LILIAN RIBEIRO CALDAS RATTO

**Transtornos Mentais Graves na Comunidade:
um estudo em São Paulo.**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Ciências

Área de concentração: Medicina Preventiva
Orientador: Prof. Dr. Paulo Rossi Menezes

São Paulo
2005

À DEUS, pela vida e pela minha profissão.

Aos meus pais, Janemary e Flavio e irmão Flavio, pelo amor, apoio e incentivo contínuos.

À meu amado companheiro Franz, pelo carinho, compreensão e incentivo.

À memória de meu amado primo, João Ribeiro Caldas Neto.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Paulo Rossi Menezes, orientador competente, dedicado, paciente e sempre disponível, agradeço por sua amizade e confiança.

Ao Prof. Dr. Ronaldo Laranjeira e à Prof. Dra. Marcia Scazufca pelo acompanhamento atencioso, interessado e enriquecedor à minha formação e a este trabalho.

Ao Prof. Dr. Eduardo Iacoponi, pela inspiração acadêmica, por seu incentivo e apoio à minha formação científica e clínica.

Aos colegas Ana Cristina Belizia Schlithler, Ana Paula D'Ambrosio, Andreia Nascimento, Flavio Neves Soares, Luciana Ferraz, Renata D. Galon Sommerman e Rosângela Gomes de Souza que competentemente participaram deste trabalho e o tornaram mais agradável e bem humorado.

Ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, pela oportunidade de admirar novos horizontes.

Aos colegas Dr. Sergio Tamai, Dra. Regiane Garrido, Dr. Roberto Canton, Dr. Daniel Cordeiro, Alessandra Marques, Viviane Castro, Reinaldo Antonio de Carvalho, Josenaldo Pereira da Silva, do Departamento de Saúde Mental da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo pelo incentivo, compreensão e amizade.

À Dra. Ana Cristina Chaves , Dr. Heraclito Barbosa de Carvalho e ao Dr. Moises Goldbaum pelas discussões e sugestões atenciosas e pertinentes na aula de qualificação.

Aos pacientes que desinteressadamente participaram desta pesquisa, e aos que pacientemente me acompanharam nesta jornada.

À CAPES pela bolsa de doutorado e à FAPESP pelo Auxílio à Pesquisa (Processo nº 96/10077-3).

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	9
2.	REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1	DEFINIÇÃO DE TRANSTORNO MENTAL GRAVE.....	13
2.2	EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES	14
2.2.1	INCIDÊNCIA	14
2.2.2	PREVALÊNCIA	18
2.3	AJUSTAMENTO SOCIAL EM PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES	20
2.4	TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES E COMORBIDADE COM O USO DE SUBSTÂNCIAS	24
2.4.1	ESTUDOS SOBRE COMORBIDADE	26
2.4.1.1	PREVALÊNCIA	26
2.4.1.2	IMPLICAÇÕES	29
2.4.1.3	INTERVENÇÕES	35
2.4.1.4	ASPECTOS METODOLÓGICOS	36
2.4.1.5	ESTABILIDADE	38
2.4.1.6	TABACO	40
2.5	TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES NO BRASIL	41
2.5.1	TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES E TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS: SITUAÇÃO NO BRASIL	40
3.	JUSTIFICATIVA	45
4.	OBJETIVOS	46

5.	MÉTODO	47
5.1	DESENHO	47
5.2	AMOSTRA	47
5.3	TAMANHO DA AMOSTRA	48
5.4	INSTRUMENTOS	49
5.5	PROCEDIMENTOS	52
5.5.1	IDENTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS	52
5.5.2	IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS ELEGÍVEIS	53
5.5.3	TREINAMENTO E ESTUDO PILOTO	55
5.5.4	ENTREVISTAS COM PACIENTES E INFORMANTES	56
5.6	ANÁLISE	58
6.	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	59
7.	RESULTADOS	60
7.1	PREVALENCE OF SUBSTANCE MISUSE AMONG PEOPLE WITH SEVERE MENTAL ILLNESS IN SAO PAULO, BRAZIL.	60
7.2	STABILITY OF SUBSTANCE MISUSE OVER TIME AMONG PEOPLE WITH SEVERE MENTAL ILLNESS IN SÃO PAULO, BRAZIL.	78
7.3	PREVALENCE OF TOBACCO USE AMONG INDIVIDUALS WITH SEVERE MENTAL ILLNESS IN SÃO PAULO, BRAZIL.	89
7.4	STABILITY OF TOBACCO MISUSE OVER TIME AMONG PEOPLE WITH SEVERE MENTAL ILLNESS IN SÃO PAULO, BRAZIL.	107
7.5	USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE POR PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES EM SÃO PAULO.	116

7.6	THE SOCIAL ADJUSTMENT OF PEOPLE WITH SEVERE MENTAL ILLNESS IN SAO PAULO, BRAZIL.	145
7.7	VIOLENT BEHAVIOR AMONG PEOPLE WITH SEVERE MENTAL ILLNESS IN SAO PAULO, BRAZIL.	167
8.	IMPLICAÇÕES	178
9.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	182
10.	ANEXOS	196

RESUMO

RATTO, L. R. C. **Transtornos mentais graves na comunidade: um estudo em São Paulo.** 2005. Tese (Doutorado)- Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005

O presente estudo visou investigar as condições de pessoas com transtorno mental grave, quanto às dimensões clínica, heteroagressividade, ajustamento social, uso de substâncias e uso de serviços, em 3 regiões da cidade de São Paulo. Foi realizado um estudo de corte transversal seguido de um estudo de coorte prospectivo com duração de um ano a partir da inclusão na primeira fase. Diversos serviços de saúde da rede pública de atenção à saúde mental (emergências, hospitais psiquiátricos e ambulatórios) foram pesquisados, a fim de identificar todos os pacientes com idade entre 18 e 65 anos, com diagnóstico clínico de psicose funcional, que fossem residentes em um dos 7 distritos administrativos escolhidos para o estudo e que tiveram ao menos um contato com o serviço de saúde no período entre 1/9/1997 e 30/11/1997. Os participantes foram avaliados quanto a sintomas psiquiátricos, ajustamento social, episódios de agressividade, uso de álcool, tabaco, uso de substâncias psicoativas e uso de serviços de saúde, utilizando-se instrumentos padronizados e foram reavaliados 1 ano após a inclusão no estudo. Dos 620 sujeitos identificados, 404 foram aleatoriamente selecionados para serem entrevistados. Foi possível entrevistar diretamente 192 (47,9%) indivíduos na primeira fase do estudo. Cento e dois (52,3%) eram do sexo masculino, a faixa etária predominante foi de 35 a 44 anos, menos de 50% eram naturais de São Paulo e 91 (16,1%) não haviam completado 4 anos do ciclo básico. A prevalência de abuso de substâncias foi de 10,4% (I.C. 95%: 6.5 a 15.6%), sendo 7,3% para abuso de álcool e 4,7% para abuso de drogas ilícitas. A proporção de pacientes apresentando qualquer grau de desajustamento social foi de 92%, mas apenas 12,8% apresentavam comprometimento grave. O atendimento de saúde mais utilizado nos 6 meses anteriores à entrevista foi a consulta com psiquiatra. Cento e quinze indivíduos (59,9%; IC 95%: 52.6 to 66.9%) usaram tabaco regularmente no último ano. Trinta e sete sujeitos (19,4%, IC 95%: 14-25.7%) referiram pelo menos um episódio de agressividade nos últimos 12 meses, a maioria considerado leve (70.3%) e apenas 2 (1%) episódios graves. Episódios moderados e severos foram mais prevalentes em indivíduos jovens, do sexo masculino e solteiros. No seguimento de 1 ano, 149 (77.6%) dos indivíduos foram reentrevistados. Cento e vinte (81.6%) não tiveram internações psiquiátricas no ano anterior, 7 (53.8%) dos que abusavam de álcool mantiveram o uso e 3 (42.9%) dos que usavam drogas ilícitas mantiveram o abuso de substâncias. Nove (9.9%) indivíduos pararam de fumar nos últimos 12 meses. A prevalência encontrada para a comorbidade com uso de álcool e drogas ilícitas, manteve-se bem abaixo das apresentadas em estudos realizados em países desenvolvidos, mas a prevalência do uso de tabaco e dependência de nicotina encontradas neste estudo são semelhantes. Os resultados apontam para a necessidade da criação e implementação de uma maior e melhor rede de serviços de saúde mental na comunidade, com abordagem multidisciplinar.

ABSTRACT

RATTO, L.R.C. **Severe mental illness in the community: a study in São Paulo.** 2005. Thesis (Doctoral)- Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

To investigate the conditions of severe mental illnesses individuals by clinical characteristics, social adjustment, violent behavior, psychoactive substance use, and services use. The study had a cross-sectional design, followed by prospective cohort, with a one-year follow-up. Twenty mental health services (emergency, inpatient and outpatient services) were scrutinized to identify all patients aged 18 to 65 years old, with a clinical diagnosis of functional psychosis, who were resident in one of 7 administrative districts chosen for the study, and had had at least one contact with such services between 1st September and 30th November 1997. Assessments included psychiatric symptoms, social adjustment, violent behavior, patterns of alcohol, tobacco, drug use, and services use, using standardized instruments, at the baseline and 1 year after. Out of 620 patients identified, 404 were randomly selected to be interviewed. One hundred and ninety two patients (47.9%) were directly interviewed. The sample was then composed by 102 (52.3%) men, mean age was 41.5 years (s.d. = 11.4), predominantly single, not born in the city of Sao Paulo, with 8 years or less of formal education. The prevalence of substance abuse was 10,4% (95%CI: 6.5 to 15.6%), being 7,3% for alcohol abuse and 4,7% for drug abuse. The proportion of subjects showing any degree of impairment in social adjustment was very high, with almost 92% of the individuals with global scores of 1 to 5, but only 12.8% of the sample with scores 4 or 5. The most used health service was the psychiatry consultation. One hundred fifteen (59.9%; IC 95%: 52.6 to 66.9%) used tobacco in regular basis in the last year. Thirty-seven (19.4%, 95%CI 14-25.7%) subjects reported at least one episode of aggression in the 12 months prior to the interview, only 9 (4.7%) individuals reported more serious episodes of aggression, and just 2 (1%) episodes were considered severe. When analysing moderate and severe episodes together, male gender, being single and younger ages were characteristics associated to episodes of violent behaviour. At 1-year follow-up, 149 (77.6%) were re-assessed. One hundred twenty (81.6%) had had no psychiatric admissions in the 1-year follow-up, 53.8% of the individuals who abused alcohol at index assessment had stopped using it, and 42.9% maintained the same pattern of index for abuse of illegal or non-prescribed substances. None individual started to smoke last year, and 9 (9.9%) stopped to smoke. Prevalence of substance abuse founded in Cohort study was still lower then the found in international studies, but tobacco use and nicotine addiction were similar to developed countries. The results point to the need of creation and implementation of a bigger and better mental health care system in the community, with a multidisciplinary approach.

1. INTRODUÇÃO

Seguindo o exemplo de países da Europa e os Estados Unidos da América, no Brasil vem-se discutindo uma nova legislação sobre os serviços de saúde mental. Estes serviços devem promover os cuidados aos indivíduos em serviços na comunidade, baseados no princípio de que os pacientes têm direito a tratamento num ambiente menos restritivo e apropriado a suas necessidades.

A desinstitucionalização pode ser definida como a substituição do tratamento despendido em hospitais psiquiátricos de longa permanência por cuidados em serviços baseados na comunidade, menores e menos isolados (BACHRACH, 1996). A desinstitucionalização não se resume a uma redução do número ou a censura aos hospitais psiquiátricos e o fechamento, ou a diminuição do número destes, é apenas parte do processo (GELLER, 2000). Em teoria, a desinstitucionalização consiste em três componentes processuais: a retirada de pacientes moradores de hospitais psiquiátricos e o encaminhamento destes para serviços alternativos na comunidade, a diversificação de alternativas a novas institucionalizações e o desenvolvimento de serviços especiais para o cuidado dos pacientes psiquiátricos não institucionalizados (BACHRACH, 1993).

O adequado planejamento de serviços comunitários para pacientes com transtornos mentais graves e sua implementação exigem o conhecimento sobre a ocorrência destes transtornos, suas características, informações sobre as necessidades de cuidados destes pacientes e o impacto causado pela doença nos familiares e na comunidade. A reforma psiquiátrica requer que seja dada prioridade para a implementação de serviços para aqueles pacientes que mais precisam de cuidados.

Intervenções específicas e integradas, desenvolvidas para pacientes que apresentam transtornos mentais graves, vêm sendo desenvolvidas e avaliadas, principalmente em países desenvolvidos, com o intuito de alterar e melhorar o curso

do transtorno, diminuindo ou amenizando consequências comumente relacionadas aos quadros psicóticos. No entanto, pacientes que sofrem com os transtornos mentais graves, invariavelmente, apresentam severas limitações e complicações psicossociais. Essa população tende a apresentar altas taxas de recaída do quadro psicótico, internações psiquiátricas freqüentes, altas taxas de suicídio, alto grau de dependência de familiares e cuidadores, isolamento social importante, prejuízo no desempenho de tarefas laborativas e sociais, problemas importantes de moradia, problemas com a justiça e polícia, uso de álcool, tabaco, drogas ilícitas e maior utilização de serviços médicos. Apresentam assim, necessidade de cuidados intensivos, amplos, integrados e contínuos para que possam ser realmente inseridos na comunidade.

O processo de desinstitucionalização e priorização de cuidados de saúde na comunidade são fatores que tornam mais fácil o acesso ao álcool e às drogas, em relação ao acesso que era possível para aqueles indivíduos que eram mantidos permanentemente em hospitais psiquiátricos asilares. Investigações internacionais têm indicado que pacientes com transtornos mentais graves apresentam altas taxas de comorbidade para transtornos mentais devido ao uso de substâncias psicoativas e têm relatado efeitos negativos importantes, derivados do abuso ou dependência de substâncias (DUKE et al. 1994; MENEZES et al. 1996), com pior evolução clínica e social. Os serviços psiquiátricos voltados ao tratamento de pacientes com transtornos mentais graves, assim como os serviços de atendimento a usuários de drogas, podem não conseguir abordar adequadamente pacientes com a referida comorbidade (JOHNSON, 1997).

No Brasil, até meados de 1980, eram poucos os recursos comunitários disponíveis para o atendimento de pacientes com transtornos mentais graves voltados a diversificar alternativas à internação psiquiátrica e a desinstitucionalização, promovendo o adequado suporte psicossocial a esses pacientes. A partir da década de 1990 houve uma intensa desativação de hospitais psiquiátricos públicos e credenciamento de leitos psiquiátricos conveniados ao SUS (Sistema Único de Saúde). Uma organização de serviços comunitários vem sendo estruturada de maneira gradual, principalmente em hospitais-dia e centros de atenção psicossocial (CAPS), quase exclusivamente nas grandes cidades. Uma portaria do Ministério da Saúde de 1992 orienta que os hospitais-dia sejam

responsáveis pelo atendimento às apresentações agudas dos transtornos mentais, oferecendo cuidado intensivo ao paciente, como forma de alternativa à internação integral, enquanto os CAPS sejam destinados a atender pacientes com quadros crônicos e prestem atendimento sem prolongado, voltado a intervenções para a ressocialização.

O presente trabalho nasceu do projeto de pesquisa "Co-Morbidade de Abuso de Substâncias em Pessoas com Transtornos Mentais Graves", projeto financiado pela FAPESP, programa jovens pesquisadores (96/10077-3), concedido ao Prof. Dr. Paulo Rossi Menezes, que vem sendo fonte de diversas dissertações, teses e iniciações científicas, do qual participei como coordenadora de campo. Inicialmente visava avaliar a “Comorbidade de transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas e transtornos mentais graves: associação com uso de serviços de saúde em estudo de um ano de seguimento” e dava continuidade ao trabalho “Prevalência da comorbidade entre transtornos mentais graves e transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas em São Paulo, Brasil”, dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Medicina, em 2001. Visto que a redação da tese de doutorado deve fundamentar-se em uma linguagem e forma científicas, visando o aprendizado de redigir, compreender e analisar criticamente publicações científicas e a proposta de uma real divulgação dos resultados encontrados, durante o andamento do trabalho foi proposto que os resultados, as discussões e as conclusões da pesquisa fossem apresentados em forma de artigos científicos. A escolha dos aspectos a serem analisados baseou-se na relevância destes sobre a saúde física, mental e social da população estudada, e na literatura internacional referente ao tema e à prática psiquiátrica. No entanto, os resultados encontrados, e assim apresentados, mostraram abrangência mais ampla quanto ao tema “transtornos mentais graves na comunidade”, não se limitando apenas aos aspectos ligados ao uso de substâncias psicoativas nessa população. Por sugestão da Banca Examinadora da Qualificação, que aprovou a forma de apresentação, tanto o título da tese quanto ao foco de avaliação da população estudada foram ampliados. Seguindo a forma de apresentação proposta, as referências bibliográficas dos artigos apresentados seguem as normas de cada periódico para os quais foram ou serão submetidos e são fornecidas ao final de cada trabalho, enquanto as referências das demais partes são

apresentadas ao final da tese. Durante os últimos 4 anos, tive ainda a grata oportunidade de co-supervisionar, junto com o Prof. Dr. Paulo Rossi Menezes, o trabalho de um aluno de Iniciação Científica da FMUSP, André Gullinelli, hoje já formado, que participou ativamente deste projeto, para além das suas propostas do PIBIC.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Definição de transtorno mental grave

O transtorno mental pode ser definido em termos de severidade. O diagnóstico psiquiátrico, as inabilidades devido ao transtorno e a duração do transtorno (NATIONAL ADVISORY MENTAL HEALTH COUNCIL, 1993) são critérios importantes para a correta classificação. Transtornos mentais graves podem ser definidos como aqueles que levam o indivíduo a apresentar deterioração grave de funcionamento mental e social. Deteriorações como dificuldades no pensamento, interferências no processo do pensamento, experiências desagradáveis com sons, visão ou toque, convicções estranhas ou incomuns, dificuldades em movimentos e ações, concentração diminuída, perda de energia e direcionamento e habilidade reduzida de resolver problemas levam a inaptidões cognitivas (solução ineficiente para problemas, velocidade do aprendizado reduzida), afetivas (ansiedade severa e medo, sentimentos de incapacidade) e comportamentais (dificuldades com ações construtivas), que levam a impossibilidades práticas, como falta de amigos, desemprego, atividades de lazer limitadas, cuidados pessoais pobres, dificuldades com moradia, sobrecarga dos cuidadores. A definição de transtorno mental grave inclui transtornos como a esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, transtorno afetivo-bipolar e depressões graves com ou sem sintomas psicóticos, autismo e mesmo manifestações severas de transtorno do pânico e transtorno obsessivo compulsivo. O desconforto emocional, o risco à segurança pessoal ou de membros da comunidade, os custos relacionados ao transtorno e a efetividade dos tratamentos disponíveis também são fatores importante na definição dos transtornos mentais graves.

No entanto, na prática clínica, obter ou basear-se em critérios operacionais torna-se bastante complicado. A definição proposta pelo National

Institute of Mental Health (NIMH) em 1987 propõe que os indivíduos sejam categorizados de acordo com três critérios ou dimensões: diagnóstico de psicose não orgânica ou de transtorno de personalidade; transtorno de longa duração e necessidade de tratamento prolongado (igual ou maior do que 2 anos de doença ou de tratamento); incapacidades adquiridas. Uma definição mais ampla, também derivada da proposta do NIMH considera apenas 2 dimensões, a duração do transtorno e as incapacidades ou disfunções adquiridas.

Um estudo conduzido em Verona e em Londres, para estimar a prevalência de indivíduos com transtornos mentais graves, para indivíduos com diagnóstico de transtornos psicóticos, procurou comparar também as 2 definições propostas pelo NIMH (RUGGERE et al., 2000). Encontrou prevalências de 3.41 por mil habitantes em Verona e de 7.84 por mil habitantes em Londres, quando se utilizou dos critérios mais amplos da definição, o de duas dimensões. Quando utilizado o critério de 3 dimensões, as prevalências de transtornos mentais graves foram de 1.34 por mil habitantes em Verona e de 2.55 por mil habitantes em Londres. Obviamente demonstrou que critérios mais restritos selecionam subgrupos mais específicos, mas que uma parcela da população de pacientes com importante comprometimento funcional e com tratamentos ou transtornos de longa duração podem não receber a devida atenção de serviços de saúde mental propostos a pacientes com transtornos mentais graves.

