**), efeitos subjetivos da medicação (Escala **DAI30** e **SSAS**) e **dados sócio-demográficos**. Os resultados revelaram que os pacientes do grupo caso apresentavam **mais atividade laboral, mais tremor nos braços** (ESRS), **mais envolvimento com grupo** e **mais sintomas negativos com o uso da medicação** (SSAS), comparados aos pacientes do grupo controle (Quadro 12).

Quadro 12- Regressão Logística Multivariada para **dados sócio-demográficos** (grupo caso: n=56 x grupo controle: n=58), **ESRS** ("Extra Piramidal Symptoms Rating Scale), **DAI30** ("Drug Attitude Inventory") e **SSAS** (Impressão Subjetiva em relação às Substâncias") para medicação. *p<0,05.

Variável	Estimativa	p-valor	OR	IC95%
Intercepto	1,8635	0,0530		
Atividade laboral (ativo x inativo)	1,4681	**0,0030***	4,341	1,128; 16,713
ESRS-tremor de braços	0,1957	**0,0030***	0,126	1,069; 1,384
SSAS (envolvimento com grupo)	-0,3902	**0,0263***	0,677	0,480; 0,955
SSAS (sintomas negativos)	-0,4712	**0,0085**	0,624	0,439; 0,887

A Regressão Logística Multivariada para avaliação da **Qualidade de Vida** (grupo caso n=61 e grupo controle n=63) foi realizada considerando os **dados sócio-demográficos**, a escala **QLS**, a escala **GAS** e escala **GARF**.

Os pacientes do grupo caso apresentaram-se com **mais atividade laboral, mais relações interpessoais** (fator 1 da escala QLS) e **menos objetos e atividades comuns** (fator 4 da escala QLS) comparado ao grupo controle (Quadro 13).

Quadro 13- Regressão Logística Multivariada para **dados sócio-demográficos** e **escala QLS** ("Quality of Life Scale"), **GAS** ("Global Assessment Scale) e **GARF** ("Global Assessment Relational Functionning"). *p<0,05; **p<0,001.

Variável	Estimativa	p-valor	OR	IC95%
Intercepto	-0,903	0,165		
Atividade laboral (ativo x inativo)	1,6262	**0,0209***	5,085	1,280; 20,204
QLS-fator 1 (relações interpessoais)	0,9967	**<0,0001****	2,709	1,647; 4,456
QLS-fator 4 (objetos e atividades comuns)	-0,7074	**0,0005***	0,493	0,331; 0,733

Podemos resumir os resultados encontrados e que caracterizam os pacientes do grupo caso, de acordo com os dados obtidos ao longo dos instrumentos utilizados, comparando aos pacientes do grupos controle, no Quadro 14.

Quadro 14- Resumo dos Resultados da análise comparativa entre os grupos caso e controle e que caracterizam o GRUPO CASO (n=63).

Dados sócio-demográficos				
• Mais ativos laboralmente. • Tendência a ter menor número de anos com insucesso escolar. • Maior número de internações. • Melhor estimativa da capacidade de entendimento e inteligência global. • Melhor desempenho para lidar com dinheiro e vestir-se sozinho. • Mais História de uso de álcool e drogas na família • Maior taxa de Tabagismo e número de cigarros fumados por dia				
História de uso de SPA				
	Uso às vezes	Síndrome de abstinência	Uso diário	Uso no último mês
Álcool	82,5%	8,3%	28,6%	55,6%
		Uso na vida	Uso no último ano	Uso no último mês
Maconha		94%	71%	42,9%
Cocaína		81%	49,2%	9,5%
Psicopatologia da esquizofrenia				
• Menos sintomas negativos (PANSS)				
Tratamento Farmacológico				
• Mais Efeitos Extrapiramidais (ESRS)				
Subjetividade em relação da medicação				
• Efeito subjetivo de pior relação com medicação (DAI30) • Mais sintomas negativos com a medicação (SSAS)				
Subjetividade em relação às SPA *versus* à medicação				
• Mais sintomas positivos com uso de álcool • Mais alegre e mais sintomas positivos com maconha • Mais alegre, com energia, mais sintomas positivos e tensão com cocaína				
Qualidade de Vida				
• Mais conhecidos • Mais atividade social • Maior rede social • Mais iniciativa social • Maior capacidade e satisfação sexual • Menor curiosidade • Menos objetos comuns				

Da mesma forma, podemos resumir os dados e compor o **Perfil dos pacientes do grupo caso**, através dos resultados da análise multivariada (Quadro 15).

Quadro 15- Perfil dos pacientes do **grupo caso**. Resumo dos resultado da Análise multivariada para a amostra.

Perfil demográfico e Histórico Psiquiátrico
Mais antecedentes de história familiar para uso de álcool
Mais atividade laboral
Melhor estimativa da capacidade de entendimento e inteligência global
Perfil Psicopatológico (PANSS e dados sócio-demográficos)
Mais atividade laboral
Menos esquiva social ativa
Menos maneirismos
Mais falta de cooperação
Menos preocupação
Menos conteúdo incomum do pensamento
Mais sintomas Gerais da PANSS
Menos sintomas Negativos PANSS
Perfil da Qualidade de Vida (QLS, GAS, GARF e dados sócio-demográficos)
Mais atividade laboral
Mais relações Interpessoais
Menos Objetos Comuns
Avaliação Farmacológica (ESRS, DAI30, SSAS e dados sócio-demográficos)
Mais atividade laboral
Mais tremor nos braços
Mais envolvimento com grupo com o uso da medicação
Mais sintomas negativos com o uso da medicação

5- DICUSSÃO

5.1- LIMITAÇÕES DA METODOLOGIA DO ESTUDO

O presente estudo, utilizou amostra de pacientes internados, na sua maioria, o que caracterizou uma amostra de pacientes graves. Tal amostra, faz-se não representativa do universo da população geral de pacientes esquizofrênicos, mas de um sub-grupo de pacientes graves. Isto obriga-nos a uma posição modesta em relação ao poder de generalização dos achados.

Os locais de pesquisa são um viés para o inventário farmacológico atual, pois, quanto à supervisão de enfermagem na administração da medicação nos locais de tratamento, ela é total nas enfermarias, parcial nos CAPS e há um mínimo controle para os pacientes de ambulatório. Isso torna a avaliação do padrão de uso da medicação prescrita prejudicada.

Para podermos avaliar o tratamento anterior, recorremos à lembrança do paciente ou ao registro psiquiátrico no período anterior à internação ou ao tratamento ambulatório atual. Esse tipo de procedimento limitou muito o número de informações, pois tais dados demandariam informações objetivas de familiares, acompanhantes ou de cuidadores desses pacientes, o que não estava sempre disponível.

Não foi possível parear pacientes em uso de antipsicóticos atípicos, que sabidamente causam menos efeitos extrapiramidais. Os resultados referentes à maior presença de sintomas extrapiramidais nos pacientes do grupo caso teriam maior consistência se, nesse grupo, pudéssemos comparar os achados sobre esses efeitos colaterais dos antipsicóticos e sobre a impressão subjetiva em relação à medicação e às SPA, considerando um subgrupo de pacientes que estivessem em uso de antipsicóticos atípicos.

A avaliação do uso de SPA também poderia ser auxiliada por testes laboratoriais de sensibilidade para detectar as drogas. Esse recurso, no entanto, é dispendioso e não foi disponível nesta pesquisa. Tal recurso contribuiria para confirmar os dados referentes ao uso de SPA informados pelo paciente durante a entrevista.

Os critérios de história de uso de drogas, utilizados para caracterizar o grupo caso, não permitem que seja feito um diagnóstico de abuso ou dependência de SPA. Não foi utilizado um instrumento diagnóstico que assim o permitisse. Isso impede, neste estudo, de falarmos de comorbidade diagnóstica de Transtorno Decorrente do Uso de Substâncias Psicoativas na Esquizofrenia, segundo as classificações diagnósticas atuais. Contudo, as dificuldades para diagnosticar essa comorbidade têm sido apontadas pela literatura (CAREY E CORREIA 1998), incluindo a inadequação dos instrumentos diagnósticos para a população de pacientes esquizofrênicos que usam SPA.

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), ocasionando menor eficácia farmacológica, risco de recaídas e reagudizações da esquizofrenia.

Desta forma, talvez não só o diagnóstico nosográfico seja necessário ser identificado, mas sim todo padrão de consumo de SPA, que para essa população tem efeitos desastrosos.

Tem sido apontado na literatura (CAREY E CORREIA 1998; DRAKE E 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 SPA e com a medicação, utilizamo-nos, neste estudo, de 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 ser possível assegurar um mesmo nível escolar na amostra, que possibilitasse a todos os pacientes, de forma uniforme, o auto-preenchimento das escalas. Portanto, as respostas podem não corresponder à realidade, por exporem o paciente a um profissional médico (o entrevistador), ainda que este não participasse do

tratamento do paciente, especialmente no tocante às substâncias ilícitas (maconha e cocaína). As escalas podem, desta maneira, terem sua validade prejudicada.

As limitações apontadas aqui devem ser consideradas, porém não invalidam os resultados, mas sim, fazem com que a interpretação dos dados seja feita de maneira mais criteriosa.

5.2- O PERFIL DA AMOSTRA

Os pacientes da amostra pareada são homens, predominantemente jovens (média=31 anos). O pareamento dos grupos para sexo resultou nessa distribuição, o número de pares do gênero feminino (n=2) foi muito pequeno e optou-se por excluí-los da amostra para manter a amostra mais homogênea.

A correlação para gênero mais freqüente encontrada nos estudos de comorbidade de SPA e esquizofrenia é para gênero masculino (MUESER et al., 1990, 1992; MENEZES et al., 1996). CANTOR et al. (2001) em estudo de revisão da literatura sobre o tema, nos últimos dez anos, apontam para esse dado, porém, observaram que o gênero feminino havia sido sub-representado em muitos estudos. MUESER et al. (2000), em estudo de prevalência sobre o tema, avaliou indivíduos recém hospitalizados procedentes de área rural e urbana e encontrou a mesma correlação para o gênero masculino; sendo que, nesse estudo, com uma amostra de 325 pacientes, 53% foram do sexo feminino.

A pequena representatividade do gênero feminino, parece ser uma característica a ser melhor investigada. Levando-se em conta que não há diferença de gênero para a prevalência da esquizofrenia em separado, mas sim para a idade de eclosão da doença, que é comum ser mais precoce em homens (MARI, 1989), é possível que esse seja um fator que influencie os dados. Além disso, a prevalência para uso na vida das SPA é maior entre os homens (REGIER et al., 1990) e tende a declinar com a idade, exceto para o álcool, na população geral (CHEN E KANDEL, 1995).

Com relação à prevalência para idade jovem, MUESER et al. (2000) apontam para um possível viés de seleção de pacientes nos locais de tratamento e sugere que talvez os pacientes parem de usar maconha e cocaína com o tempo e sejam menos internados. Isso explicaria a baixa representatividade de pacientes com maior faixa etária nos locais de tratamento. Outra possibilidade apontada foi de que SPA entre pacientes esquizofrênicos contribuiria para maior chance de encarceramento e mortalidade. Assim, pacientes mais velhos, tanto hospitalizados como de ambulatório, provavelmente não tenham história de uso de SPA.

Em ambos os grupos, há predomínio de solteiros e inativos, que não completaram o primeiro grau, sendo que o grupo caso teve tendência a ter menos anos sem sucesso na escola, comparado ao grupo controle ($0,08<p<0,10$), bem como mais atividade de trabalho ($p<0,05$).

Os dados referentes ao estado civil e atividade de trabalho são compatíveis com aqueles de pacientes esquizofrênicos sem uso de SPA (HARROW et al., 1997). No entanto, o melhor desempenho escolar e maior atividade de trabalho para o grupo de pacientes que faz uso de SPA, sugere um grupo com algum potencial de melhor performance cognitiva e funcionamento geral comparado ao grupo de pacientes que não faz uso. Porém, a despeito desses dados, não há melhor nível de escolaridade entre os pacientes que usam SPA. De alguma forma, há uma limitação nesse sentido. Talvez falte motivação para esses pacientes estudarem, ao contrário do trabalho, onde o retorno financeiro torna-se um atrativo para a compra de SPA, especialmente a atividade de trabalho informal onde o retorno é imediato.

Os pacientes são na maioria católicos no grupo caso e no grupo controle. Há história de mais antecedentes de uso de drogas na família ($p<0,05$) e de álcool ($p<0,001$) no grupo caso comparado ao controle.

Há na literatura dados que apontaram para concordância genética entre alcoolismo em gêmeos idênticos (PICKENS et al., 1991). Em outro estudo, filhos de dependentes de álcool tinham diferentes características de metabolização do álcool quando comparados a outro grupo de filhos de não dependentes (SCHUCKIT E RAYES, 1979), da mesma forma que os sujeitos cujos pais eram dependentes de álcool se mostraram menos

sensíveis aos efeitos do álcool (SCHUCKIT, 1984), sugerindo que a menor sensibilidade aos efeitos do álcool poderia ser um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento do alcoolismo.