2.2 Epidemiologia dos transtornos mentais graves

2.2.1 Incidência

A incidência de transtornos mentais graves na população é bastante variável, conforme a patologia estudada e conforme as características das amostras utilizada nos diferentes estudos. Em particular, diferenças na organização de serviços psiquiátricos podem alterar os índices de remissão do transtorno e mesmo influenciar os conceitos diagnósticos. Poucos estudos examinaram a incidência de um transtorno mental grave numa área restrita, por longo período e utilizando-se de critérios diagnósticos consistentes e padronizados. No entanto, uma parte

substantial da literatura tem descrito mudanças na incidência de quadros de esquizofrenia a partir da metade do século XX.

Uma revisão sistemática foi conduzida por McGrath (2005), a fim de examinar a distribuição das incidências de esquizofrenia ao redor do mundo. Foram avaliados 55 estudos sobre incidência de esquizofrenia, de 25 países, incluindo o Brasil, publicados entre 1965 e 2001. A distribuição das taxas de incidência se mostrou bastante assimétrica, com uma mediana de 15.2 por 100.000 habitantes, sendo que 80% das taxas encontradas estavam entre 7.7 e 43.0 por 100.000 habitantes. Foram ainda avaliados 31 estudos que relacionavam a incidência de esquizofrenia e gênero. A distribuição das taxas se mostrou significativamente mais alta em homens comparada a encontrada nas mulheres.

Na República da Irlanda, na região coberta pelo serviço de psiquiatria de Cavan Monaghan, com uma população estimada de 102.810 habitantes, foi conduzido um estudo que avaliou todos os possíveis casos incidentes de psicose, diagnosticados pelo DSM-IV. No período de 5 anos, compreendido entre maio de 1995 e abril de 2000 foram diagnosticados 69 casos de psicose, sendo 49 homens com idade média de 30 anos (d.p.:13.3) e 20 mulheres com idade média de 38.8 anos (d.p.: 21.1). A incidência anual para “todas as psicoses” foi de 18.7/100 000 (IC 95% 14.6–23.7), isto sendo 2.3 mais baixa em mulheres que em homens (SCULLY et al, 2002). Encontraram evidências ainda de um menor risco para o desenvolvimento de esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar, em mulheres nascidas ou criadas em regiões rurais.

Com o intuito de documentar a história clínica e o curso natural de uma população apresentando o primeiro surto psicótico, um estudo observacional, cobrindo todos os casos de pacientes com mais de 15 anos de idade, foi conduzido através do Mental Health Trust, em Northumberland, no Reino Unido (PROCTOR et al., 2004). Os dados foram colhidos no primeiro contato e os pacientes foram re-avaliados em intervalos anuais, no período de 3 anos. Num total de 227 indivíduos apresentando um primeiro surto psicótico no período descrito, o diagnóstico mais incidente foi o de Depressão com sintomas psicóticos, em 19% da população, seguido pelo diagnóstico de Esquizofrenia Paranóide, em 11% dos casos,

Transtorno Afetivo Bipolar em 7,5% e Transtorno Delirante Persistente, em 7% dos indivíduos. A incidência anual foi calculada em 30.36 por 100 000 da população.

Um estudo de Coorte, desenvolvido com a totalidade da população de Suécia, com indivíduos de idade entre 25 e 64 anos, avaliou a primeira internação hospitalar devido a um quadro psicótico ou depressivo (SUNDQUIST et al., 2004). Conclui o estudo que, com o aumento do índice de urbanização, as incidências de quadros psicóticos e depressivos aumentaram, sendo que aqueles que vivem nas áreas de maior densidade demográfica têm 68 a 77% maior risco de desenvolver um quadro psicótico e entre 12 e 20% de desenvolver quadro depressivo do que os grupos de referência.

Dois estudos de Coorte prospectivos para determinar a incidência de um primeiro surto psicótico foram conduzidos, em 2 períodos iguais de 2 anos, separados por 14 anos, em 1978-1980 e de 1992-1994, em Nottingham, Inglaterra (BREWIN et al., 1997). Ambos estudos utilizaram metodologias similares, sendo esta a que foi utilizada no “World Health Organization Determinants of Outcome of Severe Mental Disorder (DOSMD)” e os critérios diagnósticos da CID-10 foram utilizados na segunda Coorte. As incidências foram comparadas entre os grupos e variaram entre 2.49 a 2.87 por 100 000, por ano, sendo que a incidência dos casos classificados como F20 caíram de forma significativa, a mais de um terço (de 1.41 para 0.87 por 100 000, por ano). No segundo grupo estudado houve um crescimento proporcional dos diagnósticos de quadros psicóticos agudos e de quadros psicóticos induzido por drogas psicoativas e uma diversidade maior de diagnósticos entre os quadros psicóticos foi evidenciada.

Um estudo retrospectivo para determinar a incidência de esquizofrenia foi conduzido em Camberwell, área no sudeste de Londres, entre 1965 e 1997 (BOYDELL et al., 2003). Os critérios utilizados para o diagnóstico dos transtornos foram o DSM-III-R e a “Camberwell Psychosis Database”, que vem compilando dados há 4 décadas foi a amostragem utilizada. Foram avaliados todos os registros dos indivíduos que tiveram algum contato com os serviços de saúde mental que apresentaram quaisquer sintomas indicativos de transtorno psicótico (CID-9 códigos 295, 295.6, 297, 296.0, 296.2, 296.4, 298, 292.1 e CID-10 códigos F20, F25, F22, F30, F31.3, F31.2, F31.6, F28, F29, F12.5, F16.6, F19.5, F16.75,

F19.75). Os resultados indicaram um aumento significativo na incidência de esquizofrenia nas últimas 3 décadas: de 1.0 (0.7-1.39) para 2.26 (1.81-2.79), na população com mais de 16 anos de idade. Este aumento parece ser mais importante em indivíduos mais jovens (menos de 35 anos de idade), mas não houve diferenças significativas de incidência entre gêneros. O estudo sugere ainda um aumento na incidência de quadros psicóticos outros que não a esquizofrenia.

Diversos estudos discutem a urbanização como provável fator associado à incidência de quadros de esquizofrenia. Um estudo comparando a população rural residente na área de Dumfries e Galloway, área a sudoeste da Escócia, e a população de Camberwell, área a sudeste de Londres, na Inglaterra indica que a incidência de esquizofrenia é maior na área urbana (ALLARDYCE et al., 2001). Foram comparados os dados dos primeiros contatos de pacientes apresentando quadros de esquizofrenia nos períodos de 1979-1984 e 1992-1997, nas duas áreas. Em Dumfries e Galloway 177 casos de esquizofrenia foram diagnosticados enquanto em Camberwell, 265 casos foram identificados no mesmo período. Quando comparados, o risco para o desenvolvimento de esquizofrenia foi estimado em 61% mais alto em Camberwell (SIR 1.61; IC 95% 1.42-1.81). No entanto o estudo sugere que diferentes composições da população, como a migração, podem estar gerando essa diferença significativa encontrada neste e em tantos estudos. A população avaliada em Dumfries e Galloway é exclusivamente composta de indivíduos brancos, enquanto em Camberwell cerca de 50% dos indivíduos que desenvolveram o transtorno eram brancos. Comparando-se apenas essas populações, o estudo não encontrou diferenças na incidência do quadro de esquizofrenia.

Um estudo conduzido na Jamaica avaliou prospectivamente, pacientes que tiveram o primeiro contato com serviços de saúde mental, por quadro psicótico, em três áreas definidas, com idade entre 15 e 54 anos, no ano de 1992 (HICKLING; RODGERS-JOHNSON, 1995). Foram identificados e avaliados 317 pacientes através do “present State examination”, sendo que 98% tinha descendência africana. A incidência encontrada foi de 1.16 por 10 000 nas 3 áreas estudadas; quando corrigida para a idade, a incidência foi de 2.09 por 10.000, ambas mais baixas das que as encontradas em estudos com imigrantes afro-caribenhos no Reino Unido.

Um estudo para avaliar e comparar a incidência de quadros de transtorno afetivo bipolar foi conduzido na região sudeste de Londres, Nottingham e Bristol (LLOYD et al., 2005). Todos os pacientes que tiveram qualquer contato com um serviço de saúde mental por um primeiro surto psicótico ou por quadro de mania sem sintomas psicóticos, entre setembro de 1997 e agosto de 1999 foram identificados e diagnosticados segundo os critérios da CID-10. Numa população total de 1 631 462 habitantes entre 16 e 64 anos, 75 indivíduos receberam o diagnóstico de mania, com ou sem sintomas psicóticos, ou de transtorno afetivo bipolar, sendo a incidência total ajustada calculada em 4.0 (IC95% 3.2-5.1) por 100.000/habitantes. A incidência de transtorno afetivo bipolar na região sudeste de Londres (6.2; IC95%: 4.5–8.4) foi mais de duas vezes a encontrada nas demais áreas estudadas (Bristol: 1.7, IC95%:0.5-4.1; Nottingham: 3.0, IC95%: 2.0-4.4) e não houve diferenças significativas da incidência entre homens e mulheres. A incidência foi significativamente maior nas populações de minoria étnica e negra do que na população branca, nas três regiões estudadas.

Todos os casos de primeiro episódio de quadro psicótico, mania ou hipomania em adultos, que tiveram contato com serviços de saúde mental em Camberwell, região sudeste de Londres, entre 1965 e 1999 foram identificados. Diagnósticos computadorizados, seguindo os critérios do DSM-IV, foram gerados utilizando-se o “Operational Checklist for Psychotic Disorders program”, e os autores calcularam a incidência de quadros de transtorno afetivo bipolar tipo I, primeiro episódio de mania, por idade e gênero. Resultados sugerem que homens têm significativamente mais cedo, o primeiro episódio de mania e de transtorno afetivo bipolar, principalmente quando associado à história de comportamentos anti-sociais na infância. Mulheres apresentaram maior incidência de transtorno afetivo bipolar tipo I ao longo da idade adulta, exceto para as faixas etárias mais jovens, entre 16 e 25 anos de idade (KENNEDY et al., 2005)

2.2.2 Prevalência

As prevalências de transtorno mental grave na comunidade, também como a incidência, tem variações importantes conforme a amostra estudada, o transtorno em questão, e os tipos de estudo conduzidos.

Um estudo foi conduzido em Verona, Itália, em 1994, incluindo todos os pacientes com mais de 18 anos de idade, com diagnóstico de psicose funcional (códigos F20-F22, F24, F25, F28-F31, F32.3, F33.3 da CID-10) residentes e atendidos em serviços de saúde mental de uma área determinada (RUGGERE et al., 2000). Foram identificados 212 casos, com uma prevalência de 3.41 (IC 95% 2.79-4.02) por 1000 habitantes. Destes, 74% tiveram o diagnóstico de esquizofrenia, 26% de transtorno afetivo e 1% de outra psicose não orgânica ou psicose não orgânica não especificada (códigos F28 e F29 da CID-10, respectivamente). O mesmo estudo comparou a prevalência encontrada nos setores de Nunhead e Norwood, regiões ao sul de Londres. Neste, foram identificados no mesmo período de um ano, 511 casos de psicose, com uma prevalência anual calculada em 7.84 (IC95% 7.16-8.52) por 1000 habitantes. O diagnóstico mais prevalente também foi o de esquizofrenia, em 67% dos casos. Em 6% dos casos o diagnóstico foi de transtornos afetivos. Devido a um grande número de casos com informações clínicas incompletas, houve uma grande proporção de pacientes (27%) que recebeu o diagnóstico de outra psicose não orgânica ou psicose não orgânica não especificada na amostra de Londres.

Pouco é sabido sobre a extensão e a severidade do quadro dos pacientes portadores de transtornos mentais que não recebem tratamento, especialmente em países menos desenvolvidos. Para estimar a prevalência a severidade e a disponibilidade de tratamento para transtornos mentais, a World Health Organization (WHO), através da World Mental Organization (WMH), desenvolveu um estudo multicêntrico em 14 países (8 considerados desenvolvidos e 6 menos desenvolvidos) das Américas, Europa, África, Ásia e Oriente Médio, onde foram entrevistados 60.463 indivíduos da comunidade, maiores de 18 anos (exceto no Japão, onde foram entrevistados indivíduos com mais de 20 anos), nos anos de 2001 a 2003 (THE WHO SURVEY CONSORTIUM, 2004). A prevalência de qualquer transtorno mental, aqui incluídos casos de ansiedade, humor, uso de substâncias e álcool e transtornos dos impulsos, variou entre 4.3% (IC95% 2.7-5.9) em Shangai, a 26.4% (IC95% 24.7-28.0) nos EUA. A prevalência de transtornos do humor, incluindo transtornos afetivo bipolar, tipo I e II, distímia e transtornos depressivos, variou entre 0.8% (IC95% 0.5-1.0) na Nigéria a 9.6% (IC95% 8.8-10.4) nos EUA. A proporção de casos considerados severos e moderados foi menor

do que a de casos leves e houve variação significativa entre os países quanto a distribuições dos casos por gravidade, o que não esteve relacionado com regiões em particular, ou com grau de desenvolvimento do país. Previsivelmente, a proporção de casos que receberam tratamento de saúde nos últimos 12 meses variou imensamente, entre 0.8% (IC95% 0.4-1.1) na Nigéria a 15.3% (IC95% 14.1-16.5) nos EUA. A proporção de tratamento entre os casos é maior nos casos mais graves (49.7%-64.5% em países desenvolvidos versus 14.6%-23.7% em países menos desenvolvidos) do que nos casos moderados (16.7%-50.0%, vs 9.7% a 18.6%) e do que nos casos leves (11.2%-35.2% vs 0.5%- 10.2%).

2.3 Ajustamento social em pacientes com transtornos mentais graves

Por muitos anos as pesquisas relacionadas aos transtornos mentais graves, ou às entidades que assim podem ser classificadas, deram ênfase às características e sintomas psicopatológicos dos transtornos. No entanto, os pacientes que sofrem com os transtornos mentais graves sofrem, invariavelmente, de limitações e complicações psicossociais importantes. Essas inabilidades psicossociais parecem ser as consequências mais severas relacionadas a esses transtornos. Recentes estudos vêm dando maior importância a aspectos como o suicídio, ajustamento social, moradia, desemprego, reinserção social, uso e acesso a serviços de saúde, violência, vitimização, uso de substâncias psicoativas e álcool, custos para tratamento e para a família, impacto nos cuidadores.

Com o intuito de avaliar o curso natural da esquizofrenia e de outras psicoses funcionais não afetivas e avaliar quais os fatores preditores do curso, uma Coorte de 15 anos foi seguida em duas províncias ao norte da Holanda, com 82 indivíduos de idade entre 15 e 44 anos (61% menos de 25 anos; 52% homens) que apresentaram o primeiro episódio de psicose funcional não afetiva, segundo os critérios da CID-9 (WIERSMA et al., 1998). Para serem incluídos os pacientes deviam apresentar pelo menos um dos seguintes sintomas: alucinações, delírios não afetivos, bizarros, comportamento gravemente inadequado ou transtornos do pensamento ou do discurso. Foram excluídos pacientes com transtornos mentais orgânicos, deficiência mental grave, e dependência ao álcool ou drogas.

Informações sobre psicopatologia, sintomatologia positiva e negativa, inabilidades sociais e uso de serviços de saúde mental foram investigados no início do estudo e no acompanhamento. Características sócio-demográficas e pré-mórbidas foram investigadas quando da entrada no estudo. De acordo com os critérios do DSM-III-R, 63% dos indivíduos receberam o diagnóstico de esquizofrenia ou psicose esquizofreniforme e 30% o diagnóstico de outras psicoses. De acordo com os critérios da CID-10, 76% recebeu o diagnóstico de esquizofrenia ou psicose esquizofreniforme e 18% de outras psicoses. Após 15 anos, 27% (IC95% 18%-38%) dos pacientes apresentavam-se em remissão total, 50% (IC95% 39%-61%) em remissão parcial, ou seja, principalmente apresentando sintomatologia negativa após vários episódios de surto. Cerca de 11% (IC95% 5%-20%) mantinham-se continuamente psicóticos. Em 12% dos casos o curso foi desconhecido. Cerca de 66% (IC95% 55-76%) apresentaram uma recaída. Após cada episódio, uma média de 17% (8-27%) dos indivíduos não apresentava remissão e 21% (15-25%) apresentava remissão parcial, com apresentação de sintomas negativos. Após a remissão do primeiro episódio, 43% apresentou uma recaída no período de 1 ano, 55% no período de 2 anos e 70% em 5 anos. Após 15 anos, apenas 15% dos indivíduos não tiveram recaída após se recuperarem do primeiro surto. Nove indivíduos cometeram o suicídio (11%; IC95% 5%-50%), sendo 4 durante o primeiro ou o segundo episódio psicótico. O único preditor da duração do primeiro episódio de psicose foi o tempo de instituição de tratamento.

Intervenções específicas desenvolvidas para pacientes que apresentam o primeiro surto de transtornos psicóticos vêm sendo desenvolvidas e avaliadas, sugerindo-se que estas intervenções alteram e melhoram o curso do transtorno, diminuindo ou amenizando consequências comumente relacionadas à psicose. Um programa de tratamento orientado a comunidade avaliou uma amostra consecutiva de 85 pacientes com diagnóstico de psicose não afetiva, mais comumente esquizofrenia, durante um ano, após o primeiro surto do transtorno (MALLA et al., 2002). Os pacientes foram avaliados na entrada e após um ano, com uma versão modificada da escala “Interview for Retrospective Assessment of Onset of Schizophrenia”, pela “Scale for Assessment of Positive Symptoms”, e pela “Scale for Assessment of Negative Symptoms”. Foram obtidos dados sobre as características dos pacientes no primeiro contato, taxas de remissão, taxas de

reinternação hospitalar e mudanças na severidade dos sintomas. A avaliação de 53 pacientes, após 13 meses de inclusão no estudo indicou uma taxa de remissão de 70%, uma taxa de reinternação hospitalar de 20%. As taxas de remissão foram mais altas para aqueles pacientes que iniciaram tratamento até 6 meses após o primeiro surto (82% vs 60%). Apenas 11% dos pacientes não apresentaram melhora, ou tiveram piora, dos sintomas positivos, enquanto 40% não obteve melhora, ou teve piora dos sintomas negativos. Sintomas como distorção da realidade, desorganização e psicomotricidade também apresentaram melhora importante na população estudada. O estudo conclui que numa amostra epidemiologicamente representativa, pacientes de primeiro surto, tratados com baixas doses das novas classes de antipsicóticos e intervenções psicológicas específicas para a fase de surgimento do transtorno apresentam altas taxas de remissão do quadro e estão mais habilitados a permanecer na comunidade por mais tempo.

Um estudo de Coorte descrevendo aspectos do funcionamento social e o curso dos sintomas psicóticos de pacientes com esquizofrenia e transtornos relacionados, acompanhou por 5 anos, jovens que receberam 15 meses de intervenção específica após primeiro surto psicótico, no “Adolescent Clinic of the Psychiatric Department of the Academic Medical Center” em Amsterdam (LENIOR et al., 2001). A amostra foi composta de 73 pacientes, sendo 51 homens, com idade média na inclusão de 20.9 (16-26) anos e no follow-up de 30.5 (26-37) anos. Ao final da intervenção proposta, o diagnóstico, segundo os critérios do DSM-III-R, era esquizofrenia em 58% do pacientes, transtorno esquizoafetivo em 21%, transtorno esquizofreniforme em 12% e de outros transtornos psicóticos em 10%. Pacientes e pais foram entrevistados utilizando-se a “Life Chart Schedule” (WHO, 1992a), no momento da inclusão no estudo, e no primeiro follow-up (logo após a intervenção), no ano de 1992. O segundo follow-up foi realizado em 1997-1998, 5 anos após a intervenção. O curso do transtorno foi dividido em episódios psicóticos (alucinações, delírios, transtornos formais do pensamento) e não-psicóticos (período maior de 30 dias sem sintomas positivos, com ou sem sintomas residuais ou negativos). Em média, os pacientes viveram em comunidade por 42 dos 60 meses do estudo. Dos pacientes, 40% moraram sozinhos a maior parte dos 5 anos, 34% moraram a maior parte do tempo com os pais, 12% com companheiro (a), 7% em instituições psiquiátricas e 7% em outros, que não instituições psiquiátricas. Um

paciente foi preso por 1 mês e 4 pacientes moraram na rua por algum no período. Cerca de 69% dos pacientes precisaram ou receberam ajuda dos familiares para cumprimento de atividades da vida diária, principalmente cuidados com a casa, sendo que 32% precisou dessa ajuda na maior parte do período. Também para acompanhamento às consultas no serviço de saúde, os pacientes precisaram de acompanhamento dos familiares (44%), 34% precisou de ajuda em tomar a medicação e 37% em tomar decisões sobre o tratamento ou como procurar ajuda especializada. Quase metade da amostra (46.6%) teve um emprego pago durante os 5 anos, mas destes, em 65% dos casos, os empregos eram inferiores ao esperado pelo grau de instrução do paciente. A média de meses onde os pacientes mantiveram uma atividade estruturada foi baixa, de 26.2 meses, o que implica em que por cerca de 34 dos 60 meses, não tinham atividade dirigida. Pacientes com sintomas psicóticos mais duradouros tiveram maiores períodos de internação em instituições psiquiátricas, menor período de atividades estruturadas e precisaram mais ajuda de seus familiares.

Várias pesquisas têm relatado melhora no ajustamento e funcionamento sociais após intervenção terapêutica para membros da família (BARROWCLOUGH; TARRIER, 1990). Um estudo com o intuito de avaliar, prospectivamente, o desempenho de atividades socialmente esperadas de pacientes psiquiátricos durante o primeiro ano após a alta de uma enfermaria psiquiátrica em hospital geral e avaliar a expectativa do próprio paciente e a do familiar em relação a esse desempenho foi conduzido numa Unidade Psiquiátrica do hospital geral de Ribeirão Preto, SP (MOREIRA et al., 2002). No período de um ano, foram avaliados 55 pacientes e familiares informantes. Comparando os escores de desempenho e expectativa do paciente e da família nos diferentes tempos, verificou-se que a expectativa foi significativamente maior que o desempenho, tanto na avaliação do paciente, como na da família. Entretanto, isto não ocorreu na avaliação dos familiares aos 12 meses após a alta, quando os escores de expectativa e desempenho não diferiram significativamente. Os pacientes que permaneceram mais do que 30 dias internados apresentaram tendência a melhor desempenho em relação aos pacientes que permaneceram menos tempo, tanto na avaliação dos próprios pacientes como na de seus familiares. Foi observada melhora significativa no desempenho de atividades socialmente esperadas em relação à pré- internação,

desde o primeiro mês após a alta. Essa melhora se manteve ao longo do primeiro ano, tanto na avaliação do paciente como na da família. Os resultados do estudo sugerem que a internação numa unidade psiquiátrica, além de reduzir os sintomas psiquiátricos, contribui para a melhora no desempenho de atividades socialmente esperadas. Essa melhora poderia ser justificada pelo enfoque terapêutico da unidade psiquiátrica estudada, que não está voltada apenas para a remissão dos sintomas, mas também para a reintegração social. No entanto, não se pode descartar que essa melhora no desempenho pode ter ocorrido devido à remissão dos sintomas, uma vez que existe associação entre o ajustamento social e os sintomas psiquiátricos

Com o objetivo de avaliar o ajustamento social e familiar de pacientes com transtornos afetivos (bipolar, unipolar, distímia e com depressão dupla), comparando o resultado entre as categorias diagnósticas, um estudo foi conduzido com 100 pacientes em tratamento, por pelo menos seis meses, no Ambulatório de Psiquiatria da Faculdade de Medicina Unesp, Botucatu, SP (TUCCI et al., 2001). O estudo encontrou que entre os bipolares, houve maior proporção de pacientes que já haviam passado por alguma internação ao longo da vida, e, entre os distímicos, foi encontrada menor proporção. Verificou-se que os pacientes que tiveram o pior resultado no ajustamento social foram os bipolares e aqueles com depressão dupla. Os pacientes bipolares apresentaram mais desajustamento grave (20,60%) e ajustamento ruim (34,40%). Os pacientes com depressão dupla apresentaram desajustamento grave em 15,30% e ajustamento ruim em 53,80%. Os unipolares apresentaram pequena diferença em relação aos distímicos, com vantagem para esses últimos.

2.4 Transtornos mentais graves e comorbidade com o uso de substâncias

Investigações nos Estados Unidos da América (EUA) e Europa têm indicado que pacientes com transtornos psiquiátricos graves, como esquizofrenia e transtornos afetivos bipolares, apresentam altas taxas de comorbidade para transtornos mentais devido ao uso de substâncias psicoativas. As prevalências encontradas variam de 20% a 75% das amostras investigadas (BARBEE et al. 1989; REGIER et al. 1988; DRAKE et al. 1989; DRAKE; WALLACH 1993; DUKE et al. 1994). Essa ampla variação tem sido atribuída a diferenças no tipo de serviços

que deram origem às amostras, nos métodos de avaliação utilizados, nas definições de transtornos devido ao uso de substâncias, em variações nas características sócio-demográficas das amostras, variações na disponibilidade de drogas ilícitas na comunidade e conforme a região geográfica estudada (EL GUEBALY, 1990).

Diversos estudos têm relatado efeitos negativos do abuso ou dependência de substâncias psicoativas em pessoas com transtornos mentais graves. A evolução clínica e social destes pacientes pode ser pior que a observada em pessoas com transtornos mentais graves sem tal comorbidade, (DUKE et al. 1994; MENEZES et al. 1996). Estudos mostram evidências de que indivíduos com a referida comorbidade utilizam serviços de emergência psiquiátrica e são internados mais freqüentemente, permanecem maior tempo no hospital e apresentam mais episódios de comportamentos agressivos quando internados (MENEZES et al. 1996; YESAVAGE; ZARCONE, 1983). Também têm sido descritas maiores taxas de detenção por atos ilegais e de falta de moradia em pacientes com a comorbidade em questão (TESSLER; DENNIS, 1989). A maior utilização de serviços psiquiátricos está associada a um maior custo de tratamento para estes pacientes (BARTELS et al. 1993) e há evidências de que exista um impacto econômico nas famílias dos mesmos (CLARK; DRAKE, 1994).

A incidência de comorbidade de abuso ou dependência de substâncias e transtornos mentais graves parece estar aumentando (CUFFEL, 1992). Este fenômeno tem sido atribuído ao aumento e disponibilidade de álcool e drogas na população geral, e ao processo de desinstitucionalização e priorização de cuidados de saúde para pacientes com transtornos psiquiátricos graves na comunidade, fatores que provavelmente tornam mais fácil o acesso a álcool e drogas por parte de tais pacientes, em relação ao acesso que era possível para aqueles pacientes que eram mantidos permanentemente em hospitais psiquiátricos asilares. Alguns investigadores têm sugerido que pessoas com transtornos mentais graves podem utilizar álcool e drogas como uma forma de automedicação, numa tentativa de reduzir o desconforto causado por sintomas como ansiedade e depressão ou por efeitos colaterais dos medicamentos psicotrópicos (SCHEIER; SIRIS, 1987).

Estudos realizados nos EUA e Europa têm concluído que tanto os serviços psiquiátricos voltados ao tratamento de pacientes com transtornos mentais graves, como os serviços de atendimento a usuários de drogas, não conseguem abordar adequadamente pacientes com a referida comorbidade (JOHNSON, 1997). Os técnicos que trabalham em serviços de psiquiatria geral, têm muitas vezes, pouca ou nenhuma experiência no manejo de pacientes que abusam de drogas psicoativas. Quando esses pacientes procuram atendimento intoxicados, a equipe tende a se sentir irritada, podendo inclusive, aplicar medidas punitivas ao paciente. Alguns serviços simplesmente não admitem esses pacientes, e problemas com a moradia parecem ser particularmente importantes. Em contra partida, profissionais dos serviços voltados ao atendimento de pacientes dependentes têm pouca segurança e experiência em trabalhar com pacientes psicóticos, e acreditam que o tratamento destes está além de suas possibilidades. Além disso, frequentemente a abordagem utilizada com dependentes é imprópria ao acompanhamento de pacientes com transtornos mentais graves, principalmente aquelas baseadas na confrontação, onde os limites de tolerância à recaída são muito estreitos e onde o tom emocional das sessões de terapia tende a ser muito altos.

2.4.1. Estudos sobre comorbidade

2.4.1.1 Prevalência

A prevalência de transtornos por uso de álcool e substâncias psicoativas é bastante variável, conforme as características das amostras utilizada nos diferentes estudos.

Drake e Wallach (1993) encontram uma prevalência de 14% de uso moderado de álcool por pacientes com esquizofrenia, em área rural, e em uma área urbana de 24% numa amostra de pacientes que recebem atendimento ambulatorial; em um estudo de “follow-up” (quatro e sete anos respectivamente), desses indivíduos, 24,4% haviam desenvolvido quadro de dependência ao álcool e 55,6% mantiveram-se abstinentes neste período.

Um estudo em Munich, realizado por Soyka et al. (1993), com 630 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, avaliou a prevalência de abuso/dependência de drogas ilegais, durante a vida, e nos últimos três meses em

pacientes internados em dois hospitais psiquiátricos: Psychiatric Hospital of the University of Munich (grupo 1) e Mental State Hospital Haar/Munich (grupo 2), sendo a característica dos pacientes do grupo 2, a de serem mais cronicamente comprometidos. As prevalências encontradas para o abuso/dependência de qualquer substância foram de 21,8% na vida e 21,3% nos últimos 3 meses para o grupo 1 e de 42,9% na vida e 29% nos últimos 3 meses para o grupo 2. A prevalência na vida, para o uso de álcool e drogas ilegais foi de 17,4% e 5,5%, respectivamente, no grupo 1 e 34,6% e 14,3% no grupo 2 e nos últimos 3 meses de 17,4% e 5,5% no grupo 1 e 20,8% e 11,4% no grupo 2; para quadros apenas de dependência, as prevalências encontradas foram bastante menores. O grupo 1 apresentou uma prevalência para dependência de álcool, na vida e nos últimos 3 meses de 4,9% e para dependência de drogas ilegais de 1,1%. O grupo 2 apresentou uma prevalência de dependência de álcool de 13,4% na vida e 7,6% nos últimos 3 meses e de drogas ilegais de 6,7% na vida e 5,1% nos últimos 3 meses.

Verdoux et al. (1996) em um estudo comparativo entre pacientes com transtornos bipolares, esquizofrênicos e esquizoafetivos, realizado pela Universidade de Bordeaux, encontrou uma prevalência de uso de substâncias ilícitas nos últimos 6 meses em 17,5% em pacientes com transtornos afetivos, em 7,9% dos pacientes com esquizofrenia e em 21,4% dos pacientes com diagnóstico de transtorno esquizoafetivo, e 47,8% têm em sua história o diagnóstico de abuso ou dependência de, pelo menos duas, drogas ilícitas.

Duke et al. (1994), em estudo epidemiológico de base populacional, encontraram uma prevalência de 22% para problemas com uso de álcool durante a vida, após avaliar, com questionários, 271 pacientes esquizofrênicos, em South Westminster, Londres. Em outro estudo recentemente realizado em Londres, a partir de informações obtidas utilizando-se de entrevistas, com 171 pacientes com transtornos mentais graves que tiveram algum contato com os serviços de saúde mental de uma região definida no sul de Londres, a prevalência estimada para problemas com uso de substâncias psicoativas (álcool e drogas ilícitas) foi de 36%, durante o ano anterior à entrevista, de 31,6% para problemas relacionados ao uso de álcool e de 15,8% ao uso de drogas (MENEZES et al. 1996).

Em um estudo epidemiológico de base populacional realizado nos EUA, foram analisados dados de 20.291 (REGIER et al., 1988; REGIER et al., 1990). Foi encontrada uma prevalência de abuso ou dependência de substâncias de 29% (OR 2,7) entre pessoas com qualquer transtorno mental enquanto a prevalência de abuso ou dependência de substâncias em pessoas sem outro transtorno mental foi de 13%. Essa comorbidade entre esquizofrênicos foi de 29% e entre pessoas com transtornos afetivos bipolares foi de 32%. Os autores descrevem ainda que 50% dos indivíduos com transtornos mentais graves desenvolvem desordens relacionadas ao uso de álcool ou outras drogas psicoativas em algum período de suas vidas.

Segundo estudo epidemiológico de base populacional de Kessler et al. (1994), que avaliou pessoas de 15 a 54 anos de idade, há indicações de que, nos EUA, a prevalência de transtornos por uso de substâncias é maior na população de pacientes com transtornos mentais graves, do que na população geral.

Segundo Boyd et al. (1984), a partir de estudos também de base populacional, nos EUA usando informações do National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule, com uma amostra de 11.519 indivíduos, o abuso de substâncias psicoativas é a comorbidade psiquiátrica mais prevalente associada à esquizofrenia.

Cuffel (1992), em revisão bibliográfica sobre a estimativa de prevalência de esquizofrenia e abuso de substâncias e fatores relacionados, sugere que o abuso de álcool entre pacientes esquizofrênicos é comparável ou maior do que o encontrado na população geral, mas que alguns estudos, como os de Alterman et al. (1981), encontraram prevalências menores do que a encontrada na população geral. Sugere ainda que o abuso de estimulantes é maior na população de pacientes com esquizofrenia, mas atenta para um fato importante que até então parecia ser despercebido, o de que a prevalência de abuso de drogas e álcool vem aumentando desde a década de 60.

2.4.1.2 Implicações

Diversos estudos discutem as implicações clínicas e sociais do abuso de substâncias por pacientes portadores de transtornos mentais graves. Maiores taxas de recaída, reinternações, detenção por atos ilegais, tentativas de suicídio, heteroagressividade, falta de moradia, maiores gastos com o tratamento e maior utilização de serviços médicos são descritas para esta população e demonstram uma pior evolução clínica e social

Drake et al. (1991), estudou 75 pacientes com esquizofrenia que abusam de álcool, quanto a suas experiências subjetivas; cerca de 70% relataram melhora de ansiedade e tensão quando usam álcool, 62,1% efeitos positivos no humor, 59,1% melhora nos sentimentos apatia e anedonia, e 56,1%, melhora de distúrbios do sono; relatavam melhora na ansiedade, disforia insônia e sintomas não psicóticos, sentidos como desprazerosos.

Serper et al. (1995), avaliou 37 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia que deram entrada num serviço de emergência psiquiátrica, onde 15 eram abusadores de cocaína e 22 não abusadores, segundo os critérios do DSM-III-R; feitas 2 avaliações, a primeira no momento da admissão e a segunda 4 semanas após a internação, encontrou, em pacientes com esquizofrenia que abusam de cocaína, significativamente menos sintomas negativos do que em pacientes esquizofrênicos que procuraram a emergência e não abusam desta droga, tanto quando intoxicados, como após 4 semanas de abstinência da droga. Não é possível ainda determinar se as propriedades psicoestimulantes da cocaína causam temporariamente um decréscimo destes sintomas ou se estes pacientes, por terem menos sintomas negativos podem então procurar drogas ilícitas e, representariam assim, um sub-grupo de pacientes com um melhor funcionamento social. Ries et al. (1994), descreve em um estudo feito em uma enfermaria só com pacientes internados voluntariamente, que indivíduos com transtornos mentais graves, (porém não exclusivamente esquizofrenia, transtornos afetivos e esquizoafetivos) que não são usuários de álcool e drogas ilícitas, foram internados apresentando mais sintomas psicóticos e confusionais que pacientes com a comorbidade estudada. Porém, os pacientes com a comorbidade apresentavam mais sintomas depressivos e ideação suicida que os não abusadores de drogas.

Cuffel et al. (1993), sugerem, com dados dos indivíduos do “Epidemiological Catchment Area”, com diagnóstico de esquizofrenia e transtorno esquizofreniforme que pacientes com abuso de álcool ou *Cannabis* e aqueles que abusam de múltiplas drogas psicoativas apresentam mais sintomas depressivos, mas não mais sintomas psicóticos que os não abusadores de substâncias.

Alguns autores sugerem que é importante a diferenciação entre pacientes com transtornos mentais graves que abusam de drogas psicoativas daqueles que apresentam quadros de dependência a essas drogas, uma vez que parece ser bastante diferente a evolução destes indivíduos. Segundo Bartels et al. (1995), parece haver uma tendência maior ao abandono do uso de álcool e drogas entre os pacientes que somente abusam delas, do que naqueles que apresentam quadros de dependência. Isto, mesmo apesar de haver evidências que a prevalência de transtornos mentais por uso de substâncias psicoativas, não é muito variável entre uma população de pacientes com esquizofrenia.

No estudo de Duke et al. (1994), com 271 pacientes esquizofrênicos, em South Westminster, Londres, pacientes que abusavam de álcool tinham significativamente menor tempo de doença, e maiores taxas de hostilidade, ansiedade, depressão e alucinações.

Sanguineti e Samuel (1993), encontraram em seu estudo com 401 pacientes internados involuntariamente em uma unidade de tratamento intensivo, que ao serem admitidos eram submetidos a exames toxicológicos de urina, que pacientes com esquizofrenia e que apresentavam teste positivo para a presença de substâncias psicoativas tinham menos sintomas paranóides, menos transtornos do pensamento, menos depressão ansiosa e também menos agitação do que pacientes com esquizofrenia e teste negativo. Pacientes com diagnóstico de transtornos afetivos e teste positivo, apresentavam maiores taxas de sintomas paranóides, depressão ansiosa, hostilidade e agitação, que os com teste negativo.

Há evidências de que indivíduos com a referida comorbidade utilizam serviços de emergência psiquiátrica e são internados mais frequentemente, permanecem maior tempo no hospital e apresentam mais episódios de comportamentos agressivos quando internados. Menezes et al. (1996), avaliaram

171 pacientes que entraram em contato com algum serviço psiquiátrico em uma região delimitada do sul de Londres, quanto ao tempo de internação destes indivíduos, encontrando que pacientes com a referida comorbidade permaneciam até duas vezes mais dias no hospital, nos últimos dois anos, do que pacientes sem a comorbidade, com uma diferença de 23,3 dias (IC 95%: 3,8-48,7).

Yesavage e Zarcone (1983), avaliaram a história de uso de álcool e drogas de 85 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia internados numa enfermaria psiquiátrica e sua periculosidade enquanto internados (agressões físicas e verbais e episódios de exclusão e restrição). Encontraram que episódios de agressividade estão relacionados ao abuso de drogas, a episódios de “blackout” anteriores e aos períodos de intoxicação por álcool ou drogas.

A maior utilização de serviços psiquiátricos está associada a um maior custo de tratamento destes pacientes. Bartels et al. (1993), analisou dados de 74 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo, separando-os em três grupos: os que atualmente abusam de álcool ou drogas, os que já fizeram abuso, mas estão abstinentes e pacientes que jamais fizeram abuso de substâncias. Encontraram que pacientes que abusam atualmente de substâncias psicoativas utilizam significativamente mais os serviços de institucionalização, internações psiquiátricas, duas vezes mais os serviços de emergência, chegam a permanecer até quarenta vezes mais dias internados, com um custo ao menos seis vezes maior do que os pacientes que não abusam de substâncias. A utilização de serviços ambulatoriais e de reabilitação não se mostrou maior ou mais dispendioso para este grupo.

Há evidências de que exista um impacto econômico nas famílias dos mesmos (CLARK, 1994), onde se utiliza 16% da renda familiar para a manutenção do paciente, contra 6% gastos para a manutenção de um adulto sem uma doença crônica. Clark (1994), estudou 119 famílias de adultos com uma doença mental grave e uso de substâncias e 127 famílias de adultos sem doenças crônicas, que moravam numa mesma região de New Hampshire e encontrou indícios de que não existem apenas maiores gastos com dinheiro, mas também em tempo despendido em cuidados com o familiar doente.

McCrone et al. (2000), analisou dados de 27 pacientes com diagnóstico de comorbidade (transtorno mental grave e abuso de substâncias) em comparação a um grupo controle com 64 indivíduos, moradoras da região sul de Londres, que fazem tratamento psiquiátrico, quanto ao uso de serviços e custos, concluindo que pacientes com a referida comorbidade utilizam mais os serviços psiquiátricos de emergência e internação e representam um maior gasto a estes serviços psiquiátricos, com uma diferença de £1362, e de £1360 em gasto com outros serviços.

Uma estimativa para a população adulta dos E.U.A. indicou que 72% dos indivíduos com comorbidade não recebem qualquer atendimento especializado em saúde mental ou para o uso de substâncias nos últimos 12 meses; apenas 8% recebeu tratamento especializado para ambos; 23% recebeu tratamento psiquiátrico especializado em saúde mental e 9% recebeu tratamento para o abuso de substâncias suplementar (WATKINS et al, 2001). Apesar da disponibilidade de tratamentos, a maioria dos pacientes com comorbidade não recebeu tratamento efetivo.