No entanto, além do fator genético, os pais e a família influenciam o desenvolvimento de seus filhos e talvez a probabilidade de usarem SPA, através de seu próprio padrão de uso de SPA e do modo de criá-los. A relação familiar disfuncional parece ter relação no futuro comportamento de uso de SPA da criança, favorecendo o mesmo, por sua ação no desenvolvimento psicológico da mesma (SHEDLER E BLOCK, 1990).

Neste estudo é possível que não só haja maior acesso e convívio com SPA no ambiente familiar no grupo caso, comparado ao grupo controle, mas que o modelo de comportamento de uso seja visto de forma mais banalizada por pacientes portadores de esquizofrenia que fazem uso de SPA. Isso, para esses pacientes, poderia funcionar como um modelo de identificação pessoal e mais aceitável que a de um doente mental (LAMB, 1982).

O grupo caso lida melhor com dinheiro, anda sozinho de ônibus e entende filme/novela na televisão mais que os pacientes do grupo controle ($p<0,05$). Na avaliação da estimativa clínica global de inteligência, o grupo caso apresentou uma tendência a ser melhor que o controle ($0,05<p<0,01$).

Verificando a relação da estimativa global da inteligência entre os grupos, encontrou-se que os pacientes do grupo controle têm pior performance nas atividades diárias descritas independente da estimativa global de inteligência neste grupo ser pior. Em outras palavras, os pacientes que não usam SPA têm mais dificuldades nas atividades diárias, têm pior estimativa global da inteligência e isso ocorre de forma independente ($p<0,05$).

Há provavelmente um sub-grupo de pacientes (principalmente no grupo controle) com retardo mental limítrofe a moderado (Tabela 4). Este sub-grupo, no grupo controle, compreende cerca de 28,6% dos pacientes (entre um terço e um quarto dos pacientes). Este desempenho geral pode dificultar o acesso às SPA.

Os dados sobre tentativas de suicídio, não foram diferentes para os grupos pesquisados neste estudo. Os dados de literatura, no entanto, apontam para maior prevalência de ideação suicida entre pacientes esquizofrênicos que fazem uso atual de SPA, comparados a pacientes que não fazem uso de SPA, ou que fizeram uso no passado (KAMALI, 2000). Da mesma forma suicídio completo também foi associado ao uso de SPA entre pacientes esquizofrênicos (DRAKE et al., 1984).

Neste estudo, a história e o número de tentativas anteriores de suicídio foram dados colhidos apenas na entrevista com o paciente, sem que outras fontes de informações, com dados objetivos, confirmassem aqueles fornecidos pelos pacientes. Talvez em um estudo de seguimento longitudinal, com obtenção de dados de fontes de informações como familiares e cuidadores e uso de instrumento adequado para avaliar o tema suicídio, possa trazer dados mais confiáveis.

Os casos estudados nesta pesquisa são pacientes que já experimentaram alguma forma de tratamento com antipsicóticos, na maioria com vários episódios da doença e várias internações psiquiátricas (Tabela 3).

Tanto os pacientes do grupo caso como do grupo controle não apresentam diferença no histórico da doença, em alguns itens que a caracterizam (duração e gravidade: tempo de início de sintomas, tempo de uso de antipsicóticos- Tabela 3). Isso indica que obtivemos grupos de pacientes comparáveis do ponto de vista psiquiátrico. Há assim, um "pareamento a *posteriori*" nesse perfil da doença e isso pode dar maior consistência às diferenças encontradas entre os grupos.

No entanto, no histórico de internações, os grupos foram diferentes, sendo que o grupo caso teve mais internações que o grupo controle ($p<0,05$) (Tabela 3). Portanto se há a mesma história da doença, como descrito acima, e maior número de internações, considerando que o número de episódios também foi igual (Tabela 3), é possível que os episódios do grupo caso, por algum motivo, desencadeiem mais internações.

Talvez outros estudos, com desenhos de pesquisa que contemplem o seguimento desses pacientes, possam nos responder se por exemplo, os pacientes do grupo caso têm episódios mais graves, com mais agressividade, com menor resposta e adesão ao tratamento, que duram mais tempo, o que motivaria mais internações. Por outro lado, estes pacientes esquizofrênicos, assim como na população geral de usuários de SPA, tendem a ter mais problemas familiares em função do uso de SPA (HUNT et al., 2002), o que também pode refletir em menor tolerância da família ao quadro clínico apresentado e consequentemente maior busca por atendimentos com possíveis internações.

Foi descrito que famílias de usuários de SPA, em que seus membros interagem de forma maladaptada, estão associadas a pior evolução desses pacientes (SHEDLER e BLOCK, 1990; McKAY et al., 1992), da mesma forma que em algumas famílias, o sucesso do tratamento do paciente que alcança abstinência pode ser gerador de conflito e levar a recaídas do mesmo (STANTON, 1979). Parece que o maior número de internações no grupo de pacientes esquizofrênicos que usam SPA, pode representar um aspecto multifatorial neste grupo.

5.3- O DIAGNÓSTICO DA ESQUIZOFRENIA

A avaliação diagnóstica para pacientes esquizofrênicos que fazem uso de SPA 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 álcool, maconha e 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 SPA.

CAREY E CORRÊA (1998), consideram que o maior obstáculo para detectar 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 considerando o uso de substância no planejamento terapêutico; isso leva

a pior prognóstico, com recaída, reinternação, além do prejuízo psicológico e maior custo econômico. Neste sentido, a proposta é de que a avaliação adequada auxilie a identificação rápida, o diagnóstico, o plano de tratamento e seguimento desses indivíduos (CAREY E TEITBAUM, 1996).

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

Alguns autores (DRAKE E 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 que a avaliação combine instrumentos de auto-preenchimento, entrevista e informações objetivas (DRAKE et al., 1990; CAREY E CORREA, 1998).

Os recursos utilizados nesta pesquisa, através de seus procedimentos, procuraram minimizar o risco do diagnóstico incorreto acerca da esquizofrenia, com o objetivo de excluir, principalmente, a contaminação da amostra com quadros psicóticos induzidos.

A avaliação da psicopatologia mostrou pacientes com sintomas produtivos, o que poderia suscitar discussão sobre 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 fo. referência documentada, pela equipe de atendimento e a elucidação de alguns dados junto mesma, de haver persistência da psicopatologia da esquizofrenia, mesmo durante períodos de internação superiores a trinta dias.

Neste estudo optou-se pela utilização dos critérios diagnósticos clínicos da DSM-IV e CID-10 para o diagnóstico da esquizofrenia. Os dados da classificação diagnóstica da DSM-IV foram escolhidos para serem apresentados, em função da maior rigidez nos critério para o diagnóstico de esquizofrenia. Em ambos os grupos, o sub-tipo de esquizofrenia predominante foi a esquizofrenia paranóide (Figura 1).

Para o uso de SPA, foi utilizado o critério de uso no último ano, pelo menos, para maconha e cocaína. Para o álcool o critério foi de uso freqüente na vida e uso no último mês. Esses dados foram obtidos através da entrevista semi-estruturada, juntamente com as informações colhidas no prontuário do paciente. Esses parâmetros nos deram a dimensão de uso de SPA já estabelecido em algum período na vida e recentemente. Tal vínculo com as SPA foi desejável para caracterizarmos um grupo de pacientes esquizofrênicos que tivesse a vivência do uso das SPA e que pudesse então inferir sobre a subjetividade da experiência e tornar possível a avaliação da repercussão deste uso em várias áreas do seu funcionamento.

Foi apontado na literatura que diferentes métodos diagnósticos avaliando Transtornos por SPA, geralmente detectam diferentes pacientes, sendo que a discrepância entre os instrumentos é a não detecção de um caso de Transtorno por SPA que o outro instrumento detectou (DRAKE et al., 1990, SHANER et al., 1993).

Como não foi utilizado nenhum instrumento diagnóstico para abuso ou dependência de álcool e/ou outras drogas, não nos foi possível fazer diagnóstico nessa área. Assim, este estudo tratou de pacientes esquizofrênicos em que o uso de álcool e/ou maconha e/ou cocaína, foi freqüente nos últimos doze meses ou a mais tempo, bem como avaliou pacientes esquizofrênicos que não tinham nenhuma experiência com maconha e cocaína e que não faziam uso de álcool.

5 - DISCUSSÃO COMPARATIVA DA PSICOPATOLOGIA

Na avaliação da psicopatologia, vemos que ambos os grupos apresentam-se com funcionamento global (escala GAS) compatível com pacientes internados.

Na avaliação da escala PANSS, a soma geral, para ambos os grupo, mostra-nos pacientes muito sintomáticos. No entanto, se avaliarmos a sub-escala sintomas negativos e sintomas positivos em separado, os pacientes do grupo caso têm menos sintomas negativos e mais sintomas positivos. Este resultado também foi encontrado por MENEZES (2002), entre pacientes portadores de doença mental grave, incluindo esquizofrenia, onde os sintomas negativos, medidos através da escala PANSS foi menor para pacientes que faziam abuso de álcool e outras drogas. Esse dado pode reforçar aquele visto anteriormente sobre o maior número de internações para o grupo caso, com mesma duração e gravidade de doença para ambos os grupos, considerando que mais sintomatologia positiva (delírios, desorganização conceitual, comportamento alucinatório, excitação, grandiosidade, desconfiança/perseguição e hostilidade) parece promover mais internações (BANDEIRA, 1993; RESAENEN et al., 1998).

Se os pacientes do grupo caso têm menos sintomas negativos, podem estar mais aptos a sair e interagir em sua comunidade e ter prontidão para buscar SPA. Se têm mais sintomas positivos, podem estar com reagudização de seu quadro esquizofrênico pelo uso de SPA ou usando as mesmas para aliviar os sintomas relacionados à esquizofrenia. O que vemos são vários caminhos que podem estar concorrendo para como (e talvez porque), nesta pesquisa, os pacientes do grupo caso, tenham feito uso de SPA. Isso corrobora os dados da literatura sobre a etiologia múltipla para o uso de SPA entre pacientes esquizofrênicos (NEGRETE, 2003).

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 E 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

antipsicóticos (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; mesmo a presença de mais sintomas positivos no grupo caso também parece não ter contribuído para isso.

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

Vimos que o antecedente familiar para álcool e para outras SPA foi maior para o grupo caso (Tabela 5). STEMPLICK (1999), referindo-se a família do dependente de SPA, chama-nos a atenção para que o uso de SPA já indica uma dinâmica familiar comprometida, onde estamos de frente não de um indivíduo que usa drogas, mas de uma família que forma um sistema do qual a dependência de SPA de um dos membros é um fator. Comentamos a respeito desta característica de relações disfuncionais familiares do usuário de SPA poder estar mediando tanto o fenômeno de uso de SPA, como o maior número de internações nos pacientes do grupo caso.

Considerando a cultura em que vivemos, em que o álcool é amplamente difundido, e considerando que, nesta amostra, assim como na literatura, o álcool foi a substância pesquisada de maior consumo, talvez a prontidão para o uso de qualquer SPA, possa ter mais de um fator sobreposto, a família disfuncional e o antecedente para uso de álcool e drogas na família. Outros estudos, nesse tema específico para o grupo de pacientes esquizofrênicos que fazem uso de SPA, devem ser elucidativos.

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 em ambos os grupos e estavam em uso desta classe de medicação quando avaliados nesta pesquisa (Tabela 3). São portanto, pacientes que já têm um tempo de exposição a esses medicamentos, o que auxilia na avaliação da impressão subjetiva em relação à medicação, que vamos ver mais adiante.

Para a avaliação do uso de medicação anterior, especialmente para os pacientes que usavam mais de uma classe de medicação, poucos foram os dados possíveis de serem colhidos. Neste caso o relato quanto à dose, tempo e padrão de uso era feito de forma vaga e generalizada para todos os medicamentos. Os pacientes, em geral, referiam-se aos medicamentos, não distinguindo os dados referentes às diferentes classes de fármacos, de forma individualizada. Isso tornou a avaliação do tratamento anterior ao atual prejudicado.

O resultado do padrão de uso atual de antipsicóticos ficou bastante limitado pelas características dos locais de acesso à amostra, muito diferente quanto à supervisão do uso conforme a prescrição, como já discutimos.

O padrão de uso de antipsicóticos anterior 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, como discutimos acima. 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 disponíveis.

Os dados de uso atual de medicamentos foram os de maior consistência na avaliação desta amostra.