Wright et al. (2000), encontrou que pacientes com a referida comorbidade não têm um maior número de contatos com hospitais psiquiátricos do que pacientes com transtornos mentais graves, sem a comorbidade, mas sim que são mais vezes internados. Pacientes com comorbidade permanecem internados, em média, duas vezes mais tempo que os com quadro psicótico. Parecem também, necessitar de um maior suporte em outras áreas, como acomodação, atividades diárias, contatos sociais, assim como acompanhamento para o uso de substâncias.

Também têm sido descritas maiores taxas de detenção por atos ilegais e de falta de moradia em pacientes com a comorbidade em questão. Bartels et al. (1993), descreve em seu estudo, com 74 pacientes tratados num centro de saúde mental comunitário numa região rural em New England, que os pacientes com esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo que abusam ou são dependentes de drogas psicoativas, foram responsáveis por todos os casos de detenção e por grande parte das internações psiquiátricas nos pacientes estudados.

Soyka et al. (1993), em seu estudo com 630 pacientes psiquiátricos internados em duas enfermarias psiquiátricas, descrevem taxas de falta de moradia entre 37,5% e 41,5% para pacientes com comorbidade e entre 19,5% e 21,4% para os sem a comorbidade. Drake et al. (1991), em uma revisão sobre comorbidade e pacientes moradores de rua, afirma que cerca de 10% a 20% dos indivíduos sem moradia são portadores de um transtorno mental e fazem abuso de substâncias psicoativas.

O comportamento violento entre indivíduos com transtornos mentais graves se tornou importante foco de preocupação entre clínicos, pensadores em política de saúde e entre a população geral, com o tratamento baseado em recursos de comunidade e a desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos. Geralmente essa preocupação aparece relacionada a trágicos, ainda que raros, eventos (TORREY, 1994; MULVEY, 1994; MONAHAN; STEADMAN, 1994). O uso de álcool ou drogas pode produzir efeitos que levam a violência, seja por distúrbio psicológico agudo ou como resultado de abuso, dependência ou síndrome de abstinência. Em geral, enquanto o álcool parece levar a um maior risco de violência física, as drogas ilícitas parecem estar associadas a atos de violência para adquirir a droga e relacionadas ao tráfico.

Cuffel et al. (1994), em um estudo sobre violência, feito com 103 pacientes ambulatoriais em tratamento no San Francisco General Hospital (San Francisco, CA), que têm o diagnóstico de esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo ou transtornos esquizofreniformes, encontraram evidências de que certas substâncias, como estimulantes, opiáceos e alucinógenos, podem predispor indivíduos com esquizofrenia a episódios de violência; estes, apresentaram um Odds de violência 12 vezes maior que os indivíduos com esquizofrenia que não abusam de qualquer substância. Indivíduos que abusavam de álcool ou *Cannabis* não apresentavam tal risco elevado de violência.

Scott et al. (1998), a partir de informações obtidas utilizando-se de entrevistas, com pacientes com transtornos mentais graves que tiveram algum contato com os serviços de saúde mental de uma região definida no sul de Londres, avaliaram 27 pacientes com diagnóstico de transtorno mental grave (esquizofrenia, transtorno bipolar ou outro transtorno psicótico) e de abuso ou dependência de

substâncias psicoativas e compararam a um grupo de 65 pacientes apenas com o diagnóstico de transtorno mental grave, para estimar se pacientes com comorbidade apresentam mais comportamentos violentos e detenção por atos ilegais. Encontraram que pacientes com a referida comorbidade apresentam maior chance de terem cometido qualquer ato de violência durante a vida (OR: 5,5), inclusive de atos de violência não ligados ao uso de substâncias (OR: 6,0), tiveram mais episódios agressivos nos últimos 5 anos (OR: 11,4) e também nos últimos 2 anos, e foram detidos mais vezes (OR: 5,1); apresentaram mais sintomas de hostilidade nas últimas 2 semanas (OR: 6,5) e mais comportamentos violentos moderadamente graves, inclusive relatados pelos seus profissionais de referência.

A combinação do abuso de substâncias e a não aderência à medicação aparece como significativo preditor de sérios atos de violência na comunidade, independente de características sócio-econômicas e características clínicas. Indivíduos que abusam de álcool e drogas apresentam maiores riscos de cometerem atos de violência e têm menos crítica sobre sua doença (SWARTZ et al., 1998a). O abuso de substâncias e a não aderência à medicação, combinados, podem aumentar o risco de violência, ou talvez a pouca crítica quanto à doença leve esses pacientes a abusar de substâncias e a não aderência medicamentosa e assim ao aumento do risco de violência (AMADOR et al, 1993; DAVID, 1990; MARKOVA & BERRIOS, 1995; MCEVOY et al., 1989a; MCEVOY et al., 1989b; SWARTZ et al., 1998a).

As razões para os atos de violência e agressividade ainda são questão de debate, uma vez que gênero, psicopatologia mais severa, início precoce do quadro psiquiátrico, transtorno de personalidade associado, classe social, condições de emprego, pouca crítica do quadro psiquiátrico e baixa aderência à medicação e mesmo o tipo de droga utilizada, são possíveis e muito importantes variáveis de confusão.

O uso continuado de substâncias e um ambiente familiar instável apresentaram associação com o risco de pacientes com transtornos mentais graves serem detidos ou presos. Baixa aderência ao tratamento aparece associada a múltiplas detenções. Homens com a comorbidade apresentam mais chances de serem presos e mulheres, com a comorbidade apresentam maiores chances de serem

vítimas de atos violentos ou criminosos. O tratamento efetivo para o abuso de substâncias parece diminuir as detenções e prisões, mas não o número de contatos com a polícia. A estabilização do ambiente familiar também parece diminuir o número de detenções (CLARK et al., 1999).

2.4.1.3 Intervenções

Os técnicos que trabalham em serviços de psiquiatria geral, têm muitas vezes, pouca ou nenhuma experiência no manejo de pacientes que abusam de drogas psicoativas. Quando esses pacientes procuram atendimento intoxicados, os técnicos envolvidos com o atendimento tendem a se sentirem irritados e a podem aplicar medidas punitivas ao paciente (JOHNSON, 1997). Alguns serviços simplesmente não admitem esses pacientes, e problemas com a moradia parecem ser particularmente importantes. Em contra partida, serviços voltados ao atendimento de pacientes dependentes têm pouca segurança e experiência em trabalhar com pacientes psicóticos, e acreditam que o tratamento destes está além de suas possibilidades. Há ainda, alguns serviços voltados ao dependente que são bastante impróprios ao acompanhamento de pacientes com transtornos mentais graves, principalmente aqueles que usam a confrontação, onde os limites de tolerância à recaída são muito estreitos e onde o tom emocional das sessões de terapia tende a ser muito altos. Por esta razão, têm sido propostos programas específicos para estes pacientes, que permitam às equipes de saúde mental desenvolver formas efetivas de lidar com os mesmos, visando conscientizá-los da necessidade de se tornarem abstinentes, melhorar sua aderência ao tratamento e reorganizar suas redes sociais (JERRELL; RIDGELY, 1995). Diversos estudos procuram também encontrar medicamentos mais específicos, ou com os quais pacientes com a referida comorbidade apresentem melhora significativa, tantos dos transtornos psicóticos, como do abuso de substâncias psicoativas. Alguns poucos programas têm ainda se preocupado em oferecer tratamento para pacientes com a comorbidade e que são moradores de rua.

Ley et al. (1999), em revisão para a Cochrane sobre a efetividade dos programas de tratamento para pessoas com o duplo diagnóstico não encontrou nenhuma evidência que apóie uma vantagem de qualquer tipo de tratamento específico para a população que apresenta a comorbidade e nenhum dos programas

se mostrou superior ao outro. No entanto, apenas 6 estudos foram considerados relevantes, dos quais 4 eram constituídos de amostras pequenas. No geral, a qualidade dos dados e do desenho dos estudos não eram altas e dados clinicamente importantes como recaídas da doença psiquiátrica, violência, satisfação com o tratamento, funcionamento social, situação ocupacional, não foram avaliados pelos serviços.

2.4.1.4 Aspectos metodológicos

São diversas as limitações a que estão sujeitos os estudos de pacientes com transtornos mentais graves e transtornos por uso de substâncias psicoativas. As mais importantes são as relacionadas aos diagnósticos do transtorno mental grave e de abuso ou dependência de substâncias, às características da amostra investigada e à informações sobre o padrão de consumo de substâncias psicoativas, particularmente de drogas ilícitas.

Existe uma dificuldade em diferenciar entre a presença de comorbidade (abuso de substâncias psicoativas e transtornos mentais graves) e quadros psicóticos devido ao efeito destas substâncias. Muitas drogas podem produzir sintomas psicóticos durante a intoxicação e mesmo durante os quadros de abstinência a elas, como é o caso dos alucinógenos e do álcool, respectivamente. Quadros de psicose induzida por drogas psicoativas são bastante confundidos com quadros de esquizofrenia e mesmo com quadros maniformes, sendo muitas vezes impossível o diagnóstico sem um longo período de avaliação do paciente, estando este, abstinente do uso destas substâncias. Também ainda não é claro o efeito destas substâncias na apresentação dos sintomas em pacientes com transtornos mentais graves, não sendo possível estabelecer a real influência das drogas psicoativas sobre a psicopatologia: alucinações experimentadas por dependentes de álcool podem não diferir significativamente das alucinações experimentadas por pacientes esquizofrênicos (SALLOUM et al., 1991).

O diagnóstico de abuso e dependência de substâncias psicoativas é particularmente difícil, tanto na população geral como numa população de pacientes com transtornos mentais. O uso de substâncias referido pelo paciente é o método mais utilizado para identificar padrões de uso, complicações decorrentes deste e

sintomas relacionados à dependência. São muitos os questionários que têm sido utilizados e que pesquisadores vêm tentando validar também, para o uso com uma população de pacientes com transtornos mentais graves associado ao uso de drogas. A escolha da entrevista a ser utilizada deve se basear nos objetivos do estudo e, para isto, existem diferentes instrumentos desenvolvidos para cada tipo de avaliação específica. Instrumentos de triagem que são destinados à identificação de indivíduos que provavelmente apresentam problemas relacionados ao abuso de substâncias; necessitam ter maior sensibilidade que especificidade. Instrumentos para diagnóstico permitem um diagnóstico formal e/ou a quantificação dos sintomas, de acordo com os principais sistemas diagnósticos (CID e DSM) e são entrevistas mais específicas, que podem ser úteis inclusive para acompanhamento durante o tratamento, por avaliarem também o comprometimento trazido pelo uso de substâncias para a vida do indivíduo e para estudos epidemiológicos. Alguns estudos mostram uma tendência ao sub-relato do uso de drogas, tanto legais, como o álcool, quanto ilegais; nestas, o fenômeno tende a ser ainda mais acentuado (MIECZKOWSKI et al., 1991). Têm-se usado e recomendado associar às informações obtidas nos questionários padronizados para detecção do uso de drogas, diversas outras fontes de informação e diagnóstico (MIECZKOWSKI et al., 1991; MERCER-MCFADDEN; DRAKE, 1995; SHANER et al., 1993): informações constantes nos prontuários destes pacientes, informações obtidas com profissionais responsáveis pelo tratamento deste e análise de amostras de urina ou fios de cabelo.

Análises laboratoriais de amostras de urina e fios de cabelo, isoladamente, estimam o uso de substâncias, mas por si, não revelam dados específicos para o diagnóstico de abuso e dependência. McPhillips et al. (1997), desenvolveram um estudo onde, além de aplicar questionários, obtiveram informações de outras fontes (prontuários, informantes) e aplicaram testes de urina e análise de fios de cabelo em 39 indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia. Entre os questionários com o auto-relato e as informações obtidas com os testes de urina, encontrou uma sensibilidade de 17%, e uma especificidade de 100%, uma vez que houve seis relatos de abuso de *Cannabis* e apenas um teste positivo. O autor julgou que o teste de urina utilizado tinha um ponto de corte bastante conservador, advertiu sobre os riscos de “falso-positivo” quanto pontos de corte

mais baixos são utilizados e sugeriu que métodos mais acurados sejam usados para confirmação. No entanto, os testes utilizando amostras de cabelo se mostraram muito superiores, mostrando que um quarto da amostra havia utilizado anfetaminas nos três meses anteriores e que 8% dos indivíduos haviam utilizado cocaína, enquanto nos questionários, apenas um indivíduo havia relatado o uso de estimulantes.

Ainda referente às dificuldades deste tipo de estudo, encontramos as particularidades do diagnóstico de abuso e dependência nestes pacientes. Apesar dos critérios para abuso e dependência a substâncias psicoativas parecerem bem definidos, as tentativas de diagnosticar esses pacientes como dependentes ou apresentando uso indevido de drogas encontram alguns problemas. Há evidências de que mesmo o uso infrequente e de pequenas doses de drogas, legais ou ilegais, levam o indivíduo com transtornos mentais graves a consequências mais sérias do que as vistas na população geral e estão associadas a mais efeitos negativos ligados aos transtornos psicóticos, como facilitando reinternações e recaídas (DRAKE et al., 1989; GUPTA et al., 1996; SWOFFORD et al., 1996). Partindo desta premissa, corre-se o risco de associar qualquer uso de drogas por estes pacientes a um uso nocivo de substâncias, e assim, muitos estudos podem estar superestimando o real envolvimento desta população com drogas.

2.4.1.5 Estabilidade

Pouco se sabe sobre o curso do uso de substâncias em pacientes com transtornos mentais graves. Uma revisão de literatura sobre o assunto, de 1996, conclui que a taxa de remissão do abuso de substâncias nesses pacientes é semelhante às taxas encontradas para a população geral, isto é, apenas alguns pacientes se mantêm em remissão estável (DRAKE et al., 1996).

Relacionado ao curso do abuso de substâncias entende-se que as consequências podem ser minimizadas com a sobriedade. Esses estudos sugerem que pacientes com a referida comorbidade conseguem se manter abstinentes e que quando abstinentes, as consequências do uso de substâncias tendem a atenuar com o passar do tempo (RIES et al, 1994; KOVASZNAY, 1991; ZISOOK et al., 1992; CLEGHORN et al., 1991).

Em estudo conduzido por Bell et al. (2002), a maioria dos indivíduos se apresentava em remissão estável do abuso de substâncias, após um ano da primeira avaliação. Dixon et al. (1998), sugere que indivíduos com história de abuso de Cocaína, na vida, parecem mais sujeitos a recaída do uso de substâncias. Mulheres e indivíduos que, na primeira avaliação, usavam substâncias em menor quantidade e frequência tendem a permanecer mais tempo abstinentes e terem menores taxas de recaída.

Estudos sobre o tratamento desses pacientes, apresentam resultados inconsistentes. Uma revisão de Mercer-McFadden; Drake (1995), com 13 estudos, concluiu que o abuso de substâncias é apenas, minimamente reduzido.

Em estudo realizado por McHugo et al. (1999), pacientes que recebem tratamento em programas comunitários de alta fidelidade mostram maiores taxas de redução do uso de álcool e outras drogas, do que pacientes que recebem outro tipo de tratamento. Eles têm maiores taxas de aderência e menos internações hospitalares. Não foram observadas diferenças entre sintomas psiquiátricos, relações sociais e familiares, satisfação com o serviço, nestes dois grupos.

Os fatores que contribuem para a manutenção do uso ou o sucesso na abstinência são ainda pouco determinados. Um estudo conduzido por Alverson et al. (2000), com 16 indivíduos com comorbidade apontam para dois achados importantes. Primeiro, quatro fatores descritos como positivos em relação à qualidade de vida se apresentaram fortemente relacionados aos esforços para cessar o uso de substâncias: (1) engajamento em atividade regular prazerosa; (2) moradia estável e decente; (3) relacionamento amoroso com alguém sóbrio e que entenda a pessoa com transtorno mental; (4) um positivo relacionamento com profissional de saúde mental. Segundo, o estudo aponta que cinco fatores negativos, detectados na infância, relativos ao convívio familiar, predizem o abuso continuado de substâncias: (1) abuso de substâncias no lar, durante a infância; (2) pobreza absoluta na infância; (3) “mau funcionamento” de um dos membros da família; (4) história de abuso imputado aos cuidadores; (5) indivíduo com transtorno mental grave na casa.

Outro estudo aponta para a periodicidade dos episódios do transtorno mental grave, por exemplo episódios depressivos, relacionados de maneira importante à remissão e recaída dos episódios de uso de substâncias (HASIN et al., 2002).

2.4.1.6 Tabaco

Nas últimas décadas, uma serie de estudos em países desenvolvidos têm reportado a alta prevalência do uso de tabaco por pacientes com transtornos mentais graves (MASTERSON; O'SHEA, 1984; GOFF et al., 1992; ZIEDONIS et al., 1994).

Alguns sugerem a hipótese de que fumar está associado à história de psicose em pacientes com transtorno afetivo bipolar e a uma maior severidade dos sintomas psicóticos nesta população (CORVIN et al., 2001). Indivíduos com transtornos mentais graves fumam mais cigarros por dia e apresentam menores taxas de abandono do uso do que a população geral (COVEY et al., 1994).

Existem evidências consideráveis de que indivíduos com Esquizofrenia apresentam maiores taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares e câncer do que a população geral e de as altas prevalências e a intensidade do ato de fumar podem contribuir para tal achado nessa população (TSUANG et al., 1980). O uso de tabaco também está relacionado a um maior risco de desenvolver discinesias, independente do uso de medicação antipsicótica (NILSSON et al., 1997).

Investigações sobre o uso de tabaco em países em desenvolvimento são escassos. Um estudo recente conduzido na Índia, com pacientes ambulatoriais encontrou uma prevalência de fumantes de 38% dos pacientes diagnosticados como portadores de esquizofrenia, prevalência esta muito semelhante a da população geral daquele país. Os autores sugerem que a pouca independência econômica possa explicar tal achado (SRINIVASAN; THARA, 2002). No Brasil, um alto grau de dependência econômica desses indivíduos também é comum (MENEZES; MANN, 1993).

Um estudo sobre a prevalência do uso de tabaco em indivíduos com transtornos psicóticos, internadas em hospitais psiquiátricos no município de São Paulo (NASCIMENTO, 2003), onde foram incluídos 103 sujeitos, estimou uma prevalência de uso de tabaco em 63.1% da amostra entrevistada, sendo que o uso de tabaco esteve associado ao número de internações psiquiátricas prévias e à presença de transtornos por uso de substâncias.

2.5 Transtornos mentais graves no Brasil

No Brasil, são poucos os estudos que tentaram determinar as prevalências ou incidências de transtornos mentais graves na população. A prevalência de transtornos mentais, na vida, nos últimos 12 meses e no último mês foi investigada em 1.464 indivíduos residentes em São Paulo, na região do complexo do Hospital das Clínicas, com mais de 18 anos de idade, que foram entrevistados utilizando-se a “CIDI”. A amostra apresentou uma prevalência de 45.9 % pelo menos um transtorno mental na vida, 26.8 % no último ano e 22.2 % no mês anterior a entrevista. Os diagnósticos mais prevalentes foram (na vida, 12 meses e 1 mês, respectivamente) dependência de nicotina (25 %, 11.4 %, 9.3 %), qualquer transtorno do humor (18.5 %, 7.6 %, 5 %) episódio depressivo, como o mais prevalente dos transtornos do humor (16.8 %, 7.1 %, 4.5 %), transtornos ansiosos (12.5 %, 7.7 %, 6 %), transtornos somatoformes (6 %, 4.2 %, 3.2 %), abuso ou dependência de álcool (5.5 %, 4.5 %, 4 %). Os resultados mostram uma taxa de 1.9%, na vida, de transtornos psicóticos não afetivos (ANDRADE et al., 2002).

Em São Paulo, um estudo para estimar a incidência de psicoses (MENEZES, 2004) avaliou indivíduos de 18-64 anos, que tiveram um primeiro contato com serviços de saúde mental, públicos ou privados, no período de 1º de julho de 2002 a 30 de Junho 2003, com episódio de psicose, de acordo com os critérios do DSM-IV. Numa população estimada em 926.081 indivíduos a incidência de esquizofrenia foi calculada em 4.8 por 100.000 (IC95%: 3.5-6.4) e a incidência total de quadros psicóticos foi estimada em 7.5 por 100.000 (IC95%: 5.8-9.4) pessoas/ano, taxas extremamente mais baixas do que as estimadas em diversos outros estudos internacionais.