Sabemos que a não adesão ao tratamento medicamentoso na esquizofrenia é motivo de preocupação clínica (DEL CAMPO et al., 1983; BANDEIRA, 1993; ADAMS et al., 1993), e que o uso de substâncias como as SPA parece piorar a adesão ao tratamento medicamentoso (DRAKE et al., 1989; KOSTEN E ZIEDONIS, 1997). Os achados deste estudo não podem ser ditos discordantes aos da literatura porque, na realidade, não foi possível reunirmos dados passíveis de comparação para isto nesta amostra.

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

Os grupos estavam recebendo dose semelhante de medicação antipsicótica (Tabela 11 pag.82). Como o tempo de uso de antipsicóticos foi semelhante, o perfil farmacológico, para essa classe de fármaco, nos grupos, mantém-se muito parecido. Isso é importante quando pensarmos 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 (ANEXO 13-Tabela 2).

Observamos que 73,0% dos pacientes do grupo caso estão em uso de antiparkinsonianos, contra 76,2% dos pacientes do grupo controle.

A dose equivalente de antiparkinsonianos de uso atual não apresentou diferença significativa entre os grupos.

As classes de antidepressivos e de estabilizadores de humor, incluindo anticonvulsivantes, apareceram de forma semelhante nos grupos, sendo que a incidência foi pequena para ambas as classes de medicamentos e não representou diferença entre os grupos. Isto, de certa forma, poderia ser esperado, já que não fazem parte da medicação de escolha para quadros psicóticos esquizofrênicos.

Os **sintomas extrapiramidais** foram avaliados através da escala ESRS e estão presentes em ambos os grupos com algumas diferenças significativas entre eles.

Na escala ESRS que inclui exame físico, encontramos que no item tremor e rigidez de braço direito e de braço esquerdo, no grupo caso, o tremor e a rigidez são mais intensos que no grupo controle e isso foi significativo ($p<0,05$) (Tabela 14) da mesma forma que o item estabilidade postural ($p<0,05$) (Tabela 13).

Se observarmos, individualmente, as sessões da escala ESRS, na sessão ESRS **parkinsonismo, distonia e discinesia** - avaliação subjetiva, o grupo caso teve média maior do que a média do grupo controle, essa diferença não foi significativa (Tabela 12). O maior escore significa mais sintomas extrapiramidais.

O fato de ter o comportamento de apresentar mais sintomas extrapiramidais, ainda que sem significância estatística, estendeu-se por toda a avaliação de sintomas extra piramidais na escala ESRS, para o grupo caso. Podemos dizer que parece haver mais sintomas extra piramidais nos pacientes deste grupo.

Isto nos faz refletir sobre a hipótese da automedicação para o uso de SPA na esquizofrenia (MUESER et al., 1990; DIXON et al., 1990). Neste estudo, vimos que a dose de antiparkinsonianos é igual entre os grupos caso e controle, no entanto há mais sintomas extrapiramidais no grupo caso. Talvez, ocorra a automedicação através do uso de SPA com a finalidade de aliviar os efeitos colaterais causados pelos antipsicóticos (SCHNEIER E SIRIS, 1987; MILLER E TANEMBAUM, 1989).

Outro dado que parece ser relevante é o de uso de tabaco, que a despeito de não ser uma SPA pesquisada de forma mais abrangente como o álcool, maconha e cocaína neste estudo, foi maior para os pacientes do grupo caso comparado ao grupo controle (Tabela 6). Uma vez que a nicotina pode diminuir a concentração plasmática de antipsicóticos (ZIEDONIS e GEORGE, 1997), este pode ser um viés na análise dos efeitos subjetivos da medicação e dos efeitos extrapiramidais nos grupos.

Vimos que o grupo caso tem mais sintomas extrapiramidais e maior freqüência de tabagismo, assim como o número de cigarros fumados por dia é maior, comparado ao grupo controle. Se a concentração plasmática dos antipsicóticos está diminuída pelo efeito da nicotina, seria esperado, neste grupo, menor efeito colateral da medicação. Ao contrário, encontramos mais efeitos colaterais. Parece haver uma característica peculiar neste grupo que merece ser investigada em pesquisas futuras.

5.6- O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO GRUPO CASO

O uso de álcool e/ ou drogas no grupo caso mostrou que 82,5% fazem uso de álcool às vezes e 55,6% o fizeram no último mês, sendo que 28,6% fazem uso diário e 8,3% já apresentaram *delirium tremens*. Os 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 SPA (maconha e/ou cocaína). Isso corrobora os dados de literatura, onde o álcool aparece como maior substância de uso entre os pacientes esquizofrênicos (REGIER et al., 1990, DRAKE et al., 1990) e o poliuso de substâncias foi observado nesta população (MUESER et al. 1990). O álcool foi também a droga de maior uso, na amostra deste estudo.

A relato de uso de maconha alguma vez na vida ocorreu em 93,7% dos pacientes do grupo caso e 71,4% dos pacientes utilizaram a maconha no último ano e 42,9% no 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 81,0% dos pacientes e em 49,2% no último ano. Foi relatada como droga de uso atual em 9,5% dos pacientes para último mês, mas não para a última semana.

Tais dados sobre a freqüência de uso das SPA demonstram que a grande maioria destes pacientes faz uso concomitante das três classes de substâncias e que o uso das mesmas está presente tanto na história de uso na vida como no uso recente.

Estes dados de freqüência de uso de SPA, muitas vezes, surpreenderam a equipe de saúde responsável pelo tratamento dos pacientes. Não foi raro o relato de uso de SPA que era desconhecido dos cuidadores. De tal forma, que o pareamento dos casos com pacientes esquizofrênicos sem história de uso de SPA tornou-se difícil, visto que a ocorrência de pacientes que pertenceriam ao grupo caso, preponderava sobre a ocorrência dos pacientes do grupo controle.

BAIGENT et al. (1995) apontaram para a maior prevalência de uso da SPA que estivesse disponível no local de acesso da amostra, e que fosse de menor custo. MENEZES (2002) encontrou, na cidade de São Paulo, estado de São Paulo, entre pacientes

esquizofrênicos, prevalência de abuso de álcool (5,3%) e abuso de drogas ilícitas (2,7%) incluindo maconha e cocaína e não houve referência para o uso de "crack", opiáceos e anfetaminas, assim como "ecstasy" e alucinógenos, naturais ou sintéticos, no ano anterior à pesquisa. Neste estudo, parece haver uma concordância com os dados brasileiros; ainda que as SPA estudadas tenham sido selecionadas para o estudo (álcool, maconha e cocaína), as três apareceram na amostra e a maior prevalência foi concordante para o álcool, seguido das SPA ilícitas.

5.7- A EXPERIÊNCIA SUBJETIVA EM RELAÇÃO ÀS SUBSTÂNCIAS

Para LIEBERMAN (1993) a avaliação da experiência subjetiva, através de medidas padronizadas, podem ser falhas ao avaliarmos fatores psicológicos e sociais da mesma. Neste sentido, entender a relação pessoal e subjetiva do paciente com a medicação e substâncias de abuso necessita de recursos que nos propiciem melhor avaliação dos efeitos subjetivos das mesmas (ADDINGTON et al, 1997).

AWAD et al. (1994), referindo-se à experiência subjetiva do uso de antipsicóticos, reconhecem que um dos maiores impedimentos para a pesquisa psiquiátrica nessa área seja a falta de medidas psicométricas práticas e confiáveis. Para este autor, os três principais determinantes da qualidade de vida com uso de antipsicóticos são: a gravidade dos sintomas da esquizofrenia, os efeitos colaterais dos antipsicóticos e performance psicossocial do paciente. O mesmo autor aponta ainda para outros fatores de interação com estes primeiros e que podem significativamente modificar a evolução do tratamento medicamentoso para pacientes esquizofrênicos compometendo o uso de antipsicóticos: características pre-mórbidas, ajustamento social e resposta subjetiva aos antipsicóticos.

Em estudo sobre adesão à medicação, AWAD E HOGAN (1983 e 1994) 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).

Esses dois instrumentos utilizados neste estudo, quantificam o parecer subjetivo do paciente em relação à medicação e às SPA.

5.7.1- A Experiência Subjetiva em Relação à Medicação

A subjetividade da medicação prescrita avaliada pela escala DAI-30, não apresentou diferença entre os grupos, na avaliação dos 7 fatores de subjetividade (Quadro 7). No entanto, ao avaliarmos os 30 itens desta escala em separado (Tabelas 18a e 18b) observamos uma tendência a ser mais confirmado ($0,05<p<0,1$) comparado ao grupo controle, um item de subjetividade negativa em relação à medicação (item 10). E foram significativamente mais confirmados pelos pacientes do grupo caso, outros dois itens de subjetividade negativa (item 11 e item 20 ($p<0,05$) (Tabela 18a).

Essa avaliação da medicação, pelos pacientes do grupo caso, indica uma atitude mais arrogante e menos colaborativa com o tratamento medicamentoso nesse grupo. A medicação parece ser percebida de um lado de forma mais negativa, causadora de prejuízos e de outro, de pouca ajuda.

Isso também aparece na escala de Impressão Subjetiva (SSAS) testada para a medicação.

A avaliação da Impressão Subjetiva em relação à medicação, através da escala SSAS, mostrou que para os sintomas negativos foram, subjetivamente, identificados como aumentados com o uso da medicação, na avaliação do grupo caso ($p<0,05$) (Tabela19).

5.7.2- A Experiência Subjetiva em Relação ao Álcool, Maconha e Cocaína no grupo caso

A avaliação da relação subjetiva das SPA foi feita pela escala de Impressão Subjetiva em Relação às Substâncias e foi diferente para as drogas pesquisadas (álcool, maconha e cocaína) (Tabela 20; Tabela 21 e Tabela 22).

Do ponto de vista descritivo, a experiência subjetiva em relação ao **álcool** revelou que os pacientes do grupo caso, sentiam-se pertencentes a grupos, amigáveis, com menos sintomas negativos, atentos, ansiosos, alegres, e com energia. Esta relação subjetiva parece ser percebida como favorecedora de interação social, e sensação de bem estar. Isto corrobora alguns dados de melhora de apatia, disforia e tensão social (NOORDSY et al., 1991), assim como a melhora dos sintomas negativos também foi observada em outros estudos (ALPERT e SILVERS, 1970; HANSELL e WILLIS, 1977).

Em relação à **maconha**, descritivamente, os pacientes relataram sentir-se, alegres, calmos, amigáveis, no entanto, com mais sintomas positivos e negativos, mais confusos, distraídos, desconfiados e cansados. Da mesma forma, estes achados corroboram com alguns dados de literatura que reforçam a piora dos sintomas positivos (DIXON et al., 1991; BAIGENT et al., 1995) e melhora da angústia gerada pelos sintomas de depressão (HAMERA et al., 1995), mas são contrários a outros dados que referem diminuição de sintoma negativos (PERALTA E CUESTA, 1995). Esta droga, assim como o álcool, também parece ser percebida como favorecedora de melhor interação social, mas piora os sintomas negativos e positivos e a sensação de pensamento confuso.

Para a subjetividade em relação à **cocaína**, descritivamente relataram sentir-se alegres, com energia, atentos e mais pertencentes a grupo. No entanto, hostis, desconfiados, com pensamento confuso, com mais sintomas positivos e mais tensos/ansiosos. Diferentemente do que foi descrito na literatura (BRADY et al., 1990; SCHNEIER E SIRIS, 1975; WILKINS, 1993), a cocaína subjetivamente melhorou a depressão. Houve concordância com os achados de efeito subjetivo de piora dos sintomas positivos (DIXON et al., 1990), bem como com o achado de aumento de energia (BAIGENT et al., 1995). 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.

Ao compararmos os efeitos subjetivos da medicação com as drogas estudadas, encontramos que os sintomas positivos são subjetivamente percebidos como piorados, mais com o álcool, comparado à medicação ($p<0,05$).

O humor é percebido como alegre, mais com a maconha, comparando-a com a medicação ($p<0,05$), assim como há mais sintomas positivos com a mesma ($p<0,05$).

Na comparação da cocaína com a medicação, os pacientes relataram sentir-se subjetivamente mais alegres, com mais energia, mais atentos, mas mais ansiosos, hostis e com mais sintomas positivos ($p<0,05$) com a cocaína.

NEGRETE (2003) sugere que a sensação de bem estar (alegria, calma), com facilitação de interação social (sensação de estar mais amigável) e outros efeitos estimulantes (energia, atenção) constituem uma recompensa forte o bastante que compensaria o efeito aversivo do aumento dos sintomas positivos. Os achados de DIXON et al. (1991) sobre a melhora da depressão inferida pelos pacientes esquizofrênicos que usam SPA, a despeito da piora dos sintomas positivos, corroboram essa idéia.

GREEN et al. (1999), em estudo sobre tratamento medicamentoso para pacientes esquizofrênicos com comorbidade de uso de SPA, propõem um modelo que chamaram de "síndrome do sistema de recompensa deficitário". Este modelo postula que os pacientes esquizofrênicos têm deficiência dopaminérgica nas áreas de projeções mesocorticais e prefrontais da córtex cerebral; esta deficiência, com o uso de SPA, com maior ativação dopaminérgica, estaria suprida. Este efeito aliviaria sintomas negativos da esquizofrenia, ainda que também haja piora dos sintomas positivos que podem ser causados pelas mesmas propriedades dopaminérgicas do sistema mesolímbico. Isto poderia explicar os achados descritos acima.

5.8- A QUALIDADE DE VIDA

A avaliação comparativa dos 20 itens da escala para cada grupo, um a um, mostrou que os pacientes do grupo caso, quando comparados aos pacientes do grupo controle, são menos curiosos, têm menos objetos comuns, no entanto, têm mais conhecidos, maior nível de atividade social, de rede social, de iniciativa social e mais relações sócio-sexuais ($p<0,05$) (Tabela 23).

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 o grupo caso apresentou menor escore (pior desempenho), com e sem diferença estatística, compreendem: ocupação, realização pessoal, curiosidade, anedonia, objetos sócio-culturais comuns, atividades comuns e interação emocional. O grupo caso apresentou maior escore (melhor desempenho), nos itens: aproveitamento do tempo, relações íntimas, conhecidos, nível de atividade social, rede social, iniciativa social, retraimento social, relações sócio-sexuais, grau de motivação, capacidade de empatia. A pontuação esteve igual nos itens: relações familiares e objetivos (Tabela 23).

O perfil do grupo caso, nesta escala, aparece de forma a estes pacientes terem socialmente maior desempenho (mais conhecidos, maior nível de atividade, mais rede social, iniciativa e relacionamento sócio sexual), porém menos curiosidade (grau de interesse pelo que está a sua volta e se questiona o que não compreende) e menos objetos sócio-culturais comuns (certos objetos necessários para se viver em nosso meio cultural, que são comuns e específicos de determinada cultura, como carteira de identidade, de habilitação, carteira de trabalho, relógio, despertador, etc.).

Podemos dizer que, no grupo caso, há uma sociabilidade instrumental (relacionada por exemplo com sexo e obtenção de álcool e outras drogas), mas por outro lado, eles não têm uma sociabilidade mais integrativa, com objetos e recursos sócio-culturais buscados e utilizados, assim como apresentam menos curiosidade.

É possível que os pacientes do grupo caso tenham melhor desempenho social, estejam mais aptos a buscar suas necessidades pessoais específicas e utilizem desse desempenho para com isso, por exemplo, buscar drogas. No entanto, esse desempenho é realizado de forma superficial sem maior grau de envolvimento com seu meio e cultura, não se adequando aos objetos comuns para viver nesse contexto sócio-cultural. Isso pode evidenciar uma característica peculiar desses indivíduos.

Há mais relações sócio sexuais. No entanto, também nesse aspecto, parecem ter um comportamento mais superficial nos relacionamentos, sem vínculos mais profundos e duradouros.

Ainda que na maioria inativos (Tabela 2), comparativamente com os pacientes do grupo controle, os pacientes do grupo caso têm mais atividades. Isso possibilita maior acesso às drogas pelo poder de compra, entre outras coisas. Outras atividades onde possam obter retorno financeiro devem ser pesquisadas em desenhos de estudo futuros sobre o tema, como atividades ilegais.

Por outro lado, mesmo que mais ativos profissionalmente, eles buscam e têm menos objetos e recursos sócio-culturais comuns, para viverem no seu meio, indicando talvez o comportamento de buscar apenas atividades laborativas "instrumentais" para facilitar o seu consumo de SPA.

A impressão subjetiva da entrevistadora, obtida com o contato pessoal com os pacientes, é de que os indivíduos do grupo caso têm uma sociabilidade mais intensa, porém mais superficial. Seriam mais "espertos", "malandros", "descolados", porém tais habilidades e sociabilidade são superficiais, favorecendo apenas a obtenção de álcool e drogas e de satisfação imediata como o sexo. Eles parecem buscar e obter prazeres mais "individualizados" e "pessoais" que pouco os ajudam a obter uma integração mais substancial e consistente com seu meio social.

Neste estudo, os pacientes esquizofrênicos apresentaram um comportamento que sugere aquele que se aproxima mais dos pacientes que fazem abuso/dependência de SPA sem a comorbidade da esquizofrenia, quanto a atitude de direcionar suas ações para

satisfazer seu desejo de uso de SPA. No entanto, sem que haja para isso, uma atitude integrativa com seus pares que usam SPA. Ainda neste sentido, esses pacientes apresentam-se com uma mesma atitude em relação ao mundo e a si próprio comparados aos pacientes não esquizofrênicos que usam SPA, na mesma faixa etária. Eles parecem ser pouco compromissados em relação a sua sobrevivência e mesmo que haja planos futuros, são pouco realistas. Isso pareceu ser diferente para os pacientes esquizofrênicos que não usavam SPA. Estes tinham planos mais realistas, que objetivavam maior interação em seu meio e maior preocupação com seu futuro e bem estar, a despeito de serem modestos.

A presença de sintomas positivos, ainda que desagradáveis, não pareceu ser fator limitante ao uso de SPA, ao contrário, os efeitos prazerosos e de bem estar produzidos pelas SPA, parecem, de fato, suplantá-los.

5.9- A ANÁLISE MULTIVARIADA

Os resultados da Regressão Logística Multivariada, através dos modelos criados para melhor explicar os dados neste estudo, compuseram um **perfil de pacientes esquizofrênicos que fazem uso de SPA** e os distinguiram dos pacientes esquizofrênicos que não fazem uso de SPA em alguns aspectos.

O **perfil demográfico** e de **histórico psiquiátrico** com antecedente de história familiar para uso de álcool e melhor estimativa global da inteligência foram confirmados (Quadro 9).

A maior exposição às SPA, como facilitadora do uso/abuso e dependência das mesmas foi estabelecido na literatura (LIEBERMAN et al., 1990; ARNDT et al., 1992), seja por haver maior disponibilidade das SPA ou por esses pacientes terem ao longo da vida aprendido o comportamento de usar álcool (SHEDLER e BLOCK, 1990). Assim como as teorias a cerca da etiologia genética da dependência de álcool (KENDLER, 1985) devem ser consideradas, além da hipótese destes pacientes fazerem uso de SPA para ter outra identidade diferente de doente mental (LAMB, 1982).

O **perfil psicopatológico** da esquizofrenia avaliado através dos dois modelos de procedimentos de seleção de variáveis distintos (*stepwise* e *backward*), mostrou que pacientes esquizofrênicos que usam SPA tinham menos sintomas de esquiva social ativa e maneirismos e mais falta de cooperação, comparado ao grupo controle (Quadro 10).

Isso se confirmou no segundo modelo que também caracterizou, nestes pacientes, menos conteúdo incomum do pensamento, menos preocupação, mais sintomas gerais da esquizofrenia, mais grandiosidade e menos sintomas negativos, comparado ao grupo controle (Quadro 11).

Os pacientes esquizofrênicos que usam SPA apresentam um perfil da esquizofrenia que os expressa mais sintomáticos no geral, no entanto, têm menos sintomas negativos. A despeito da grandiosidade, parecem não ter uma desorganização do pensamento, mais proeminente, são mais despreocupados, cooperam menos, esquivam-se menos socialmente. Isto reforça a possibilidade de melhor evolução do quadro da esquizofrenia se não houver o uso de SPA.

Em todos os modelos montados, os pacientes esquizofrênicos que usam SPA foram mais ativos laboralmente. Esta característica pode ser vista em duas dimensões.

A primeira dimensão, refere-se ao caráter de maior mobilidade dos pacientes que usam SPA em seu meio, em função da atividade de trabalho e capacidade de sociabilidade. Estes pacientes se locomovem de um lado a outro buscando trabalho ou saindo para trabalhar. Isso pode conferir uma maior exposição e oportunidade de uso de SPA, especialmente o álcool, que culturalmente está bastante difundido em nosso meio e não é raro encontrarmos estabelecimentos de venda desta substância com certa facilidade.

A segunda dimensão refere-se ao caráter facilitador do uso de SPA pelo maior poder de compra de álcool e outras drogas, especialmente o álcool e as drogas ilícitas. Sabemos que o custo financeiro do consumo de tabaco parece ser, em geral, assumido de alguma forma pela família e a disponibilidade de dinheiro poderia ser direcionada para o consumo das outras substâncias.

Os autores (KAVANAGH et al., 1999) apontam para um padrão de uso de SPA, mais caótico, menos previsível do que na população geral de usuários de SPA sem esquizofrenia. Na população em estudo, por conseguinte o custo das SPA pode ser menor e requer disponibilidade de pouco recurso financeiro.

No relato dos pacientes do grupo caso, a respeito da atividade laboral, foi predominante a atividade informal, com trabalhos poucos especializados, realizados com alguma freqüência semanal e de retorno financeiro imediato. Houveram designações de funções como "ajudante de carreto", "ajudante de pedreiro", "catador de lata", "bicos" e "vendedor de farol". A descrição dos pacientes foi muito semelhante, como por exemplo: "eu sempre acho um trabalho aqui e ali, não fico parado, se eu estou sem dinheiro eu vou logo procurando algum serviço e ganho o meu dia, descarrego caminhão, limpo construção, daí o dinheiro vem na hora". Isto dá noção de que há um padrão de escolha de SPA de menor custo, mantido pela família ou por recursos obtidos com o trabalho do paciente, caracterizando esta dimensão.

De forma interessante, alguns pacientes relataram que "não tomavam remédio quando bebiam, pois não pode misturar", isto parece ser culturalmente um conceito popular bastante comum, e que aparece no discurso dos pacientes que fazem uso de álcool na população geral. Estes freqüentemente referem parar o uso da medicação prescrita, se houver a ingesta de álcool. Neste caso, quando o foco do tratamento é o abuso ou a dependência de álcool, o tratamento medicamentoso é circunscrito a um período de tempo limitado, ao contrário do que ocorre com a grande maioria dos pacientes esquizofrênicos, onde o uso de antipsicóticos é contínuo. Portanto, parece ser importante o papel da psicoeducação, para este grupo de pacientes, orientando sobre os riscos de piora da evolução da esquizofrenia com a não adesão ao tratamento.

Ainda que não possamos inferir sobre a inteligência dos sujeitos neste estudo, pois não aplicamos nenhuma bateria de testes para tanto, a inferência clínica da estimativa global da inteligência pode reforçar os achados de maior atividade de trabalho, por exemplo, por conferir maior capacidade de planejar suas ações nesse sentido e no âmbito mais geral de suas vidas, no grupo de pacientes esquizofrênicos que fazem uso de SPA.

O perfil **farmacológico,** que considerou os efeitos extrapiramidais e efeitos subjetivos da medicação, revelou que os pacientes do grupo caso apresentavam objetivamente mais sintomas extrapiramidais, e subjetivamente sentiram mais sintomas negativos com o uso da medicação. Esta é uma condição que tanto pode levar ao uso de SPA na tentativa de automedicar-se, como ao abandono dos medicamentos pelo grande desconforto de seus efeitos extrapiramidais. Ambas possibilidade trazem implicações para o tratamento desses pacientes que devem ser melhores estudadas em desenhos futuros. Também sentiram-se subjetivamente, com o uso da medicação, com mais envolvimento com grupo comparados aos pacientes do grupo controle (Quadro 12) o que parece contraditório visto que referiram mais sintomas negativos com a medicação.

O perfil da **Qualidade de Vida** apresentou os pacientes do grupo caso com mais relações interpessoais e menos objetos e atividades comuns comparado ao grupo controle (Quadro 13).

Os resultados expressam a tônica social dos pacientes esquizofrênicos que usam SPA. São indivíduos que se locomovem mais em seu meio, têm vários conhecidos, são independentes em procurar suas atividades sociais e de interesse próprio, mas parece que há uma superficialidade global em tais relações interpessoais, o que é reforçado pela ausência de elementos culturalmente necessários para se viver no meio social de forma mais participativa e de um rol de atividades que conferem um senso de vida diária mais integrativa. Isto reforça o prejuízo social desses indivíduos e o esvaziamento de perspectivas de uma vida mais integrada.

O resumo das características aqui discutidas e que compõem o perfil do paciente esquizofrênico que faz uso de álcool e/ou maconha e/ou cocaína, neste estudo, está resumido nos (Quadros 14 e Quadro 15).

6- CONCLUSÕES

1. Os dados referentes à demografia, história da doença, psicopatologia e tratamento farmacológico mostraram que os grupos pareados foram muito parecidos entre si. Isto valoriza as diferenças encontradas entre os grupos caso e controle, indicando que possivelmente o uso/abuso/dependência de SPA possa ser o fator que explique tais diferenças.