Um estudo conduzido em Juiz de Fora, MG, cidade com 424.479 habitantes, avaliou uma população de moradores de rua, que estavam nessa situação há mais de 12 meses, e tinham mais de 18 anos de idade, utilizando a SCAN (Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) (HECKERT et al., 1999). De 83 indivíduos avaliados, todos menos um apresentaram diagnóstico psiquiátrico de acordo com os critérios da CID-10. Os diagnósticos mais frequentes foram o de abuso/dependência de álcool (82%), transtornos do humor (32.5%), abuso ou dependência de drogas (31.3%), e transtornos psicóticos esquizofreniformes (9.6%), com uma alta taxa de comorbidade (78.3%).

2.5.1. Transtornos mentais graves e transtornos por uso de substâncias: situação no Brasil

Almeida-Filho et al. (1992), em estudo epidemiológico de base populacional em três grandes centros brasileiros avaliou a presença de sintomas psiquiátricos em uma população representativa de cada centro, encontrando uma prevalência na vida de 51% (+- 3,4%) dos entrevistados na área metropolitana de Brasília, de 43% (+- 3,5%) na área metropolitana de Porto Alegre e de cerca de 30% (+- 3,5%) na área metropolitana de São Paulo. Os transtornos psicóticos foram diagnosticados pelos critérios do DSM-III-R em cerca de 1% da população entrevistada em São Paulo e Brasília e em mais de 2% da população entrevistada em Porto Alegre. O diagnóstico de dependência de álcool pode ser constatado em 5% da população de Brasília, em 4% em São Paulo e em 9% da população de Porto Alegre; problemas com alcoolismo foram detectados em cerca de 15% da população masculina destas cidades, se constituindo no maior problema de saúde mental encontrado nestas populações.

Noto et al. (1995), promoveram um levantamento das internações psiquiátricas hospitalares devido à dependência no período de 1987 a 1993, onde foram analisados dados sobre pacientes internados por quadros de dependência ao álcool e a drogas psicoativas. Apenas 30%-40% dos hospitais psiquiátricos cadastrados enviaram os dados, no entanto é possível avaliar que mais de 90% das internações se deviam ao uso de álcool; entre 1987 e 1991 as internações por problemas com drogas se mantiveram constantes, mas após este período, tiveram importante crescimento. Em 1988, ocorreram 36.188 internações psiquiátricas

ligadas ao abuso de álcool, sendo 28.897 em indivíduos maiores de 30 anos de idade e 3.062 pelo uso de drogas, das quais 2.216 de indivíduos entre 18 e 30 anos. Observou-se um aumento gradativo das internações provocadas pelo uso de cocaína e de drogas do tipo da morfina e uma diminuição das internações provocadas pelo uso de *Cannabis* e anfetaminas. Foram claras as diferenças regionais encontradas no estudo, e que não se devem apenas à presença de um maior número de hospitais psiquiátricos nas regiões sul e sudeste do país, indicando que essas evidências devem ser consideradas na elaboração de programas e políticas de saúde.

A prevalência da comorbidade entre outros transtornos mentais graves e abuso ou dependência de substâncias psicoativas em pacientes que tiveram contato com quaisquer tipos de serviços de saúde mental de uma região da cidade de São Paulo foi investigada por Ratto (2000). A prevalência de abuso de substâncias psicoativas foi maior entre homens que entre mulheres (RR = 2,64; IC95% 1,0 a 7,0), migrantes (RR = 2,06; IC95% 0,86 a 4,9) e indivíduos separados/divorciados (RR = 1,9; IC95% 0,75 a 4,7). A presença de sintomas negativos foi significativamente menor entre os indivíduos que receberam o diagnóstico de substâncias psicoativas (média = 10,5; desvio padrão = 4,7) em comparação aos demais participantes do estudo (média = 15,3; desvio padrão = 8,8; $p < 0,001$). Menezes (2002), estudando os mesmos indivíduos observou que o atendimento mais utilizado nos últimos seis meses anteriores à entrevista foi a consulta com psiquiatra (83%) e que as pessoas com comorbidade utilizaram mais serviços de emergência psiquiátrica que pessoas sem a comorbidade, mas não houve diferenças quanto ao uso de internações psiquiátricas ou consultas com psiquiatras. O autor sugere que fatores sócio-econômicos e sócio-culturais possam estar associados à baixa prevalência de comorbidade encontrada neste estudo quando comparada àquelas encontradas em estudos internacionais.

Para estimar a prevalência de transtornos por uso de substâncias psicoativas em pessoas com transtornos psicóticos, internadas em hospitais psiquiátricos no município de São Paulo, foi conduzido um estudo de corte transversal (NASCIMENTO, 2003). Foram incluídos 103 sujeitos, residentes em áreas definidas e que estavam internadas. A prevalência encontrada de transtornos por uso de álcool e/ou substâncias ilícitas no último ano foi 13,6%.

Um estudo para estimar a prevalência de abuso de substâncias em indivíduos de primeiro contato por quadro de psicose (CORDEIRO et al., 2004), realizado em São Paulo, avaliou 73 indivíduos, de 18 a 64 anos, utilizando a escala “AUDIT” (“Alcohol Use Disorders Identifications Test”; BABOR et al., 1992). O diagnóstico mais prevalente na amostra foi o de esquizofrenia, em 48 (64.9%) dos participantes. Cinquenta e cinco (75.3%) fizeram uso de álcool nos últimos 12 meses e 12 (16.4%) preencheram critérios para abuso desta substância. Vinte e um (28.8%) dos indivíduos utilizaram substâncias psicoativas ilícitas ou não prescritas, sendo que 10 (13.7%) preencheram critérios para abuso de substâncias nos últimos 12 meses. A prevalência de abuso de qualquer substância foi de 24.7% (IC95%: 15.3-36.1). A prevalência encontrada nesse estudo se mostrou semelhante a dos estudos internacionais e maior do que a encontrada em pacientes com mais anos de história de transtorno psicótico, estimada pelo estudo de Ratto (2000), em São Paulo. O autor sugere que o controle exercido pela família sobre o indivíduo após o desenvolvimento do transtorno possa influenciar o uso de substâncias destes.

2. JUSTIFICATIVA

Pouco é sabido sobre a extensão, a severidade e as complicações do quadro dos pacientes portadores de transtornos mentais graves em países menos desenvolvidos. Altas taxas de recaída, reinternações frequentes, detenção por atos ilegais, heteroagressividade, uso de álcool, tabaco, drogas ilícitas e de utilização de serviços médicos têm sido descritas para esta população em estudos internacionais, mas não necessariamente são generalizáveis às realidades no nosso país. No Brasil, até o momento, são poucos estudos populacionais que investigaram essas questões.

A investigação da evolução clínica e social de pacientes com transtornos mentais graves que vivem na comunidade, bem como o abuso de substâncias lícitas (como o álcool e o tabaco) e ilícitas, em um grande centro urbano como São Paulo tem importantes implicações para o planejamento de serviços de saúde mental no país, particularmente em face às mudanças na política de saúde mental que vem ocorrendo nos últimos anos, com priorização do cuidado aos pacientes baseado em serviços de saúde mental na comunidade. Os resultados de tal estudo também possibilitarão uma formação mais adequada de profissionais de saúde mental, de forma que eles tenham melhor consciência da dimensão destas questões e possam reconhecer aqueles pacientes que apresentam fatores de risco para uma pior evolução do transtorno mental grave, e dar-lhes melhores cuidados profissionais. O estudo também tem a perspectiva de trazer as informações necessárias para que seja possível, em estudos futuros, testar abordagens terapêuticas específicas para grupos especiais de pacientes, adequadas à realidade de nossa sociedade.

3. OBJETIVOS

1. Investigar as características das pessoas com transtorno mental grave, quanto às dimensões clínicas e o ajustamento social entre pacientes com psicoses funcionais em 3 regiões da cidade de São Paulo.
2. Investigar a comorbidade entre transtornos mentais graves e transtornos decorrentes do uso de álcool, substâncias psicoativas ilícitas, ou se lícitas além da prescrição médica e sua estabilidade em um período de um ano.
3. Estimar a prevalência de uso de tabaco nessa população, quais os fatores associados à ocorrência dessa comorbidade e sua estabilidade em 1 ano.
4. Avaliar o uso de serviços por indivíduos com psicoses funcionais em 3 regiões da cidade de São Paulo.
5. Estimar a prevalência de episódios de heteroagressividade nessa população e avaliar quais os fatores associados à ocorrência desta.

5. MÉTODO

5.1. Desenho

Foi realizado um estudo de corte transversal seguido de um estudo de coorte prospectivo de pessoas com transtorno mental grave, com duração de um ano a partir da inclusão na primeira fase (HENNEKENS, 1987).

5.2. Amostra

Foram definidas 3 regiões geográficas para a realização do estudo, listadas abaixo. A escolha das regiões foi baseada na organização dos serviços psiquiátricos públicos em cada área, de forma que viabilizassem a execução do estudo. Cada uma das regiões escolhidas possui serviços psiquiátricos regionalizados, com pelo menos 3 níveis de atenção (hospitais, emergência, ambulatório ou centro de atenção psicossocial), e diferem na forma com que os serviços estão organizados.

- i) Distrito Administrativo de Pinheiros. Essa região, com cerca de 72 mil habitantes, engloba o complexo Hospital das Clínicas. O serviço do Instituto de Psiquiatria atende, em suas enfermarias, ambulatório e centro de atenção psicossocial, parte dos moradores da região que sofrem de psicoses funcionais. Conta também com outros serviços públicos de ambulatório, pronto socorro psiquiátrico, hospital-dia e hospitalização integral.
- ii) Distritos Administrativos da Bela Vista, Consolação e Liberdade. Com uma população de aproximadamente 200 mil habitantes, essa área fica na região central da cidade de São Paulo, é coberta pelo CAISM – Centro de Atenção

Integral à Saúde Mental, da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e diversos serviços públicos ambulatoriais.

iii) Distritos Administrativos da Casa Verde, Mandaqui e Santana. Essa área possui uma população de cerca de 337 mil habitantes, na área norte da cidade de São Paulo. Os serviços psiquiátricos da região incluem uma enfermaria em hospital geral, um ambulatório de saúde mental da SES, o serviço de emergências psiquiátricas do Hospital do Mandaquí, e cerca de 1,000 leitos psiquiátricos conveniados com o SUS, cuja ocupação é organizada pela Central de Vagas da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Para serem elegíveis, os pacientes deviam residir em uma das áreas descritas acima, ter tido contato com os serviços psiquiátricos do setor público (internação, emergência, serviços intermediários ou atendimento ambulatorial) que cobrem as 3 regiões geográficas, no período de 01/09/97 a 30/11/97, ter idade entre 18 e 65 anos, e diagnóstico clínico de transtorno mental grave (códigos F20-29, F30-31, F32.2 e F33.3, do CID-10). A identificação dos casos por contato com serviços de saúde é indicada pela baixa prevalência de psicoses na comunidade e pela alta probabilidade de que pessoas acometidas por psicoses venham a buscar ajuda nos serviços de saúde.

5.3. Tamanho da amostra

O cálculo do tamanho da amostra para o estudo de corte transversal foi baseado em uma prevalência esperada de 20% de comorbidade por abuso de substâncias, com um intervalo de 95% de confiança entre 15% e 25%. Com esses parâmetros, e estimando-se uma não-participação de 20%, o número de pacientes a serem incluídos no estudo seria de 307.

Para o estudo de coorte prospectivo, foram acompanhados todos os casos incluídos na primeira fase do estudo.

5.4 Instrumentos

Para a determinação dos questionários a serem utilizados na pesquisa fez-se revisão bibliográfica, a fim de identificar as melhores escalas semi-estruturadas ou estruturadas. Algumas necessitaram de tradução e/ou revisão para a língua portuguesa e adequação à nossa cultura, quanto aos termos aplicados, tipos de benefícios securitários, tipos de moradia, tipos de atendimento profissional em saúde mental, tipos de drogas ilícitas disponíveis, tipos e nomes genéricos de medicações psiquiátricas, tipos e nomes genéricos de medicações não psiquiátricas que podem levar a dependência ou abuso e critérios de ajustamento social.

a- Informações sócio-demográficas:

Foram obtidas informações sobre idade, sexo, estado civil, cor, procedência, tempo de residência em São Paulo, escolaridade, ocupação, renda, composição familiar e condições de habitação, em ficha padronizada para esse objetivo (Anexo 1).

b- História psiquiátrica:

Utilizou-se ficha padronizada, para colher informações sobre idade de início dos sintomas psicóticos, número de internações anteriores, tratamentos anteriores, tratamento atual, episódios de violência, tentativas de suicídio e história ocupacional. Esta ficha foi adaptada da “Life Chart Rating Form” (WHO, 1992a), um questionário desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde para se obter informações longitudinais para estudo multicêntrico sobre curso e evolução da esquizofrenia. (Anexo 2)

c- Diagnóstico psiquiátrico:

Os critérios utilizados foram os da CID-10 (WHO, 1992b). O diagnóstico foi obtido a partir das informações constantes nos prontuários médicos, complementadas pela entrevista psiquiátrica. Utilizou-se a “ICD-10 checklist”, versão 1.1, traduzida para o Português .

d- Sintomas psiquiátricos:

Para avaliar a presença e a intensidade de sintomas psiquiátricos, utilizou-se a “Positive and Negative Symptom Schedule (PANSS)”, desenvolvida a partir do BPRS (KAY et al., 1988). É dividida em 3 seções: uma seção para sintomas positivos e outra para sintomas negativos da esquizofrenia, e uma seção de sintomas gerais. A escala já havia sido traduzida para o Português, e mostrou boa confiabilidade entre entrevistadores (VESSONI, 1993) (Anexo 3).

e- Ajustamento social:

A “Disability Assessment Schedule (DAS)”, foi elaborada para avaliar de forma padronizada e reprodutível o funcionamento social de pacientes com um transtorno psiquiátrico, em diferentes culturas (WHO, 1988). A DAS, em sua mais recente versão, consiste de 5 seções: comportamento global, papéis sociais, pacientes hospitalizados, fatores modificadores e avaliação global. A primeira seção contém 4 itens sobre comportamento global e a segunda tem 10 itens sobre papéis sociais específicos. A seção 3 consiste de 4 sub-seções sobre o funcionamento de pacientes em enfermarias psiquiátricas por mais de 2 semanas. A quarta seção refere-se à avaliação da presença ou ausência de fatores do meio social e familiar do paciente que possam modificar seu ajustamento social. A última seção é uma avaliação global baseada em todas as informações obtidas nas seções anteriores. A confiabilidade da versão em português foi avaliada em 20 pacientes com esquizofrenia, e foi bastante satisfatória, sendo que os coeficientes de correlação intra-classe para cada item das seções 1 e 2 variaram de 0.88 a 1.00 (MENEZES; SCAZUFCA, 1993) (Anexo 4).

f- Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas, ou se lícitas, além da prescrição médica:

A “Schedules of Clinical Assessment in Neuropsychiatry” (SCAN) é uma entrevista semi-estruturada, desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1996). Em suas seções 11 e 12 são avaliados detalhadamente o uso de álcool, de substâncias psicoativas, com e sem prescrição médica, lícitas e ilícitas, e suas consequências físicas, psíquicas e sociais, permitindo um diagnóstico deste uso, a partir dos critérios do CID-10 (Anexo 5). Foi utilizada a versão em Português do Centro Colaborador da OMS do IPq-HCFMUSP.

g- Uso de serviços e custos:

A “Client Service Receipt Interview (CSRI)” foi desenvolvida para coletar as informações necessárias para fazer-se estimativas de custos, de uma forma abrangente e detalhada, associados a cada paciente. Para isso, obtém-se informações detalhadas sobre habitação, renda e emprego, uso de serviços de saúde e cuidados informais, nos 6 meses anteriores à entrevista. A CSRI (BEECHAM, 1995) é uma entrevista de aplicação simples, e tem sido muito utilizada na avaliação de programas de desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos, e mais recentemente, em estudo sobre custos de cuidados para pacientes com transtornos psiquiátricos graves associados à dependência de álcool ou drogas. A CSRI foi traduzida para o Português e adaptada para uso no Brasil para o presente trabalho (Anexo 6).

5.5. Procedimentos

5.5.1 Identificação dos Serviços

Nos distritos definidos para o estudo foram identificados os principais serviços de saúde mental que prestam atendimento a pacientes psicóticos para o SUS:

- Ambulatório de Saúde Mental do Mandaqui ;
- Pronto Socorro do Mandaqui;
- Hospital das Clínicas (ambulatórios de psiquiatria, enfermagem psiquiátrica e hospital-dia);
- Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (Pronto Socorro de Psiquiatria e Ambulatório)
- Hospital do Servidor Público Municipal (Ambulatório)
- Hospital do Servidor Público Estadual (Ambulatório)
- PAS Tucuruvi (Ambulatório)
- PAS Joaquim Eirado (Ambulatório)
- PAS Santa Cecília (Ambulatório)
- PAS Itaim bibi (Hospital dia)
- PAS Humaitá (Ambulatório)
- Ambulatório de Saúde Mental Centro
- Ambulatório de Saúde Mental da Lapa
- Central de Vagas para internação psiquiátrica no município de São Paulo, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo

- CAPS Itapeva
- NGA Bom Retiro
- NGA Centro

Uma vez definidos os serviços de saúde mental a serem contatados, foram identificados os responsáveis pelos mesmos e feito contato, inicialmente por telefone para explicação da natureza do estudo em questão. Posteriormente era enviada cópia do resumo do projeto e carta informando o tipo de atividade realizada. Obtida autorização, era elaborada uma planilha onde constavam os melhores horários possíveis para consulta aos prontuários médicos, dentro da rotina de funcionamento do serviço. Fez-se então, novo contato com os responsáveis, informando datas, horários e nomes dos auxiliares de pesquisa que fariam a consulta aos prontuários médicos.

5.5.2 Identificação dos sujeitos elegíveis

Iniciou-se a consulta a todos os prontuários de pacientes que tiveram contato com os serviços de saúde no período definido (01/09/97 a 30/11/97), para identificar todos os pacientes com hipótese diagnóstica de psicose funcional, definida pelo CID-10 como: transtornos do espectro esquizofrênico e esquizofrenia (F-20, F-21,F-22,F-23,F-25), transtornos afetivos bipolares (F-30, F31) e transtornos depressivos com sintomas psicóticos (episódio ou recorrentes, F32.3, F33.3), com 18 a 65 anos e endereço em um dos distritos definidos para o estudo.

Desta forma, procurou-se identificar todos os casos potencialmente elegíveis para o estudo. Fez-se o planilhamento dos casos elegíveis, em computador, em programa EXCEL, com os seguintes dados: nome, data de nascimento, data do último contato com o serviço dentro do período estudado, hipótese diagnóstica psiquiátrica, endereço completo, número de registro no serviço de origem e nome deste serviço. A partir da lista assim obtida, foram sorteados os sujeitos necessários de acordo com o cálculo do tamanho da amostra, estratificando-se por distrito administrativo.

Esta fase do estudo tinha previsão de três meses de duração. No entanto, houve vários problemas para identificação dos pacientes elegíveis, estendendo-a para dez meses. A seguir são listados os principais problemas com a coleta de dados para recrutamento dos pacientes:

- Acesso aos serviços:
 - ✓ Dificuldade de identificar o responsável pelo serviço ou quem poderia ser responsabilizado pela autorização para acesso aos registros de atendimento;
 - ✓ Necessidade de aprovação por diversos comitês de ética;
 - ✓ Demora por parte dos serviços em responder às solicitações, em aprovar nossa entrada ou em nos receber pessoalmente para apresentação do projeto;
- Acesso aos prontuários:
 - ✓ Horários bastante limitados para a consulta aos prontuários;
 - ✓ Trabalho manual, exaustivo, em praticamente todos os serviços;
 - ✓ Diferentes modos de organização dos serviços entre si;
- Qualidade/Quantidade dos dados dos prontuários:
 - ✓ Falta de endereço, muitas vezes não havia qualquer dado;
 - ✓ Falta de idade ou data de nascimento;
 - ✓ Falta de Hipótese Diagnóstica;
 - ✓ Falta de conduta médica, tanto para medicação, como para indicação de internação, alta ou motivo do abandono do tratamento;
 - ✓ Letra dos médicos e outros técnicos responsáveis pelo atendimento do paciente;
 - ✓ Diferença de definições/conceitos: CID9/CID10;
 - ✓ Falta de dados de história e psicopatologia.

5.5.3 Treinamento e Estudo Piloto

Foram selecionados 7 auxiliares de pesquisa, com experiência em atendimento a pacientes com transtornos mentais (2 psiquiatras, 1 assistente social, 2 terapeutas ocupacionais e 2 psicólogas), que passaram a ser treinados. A eles foi explicado o projeto, meios e finalidade. Foram confeccionados cadernos contendo os questionários, na íntegra, para uso dos entrevistadores. O treinamento consistiu de:

- a- Leitura e discussão de cada escala:
- b- Observação de entrevistas: as escalas foram aplicadas a pacientes com transtorno mental grave disponíveis, que se voluntariaram a participar do treinamento, sem a comorbidade a ser estudada, pelos pesquisadores responsáveis, seguida de discussão de cada entrevista. O mesmo foi feito com alguns familiares desses pacientes.
- c- As escalas também foram aplicadas a pacientes dependentes de álcool ou drogas ilícitas pelos pesquisadores responsáveis, com observação pelos entrevistadores e discutidas. As escalas foram então aplicadas em pacientes disponíveis com a referida comorbidade, também pelos pesquisadores responsáveis e então discutidas. Nesta fase foram avaliados 6 pacientes.
- d- Realização de entrevistas: as escalas foram aplicadas pelos auxiliares de pesquisa, em pacientes disponíveis, sob supervisão dos pesquisadores responsáveis, segundo mesmo grau de complexidade acima descrito, e seguidas das devidas discussões. Nesta fase foi entrevistado pelo menos um paciente por entrevistador.

Foram realizadas 3 entrevistas completas com pacientes e familiares, que permitiram estimar o tempo médio para completar uma avaliação com todos os instrumentos (3 horas), e identificar pequenas adaptações que se mostraram necessárias.

5.5.4 Entrevistas com pacientes e informantes

Passou-se a enviar cartas contendo informações básicas sobre o estudo, um telefone de contato com os coordenadores da pesquisa para tirar dúvidas, remarcar as entrevistas ou demonstrar sua recusa, e uma data provável para a visita pelos auxiliares de pesquisa, aos indivíduos sorteados para serem entrevistados (Anexo 7). Cada carta foi enviada, via correio, com no máximo 21 e no mínimo 15 dias de antecedência da data provável para a entrevista, com a marcação também de um período (manhã ou tarde) provável para o comparecimento dos entrevistadores à residência dos indivíduos sorteados. A marcação das entrevistas obedeceu a ordem de bairros escolhida a princípio pela proximidade com o Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, para facilitar o contato dos entrevistadores com os coordenadores da pesquisa, em caso de dúvida ou necessidade de orientação. A ordem dos distritos foi realizada como se segue:

- Bela Vista, Santa Cecília e Consolação;
- Pinheiros;
- Santana, Casa Verde e Mandaqui.

Os instrumentos foram divididos em dois blocos, um para a entrevista com o paciente e outro para a entrevista com o familiar ou cuidador responsável:

- Paciente
 - ✓ Dados sócio demográficos
 - ✓ Número de internações anteriores
 - ✓ PANSS
 - ✓ SCAN
 - ✓ CHECK-LIST CID-10

- Familiar/cuidador

- ✓ DAS

- ✓ CSRI

Em reuniões semanais com os entrevistadores, eram passadas planilhas com os nomes dos indivíduos sorteados, seus endereços, data e horário enviados através das cartas para a realização da entrevista, e um mapa da região com a marcação das ruas onde os indivíduos sorteados moravam. Eram marcadas 3 entrevistas por período de 5 horas para cada dupla de entrevistadores, procurando respeitar proximidade entre os endereços, vias de acesso e tempo de deslocamento entre eles. Optou-se por fazer as entrevistas em dupla, para diminuir o tempo de contato com o indivíduo entrevistado e com sua família, uma vez que, separadamente, as entrevistas demoram cerca de uma hora e trinta minutos para serem realizadas, e para evitar possíveis problemas de acesso a locais perigosos pelos entrevistadores. Havendo relato por parte do familiar de que o paciente se encontrava internado, fez-se contato com o referido hospital, pedindo autorização para realização de entrevista dentro do nosocômio, durante a internação do paciente, com previa autorização do familiar. Nestes casos a DAS era respondida pelo informante em sua residência, ou a seção 3 do mesmo instrumento era aplicada a um funcionário da enfermagem que tivesse contato direto com o paciente durante sua internação, dependendo do tempo de internação.

Muitos indivíduos não puderam ser localizados inicialmente nos endereços constantes na pesquisa aos serviços de saúde mental. Retornou-se a 8 destes serviços, em busca de novos dados e referências sobre estes pacientes. Em maio de 1999 foi feita consulta ao banco de dados do PROAIM, responsável pelas notificações de óbito da cidade de São Paulo e constatada a morte de 8 indivíduos sorteados.

Um ano após a inclusão no estudo, os pacientes eram localizados, através dos mesmos endereços, ou se necessário através de endereços de referência, dados durante a primeira entrevista. Passou-se a enviar cartas contendo informações básicas sobre a realização da segunda fase do estudo, um telefone de contato com os

coordenadores da pesquisa para tirar dúvidas, remarcar as entrevistas ou demonstrar sua recusa, e uma data provável para a visita pelos auxiliares de pesquisa, aos indivíduos sorteados para serem entrevistados (Anexo 8). Cada carta foi enviada, via correio, com no máximo 21 e no mínimo 15 dias de antecedência da data provável para a entrevista, com a marcação também de um período (manhã ou tarde) provável para o comparecimento dos entrevistadores à residência dos indivíduos sorteados. A marcação das entrevistas obedeceu a ordem de entrevistas da primeira fase.

Novamente as entrevistas foram realizadas por entrevistadores treinados, para re-avaliação de sua condição clínica, utilização de serviços de saúde, e uso de álcool, tabaco ou drogas ilícitas durante o período do estudo. Seus familiares ou pessoas próximas também eram re-entrevistados, para avaliação do ajustamento social do paciente.

5.6. Análise

Os dados das duas fases do estudo foram digitados utilizando o programa EPI INFO 6.04. (DEAN et al. 1994) Os dados foram digitados duas vezes para identificar possíveis erros de digitação. A análise descritiva foi feita utilizando-se o programa STATA 7.0 (STATA CORP, 1999). As correções necessárias foram feitas voltando-se ao banco original do arquivo em Epi Info (DEAN et al. 1994).

Esta foi seguida por análise univariada, com estimativas de razões de prevalência e com respectivos intervalos de 95% de confiança. Para avaliar presença de associações estatísticas, foi utilizado o teste χ^2 . Quando eram variáveis categóricas ordenadas utilizou-se o teste χ^2 de tendência linear (KIRKWOOD, 1988).

O controle de confusão foi feito através de estratificação e regressão logística. Para comparação de variáveis contínuas entre pacientes com e sem comorbidade, como número de dias internado, ou custos de tratamento, foi utilizado o teste *t* e calculado o intervalo de 95% de confiança para a diferença entre médias, e a regressão linear múltipla, para controle de variáveis de confusão.

6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Todos os pacientes contatados foram informados sobre os objetivos e procedimentos deste estudo, e os seus consentimentos foram solicitados somente após explicação feita pessoalmente pelos entrevistadores. Aqueles que consentiram em participar tiveram que assinar “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”. Todos os participantes foram assegurados da confidencialidade e da possibilidade de interrupção de sua participação no estudo a qualquer momento, se assim o desejassem. Os potenciais participantes do estudo foram esclarecidos de que o estudo foi feito de forma independente e não interferiria com o tratamento que os mesmos estivessem recebendo ou viessem a receber. Sendo o estudo de natureza observacional e não envolvendo nenhum procedimento invasivo ou exame complementar, não houve risco de natureza psíquica ou física significativo para os participantes.

Este projeto foi aprovado pelos comitês de ética dos seguintes centros participantes: Hospital das Clínicas da FMUSP, Hospital Vila Mariana (CAISM Santa Casa) e Hospital do Mandaqui. O projeto foi também submetido às direções clínicas dos demais centros, que não possuíam comissão de ética. Os pareceres das referidas comissões foram enviados à FAPESP, que financiou o presente estudo.

7. RESULTADOS

7.1 PREVALENCE OF SUBSTANCE MISUSE AMONG INDIVIDUALS WITH SEVERE MENTAL ILLNESS IN SÃO PAULO

Paulo R. Menezes*, MD, PhD & Lilian R. C. Ratto, MD, MPhil

Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil.

**correspondence:*

Prof. Dr. Paulo Rossi Menezes. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Av. Dr. Arnaldo, 455. São Paulo – SP. Brazil. CEP 01246-903.

Tel./Fax: (55 11) 30667444 x.40. e-mail: pmenezes@usp.br

Acknowledgements. This study was funded by FAPESP (proc. no. 96/10077-3). PRM is partly funded by the CNPq, Brazil. LRRC had a scholarship from CAPES, Brazil. The authors thank all services that allowed screening of subjects.

Key-words: dual diagnosis; psychotic disorders; prevalence; cross-sectional study; substance use disorders

Aceito para publicação em 23 setembro 2003. Publicado na revista Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology em 2004 (39:212–217).

ABSTRACT

Objectives: To estimate the prevalence of substance misuse among people with severe mental illness in a large urban centre of a developing country, and to investigate which are the individual characteristics associated with such comorbidity.

Method: A cross-sectional study was carried out in Sao Paulo, Brazil, with all mental health services that covered a defined geographic area in Sao Paulo. Eligible individuals had had any contact with such mental health services, had clinical diagnoses of functional psychoses, and were resident in the areas defined for the study. Use of alcohol, illegal and non-prescribed drugs, and criteria for substance misuse were assessed with a standardized clinical interview, the SCAN. Psychopathology and social adjustment were also assessed with standardised instruments.

Results: One hundred and ninety two subjects were included. The prevalence of substance misuse was 10.4% (95%CI: 6.5 to 15.6), with 7.3% fulfilling criteria for alcohol abuse or dependence, and 4.7% fulfilling criteria for abuse or dependence of illegal or non-prescribed substances. Subjects with any abuse or dependence had lower scores for negative symptoms. Male subjects and those with a diagnosis of non-affective psychosis other than schizophrenia had higher probability of being cases of misuse of illegal or non-prescribed substances.

Conclusions: Prevalence of substance misuse was lower than those found in developed countries. The lack of social policies for those suffering from severe mental illnesses, with consequent dependence on family support must play a major role. Cultural factors also seem to contribute to the prevalence of substance misuse.

INTRODUCTION

Investigations in the United States and Europe have found high rates of substance abuse or dependence among individuals with severe mental illnesses (Barry et al. 1995; Drake and Wallach 1989; Duke et al. 1994; Duke et al. 2001; Menezes et al. 1996; Regier et al. 1990). Such comorbidity has been associated with poorer clinical outcome (Linszen et al. 1994; Osher et al. 1994), higher use of psychiatric beds and emergency services (Bartels et al. 1993; Haywood et al. 1995; Menezes et al. 1996; Sullivan et al. 1995), higher risk for homelessness (Drake et al. 1991), violence and legal offences (Bartels et al. 1993; Cuffel et al. 1994; Scott et al. 1998), and poorer compliance with treatment (Owen et al. 1996), with associated higher costs of care (Bartels et al. 1993; McCrone et al. 2000). As a consequence, this comorbidity has become a major public health issue (Johnson 1997; Weaver et al. 1999), and a number of specialised programs for this group have been developed (Drake et al. 2001; Jerrell and Ridgely 1995; Lehman et al. 1993), but the evidence that they are better than existing services is still weak (Ley et al. 2000). In many developing countries, substance misuse is a public health problem (Riley and Marshall 1999). In spite of this, there is a remarkable lack of empirical data on the comorbidity of substance misuse and severe mental illnesses in such settings. The aims of the present study were to estimate the prevalence of substance misuse among individuals with severe mental illnesses in a large urban centre of a developing country, and to investigate subjects' characteristics associated with the comorbidity.

METHOD

Study design and setting

The study had a cross-sectional design, and was carried out in Sao Paulo, the largest urban centre of South America, with a population of approximately 10 million inhabitants. Existing mental health services of the public sector include psychiatric hospitals, outpatient clinics, 24-hour psychiatric emergency services, day-hospitals and day centres, some of which in teaching

hospitals. Most services are not organised on a catchment-area basis, and their clients' profiles vary widely in terms of socio-economic status and psychiatric characteristics. Seven districts were chosen as the geographical area for the present study. These districts have heterogeneous socio-economic areas, ranging from middle-class boroughs to slums and shanty-towns.

Sample

In order to build a sampling frame that could most closely represent people suffering from severe mental illnesses living in the areas defined for the study, medical records of mental health services that provided care for the public health sector, where people with severe mental illnesses living in those areas were most likely to seek care, were screened. Selection criteria at this stage included having had at least one contact with any of those services in the period from 1st September to 30th November 1997, age between 18 and 65 years, a possible clinical diagnosis of functional psychosis, and a recorded address within the areas defined for the study. A sample was then drawn from this list, with number of subjects from each one of the 7 administrative districts randomly obtained proportional to the total number of individuals identified in each district, for direct interview. Subjects had then to fulfil ICD-10 criteria (World Health Organization 1992a) for a diagnosis of non-affective psychosis (codes F20 to F29), bipolar disorder (F30 or F31) or depressive disorder with psychotic symptoms (F32.4 or F33.4). Sample size was calculated on basis of an expected prevalence of substance misuse of 20%, with a 95% confidence interval ranging from 15 to 25%, and a non-response of 20%, which yielded a sample size of 295 individuals. After complete description of the study to the subjects, written informed consent was obtained.

ASSESSMENTS

A standardised questionnaire was used to gather socio-demographic and socio-economic information. Data on psychiatric history was obtained with the Life Chart Rating Form (World Health Organization 1992b). Psychiatric diagnoses were obtained with the ICD-10 checklist (Janca et al. 1994). Psychopathology was assessed with the Positive and Negative Syndrome Scale (Kay et al. 1988), and

social adjustment levels were measured with the Disability Assessment Schedule (World Health Organization 1988). Patterns of use of substances in the 12 months prior to the interview, and symptoms of abuse or dependence of substances in the same period of time were assessed with the sections 11 and 12 of the Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (World Health Organization 1994).

PROCEDURES

Medical records of 20 mental health services were browsed, to produce the sampling list of potentially eligible subjects. This work was carried out manually in most services. Inclusion of subjects at this phase was broad, due to the poor quality of medical records in most services. Research assistants, all mental health workers, were oriented to include anyone who could possibly have a psychotic illness. This phase of the field work took place from December 1997 to August 1998. Once the sample was drawn from this list, letters were sent to subjects, explaining about the study, and informing of a home visit by research workers. These were also mental health professionals, trained in the use of all the instruments described above. Research workers tried to contact subjects at least three times, at different hours, before considering the subject as a non-participant. If the subject did not live in the address recorded in his/her medical file, research workers would try to get information from the current occupiers of that address, or with neighbours. If no such information could be obtained, medical notes of all the mental health services were revised, to check for a possible updated address. Subjects were interviewed at their homes, whenever possible. Key informants, generally relatives, were also interviewed at home. This phase of the study took place from October 1998 to July 1999. The study had ethical approval from the ethical committee of the Faculdade de Medicina da Universidade de Sao Paulo, and from all institutions with such committees.

ANALYSIS

The main outcome measure was substance misuse in the 12 months previous to the interview, defined as a diagnosis of dependence of alcohol, illegal or non-prescribed drugs, according to ICD-10 criteria, or having had social, legal or health problems due to the use of such substances, in the same 12-month period. Prevalences of alcohol misuse, misuse of illegal or non-prescribed drugs, and of any substance misuse were estimated, with corresponding 95% confidence intervals. Associations of alcohol misuse and of misuse of illegal or non-prescribed drugs with characteristics of subjects were examined using χ^2 tests when the exposure variable was categorical, χ^2 tests for linear trend when the exposure variable was ordered, and analysis of variance when the exposure variable was continuous. Prevalence ratios and corresponding 95% confidence intervals were calculated.

RESULTS

Characteristics of the sample

The list obtained from services had 620 names, of which 404 were drawn to be the sample of the present study. Of these, 71 (17.6%) had moved to other addresses, which were either unknown or too far from Sao Paulo for the research workers to visit, there were 59 (14.6%) refusals, 13 of which by relatives of subjects, 45 (11.1%) were unknown at the address or the address did not exist, 8 (2.0%) had died, 6 (1.4%) had become homeless, 3 (0.7%) were in prison, and 6 names were replicated in the list. Two hundred and six (51.0%) subjects were interviewed. Compared to subjects who were interviewed, non-respondents had higher proportions of women (56.1% vs. 47.6%; $p=0.09$), affective disorders (30.0% vs. 22.8%; $p=0.15$), and were slightly younger (38.2 years vs. 40.0 years; $p=0.14$).

Fourteen subjects were excluded from further analyses because they did not fulfil ICD-10 criteria for any psychotic condition. Of the remaining 192

subjects, 102 (52.3%) were men, 91 (16.1%) had not completed the 4 years of basic school, 110 (57.3%) were single, and 91 (47.2%) were born in the city of Sao Paulo (Table 1). Their mean age was 41.5 years (standard deviation: 11.4 years). Monthly family income ranged from R\$100.00 to R\$10,000.00, with a median of R\$950.00 (R\$1.00 $\equiv$ US\$1.13). Seventy (37.0%) subjects did not have any own source of income, relying entirely on relatives and friends to live.

The most frequent clinical diagnosis was schizophrenia, with 113 (58.8%) subjects fulfilling ICD-10 criteria for such diagnosis, followed by 46 (24.0%) with bipolar disorder, 15 (7.8%) with depression with psychotic symptoms, 12 (6.3%) with other psychoses, and 6 (3.1%) with schizoaffective disorder. Forty (20.8%) subjects had had no previous psychiatric admission, 60 (31.2%) had had one to three, and 49 (25.5%) had been admitted to psychiatric hospitals 10 or more times in their lives. Regarding PANSS scores, the mean for positive symptoms was 11.5 (s.d.:5.6), for negative symptoms it was 14.8 (s.d.:8.6), and for general symptoms it was 25.9 (s.d.:8.5). In terms of overall scores for social adjustment, 68 (36.1%) subjects showed good, 96 (51.1%) regular, and 24 (12.8%) poor social adjustment levels.

Patterns of substance use

One hundred and seventy five (91.1%) subjects referred having used alcohol more than once in their lives, and 82 (42.7%) referred use of alcohol in the previous 12 months. Forty five (23.4%) subjects said they had drunk less than once a month in the previous 12 months, and only 18 (9.3%) said they had been drinking at least once a week. Average alcohol consumption was 1-2 standard doses for 58 (30.2%) subjects, and only 8 (4.1%) drank 5 or more standard doses on average. Eight subjects (4.2%) fulfilled criteria for alcohol abuse, and 6 (3.1%) subjects fulfilled criteria for alcohol dependence, yielding a prevalence estimate of 7.3% (95%C.I.: 4.0 to 11.9%) for alcohol misuse.

Sixteen (8.3%) subjects referred use of illicit or non-prescribed drugs in the previous 12 months, the most frequent being cannabis (5.2%), followed by benzodiazepines (4.1%) and cocaine (2.6%). Nine subjects (4.7%) fulfilled criteria for abuse or dependence of such substances, 3 of whom had also fulfilled criteria

for alcohol abuse or dependence. In total, 20 subjects had at least one diagnosis of substance abuse or dependence, a prevalence of 10.4% (95%C.I.: 6.5 to 15.6%).

None of the socio-demographic or psychiatric characteristics of subjects were associated with alcohol misuse, except the negative symptoms score (Tables 1 and 2). Gender, subjects' income, clinical diagnosis and negative symptoms score were statistically associated with dependence of illegal or non-prescribed substances (Tables 1 and 2).