2. Os pacientes esquizofrênicos que usam SPA (álcool, maconha e cocaína), grupo caso, têm tendência a melhor desempenho escolar, são mais ativos profissionalmente e têm mais relacionamentos interpessoais. No entanto, tais relacionamentos parecem ser superficiais e auxiliam o paciente a atingir objetivos que não contribuem para rede de apoio consistente e integrada, ao contrário têm pior adaptação social, com menos "objetos e atividades comuns" (objetos necessários para viver em seu meio cultural, como por exemplo, carteira, carteira de trabalho, despertador, cartão de INSS, chaves de sua casa e atividades que integram o indivíduo em seu meio), com prejuízo em sua relação com o mundo.

3. Com o uso da medicação, os pacientes do grupo caso sentem subjetivamente, que os efeitos desconfortáveis estão sempre presentes e não acham natural serem controlados por medicamentos. Há uma tendência a sentirem que é indiferente fazer uso de medicação ("dá na mesma"). Além disso, têm objetivamente mais sintomas extrapiramidais e piora dos sintomas negativos com a medicação mais proeminente. Portanto, os dados sugerem que a relação dos pacientes esquizofrênicos que usam SPA (álcool, maconha e cocaína), com a medicação terapêutica é, de modo geral, mais negativa do que aquela dos pacientes que não usam tais SPA.

4. Nos pacientes do grupo caso há objetivamente mais sintomas extrapiramidais, que o grupo controle. Isso, permitiu-nos concluir que, neste estudo, os pacientes do grupo caso podem estar fazendo uso de SPA (álcool, maconha e cocaína), para tentar 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 SPA para tentar 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.

6. A relação subjetiva dos pacientes com o **álcool** parece ser percebida por eles como favorecedora de uma melhor interação social. Relataram sentir-se mais amigáveis, mais envolvidos com grupos, com mais energia e com menos sintomas negativos. O álcool, quando comparado à medicação, parece ser percebido de forma a produzir mais energia, no entanto, produzem também mais sintomas positivos.

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

8. A **cocaína** parece produzir efeitos subjetivos diferentes das outras drogas. Por um lado, com ela os pacientes têm a sensação de ficarem mais alegres, com mais energia e mais atentos. Por outro lado, sentem-se mais tensos, mais hostis e com mais sintomas positivos e negativos. 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.

9. Os pacientes do grupo caso apresentaram menos sintomas negativos da esquizofrenia, o que, no entanto, parece não favorecê-los, ao contrário, podem facilitar o comportamento de uso de SPA, com piora na evolução da doença e complicações mais graves para o tratamento dos mesmos. Estes pacientes parecem desperdiçar o perfil menos grave da doença, a partir do uso de SPA e suas conseqüências.

10. A co-ocorrência de esquizofrenia e uso de SPA, parece acometer grande parte dos pacientes esquizofrênicos e ainda prescinde de tratamento adequado, dando-nos indicação de que existe a necessidade de adaptação dos serviços para atendimento desta população. Assim como, estudos de seguimento poderão fornecer mais informações na dimensão da qualidade de vida desses pacientes.

11. 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 SPA, bem como da psicopatologia. O prosseguimento desta linha de estudos, que inclua também pacientes fazendo uso de antipsicóticos atípicos, poderia fornecer, no futuro, importante contribuição para o estudo e tratamento da esquizofrenia associada ao uso de SPA.

12. Há, portanto, neste estudo, não uma direção única de modelos explicativos para o fenômeno Esquizofrenia e SPA, mas sim, vários modelos convergindo e concorrendo de forma mais ou menos intensa, entre esses pacientes, para a manifestação da associação Esquizofrenia e uso de SPA. Da mesma forma, vimos aspectos diferenciais sobre a apresentação e evolução da esquizofrenia nesta população. É possível que esses achados colaborem para o tratamento e prevenção do fenômeno da co-ocorrência de Esquizofrenia e Transtorno Decorrente do Uso de SPA.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMS, SG e HOWE, JT. Predicting Medication Compliance in a Psychotic Population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181: 558-560, 1993.

ADDINGTON D. E ADDINGTON J.. 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, 1993.

ADDINGTON, J; DUCHACK, V. Reasons for Substance Use in Schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* , 96: 329-333, 1997.

ADDINGTON J, El-GUEBALY N, DUCHAK V, HODGINS D. Using measures of readness to change in individuals with schizophrenia. *Am J drug Alcohol Abuse*,25:151-61,1999.

ADLER, LE; HOFLER, 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.

ALPERT, M; SILVERS, KN. Perceptual characteristics distinguishing auditory hallucinations in schizophrenia and acute alcoholic psychoses. *Am J Psychiatry*: 127: 298-302, 1970.

ALTERMAN, AI; AYRE, FR; WILLIFORD, WO. Diagnostic Validation of Conjoint Schizophrenia and Alcoholism. J Clin Psychiatry; 45:300-303, 1984.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. Diretrizes no tratamento da Esquizofrenia. Ed. Artes Médicas – Porto Alegre – RS- 2000.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC, American Psychiatry Association, 1994.

ANDREASEN, NC; OSEN, S. Negative vs positive schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 39:789-794; 1982.

ANDREASSON, S; ALLEBECK, P; et al. Cannabis and Schizophrenia: A longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet*, II: 1483-1486, 1987.

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.

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

BABOR, TF; DE LA FUENTE, JR; SAUNDERS, J; GRANT, M. AUDIT: The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. *WHO*, Geneva, 1992.

BAIGENT, M; HOLME G; HAFNER RJ. Self reports of the interaction between substance abuse and schizophrenia. *Australian N Z J Pssychiatry*; 29(1):69-74, 1995.

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. Depressive symptoms in schizophrenia: comprehensive differencial diagnoses. *Compr. Psychiatry* ;29:467-483;1988.

BARTELS, SJ; DRAKE, RE; WALLACH, MA; et al. Characteristic hostility in schizophrenic outpatients. *Schizophrenia Bulletin,* 16: 81-85, 1991.

BASSITT, DP. Contribuição ao estudo da discinesia tardia: aspectos clínicos, fisiopatológicos e terapêuticos. *Dissertação de Mestrado- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*, 1998

BASSITT, DP; LOUZÃ, MR. Discinesia Tardia. Editora Casa do Psicólogo – São Paulo – SP. 1999.

BATEL P. Addiction and schizophrenia (review). *Eur Psychiatry*,15:115-22, 2000.

BELLACK, AS; DI CLEMENTE, CC. Treating Substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*; 50(1):75-80. 1999.

BERGMEN, 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.

BLANCHARD, JJ; SQUIERS, D; HENRY, T; et al. Examining an Affect Regulation Model of substance Abuse in Schizophrenia. *J. Nerv. Ment. Dis.* 187:72-79, 1999.

BLANCHARD, JJ; BROWN, AS; HORAN, WP, SHERWOOD, AR. Substance Use Disorder in Schizophrenia: Review, Integration, and Proposed Model. Clinical Psychology Review, no. 2, pp. 207-234, 2000.

BLEULER, Eugene. Psiquiatria. Parte Especial – As Esquizofrenias. Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro-RJ. 1985.

BOSCOLO, MM. "Álcool e drogas na esquizofrenia". *Tese de Mestrado- Faculdade de Medicina da Universidade de Campinas*, 1999.

BRADY, K; ANTON, R; et al. Cocaine Abuse Among Schizophrenic Patients. *Am J Psychiatry* 147:1164-1167; 1990.

BREAKEY, WR; GOODELL, H; et al. Hallucinogenic drugs as precipitants of schizophrenia. *Psychological Medicine*, 4: 255-261, 1974.

BRESSAN, RA; CHAVES AC, SHIRAKAWA, I. Depressão na Esquizofrenia .In Shirakawa ,I Chaves ,AC; Mari, J,J. *O Desafio da Esquizofrenia.* Ed. Lemos – São Paulo. SP – 1998.

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

BUCKLEY P, Mc CARTHY P, RICHMAN C, YOMAMOTO, B . Clozapine treatment of comorbid substance abuse in patients with schizophrenia. *Schizophr Res*:36:272.1999.

BRUNETE, M, DRAKE R. Gender diferences in patients with Schizophrenia and substance abuse. *Compr Psychiatry*, 1987.

CALDWELL ,CB; GOTTESMAN, II. Schizophrenics Kill Themselves too; a review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bull* ;16:571-589, 1990.

CANTOR-GRAAE, E; NORDSTROM, LG; Mc NEIL, TF. Substance abuse in Schizophrenia : a review of the literature and a study of correlates in Sweden. *Schizophr. Res.* 48:69-82, 2001.

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 CORREA, C.J. Severe Mental Illness and Addictions Assessment considerations. *Addictive Behaviors,* Vol. 23, no. 6, pp. 735-748, 1998.

CAREY, K.B. e CAREY, MP; SIMONS, JS. Correlates of Substance use Disorder among Psychiatric outpatients: Focus on Cognition, Social Role Functioning and Psychiatric Status. *J Nerv Ment Dis.* 191:300-308, 2003.

CRAIG, T; HWANG, MY; BROMET ,EJ. Obsessive compulsive and panic symptoms in patients with first admission psychosis. *Am J Psychatry*;159(4):592-8, 2002 apr.

CASSANO, GB; PINI, S; SAETTONI, M; RUCCI, P. DELL'OSSO L. Occurance and Clinical correlates of psychiatric comorbidity in patients with psychotic disorders. *J Clin. Psychiatry*; 59(2)60-8, 1998 Feb.

CASEY, D.E. Neuroleptic-Induced acute Extrapyramidal Syndromes and Tardive Dyskinesia. Psychiatric Clinics of North America, *Psychopharmacology,* Vol 16:3. Editor DL Dunner. Philadelphia, WB Saunders, pp. 589-610. 1993.

CASTANEDA, R; GALANTER, M; LIFSHUTZ, H; FRANKO, H. Effect of drugs of abuse on psychiatric symptoms among hospitalized schizophrenics. *Am J Drug Alcohol Abuse*; 17:313-320; 1991.

CHAMBERS, RA; KRYSTAL, JH; SELF, DW. A neurobiological basis for substance abuse comorbidity in schizophrenia. *Biol. Psychiatry*; 50:71-83. 2001

CHAVES, AC. Diferenças entre os sexos na esquizofrenia. In: Shirakawa, I; Chaves, AC; Mari, JJ. O desafio da esquizofrenia. São Paulo: Ed. Lemos. P.85-101. 1998.

CHAVES, AC; SHIRAKAWA, I. Escala das síndromes negativa e positiva _ PANSS e seu uso no Brasil. *Rev. Psiq. Clín.* 25 (60) Edição Especial: 337-343, 1998.

CHOUINARD, G; ANNABLE, L; ROSS-CHOUINARD, A; et al. Ethopropazine and Benztropine 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.

CLEGHORN, JM; KAPLAN, RD; SZECHTMAN, B; et al. Substance abuse in schizophrenia: Effects on symptoms but not on neurocognitive function. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52: 26-30, 1991.

CONOVER, WJ. Practical Nomparametric Statistics. *John Wiley & Sons. Inc.* Nova Iorque, 1971.

CROW, TJ. The two syndrome concept: Origens and current status. *Schizophrenia Bulletin* 9: 471-486; 1985

COSOFF SJ; HAFNER RJ. The prevalence of comorbid schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar disorder. *NZJ Psychiatry*;32(1):67-72; 1998.

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.

DAVIS, JM; SCHAFFER, CB; KILLIAN, GA; KINARD, C. Important issues in the drug treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* . Special Report, 109-126.

DAUSH, 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

DALGALARRONDO, P. "Síndromes Psicóticas". In: Semiologia dos Transtornos Mentais. Cap. 2. Ed. Artes Médicas. Porto Alegre- RS. Pg. 201-204. 2000.

DEL CAMPO, EJH; CARR, CF; CORREA, E. Rehospitalized Schizophrenics. What they report about Ilness, Treatment and Compliance. *JPNMHS*, 21(6) : 29-33, 1983.

DERVAUX, A; BAYLE, FJ; KREBS, MO. Substance misuse among people with Schizophrenia similarities and differences between the UK and France. Br. *J Psychiatry*, 180:381-9, 2002.

DEWAN, MJ; KOSS M. The clinical impact of reported variance in potency of antipsychotic agents. *Acta Psychiatr Scand* , 91: 229-232, 1995.

DICKEY, B; AZENI, H; WEISS, R; et al. Schizophrenia substance use disorders and medical co- morbidity . *J Ment Heath Policy Econ*; 3(1):27-33; 2000.

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; HASS, G; et al. Drug Abuse in schizophrenic patients: Clinical correlates and reasons for use. *American Journal of Psychiatry*, 148:224-230, 1991.

DIXON, L; POSTRADO, L; et. al. The Association of Medical Comorbidity in Schizophrenia with Poor Physical and Mental Health. *J Nerv Ment Dis* 187:496-502. 1999.

DIXON, L; WEIDEN, P; et al. Increased tardive dyskinesia in alcohol abusing schizophrenic patients. *Comprehensive Psychiatry*, 33: 121-122, 1992.