DISCUSSION

Methodological limitations

Selection bias is a major concern in the present study, a number of factors contributing to this concern. No addiction treatment service was screened for patients with a comorbid diagnosis of functional psychosis, and this might have contributed to underestimate the prevalence of comorbidity. However, few patients seen at these services have a comorbid diagnosis of functional psychosis. In most services, the quality of medical records was poor, and a number of files were not included in the sampling list due to lack of data on age, address or clinical diagnosis. This was more likely to be random, which would not bias the prevalence estimate. In the present study, homeless individuals were not included, and they are more likely to have comorbidity. A recent study carried out in a middle sized city in South Eastern Brazil found that psychiatric comorbidity was very common among homeless people, but only a small proportion had a diagnosis of severe mental illness (Heckert et al. 1999). The main issue regarding a possible selection bias is the high proportion of non-participation. It is possible that comorbidity would be more frequent among this group of individuals, contributing to an underestimation of the prevalence of comorbidity.

Information on use of alcohol and other substances was obtained by direct interview with participating subjects, and no other source of information, such as relatives or medical records, was used for this purpose. Also, no biological test was carried out to check reliability of the information on substance use. This

may have also contributed to an underestimation of the prevalence of comorbidity. However, such information bias is commoner for use of heavy drugs, such as cocaine and heroin, whereas in the present study the most frequently used substances were alcohol and cannabis.

The sample of the present study was constituted by people with severe mental illnesses who seek care in the public health sector, which limits generalizability of findings. It is estimated that about 45% of the population of Sao Paulo has some kind of private health care plan (SEADE 2002). Nevertheless, at the time the present study was carried out, most of such plans did not cover mental illnesses, thus most people with these private health care plans would seek psychiatric care in the public sector.

The number of subjects interviewed was larger than in most studies on comorbidity. Nevertheless, because of the low prevalence of substance misuse, the study had low statistical power to detect associations between characteristics of subjects and risk of substance misuse. This may explain the lack of statistically significant associations between some of the exposure variables and substance misuse, particularly for misuse of illegal and non-prescribed drugs.

Prevalence of dual diagnosis

The prevalence of dual diagnosis in the present study is lower than those found in the United States and in Europe (Barry et al. 1995; Drake and Wallach 1989; Duke et al. 1994; Duke et al. 2001; Menezes et al. 1996; Regier et al. 1990). Such discrepancy may be due to various factors, including differing patterns of use of substances at the population level, the social environment where people with severe mental illnesses live, and cultural aspects related to the use of substances. When compared to American students, Brazilian students have similar patterns of alcohol consumption, but use illegal drugs less frequently (Galduroz et al. 1997; Andrade et al. 1997; Johnston et al. 2001). Data on the prevalence of dependence of substances in the general population point to the same direction (Almeida-Filho et al. 1997; Kessler et al. 1994; Jenkins et al. 1997). As the substance most frequently used in the present study was alcohol, it is unlikely that differences between populations in the consume of illegal substances are the main

factor behind the low prevalence of comorbidity among people with severe mental illnesses in Sao Paulo.

Socio-environmental factors are more likely to be playing a major role in determining the low prevalence of dual diagnosis found in the present study. In developed countries, people with severe mental illnesses get a lot of social support from the government, such as housing and income benefits, sheltered work, and access to comprehensive psychiatric treatment, including home visits and medicines (Isaac and Bebbington 1991). Independence is seen as a target to be sought in rehabilitation programs (Wallace 1993). Consequently, most individuals with severe mental illnesses in these societies do not live with their families. Instead, many of them live by themselves, in deprived inner city areas, where the housing states were built, thus having access to alcohol and illegal substances and some money to buy them. On the other hand, in developing countries such as Brazil, there is a lack of government support for people suffering from severe mental illnesses, and most of them have to rely on their families to survive. In these societies, families take care of their ill relatives, but also exert much more control on their lives, in many cases restricting the social functioning of the ill member, and not allowing him/her access to substance use. This could be seen in the present sample, where almost 40% of the subjects did not have any own source of income, which make them completely dependent on their families, and without the money necessary to buy substances. Indeed, an association between subjects' income and misuse of illegal substances was found, but this association did not hold for alcohol misuse. Alcohol is extremely cheap in Brazil, which may explain this lack of association with subjects' income. Cultural factors may also play a role in the determination of the prevalence of comorbidity. In Brazil, there is a widespread belief that if someone is taking medicines, he/she should not drink alcohol. In the present study there was no measure of such belief, but research workers often heard from subjects they would not drink because they were taking tablets, and if they had a glass of sparkling wine on a special occasion, they would not take the tablet that night.

At the individual level, men had a much higher risk of misuse of illegal or non-prescribed substances than women, and a trend for higher risk of alcohol misuse, results similar to those from studies carried out in developed

countries (Cuffel et al. 1994; Drake and Wallach 1989; Duke et al. 1994; Duke et al. 2001; Menezes et al. 1996). Negative symptoms were inversely associated with risk of substance misuse, which is also in line with findings from other studies (Addington and Addington 1998; Lysaker et al. 1994; Salyers and Mueser 2001). However, different from previous studies (Cuffel et al. 1994; Drake and Wallach 1989; Duke et al. 1994; Duke et al. 2001; Menezes et al. 1996), no association was observed between age group and risk of substance misuse. There is a lack of data on the association between age group in adulthood and use of substances in Brazil, which make it more difficult to interpret this lack of association between age group and substance misuse.

CONCLUSIONS

The low prevalence found in the present study does not justify creating new teams specialised in dual diagnosis clients. Instead, in settings where the prevalence of dual diagnosis is low, it would be more relevant to train mental health staff how to identify and cope with such clients, because they do exist, and they are more likely to be difficult clients. Investigation on substance misuse among people with severe mental illness in specific communities or settings allow understanding of factors associated with individual variation, whereas trans-cultural research may bring insight into determinants of prevalence in different populations. Further investigation is needed to clarify the role of culture in the determination of dual diagnosis prevalence.

Table 1
Associations between subjects' characteristics and substance misuse (N=192)

	N	Alcohol misuse (%)	PR ^a	95%CI ^b	p	Drug misuse (%)	PR ^a	95%CI ^b	p
Sex					0,15				0,03
Female	90	4 (4,4)	1			1 (1,1)	1		
Male	102	10 (9,8)	2,21	0,72 a 6,79		8 (7,8)	7,06	0,90 a 55,35	
Marital Status					0,52				0,48
Single	110	8 (7,3)	1			5 (4,5)	1		
Married/Partner	44	2 (4,5)	0,62	0,14 a 2,83		1 (2,3)	0,50	0,06 a 4,12	
Separated	32	4 (12,5)	1,72	0,55 a 5,34		3 (9,4)	2,06	0,52 a 8,17	
Widowed	6	0	-	-		0	-	-	
Place of Birth					0,19				0,23
São Paulo	91	9 (9,9)	1			6 (6,6)	1		
Other	101	5 (4,9)	0,50	0,17 a 1,43		3 (3,0)	0,45	0,12 a 1,75	
Education (years)					0,54 ^c				0,51 ^c
0-3	30	3 (10,0)	1			1 (3,3)	1		
4-8	96	5 (5,2)	0,52	0,13 a 2,05		4 (4,2)	1,25	0,15 a 10,76	
9-11	34	2 (5,9)	0,59	0,11 a 3,29		2 (5,9)	1,76	0,17 a 18,50	
12 or more	32	4 (12,5)	1,25	0,30 a 5,13		2 (6,2)	1,87	0,18 a 19,62	
Age group (years)					0,24 ^a				0,40 ^c
18-24	14	1 (7,1)	1			0	-		
25-34	40	3 (7,5)	1,05	0,12 a 9,29		3 (7,5)	-	-	
35-44	63	7 (11,1)	1,56	0,21 a 11,65		4 (6,3)	-	-	
45-54	42	3 (7,1)	1,00	0,11 a 8,85		2 (4,8)	-	-	
55-64	33	0	-	-		0	-	-	
Family Monthly Income (R\$)					0,34 ^c				0,92 ^c
≤ 360	28	0 (0,0)	-	-		1 (3,6)	1		
361 to 700	39	3 (7,7)	-	-		2 (5,1)	1,43	0,14 a 15,07	

continua...

...continuação

701 to 1300	51	4 (7,8)	-	-		3 (5,9)	1,64	0,18 a 15,10	
1301 to 2699	43	6 (13,9)	-	-		2 (4,7)	1,30	0,12 a 13,69	
≥ 2700	30	1 (3,3)	-	-		1 (3,3)	0,93	0,06 a 14,22	
Subjects' Income (R\$)					0,36 ^c				0,015 ^c
No income	70	4 (5,7)	1			2 (2,9)	1		
Up to 130	34	1 (2,9)	0,51	0,06 a 4,43		0 (0,0)	0,0	-	
131 to 360	33	5 (15,2)	2,65	0,76 a 9,24		0 (0,0)	0,0	-	
≥ 361	52	4 (7,7)	1,35	0,35 a 5,13		7 (13,5)	4,70	1,02 a 21,76	
Diagnosis					0,54				0,009
Schizophrenia	113	6 (5,3)	1			3 (2,7)	1		
Other non-affective psychoses	12	2 (16,7)	3,14	0,71 a 13,87		3 (23,1)	9,42	2,13 a 41,60	
Bipolar Disorder	46	4 (8,7)	1,64	0,48 a 5,54		3 (6,5)	2,45	0,54 a 11,73	
Depression with psychotic symptoms	15	1 (6,7)	1,26	0,16 a 9,73		0	-	-	
Schizoaffective disorder	6	1 (16,7)	3,14	0,45 a 22,09		0	-	-	
Psychiatric admissions					0,55 ^c				0,39 ^c
None	40	4 (10,0)	1			3 (7,5)	1		
1-3	60	5 (8,3)	0,83	0,24 a 2,92		3 (5,0)	0,67	0,14 a 3,14	
4-9	43	1 (2,3)	0,23	0,03 a 1,99		1 (2,3)	0,31	0,03 a 2,86	
10 or more	49	4 (8,2)	0,82	0,22 a 3,06		2 (4,1)	0,54	0,10 a 3,10	
Social Adjustment					0,76 ^c				0,33 ^c
Good	68	4 (5,9)	1			5 (7,3)	1		
Regular	96	10 (10,4)	1,77	0,58 a 5,41		3 (3,1)	0,43	0,11 a 1,72	
Poor	24	0	-	-		1 (4,7)	0,57	0,07 a 4,61	

^aPR: Prevalence Ratio.^b95%CI: 95% confidence interval.^cchi square test for linear trend.

Table 2
Associations between subjects’ positive, negative and general psychiatric symptoms and misuse of alcohol or illicit or non-prescribed drugs (N=192)

	with misuse mean (s.d.) ^a	without misuse mean (s.d.)	p
Alcohol Misuse	N=174	N=14	
Positive symptoms	11.4 (5.5)	13.1 (5.9)	0.25
Negative symptoms	15.1 (8.8)	10.6 (4.8)	0.005
General symptoms	26.6 (6.5)	25.8 (8.7)	0.76
Misuse of illegal or non-prescribed drugs	N=179	N=9	
Positive symptoms	11.5 (5.6)	11.4 (5.4)	0.98
Negative symptoms	15.0 (8.7)	9.8 (4.3)	0.006
General symptoms	26.9 (12.0)	25.8 (8.3)	0.72

^a s.d.: standard deviation.

REFERENCES

- Addington J, Addington D (1998) Effect of substance misuse in early psychosis. *Br J Psychiatry* 172: 134-136
- Almeida-Filho N, Mari Jd, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello ED (1997) Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry* 171: 524-529
- Andrade AG, Bassit AZ, Kerr-Corrêa F, Tonhon AA, Boscovitz EP, Cabral M, Rassi R, Potério GM, Marcondes E, Oliveira MPM, Duailibi K, Fukushima JT (1997) Fatores de risco associados ao uso de álcool e drogas na vida, entre estudantes de medicina do Estado de São Paulo. *Rev ABP-APAL* 19:117-126
- Barry KL, Fleming MF, Greenley J, Widlak P, Kropp S, McKee D (1995) Assessment of alcohol and other drug disorders in the seriously mentally ill. *Schizophr Bull* 21: 313-321
- Bartels SJ, Teague GB, Drake RE, Clark RE, Bush PW, Noordsy DL (1993) Substance abuse in schizophrenia: service utilization and costs. *J Nerv Ment Dis* 181: 227-232
- Cuffel BJ, Shumway M, Chouljian TL, MacDonald T (1994) A longitudinal study of substance use and community violence in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 182: 704-708
- Drake RE, Essock SM, Shaner A, Carey KB, Minkoff K, Kola L, Lynde D, Osher FC, Clark RE, Rickards L (2001) Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 52: 469-476
- Drake RE, Wallach MA (1989) Substance abuse among the chronic mentally-ill. *Hosp Community Psychiatry* 40: 1041-1046
- Drake RE, Wallach MA, Teague GB, Freeman DH, Paskus TS, Clark TA (1991) Housing instability and homelessness among rural schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 148: 330-336
- Duke PJ, Pantelis C, Barnes TR (1994) South Westminster schizophrenia survey. Alcohol use and its relationship to symptoms, tardive dyskinesia and illness onset. *Br J Psychiatry* 164: 630-636

Duke PJ, Pantelis C, McPhillips MA, Barnes TR (2001) Comorbid non-alcohol substance misuse among people with schizophrenia: Epidemiological study in central London. *Br J Psychiatry* 179: 509-513

Galduroz JCF, Noto AR, Carlini EA (1997) IV levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de primeiro e segundo graus em 10 capitais brasileiras - 1997. CEBRID, São Paulo

Haywood TW, Kravitz HM, Grossman LS, Cavanaugh JL, Davis JM, Lewis DA (1995) Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *Am J Psychiatry* 152: 856-861

Heckert U, Andrade L, Alves MJ, Martins C (1999) Lifetime prevalence of mental disorders among homeless people in a southeast city in Brazil. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 249: 150-155

Isaac M, Bebbington PE (1991) Strategies for the management of severe psychiatric illness in the community. *Int Rev Psychiatry* 3: 71-82

Janca A, Ustun TB, van Drimmelen J, Dittmann V, Isaac M (1994) ICD-10 symptom checklist for mental disorders. version 1.1. World Health Organization, Geneva

Jenkins R, Lewis G, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B, Meltzer H (1997) The National Psychiatric Morbidity surveys of Great Britain--initial findings from the household survey. *Psychol Med* 27: 775-789

Jerrell JM, Ridgely MS (1995) Comparative effectiveness of three approaches to serving people with severe mental illness and substance abuse disorders. *J Nerv Ment Dis* 183: 566-576

Johnson S (1997) Dual diagnosis of severe mental illness and substance misuse: a case for specialist services? *Br J Psychiatry* 171: 205-208

Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG (2001) Monitoring the future national survey results on drug use, 1975-2000. U.S. Department of Health and Human Services, Bethesda

Kay SR, Opler LA, Lindenmayer JP (1988) Reliability and validity of the Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenics. *Psychiatry Res* 23: 99-110

Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 51: 8-19

Lehman AF, Herron JD, Schwartz RP, Myers CP (1993) Rehabilitation for adults with severe mental illness and substance use disorders. A clinical trial. *J Nerv Ment Dis* 181: 86-90

Ley A, Jeffery DP, McLaren S, Siegfried N (2000) Treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database Syst Rev* CD001088

Linszen DH, Dingemans PM, Lenior ME (1994) Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders. *Arch Gen Psychiatry* 51: 273-279

Lysaker P, Bell M, Beamgoulet J, Milstein R (1994) Relationship of positive and negative symptoms to cocaine abuse in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 182: 109-112

McCrone P, Menezes PR, Johnson S, Scott H, Thornicroft G, Marshall J, Bebbington P, Kuipers E (2000) Service use and costs of people with dual diagnosis in South London. *Acta Psychiatr Scand* 101: 464-472

Menezes PR, Johnson S, Thornicroft G, Marshall J, Prosser D, Bebbington P, Kuipers E (1996) Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in south London. *Br J Psychiatry* 168: 612-619

Osher FC, Drake RE, Noordsy DL, Teague GB, Hurlbut SC, Biesanz JC, Beaudett MS (1994) Correlates and outcomes of alcohol use disorder among rural outpatients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 55: 109-113

Owen RR, Fischer EP, Booth BM, Cuffel BJ (1996) Medication noncompliance and substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 47: 853-858

Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 264: 2511-2518

Riley L, Marshall M (1999) Alcohol and Public Health in 8 developing countries. World Health Organization, Geneva

Salyers MP, Mueser KT (2001) Social functioning, psychopathology, and medication side effects in relation to substance use and abuse in schizophrenia. *Schizophr Res* 48: 109-123

Scott H, Johnson S, Menezes P, Thornicroft G, Marshall J, Bindman J, Bebbington P, Kuipers E (1998) Substance misuse and risk of aggression and offending among the severely mentally ill. *Br J Psychiatry* 172: 345-350

SEADE (2002) PCV. 2001. Distribuição dos Indivíduos, segundo Condição de Posse de Convênio ou Plano de Saúde, Estado de São Paulo, RMSP e Interior, 1994 – 1998

Sullivan G, Wells KB, Morgenstern H, Leake B (1995) Identifying modifiable risk factors for rehospitalization: a case-control study of seriously mentally ill persons in Mississippi. *Am J Psychiatry* 152: 1749-1756

Wallace CJ (1993) Psychiatric rehabilitation. *Psychopharmacol Bull* 29: 537-548

Weaver T, Renton A, Stimson G, Tyrer P (1999) Severe mental illness and substance misuse. *BMJ* 318: 137-138

World Health Organization (1988) Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS). WHO, Geneva

World Health Organization (1992a) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. WHO, Geneva

World Health Organization (1992b) Life Chart Rating Form. World Health Organization, Geneva

World Health Organization (1994) Schedule for clinical assessment in Neuropsychiatry. American Psychiatric Press, Geneva

7.2 STABILITY OF SUBSTANCE MISUSE OVER TIME AMONG PEOPLE WITH SEVERE MENTAL ILLNESS IN SAO PAULO, BRAZIL

Lilian R. C. Ratto^{1,2} & Paulo R. Menezes^{2,3}

1 CAISM Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental, Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Rua Major Maragliano, 241 Vila Mariana. São Paulo. São Paulo. Brazil Contact: lratto@sti.com.br

2 Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo 455. São Paulo São Paulo Brazil CEP 01246-903 Contact: pmenezes@usp.br

3 Section of Epidemiology, Hospital Universitário da Universidade de São Paulo

Corresponding author: Prof. Dr. Paulo Rossi Menezes

Adress: Departamento de Medicina Preventiva.

Faculdade de Medicina da Universidade de Sao Paulo

Av. Dr. Arnaldo, 455

CEP 01246-903

São Paulo (SP) – Brazil

e-mail: pmenezes@usp.br

Phone/Fax number: 55-11-3066-7093

Funded by FAPESP, Brazil

O artigo está sendo preparado para ser submetido como “Short Communication” para o periódico “Schizophrenia Reserch”.

ABSTRACT

Aims: A prospective cohort study was carried out in São Paulo, to investigate the stability of the comorbidity of substance misuse among individuals with severe mental illnesses (SMI) in São Paulo, Brazil, and to investigate associated characteristics.

Results: At inclusion, the prevalence of any abuse or dependence of substances was 10.4% (95%CI: 6.5 to 15.6; N=192). At 1-year follow up, 7 (53.8%) of the individuals who abused alcohol at baseline did not stopped to use it, and 3.7% of the individuals who did not abuse at baseline were presenting alcohol abuse. For drug abuse, 3 (42.9%) maintained the pattern and 4.9% had started to use illegal or non-prescribed substances.

Conclusions: Prevalence was lower than that found in developed countries. The lack of social policies for those suffering from SMI must play a major role.

Keywords: Comorbidity; psychotic disorder; substance use disorder; stability over time; Cohort study

INTRODUCTION

Investigations in the United States and Europe have found high rates of substance abuse or dependence among individuals with severe mental illnesses (Barbee et al, 1989, Barry et al., 1995, Drake & Wallach, 1989, Duke et al., 1994, Menezes et al., 1996, Regier et al., 1990, Soyka et al., 1993).

Little is known about the course of substance use disorders when they occur with mental illness (Bartels et al, 1995). Drake et al., in a 1996 review of the literature on course and outcome of substance use in severely mentally ill adults concluded that the rate of remission of substance use disorder for persons with severe mental illness is broadly similar to that for the general population, i.e., only a few patients achieve stable remission.

Treatment studies have yielded inconsistent results, but a review of 13 studies of treatment for dually diagnosed patients concluded that overall substance abuse was only minimally reduced (Mercer-McFadden & Drake RE, 1995).

Other studies found, even though a high rate of lifetime substance use was observed in the sample, most participants were in stable remission of substance use throughout the one-year study (Bell et al, 2002).