DRAKE, RE; GATES, C; COTTON, PG; et al.. Suicide among schizophrenics: who is at risk ? *J Nerv Ment Dis: 172:613-618*, 1984

DRAKE, RE; WALLCH, 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: A 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.

DUKE, PJ; PANTELIS, C; MCPHILIPIS, MA; BARNES, TRE. The Comorbid non-alcohol substance misuse among people with Schizophrenia. Br. J. Psychiatry;179:509-13, 2001.

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. 3ª ed. Porto Alegre-RS. Ed. Artes Médicas, 1999.

EL-GUEBALY, N; HODGINS, DC. Schizophrenia and Substance abuse: prevalence issues. *Can J Psychiatry*; 37:704-10. 1992.

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.

FOWLER, I L; VOUGHAN, J; CARR, NT; CARTER; TERRY J. Pattern of current and lifetime substance use in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 24(3):443-445, 1998.

FRANCES, A; WEIDEN, P; GUEST EXPERT. Promoting Compliance With Outpatient Drug Treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 38(11): 1158-1160, 1987.

FREED, EX. Alcoholism 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*, 26: 574-576. 1992.

GEARON, JS; BELLACK, AS. Sex differences in illness presentation, course and level of functioning in substance-abusing schizophrenia patients. *Schizophr Res* :43(1):65-70, 2000.

GREEN, MF; NUECHTERLEIN, KH; VENTURA, J; MINTZ, J. The temporal relationship between depressive and psychotic symptoms in recent-onset schizophrenia. *Am J Psychiatry* 147:179-182, 1990.

GOLDSTEIN, RZ; VOLKOW, ND. Drug addiction and its underling neurobiological basis: neuroimaging bases for the involvement of the frontal cortex. *Am J Psychiatry.* 159:1642-52, 2002.

GOFF, D; HENDERSON, D; AMICO, E. Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopatology and medication side effects. *Am J Psychiatry.* 149(9):1189-94, 1992.

HALL, W; ROSS, J; LYNSKEY, M; et al. How many dependent heroin users are there in Australia? *Med J Aust*; 173(10):528-31, 2000.

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.

HAMBRECHT, M; HAFNER, H. Substance abuse and the of Schizophrenia. *Biol Psychiatry*, 196:40,1155-63, 1996.

HAMBRECHT, M; HAFNER, H. Cannabis, vulnerability and the onset of schizophrenia: an epidemiological perspective. *A NZJ of Psychiatry.* 34:468-475.2000.

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.

HANSELL, N; WILLIS, GL. Outpatient treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry*: 134:1082-1086, 1977.

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.

HASIN, DS; NUNES, EV. Comorbidity of alcohol, drug and psychiatric disorders. *Epidemiology*, 1998.

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.

HOOFER, A; FOSTER, HD. Why schizophrenics smoke but have a lower incidence of lunger cancer: Implications for the treatment of both disorders. *J Orthomol Med*; 15:141-4, 2000.

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.

HOGARTY, GE; ULRICH, RF; MUSSARE, F; ARISTIGUETA N. Drug discontinuation among long term, successfully maintained schizophrenic outpatients. *Dis. Nerv Syst*, 37:494-500, 1976.

HOSMER, DW E LEMESHOW, S. Applied Logistic Regression. John Wiley&Sons Inc. Nova Iorque. 1989.

HYDE, AP. Response to effects of caffeine on behavior or schizophrenic inpatients. *Schizophrenia Bulletin,* 16(3):371-372, 1990.

HUGLES, JR; HATSUKANI, DK; MITCHELL JE; DAHLGREN LA. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*; 143;993-7. 1986.

HUNT, GE; BERGEN, J; BASHIR; M . Medication compliance and comorbid substance abuse in schizophrenia: impact on community survival 4years later after a relapse. *Schizophr Res* 54:253-64, 2002.

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

KAMALI, M; KELLY, L; GERVIN, M; BROWNE, S; et al. The prevalence of comorbid substance misuse and its influence on suicidal ideation among in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*: 101:452-456; 2000.

KANE, JM. Treatment program and long-term outcome in chronic schizophrenia. (Supll); 358:151-157, 1990.

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

KHANTZIAN, EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders; reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry*. 4:231-44. 1997

KAVANGH, DJ; MCGRATH, JJ; JENNER, L. Substance use in psychiatric disorders: Results from the Australian survey of mental health and wellbeing (abstract). *Acta Psychiatr Scand.*102 Suppl.404:5, 2000.

KAVANAGH, DJ; SAUDERS, JB; YONG, R; et al. Evaluation and brief intervention for substance abuse in early psychosis. A report to AUSEINET. Brisbane: Department of Psychiatry, University of Queensland, Australia; 1999.

KAVANAGH, DJ; MCGRATH, J; SAUNDERS, JB; DORE, G; CLARK, D. Substance misuse in patients with schizophrenia. *Drugs*; 62 (5):743-755, 2002.

KENDLER, KA. A twin study of Individuals with both Schizophrenia and Alcoholism. *British Journal of Psychiatry*, 147, 48-53, 1985.

KESSLER, RC; et al. The lifetime and 12-month prevalence of DSMII-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51: 8-19, 1994.

KIMLING, EL; ADAMO, UH; et al. The New York High-Risk Project. *Arch Gen Psichiatry*/VOL 54, DEC 1997.

KING, D. The Effect of neuroleptics on Cognitive and Psychomotor Function. *British Journal of Psychiatry* , 157, 799-811, 1990.

KRYSTAL, JH; D' SOUZA, DC; MADONICK, S; PATRAKIS, IL. Toward a rational pharmacotherapy of comorbid substance abuse in schizophrenia patients. *Schizophr Res,* 35:S35-S49, 1999.

KOREEN, AR; SIRIS ,SG. CHAKOS, M; ALVIR, J MAYERHOFF, D; LIEBERMANN , J. Depression in first – episodes Schizophrenia. *Am J Psychiatry* ;50:1643-1648,1993.

KOVASNAY, 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.

KUMARI, V; TONE, B; GRAY, JA. Habituation and prepulse inhibition of the acoustic startle reflex: Effects of smoking status and psychosis-proneness. *Pers. Indiv. Diff*; 23(2):183-91. 1997

LAMB, HR. Young adult chronic patients: the new drifters. *Hospital and Community Psychiatry*, 33: 465-468, 1982.

LARANJEIRA, R; NICASTRI, S. "Abuso e Dependência de Álcool e Drogas". In: Almeida, O P.; Dractu, L, Laranjeira, R. Manual de Psiquiatria. Ed. Guanabara Coogan-S.P. Pg.81-112. 1996.

LEHMAN, AF; MYERS, CP; CORTY, EC. Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes. *Hosp Community Psychiatry* 40:1019-1030, 1989.

LEON, J. Smoking and Vulnerability for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22(3): 405-409, 1996.

LICHTERMANN, D; EKELUND, J; POKKALA, E; et al. Incidence of cancer among persons with schizophrenia and their relatives. *Arch. Gen. Psychiatry*; 58:573-88. 2001.

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.

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.

MCKAY, JR; LONGABAUGH, R; BEATTIE, MC; MAISTO, AS. The relationship of pretreatment family functioning to drinking behavior during follow-up by alcoholic patients. *Am J Drug Alcohol Use*; 18: 445-460, 1992.

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

MATHERS, DC; GHODSE, AH. Cannabis and psychotic illness. *British Journal of Psychiatry*; 61;648-653, 1992.

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 esquizofrenia. *J Bras Psiq*, 38 (4): 180-183, 1989.

MEDINA, MG; SANTOS, DN; ALMEIDA FILHO, N. "Epidemiologia do Consumo de Substâncias Psicoativas" – cap 6 . In :Seibel, SD e Toscano, A Jr. A Depedência de Drogas. Editora Atheneu – São Paulo- SP , 2001.

MELTZER, HY. Pre-clinical pharmacology of atypical antypsychotic drugs: A selective review. *British Journal of Psychiatry* 168 (suppl. 29): 23-31, 1996.

MENEZES, PR; JOHNSON, S; THORNICROFT, G; et al. Drug and Alcohol Problems among Individuals with Severe Mental Illness in South London. ***British Journal of Psychiatry***, 168, 612-619, 1996.

MENEZES, PR. Esquizofrenia e Uso de Drogas. ***Medicina***, vol. 32, suppl1-99:26-29, 1998

MENEZES, PR. Abuso de substâncias psicoativas em pessoas com transtornos mentais graves no município de São Paulo.Tese de Livre-Docência. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2002.

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 Extrapyramidal Signs and Symptoms in patients Treated With Clozapine, Risperidone, and Convencional Antipsychotics. *J. Clin. Psychiatry* 59: 2, 69-75, 1998

MINKOFF, K. An integrated model for the management of co-occurring psychiatric and substance disorders in managed care systems. *Disease Management and Health Outcomes* :8:251-7, 2000.

MORTENSEN, PB. Suicide among schizophrenic patients: occurrence and risk factors. *Clin Neuropharmacol* 18 (suppl.3):S1-S8, 1995

MUESER, KT; YARNOLD, PR; et al. Prevalence of Substance Abuse in Schizophrenia : Demographic and Clinical Correlates. *Schizophrenia Bulletin,* 16(1): 31-56, 1990.

MUESER, KT; DRAKE, RE; WALLACH, MA. Dual Diagnosis: A Review of etiological Theories. *Addictive behaviors,* Vol. 23, 6, pp. 717-734, 1998.

MUESER, KT; YARNOLD, PR; ROSENBERG, SD; et al. Substance use in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: prevalence, correlates, and sub-groups. *Schizophrenia Bulletin,* 26: 179-192. 2000.

NEGRETE, JC; KNAPP, WP; DOUGLAS, DE. Cannabis affects the severity of Schizophrenic symptoms: Results of a Clinical Survey. *Psychol Med* ;16:515-20,1986.

NEGRETE, JC. Clinical Aspects of Substance Abuse in Persons with Schizophrenia. *Can J Psychiatry*, Vol 48. No 1 , February 2003.

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.

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, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS)- WHO –World Health Organization Nomenclature and classification of drug and alcohol related problems: a WHO Memorandum. Bulletin of the World Health Organization, 59(2):225-45, 1981.

PATKAR, AA; ALEXANDER, RC; LUNDY, A; et al. Changing patterns of illicit substance use among schizophrenic patients: 1984-1996. *Am J Addict*;8 (1);65-71. 1999.

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.

PERALTA V, CUESTA MJ. Influence of cannabis use on Schizophrenic psychopathology. *Acta Psychiatr Seand,*82:127-30, 1992.

PHILLIPS, P; JOHNSON, S. How does drug and alcohol misuse develop among people with psychotic illness? A literature review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36:269-76, 2001.

PICKENS, RW; SVIKIS, DS; MCGUE, M; et al. Heterogeneity in inheritance of alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 48, 19-28, 1991.

PRIMM, AB; GOMEZ, MB; TZOLOVA – IONTCHEV, I; PERRY, W; CRUM, RM. Mental health versus substance abuse treatment programs for dually diagnosed patients. *J Subst abuse Treat*;19:285-90, 2000.

PRISTACH, C.; SMITH, C. Medication Compliance and Substance Abuse Among Schizophrenic Patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 41(12):1345-1348, 1990.

RATTO, LRC. Prevalence of comorbidity on severe mental illness due to substance use disorders in São Paulo, Brasil. Tese Universidade de São Paulo, 2000.

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.

ROSENTHAL, RN; HELLERSTEIN, DJ; MINER, CR. Positive and negative syndrome typology in schizophrenic patients with psychoative substance disorders. *Compr Psychiatry*; 35(2):91-8. 1994.

RESAENEN, P; TIIHONEN, J; ISOHANNI, M, et al. Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior: A 26-year follow-up study of a unselected birth cohort. *Schizophrenia Bull*; 24 (3):437-41. 1998.

SAFER, DJ. Substance abuse by young adult chronic patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 38: 511-524, 1987

SALYERS, MP; MUESER, KT. Social functioning psychopatology, and medication side effects in relation to substance use and abuse in schizophrenia. *Schizophr Res*; 48(1):109-23. 2001.

SALLUM, IM; MOSS, HB; DALEY, DC. Substance abuse and schizophrenia: impediments to optimal care. *Am J Drug Alcohol Abuse*, v. 17(3), 31-336, 1991.

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.

SAUNDERS, JB; RICHARDS, A. Getting to grips with heroin and other opioid use. *Med J Aust*; 173 (10): 509-10, 2000.

SCUCKIT, M. Drug and Alcohol abuse a clinical guide to diagnosis and treatment. New York. *Academic Plenum*, 2000.

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, 1987.

SEEMAN, PL; et al. Antipsychotic drug doses and neuroleptic dopamine receptors. *Nature*, 261: 717-719, 1976.

SEVY, S; KAY, SR; OPLER, LA, VAN PRAAG, HM. Significance of cocaine history in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178:642-648, 1990.

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. P.135-148, 1998.

SHIRAKAWA, I. "Os critérios Diagnósticos para a Esquizofrenia". Cap.2. In: O ajuste social na Esquizofrenia. Ed. Lemos, São Paulo-SP. Pg. 17-32, 1999.

SCHUCKIT, MA. Subjective rsponses to alcohol in sons of alcoholics and control subjects. *Archives of General Psychiatry*; 41, 879-884, 1984.

SCHUCKIT, MA; RAYSES, V. Ethanol ingestion differences in blood acetaldehyde concentrations in relatives of alcoholics and controls. *Science*, 203, 54-55, 1979.

SMITH, J. E HUCKER, S. Schizophrenia and Substance Abuse. *British Journal of Psychiatry*, 165, 13-21, 1994.

SOYKA, M. Substance misuse psychiatric disorder and disturbed behavior. *Br J Psychiatry;* 176:345-50, 2000.

SOYKA, M; ALBUS, M; IMMLER, B; KATHMANN, N; HIPPIUS, H . Psychopathology in dual diagnosis and non addicted Schizophrenics: are there differences? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*; 251:232-8, 2001.

SONI, SD; BROWNLEE, M. Alcohol abuse in chronic schizophrenics: Implications for management in the comunity. *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

STANTON, MD. Family treatment approachs to drug abuse problems: a review. *Family Process*, 18: 251-280, 1979.

STEMPLINK, VA E BURSZTEIN, PA. A cocaína e a família- cap.9. In: Leite, MC; Andrade, AG. Cocaína e Crack. Ed. Artes médicas- Porto Alegre-RS, 1999.

STRANG, J; JOHNS, A; CAAN, W. Cocaine in the UK. *British Journal of Psychiatry*; 162:1-13, 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, CA. The new generation of antipsychotic drugs. *International Clinical Psychopharmacology,* 11 (suppl 2): 73-76, 1996.

TEST, MA; WALLISCH, LS, ALLNESS, DJ; RIPP, K. Substance abuse in young adults with schizophrenia disorders. *Schizophrenia Bulletin*; 15: 465-476, 1989.

Thara et al. Ten-year course of schizophrenia_ the Madras longitudinal study. *Acta Psychiatr Scand*, 90: 329-336, 1994.

THORNICROFT, G. Cannabis and psychosis: is there epidemiological evidence for na association ? *Br J Psychiatry*: 157:33-35; 1990.

TRUMBETTA, SL; MUESER, KT; QUIMBY, E; et al. Social networks and clinical outcomes of dually diagnosed homeless persons. *Behav Ther*; 30:407-30, 1999

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneva- Switzerland. 2004

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*, p.165, 1993

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.

VALLADA, HF; BUSATTO, GF. Esquizofrenia. In: Almeida, OP; Dractu, L; Laranjeira, R. Manual de Psiquiatria. Ed. Guanabara Coogan-SP, pg. 127-150, 1996.

VAN KAMMEN, D; BORONOW, JJ. Dextro-amphetamine diminishes negative symptoms in schizophrenia. *International Clinical Psychopharmacology*, 3:11-121, 1998.

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.

VAN PUTTEN, T; PHILIP, RA; MAY, MD; et al. Response to antipsychotic medication. The Doctor's and the consumer's view. *Am J Psychiatry*, 141:1, 1984.

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 agression 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. *Schizoprenia 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.

ZIMMET SV, STROUS RD, BURGESS ES, KOHNSTAMM S , GREEN AL . Effects of clozapine on substance use in patients disorder: a retrospective survey. *J Clin Psychophamacol*, 20:94-8, 2000.

ZISOOK, S; HEATON, R; et al. Past substance abuse and clinical course of schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 149:552-553, 1992.

8- ANEXOS

ANEXO 1

DADOS DEMOGRÁFICOS E HISTÓRICO PSIQUIÁTRICO

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1.Nº do paciente:----------

2.Nº do Registro:----------

3.Médico:----------

4.Local do tratamento: ☐ **1. Fundação Américo Bairral**
2.Unicamp - enfermaria
3.Unicamp – ambulatório 3.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
2. pentecostal
3. protestante tradicional
4. Espírita kardecista
5. Afro-brasileira
6. Seicho-no-ie
7. Testemunha de jeová
8. Budista
9. Não tem
10.não sei
11.não coletado

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: ————meses ☐não sei☐não coletado
(isolou-se dos outros, começou a ficar indiferente afetivamente, descuido da higiene ou vestimenta, começou a falar menos, ficou lento, etc.)

25.Há quanto tempo se iniciaram os sintomas positivos: ————meses ☐não sei☐não coletado
(começou a ouvir vozes, falar sozinho, a ter idéias de perseguição, idéias estranhas, ficar agitado, agressivo, etc.)

26. Há quanto tempo iniciou o uso de 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 Abstinênciaao 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 ultimo 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 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

59.O paciente entende novelas e/ou filmes na t.v.? 1.sim 2.não ☐não sei☐não coletado

50.Segundo a sua avaliação global a inteligência do paciente é: ☐

1.normal **3.rebaixamento leve** **2.rebaixamento limítrofe**
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 DO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

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
ANTIPSICÓTICOS								
Haloperidol		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Decanoato de Haloperidol		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Clorpromazina		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Levomepromazina		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Cloridrato de flufenazina		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Enantato de flufenazina		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Cloridrato de trifluoperazina		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Periciazina		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Pimozide		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Penfluridol		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Tioridazina		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Tiotixeno		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Risperidona		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Clozapina		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Outros								
		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
ANTIDEPRESSIVOS								
Amitriptilina		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Clorimipramina		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Imipramina		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Nortriptilina		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Maprotilina		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Tranilcipromina		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Moclobemida		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Citalopram		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Fluoxetina		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐

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☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Sertralina		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Nefazodone		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Mirtazapina		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Venlafaxina		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Trazodone		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Outros								
		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Estabilizadores de Humor/ Anticonvulsivantes								
Carbonato de lítio		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Ácido Valpróico		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Carbamazepina		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Fenobarbital		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Fenitoína		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Outros								
		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
TRANQUILIZANTES/ BZD/ HIPNÓTICOS								
Diazepam		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Bromazepan		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Lorazepam		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Alprazolam		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Cloxazolam		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Flurazepam		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Clordiazepóxido		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Flunitrazepam		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Nitrazepam		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐

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☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Midazolam		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Buspirona		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Zolpiden		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Zoplicone		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Outros								
		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
ANTI - PARKINSONIANO								
Biperideno		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Prometazina		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Triexifenidila		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Amantadina		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Propranolol		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
Outros								
		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
OUTROS (inclusive medicação clínica)								
		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐		1☐2☐3☐		1☐2☐3☐4☐
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

(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).

(2) Ou pelo menos dois dos seguintes

- ☒ Alucinações persisitentes 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).

- ☒ **Paranóide**
- ☒ **Hebefrênica**
- ☒ **Catatônica**
- ☒ **Indiferenciada**
- ☒ **Depressão Pós-Esquizofrenia**
- ☒ **Residual**
- ☒ **Simples**
- ☒ **Outra Esquizofrenia**
- ☒ **Não Especificada**

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

(2) Disfunção 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 foram descartados devido a

- ☐ 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) Relacionamento 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**
- ☐ **Desorganizada**
- ☐ **Catatônica**
- ☐ **Indiferenciada**
- ☐ **Residual**

- ☐ **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 Volitiva	○ 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 Embotamento 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.
- ◯ 2 - 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.
- ◯ 4 - Relação com certa intimidade ou participação emotiva, geralmente satisfatória e às vezes com expressão sexual ou sinais de afeto físico.
- ◯ 6 - 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 faltas de motivação o impede de avançar em outras áreas.
- ◯ 6 - Não se observa a falta significativa da 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 interessasndo-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 e 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 vária 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

1. muito deprimido	3. neutro	5. muito alegre
2. levemente deprimido	4. levemente alegre	99. não coletado

Ansiedade

1. muito calmo	3. neutro	5. muito tenso/ansioso
2. levemente calmo	4. levemente tenso	99. não coletado

Energia

1. muito energético	3. neutro	5. cansado/esgotado
2. levemente energético	4. levemente cansado	99. não coletado

Hostilidade

1. muito hostil	3. neutro	5. muito amigável
2. levemente hostil	4. levemente amigável	99. não coletado

Desconfiança

1. muito confiante	3. neutro	5. muito desconfiado
2. levemente confiante	4. levemente desconfiado	99. não coletado

Pensamento

1. claro	3. neutro	5. muito confuso
2. levemente claro	4. levemente confuso	99. não coletado

Distração

1. muito distraído	3. neutro	5. muito atento
2. levemente distraído	4. levemente atento	99. não coletado

Envolvimento com Grupo

1. muito pertencente	3. neutro	5. muito alienado
2. levemente pertencente	4. levemente alienado	99. não coletado

Sintomas Positivos

1. muito mais sintomas	3.neutro	5. muito menos
2. pouco mais sintomas	4. pouco menos sintomas	99. não coletado

Sintomas Negativos

1. muito mais sintomas	3. neutro	5. muito menos
2. pouco mais sintomas	4. pouco menos sintomas	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.	○ Não ○ Sim	○ Não Sei ○ Não Coletado
2. Para mim, o lado bom do remédio é mais importante que o lado ruim.	○ Não ○ Sim	○ Não Sei ○ Não Coletado
3. Quando tomo os remédios eu me sinto meio xarope, meio zoró como um robô.	○ Não ○ Sim	○ Não Sei ○ Não Coletado
4. Mesmo quando eu não estou internado, eu acho que preciso tomar remédios.	○ Não ○ Sim	○ Não Sei ○ Não Coletado
5. Se eu tomo remédios, é só por causa da pressão de outras pessoas.	○ Não ○ Sim	○ Não Sei ○ Não Coletado
6. Quando estou tomando os remédios eu fico mais conciente do que faço e do que acontece a minha volta.	○ Não ○ Sim	○ Não Sei ○ Não Coletado
7. Tomar remédios não vai fazer mau para mim.	○ Não ○ Sim	○ Não Sei ○ Não Coletado
8. Eu tomo os remédios por decisão própria, por que eu resolvi tomá-los.	○ Não ○ Sim	○ Não Sei ○ Não Coletado
9. Os remédios me fazem sentir mais relaxado.	○ Não ○ Sim	○ Não Sei ○ Não Coletado
10. Eu não fico diferente com ou sem remédios. (dá no mesmo)	○ Não ○ Sim	○ Não Sei ○ Não Coletado
11. Os efeitos desconfortáveis, ruins, dos remédios estão sempre presentes.	○ Não ○ Sim	○ Não Sei ○ Não Coletado
12. Os remédios me fazem sentir cansado, lento, devagar.	○ Não ○ Sim	○ Não Sei ○ Não Coletado
13. Eu só tomo os remédios quando eu me sinto mal, doente.	○ Não ○ Sim	○ Não Sei ○ Não Coletado
14. Os remédios são um veneno de ação lenta.	○ Não ○ Sim	○ Não Sei ○ Não Coletado
15. Eu me dou melhor com as pessoas quando eu estou tomando os remédios.	○ Não ○ Sim	○ Não Sei ○ Não Coletado
16. Quando eu estou tomando os remédios eu não consigo me concentrar em nada.	○ Não ○ Sim	○ Não Sei ○ Não Coletado
17. Eu sei melhor do que o médico quando eu devo parar com os remédios.	○ Não ○ Sim	○ Não Sei ○ Não Coletado
18. Eu me sinto mais normal quando eu tomo os remédios.	○ Não ○ Sim	○ Não Sei ○ Não Coletado
19. Eu prefiro ficar doente do que tomar remédios.	○ Não ○ Sim	○ Não Sei ○ Não Coletado
20. Não é natural para minha mente e pro meu corpo ser controlado pelos remédios.	○ Não ○ Sim	○ Não Sei ○ Não Coletado
21. Os meus pensamentos ficam mais claros quando eu tomo os remédios.	○ Não ○ Sim	○ Não Sei ○ Não coletado
22. Eu devo continuar tomando os remédios mesmo quando eu me sinto bem.	○ Não ○ Sim	○ Não Sei ○ Não Coletado
23. Tomar os remédios irá impedir que eu tenha uma recaída, uma nova crise.	○ Não ○ Sim	○ Não Sei ○ Não Coletado
24. É decisão do médico quando eu devo parar de tomar os remédios.	○ Não ○ Sim	○ Não Sei ○ Não Coletado
25. Muitas coisas que eu posso fazer com facilidade, ficam mais difíceis quando eu estou tomando remédios.	○ Não ○ Sim	○ Não Sei ○ Não Coletado
26. Eu me sinto melhor e mais feliz quando eu estou tomando os remédios.	○ Não ○ Sim	○ Não Sei ○ Não Coletado
27. Estão me dando remédios para controlar coisas que eu faço (meu comportamento), e que as outras pessoas (não eu) não gostam.	○ Não ○ Sim	○ Não Sei ○ Não Coletado
28. Eu não consigo relaxar quando estou tomando remédios.	○ Não ○ Sim	○ Não Sei ○ Não Coletado
29. Quando eu tomo os remédios, eu sinto que posso me controlar melhor.	○ Não ○ Sim	○ Não Sei ○ Não Coletado
30. Tomando os remédios, eu posso me prevenir (evitar) de ficar doente.	○ Não ○ Sim	○ Não Sei ○ 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 psicosocial ótimo em uma grande variedade de atividades, problemas de vida ficam normalmentre sob controle. É procurado por outras pessoas devido à sua cordialidade, disponibilidade e integridade. Nenhum sintoma.

90-81 Bom funciomento psicosocial em todas as áreas, muito intersse, socialmente engajado e produtivo, geralmente satisfeito cosigo mesmo e com os outros. Pode não haver sintomas passageiros e as preocupações diárias apenas ocasialmente fogem ao controle.

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

70-61 Alguma dificuldade em diversas áreas de funciomento psicosocial, 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, insonia moderada).

60-51 Apresenta geralmente dificuldade no funciomento psicosocial (pocos 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 psicosocial (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 obcessivos graves, ataques de ansiedade frequentes, síndrome maníaca leve mas bem definida).

40-31 Prejuízo grave em diversas áreas do funcionamento psicosocial, 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, exitação maníaca 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 frequetemente).

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 afetivo 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 mutuas, 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 dificulades 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 aconchegante.

Os membros adultos tem uma vida sexual satisfatória.

80-61 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 frustações por parte dos membros.

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

Os limites são respeitados, mas eventualmente se desrespeita 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 razoávelmente 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, frustantes 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 negligênte. As relações ou são estrmamente rígidas ou extremamente confusas.

Os momentos de contato afetivo são muitos raros, e conflitos não resolvidos marcam relações muito hostis ou muito distântes. 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 aonde 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: _____

I. Parkinsonismo, distonia e Discinesia:

Questionário e escala comportamental.
Responda as questões escolhendo a resposta apropriada para cada item.

	0 - Ausente, 1- Leve, Moderada, 3 - Grave, 99 - Não Coletado
1. Vagarosidade ou fraquesa, dificuldade de conduzir assuntos rotineiros	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 99
2. Dificuldade para andar e diminuição dos movimentos de "balanço" espontâneo	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 99
3. Dificuldade para engolir ou falar	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 99
4. Maneirismo, rigidez de postura	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 99
5. Câimbra ou dores nos membros, dorso ou pescoço	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 99
6. Inquietação, nervoso, incapaz de permanecer calmo	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 99
7.Tremores, agitação	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 99
8. Crise oculógiras, manutenção de postura anormal	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 99
9. Salivação aumentada	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 99
10. Movimentos involuntários anormais (discinesia) das extremidades ou tronco	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 99
11. Movimentos involuntários anormais (discinesia) da língua, queixo, lábios ou face	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 99
12. Tontura quando em pé (especialmente pela manhã)	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 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
- ○ Fáceis 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	○ Normal ○ Muito suave, quase imperceptível ○ Suave (alguma resistência a movimentos passivos) ○ Moderado (resistência total a movimentos passivos) ○ Moderadamente grave (moderada resistência mas com fácil movimentação dos membros) ○ Grave (resistência intensa c/ dificuldade total p/ movimentação dos membros) ○ Extremamente grave (quase rígido) ○ Não coletado
Braço Esquerdo	○ Normal ○ Muito suave, quase imperceptível ○ Suave (alguma resistência a movimentos passivos) ○ Moderado (resistência total a movimentos passivos) ○ Moderadamente grave (moderada resistência mas com fácil movimentação dos membros) ○ Grave (resistência intensa c/ dificuldade total p/ movimentação dos membros) ○ Extremamente grave (quase rígido) ○ Não coletado
Perna Direita	○ Normal ○ Muito suave, quase imperceptível ○ Suave (alguma resistência a movimentos passivos) ○ Moderado (resistência total a movimentos passivos) ○ Moderadamente grave (moderada resistência mas com fácil movimentação dos membros) ○ Grave (resistência intensa c/ dificuldade total p/ movimentação dos membros) ○ Extremamente grave (quase rígido) ○ Não coletado
Perna Esquerda	○ Normal ○ Muito suave, quase imperceptível ○ Suave (alguma resistência a movimentos passivos) ○ Moderado (resistência total a movimentos passivos) ○ Moderadamente grave (moderada resistência mas com fácil movimentação dos membros) ○ Grave (resistência intensa c/ dificuldade total p/ movimentação dos membros) ○ Extremamente grave (quase rígido) ○ Não coletado

Data: _____

4 - Marcha e Postura

- ○ Normal
- ○ Leve diminição do movimento pendular do braço
- ○ Diminuição moderada do movimento dos braços, passos normais
- ○ Nenhum movimento pendular dos braços, inclinação da cabeça, passo mais ou menos normais
- ○ Postura rígida (pescoço, dorso), passos pequenos (pés se arrastam)
- ○ Mais intensa, pressa ou rigidez ao virar
- ○ Flexão tripla, quase incapaz de andar
- ○ Não coletado

Data: _____

8 - Tremor

Braço Direito	
Braço Esquerdo	
Perna Direita	
Perna Esquerda	
Cabeça	
Maxilar/Queixo	
Língua	
Lábios	

	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
- ○ Frequetemente necessita mover ma extremidade ou mudar de posição
- ○ Move uma extremidade quase constantementese estiver sentado ou c/ os pés juntos em pé
- ○ Incapaz de sentar por mais do queum curto período de tempo
- ○ Move ou anda constantemente
- ○ Não coletado

Data: _____

7 - Sialorréia

- ○ 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	◯ 0	◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5	◯ 6	◯ 99
Braço Esquerdo	◯ 0	◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5	◯ 6	◯ 99
Perna Direita	◯ 0	◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5	◯ 6	◯ 99
Perna Esquerda	◯ 0	◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5	◯ 6	◯ 99
Cabeça	◯ 0	◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5	◯ 6	◯ 99
Queixo	◯ 0	◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5	◯ 6	◯ 99
Língua	◯ 0	◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5	◯ 6	◯ 99
Lábios	◯ 0	◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5	◯ 6	◯ 99

2. Distonia não aguda ou crônica ou tardia:

Braço Direito	◯ 0	◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5	◯ 6	◯ 99
Braço Esquerdo	◯ 0	◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5	◯ 6	◯ 99
Perna Direita	◯ 0	◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5	◯ 6	◯ 99
Perna Esquerda	◯ 0	◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5	◯ 6	◯ 99
Cabeça	◯ 0	◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5	◯ 6	◯ 99
Queixo	◯ 0	◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5	◯ 6	◯ 99
Língua	◯ 0	◯ 1	◯ 2	◯ 3	◯ 4	◯ 5	◯ 6	◯ 99

Data: _____

IV. Movimentos Distônicos - Exame Médico

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

_____ 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)

_____ 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)

_____ 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 (balanças, torção, movimentos pélvicos)

_____ 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)

_____ 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)

_____ 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)

_____ 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 adiscinesia 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 adiscinesia no presente momento?

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

ANEXO 12

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.	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 99
2 - Tensão Sensação de tensão fatigabilidade, tendência para sobressaltos, tremor, choro fácil, inquietude, incapacidade de relaxamento.	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 99
3 - Medo Medo do escuro, de estranhos, de ficar só, de animais, de multidões (aglomerações).	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 99
4 - Insônia Dificuldade para adormecer, incapacidade de permanecer dormindo, sensação de não restauração do sono e despertar abatido, sonhos, pesadelos, pavor noturno.	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 99
5 - Dificuldade Intelectual Falta de concentração, esquecimento.	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 99
6 - Humor Deprimido Falta de interesse, falta de prazer, sensação de abatimento, despertar precoce, flutuações de humor diurnas.	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 99
7 - Somatização Motora Dores musculares, fascinações, contrações, rigidez de movimento, ranger de dentes, dificuldade na fala, endurecimento muscular.	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 99
8 - Sintomatologia Somática (sensorial) Tinido (zumbido, chiado), embaçamento de vista, calafrios, sensação de fraqueza, formigamento.	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 99
9 - Sintoma Cardiovascular Taquicardia, palpitação, dor peitoral, pulsação vascular, esvaecimento.	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 99
10 - Sintoma Respiratório Pressão ou angustia toraxica, sufocamento, suspiros, dispineia.	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 99
11 - Sintoma Gastro-Intestinal Disfagia, distenção abdominal, gastralgia pré e pós prandial, azia, indigestão, náuseas, vômitos, diarréia, prisão de ventre, perda de peso.	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 99
12 - Sintoma Uro-Genital Poliuria, enurese,amenorreia, metorragia, perda de libido, frigidez, impotências, ejaculação precoce.	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 99
13 - Sintoma Neurovegetativo Secura de boca, enrubrecer, empalidecer, transpiração excessiva, tontura, cefaleia tensional, hipersensibilidade de pele.	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 99
14 - Atitude na Entrevista Instabilidade, inquietude, tremores de mãos, enrugamento de testa, apagamento de mimica, suspiros, taquipneia, palidez, tiques, transpiração.	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 99

Data: _____

Pesquisa por sintomas depressivos (Escala de Calgary)

	0= Ausente;1= Leve; 2= Moderado; 3= Severo, 99= Não Coletado.
1- Humor Deprimido	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 99
2 - Desesperança	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 99
3 - Auto Depreciação	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 99
4 - Referencia Culpabilidade	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 99
5 - Culpa Patológica	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 99
6 - Depressão Matutina	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 99
7 - Despertar Precoce	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 99
8 - Idéias de Suicidio	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 99
9 - Depressão Observada	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 99

ANEXO 13

TABELAS DE DOSE DE EQUIVALÊNCIA PARA ANTIPSICÓTICOS E AGENTES ANTIPARKINSONIANOS

Tabela 1-Dose equivalência de antipsicóticos em mg de clorpromazina.

Antipsicóticos	**Dose (mg.) equivalente A 100 mg. Clorpromazina**
Clorpromazina	100,00
Tioridazina	100,00
flufenazina	1,50
Trifluopenazina	2,50
Perfenazina	8,00
Tiotixene	3,50
Pimozide	2,00
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

Tabela 2-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.

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PESQUISA

TÍTULO DO PROJETO: ÁLCOOL, MACONHA E COCAÍNA NA ESQUIZOFRENIA

Responsável pela pesquisa: Marilia Montoya Boscolo

NOME: HC:

Idade: RG:

Endereço: no: compl.:

Bairro: Cidade: UF.:

Nome do responsável legal: Parentesco:

Idade: RG:

Endereço: no: compl.:

Bairro: Cidade: UF.:

O abuso de álcool e drogas em pacientes com esquizofrenia é uma preocupação pois freqüentemente dificulta o diagnóstico e o tratamento. Esses pacientes têm maior risco de não aderir ao tratamento, não usando a medicação corretamente e não comparecendo às consultas, por exemplo.

O objetivo desta pesquisa é estudar o fenômeno do abuso de álcool e drogas na esquizofrenia, através da comparação de dois grupos de pacientes esquizofrênicos.

Um grupo de pacientes com história de uso de **drogas** (cannabis e/ou cocaína), pelo menos alguma vez na vida e no último ano; e de **álcool** pelo menos no último mês.

O outro grupo com pacientes sem esses antecedentes, ou seja, que **não tenham história de uso dessas drogas** (cannabis e/ou cocaína) e de **álcool**.

Serão comparados os dois grupos nos seguintes aspectos :perfil demográfico; psicopatológico; tratamento farmacológico; sintomas extrapiramidais; impressão subjetiva do paciente em relação as drogas ilícitas, álcool e medicação prescrita; e qualidade de vida.

O procedimento desta pesquisa compreende entrevista individual conduzida por entrevistador único, responsável por esta pesquisa, em um único tempo.

O paciente poderá solicitar esclarecimentos a qualquer dúvida, realizar perguntas acerca de assuntos relacionados a pesquisa a qualquer momento da entrevista ou posterior a ela.

O paciente poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer tempo, sem prejuízo do atendimento, cuidado e tratamento no:

☐HC-Unicamp; ☐Fundação Américo Bairral; ☐PM Campinas (CAPS).

Será mantido o sigilo e o caráter confidencial das informações coletadas na entrevista, bem como, a identificação do paciente nas conclusões ou publicações.

O Comitê de Ética em Pesquisa está disponível para recurso ou reclamações pelo telefone: **(19) 3788.8936.**

Data:

Assinatura do paciente	**Marilia Montoya Boscolo**

Assinatura do responsável