Studies suggest that remission of substance abuse does occur in persons with serious mental illness and that the adverse consequences of substance abuse may attenuate over time (Cleghorn et al, 1991, Kovasznay, 1991, Ries et al, 1994, Zisook et al, 1992).

In many developing countries, substance misuse is a public health problem (Riley & Marshall, 1999). In spite of this, there is a remarkable lack of empirical data on the comorbidity of substance misuse and severe mental illnesses in such settings. A previous cross-sectional study found lower prevalence of substance misuse in São Paulo, Brazil (Menezes & Ratto, 2004). The aim of the present study was to investigate stability over time for such comorbidity among individuals with severe mental illness in São Paulo.

METHOD

Study design and setting

The study had a prospective cohort design, with a one-year follow-up of individuals with severe mental illness included in a cross-sectional study (Menezes & Ratto, 2004). It was carried out in Sao Paulo, the largest urban centre of South America, with a population of approximately 10 million inhabitants. Existing mental health services of the public sector included psychiatric hospitals, outpatient clinics, 24-hour psychiatric emergency services, day-hospitals and day centres, some of which in teaching hospitals. Many services are not organised on a catchment-area basis, including three psychiatric clinics of teaching hospitals, and their clients' profiles vary widely in terms of socio-economic status and psychiatric characteristics. Seven districts were chosen as the geographical area for the present study. They have heterogeneous socio-economic areas, ranging from middle-class boroughs to slums and shanty-towns.

Sample

Medical records of all mental health services that provided care for the public health sector, where people with severe mental illnesses living in those

areas were most likely to seek care, were screened. Selection criteria at this stage included having had at least one contact with any of those services in the period from 1st September to 30th November 1997, age between 18 and 65 years, a possible clinical diagnosis of functional psychosis, and a recorded address within the areas defined for the study. A sample was then drawn from this list, for direct interview. Subjects had then to fulfil ICD-10 criteria (WHO, 1992) for a diagnosis of non-affective psychosis (codes F20 to F29), bipolar disorder (F30 or F31) or depressive disorder with psychotic symptoms (F32.4 or F33.4).

Assessments

A standardised questionnaire was used to gather socio-demographic and socio-economic information. Data on psychiatric history was obtained with the Life Chart Rating Form (WHO, 1992). Psychiatric diagnoses were obtained with the ICD-10 checklist (WHO, 1992). Psychopathology was assessed with the PANSS, and social adjustment levels were measured with the DAS (WHO, 1988). Patterns of use of substances in the 12 months prior to the interview, and symptoms of abuse or dependence of substances in the same period of time were assessed with the sections 11 and 12 of the SCAN (WHO, 1994).

Procedures

Medical records of 20 mental health services were browsed, to produce the sampling list of potentially eligible subjects. Inclusion of subjects at this phase was broad, due to the poor quality of medical records in most services. Research assistants, all mental health workers, were oriented to include anyone who could possibly have a psychotic illness. This phase of the fieldwork took place from December 1997 to August 1998. Once the sample was drawn from this list, letters were sent to subjects, explaining about the study, and informing of a home visit by research workers. These were also mental health workers, trained in the use of all

the instruments described above. Research workers tried to contact subjects at least three times, at different hours, before considering the subject as a non-participant. If the subject did not live in the address recorded in his/her medical file, research workers would try to get information from the current occupiers of that address, with neighbours or in the medical notes of the mental health services, to check for a possible updated address. Subjects were interviewed at their homes, whenever possible. Key informants, generally relatives, were also interviewed at home. This phase of the study took place from October 1998 to July 1999. The study had ethical approval from the ethical committee of the Faculdade de Medicina da Universidade de Sao Paulo, and from all institutions with such committees. All included subjects signed an informed consent form agreeing to participate in the study. For the one-year follow-up, all the subjects who respond the prevalence study were revisited (n=192) and the same assessments were obtained.

Analysis

The main outcome measure was substance misuse in the 12 months previous to the 1-year follow-up interview, defined as a diagnosis of dependence of alcohol, illegal or non-prescribed drugs, according to ICD-10 criteria, or having had social, legal or health problems due to the use of such substances, in the same 12-month period.

RESULTS

At baseline, 192 subjects were included in the study. At 1-year follow-up, 149 (77.6%) were re-assessed. Main reasons for losses to follow-up were refusals (9.4%) and change of addresses (10.4%). There were no significant

differences between those who were and who were not re-assessed, concerning socio-demographic and clinical characteristics.

Of the 149 subjects, 78 (52.3%) were men, 68 (45.6%) were born in São Paulo, 23 (15.4%) had not completed the basic school, and 83 (55%) were single. The most frequent diagnosis was schizophrenia (59.7%), and 120 (81.6%) had had no psychiatric admissions in the 1-year follow-up.

The prevalence of any abuse or dependence of substances was 10.4% (95%CI: 6.5 to 15.6), with 7.3% fulfilling criteria for alcohol abuse or dependence, and 4.7% fulfilling criteria for abuse or dependence of illegal or non-prescribed substances. At follow up, 7 (53.8%) of the individuals who abused alcohol at index assessment did not stop using it, and 5 (3.7%) of those who did not abuse at the baseline reached the cut-off point for alcohol abuse/dependence. For drug abuse/dependence, 3 (42.9%) maintained the same pattern of index assessment and 12 (8.0%) fulfilled criteria for abuse or addiction of illegal or non-prescribed substances.

DISCUSSION

The present study has some methodological limitations. Just over 20% of the original sample was lost to follow-up. However, there were slightly more women and a lower proportion of comorbidity among those lost to follow-up. Assessment of substance use and abuse patterns was based on information given by the subjects themselves, and this can lead to some underestimation of substance use and abuse. On the other hand, diagnoses of substance abuse based on standardised criteria were obtained.

Prevalence of substance abuse was relatively stable over time, a result similar to other studies on this issue. However, some individuals change their status regarding substance abuse, either becoming a case or not fulfilling criteria anymore. Nevertheless, the prevalence of substance abuse at 1-year follow-up continued to be much lower than that reported by several studies from developed countries. This finding gives further support to the idea that prevalence of comorbidity is influenced by socio-environmental factors, such as access to substances, family support and control, and cultural beliefs.

Further analyses will be carried out to examine the longitudinal relationship between comorbidity, use of health services, clinical and social course, and impact in informal carers.

ACKNOWLEDGEMENTS

This study was funded by FAPESP (proc. no.96/10077 –3). PRM is partly funded by the CNPq, Brazil. LRCR had a scholarship from CAPES, Brazil. The authors thank all services that allowed screening of subjects.

Table 1: Patterns of alcohol and drug use at index and 1-year follow up assessments n=149

	Baseline (n / %)	1-year (n / %)
Alcohol abuse or addiction	13 (8.7%; IC95%: 4.7-14.4)	12 (8.05%; IC95%: 4.2-13.6)
Drug abuse or addiction	7 (4.7%; IC95%: 1.9-9.4)	12 (8.05%; IC95%: 4.2-13.6)
Alcohol or drug, abuse or addiction	17 (11.4%; IC95%: 6.8-17.6)	21 (14.1%; IC95%: 8.9-20.7)

REFERENCES

- Barbee, J. G., Clark, P. D., Crapanzano, M. S., et al., 1989. Alcohol and substance abuse among schizophrenic patients presenting to an emergency psychiatric service. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 400-407.
- Barry, K. L., Fleming, M. F., Greenley, J., et al., 1995. Assessment of alcohol and other drug disorders in the seriously mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 313-321.
- Bartels, S.J., Drake, R.E., Wallach, M.A., 1995 Long-term course of substance use disorders among patients with severe mental illness. *Psychiatric Services*. 46, 248-251
- Bell, M., Greig, T., Gill, P., Whelahan, H., Bryson, G., 2002. Work rehabilitation and patterns of substance use among persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*. 53(1), 63-9
- Cleghorn, J.M., Kaplan, R.D., Szechtman, B., Szechtman, H., Brown, G.R., Franco, S., 1991. Substance abuse and schizophrenia: effect on symptoms but not on neurocognitive function. *J. Clinical Psychiatry*. 52, 26-30
- Drake, R. E., Wallach, M. A. 1989. Substance abuse among the chronic mentally-ill. *Hospital and Community Psychiatry*. 40, 1041-1046.
- Drake, R.E., Mueser, K.T., Clark, R.E., Wallach, M.A., 1996. The course, treatment, and outcome of substance disorder in persons with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*. 66, 42-51
- Duke, P. J., Pantelis, C., Barnes, T. R., 1994. South Westminster schizophrenia survey. Alcohol use and its relationship to symptoms, tardive dyskinesia and illness onset. *British Journal of Psychiatry*. 164, 630-636.
- Duke, P. J., Pantelis, C., McPhillips, M. A., et al., 2001. Comorbid non-alcohol substance misuse among people with schizophrenia: Epidemiological study in central London. *British Journal of Psychiatry*. 179, 509-513.
- Janca, A., Ustun, T. B., van Drimmelen, J., et al., 1994. ICD-10 symptom checklist for mental disorders. version 1.1. Geneva: World Health Organization.

Kay, S. R., Opler, L. A., Lindenmayer, J. P. ,1988. Reliability and validity of the Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenics. *Psychiatry Research*. 23, 99-110.

Kovaszny, B., 1991. Substance abuse among veterans with a diagnosis of schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry*. 42, 948-949.

Menezes, P. R., Johnson, S., Thornicroft, G., et al., 1996. Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in south London. *British Journal of Psychiatry*. 168, 612-619.

Menezes, P.R.; Ratto, L.R.C., 2004. Prevalence of substance misuse among individuals with severe mental illness in São Paulo. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 212-217.

Mercer-McFadden, C., Drake, R.E., 1995. A Review of 13 NIMH Demonstration Projects for Young Adults With Severe Mental Illness and Substance Abuse Problems. Rockville, Md. US Department of Health and Human Services, Center for Mental Health Services, Community Support Program.

Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., et al.,1990. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 264, 2511-2518.

Ries, R., Mullen, M., Cox, G.,1994. Symptom severity and utilization of treatment resources among dually diagnosed inpatients. *Hosp Community Psychiatry*. 45,562-567.

Riley, L., Marshall, M., 1999. Alcohol and Public Health in 8 developing countries. Geneva: World Health Organization.

Soyka, M., Albus, M., Kathmann, N., et al., 1993. Prevalence of alcohol and drug abuse in schizophrenic inpatients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 242, 362-372.

STATACORP. Statistical software: release 6.0. College station. Tx Stata Corporation, 1999.

Sullivan, G., Wells, K. B., Morgenstern, H., et al., 1995. Identifying modifiable risk factors for rehospitalization: a case-control study of seriously mentally ill persons in Mississippi. *American Journal of Psychiatry*. 152, 1749-1756.

World Health Organization (1992) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization, 1992. Life Chart Rating Form. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization, 1988. Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS). Geneva: World Health Organization.

World Health Organization, 1994. Schedule for clinical assessment in Neuropsychiatry. Geneva: World Health Organization.

Zisook, S., Heaton, R., Moranville, J., Kuck, J., Jernigan, T., Braff, D., 1992. Past substance abuse and clinical course of schizophrenia. American Journal of Psychiatry. 149, 552-553.

7.3 PREVALENCE OF TOBACCO USE AMONG INDIVIDUALS WITH SEVERE MENTAL ILLNESSES IN SÃO PAULO, BRAZIL.

Lilian R. C. Ratto, MD, MPhil^{1,2}; Paulo R. Menezes, MD, PhD^{2,3}; André Gulinelli, MD²

1 CAISM Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental, Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Rua Major Maragliano, 241 Vila Mariana. São Paulo. São Paulo. Brazil

2 Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo 455. São Paulo São Paulo Brazil CEP 01246-903

3 Section of Epidemiology, Hospital Universitário da Universidade de São Paulo

Corresponding author: Prof. Dr. Paulo Rossi Menezes

Adress: Departamento de Medicina Preventiva.

Faculdade de Medicina da Universidade de Sao Paulo

Av. Dr. Arnaldo, 455

CEP 01246-903

São Paulo (SP) – Brazil

e-mail: pmenezes@usp.br

Phone/Fax number: 55-11-3066-7093

Funded by FAPESP, Brazil

Artigo submetido Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology

Abril 2005

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to estimate the prevalence of cigarette smoking among people with severe mental illness in a large urban centre of a developing country.

Method: The study had a cross-sectional design and was carried out in Sao Paulo, the largest urban centre of South America. Eligible subjects were residents of a defined geographic region, who had had any contact with mental health services due to a severe mental illness. The main outcome measure was tobacco use in the 12 months previous to the interview. Prevalence of tobacco use and associations of tobacco use with characteristics of subjects were examined.

Results: 192 subjects with severe mental illnesses were interviewed, and 115 (59.9%; 95%CI: 52.6% to 66.9%) referred to have smoked cigarettes on a regular basis, in the 12 months prior to the interview. Male gender, being single or separated, and history of 10 or more psychiatric admissions were independently associated with cigarette smoking.

Conclusion: The prevalence of cigarette smoking in the present sample was higher than that found for the general Brazilian population, as observed in developed countries. Mental health services and mental health professionals need to provide help for people with severe mental illness who want to quit smoking.

Key-words: comorbidity; tobacco use disorders; mentally ill persons; prevalence.

INTRODUCTION

Over the past decade, several studies from developed countries have reported higher prevalence of cigarette smoking among persons with severe mental illness than in the general population (Masterson & O'Shea, 1984; Goff et al., 1992; Ziedonis et al., 1994). Some support the hypothesis that smoking is associated with a history of psychosis in bipolar affective disorder and with increased severity of psychotic symptoms in this population (Corvin et al., 2001). Such group smokes more cigarettes per day and is less likely to stop smoking than smokers in the general population (Covey et al., 1994). There is considerable evidence that individuals with schizophrenia have higher mortality rates from cardiovascular diseases and cancer than the general population and the high prevalence and intensity of smoking may be one of the reasons for such higher mortality rates (Tsuang et al., 1980). Cigarette smoking is also a risk factor for dyskinesia, independently of exposure to antipsychotic medication (Nilsson et al., 1997). Data on prevalence of cigarette smoking among people with severe mental illness in developing countries are scarce. A recent study was carried out in India, with psychiatric outpatients, and found a prevalence of current smoking of 38% among those with a diagnosis of schizophrenia, a figure very similar to that for the general population (Srinivasan & Thara, 2002). The authors argued that lack of economic independence might explain such finding. In Brazil, high levels of economic dependence for people with severe mental illnesses are also common (Menezes & Mann, 1993). The aim of the present study was to estimate the prevalence of cigarette smoking among people with severe mental illness in a large urban center of a developing country, and to investigate factors associated with cigarette smoking in such group.

METHOD

Study design and setting

The study had a cross-sectional design, and was carried out in Sao Paulo, the largest urban center of South America, with a population of approximately 10 million inhabitants. Seven administrative districts, heterogeneous in socio-economic conditions, and totaling a population of 609.000 inhabitants, were chosen as the geographical area for the present study. Existing mental health services of the public sector for residents of these districts included psychiatric hospitals, outpatient clinics, 24-hour psychiatric emergency services, day-hospitals and day centers, some of which in teaching hospitals. Most services were not organized on a catchment-area basis.

Sample

In order to build a sampling frame that could most closely represent people suffering from severe mental illnesses living in the area defined for the study, medical records of all mental health services (hospitals, emergency, outpatient, day hospitals) that provided care for the public health sector, where people with severe mental illnesses living in those areas were most likely to seek care, were screened. Selection criteria at this stage included having had at least one contact with any of those services in the period from 1st September to 30th November 1997, age between 18 and 65 years, a possible clinical diagnosis of functional psychosis, and a recorded address within the areas defined for the study. A sample was then drawn from this list, for direct interview. Subjects had then to fulfill ICD-10 (WHO, 1992a) criteria for a diagnosis of non-affective psychosis

(codes F20 to F29), bipolar disorder (F30 or F31) or depressive disorder with psychotic symptoms (F32.4 or F33.4).

Assessments and Procedures

A standardized questionnaire was used to gather socio-demographic and socio-economic information. Data on psychiatric history was obtained with the Life Chart Rating Form (WHO, 1992b). Psychiatric diagnoses were obtained with the ICD-10 checklist (Janca et al., 1994). Psychopathology was assessed with the Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS (Kay et al., 1988), and social adjustment levels were measured with the Disability Assessment Schedule - DAS (WHO, 1988). Patterns of use of substances, including tobacco, in the 12 months prior to the interview, and symptoms of abuse or dependence of substances in the same period of time were assessed with the sections 11 and 12 of the Schedule for clinical assessment in Neuropsychiatry - SCAN (WHO, 1994).

Subjects were interviewed at their homes, whenever possible. Key informants, generally relatives, were also interviewed at home. The study had ethical approval from the ethical committee of the Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, and from all institutions with such committees. All included subjects signed an informed consent form agreeing to participate in the study.

Analysis

The main outcome measure was tobacco use in the 12 months previous to the interview. Prevalence of tobacco use was estimated, with corresponding 95% confidence interval. Associations of tobacco use with characteristics of subjects were examined using χ^2 tests when the exposure variable was categorical, χ^2 tests for linear trend when the exposure variable was

ordered, and analysis of variance when the exposure variable was continuous. Prevalence ratios and corresponding 95% confidence intervals were calculated. Logistic regression was used to obtain estimates of independent associations of individual characteristics with regular tobacco use.

RESULTS

Characteristics of the sample

The list obtained from services had 620 names, of which 404 were drawn to be the sample of the present study. Of these, 71 (17.6%) had moved to other addresses, which were either unknown or too far from Sao Paulo for the research workers to visit, 59 (14.6%) were refusals, 13 of which by relatives of subjects, 45 (11.1%) were unknown at the given address or the address did not exist, 8 (2.0%) had died, 6 (1.4%) had become homeless, 3 (0.7%) were in prison, and 6 names were replicated in the list. Two hundred and six (51.0%) subjects were interviewed. Compared to subjects who were interviewed, non-respondents had higher proportions of women (56.1% vs. 47.6%; $p=0.09$), affective disorders (30.0% vs. 22.8%; $p=0.15$), and were slightly younger (38.2 years vs. 40.0 years; $p=0.14$). The differences between the groups were not statistically significant. Fourteen subjects were excluded from further analyses because they did not fulfill ICD-10 criteria for any psychotic condition. Of the remaining 192 subjects, 102 (52.3%) were men, 91 (16.1%) had not completed the 4 years of basic school, 110 (57.3%) were single, and 91 (47.2%) were born in the city of Sao Paulo. Their mean age was 41.5 years (standard deviation: 11.4 years). Monthly family income ranged from R\$100.00 to R\$10,000.00, with a median of R\$950.00 (R\$1.00_US\$1.13). Seventy (37.0%) subjects did not have any own source of income, relying entirely on relatives and friends to live. The most frequent clinical diagnosis was

schizophrenia, with 113 (58.8%) subjects fulfilling ICD-10 criteria for such diagnosis, followed by 46 (24.0%) with bipolar disorder, 15 (7.8%) with depression with psychotic symptoms, 12 (6.3%) with other psychoses, and 6 (3.1%) with schizoaffective disorder. Forty (20.8%) subjects had had no previous psychiatric admission, 60 (31.2%) had had one to three, and 49 (25.5%) had been admitted to psychiatric hospitals 10 or more times in their lives. Regarding PANSS scores, the mean for positive symptoms was 11.5 (s.d.: 5.6), for negative symptoms it was 14.8 (s.d.: 8.6), and for general symptoms it was 25.9 (s.d.: 8.5). In terms of overall scores for social adjustment, 68 (36.1%) subjects showed good, 96 (51.1%) regular, and 24 (12.8%) poor social adjustment levels.

Patterns of Tobacco use

One hundred and forty nine (77.6%) subjects referred having used any form of tobacco at least once in their lives, 131 (68.2%) referred to have used it on a regular basis, and 115 (59.9%; 95% CI: 52.6 to 66.9%) referred regular use of tobacco in the previous 12 months. By far, the commonest form of tobacco use was cigarette smoking. Average consumption was 21.9 (sd: 13.5) cigarettes per day, with a more intense daily use of 30.1 (sd: 19.3). Among current smokers, 32 (27.8%) were light smokers (1 to 10 cigarettes per day), 43 (37.4%) were moderate smokers (11 to 20 per day), and 40 (34.8%) heavy smokers (more than 21 per day). Ninety-one (47.4%) subjects fulfilled criteria for nicotine dependence in the 12 months prior to the interview.

Men were significantly more likely to be smokers (Table 1). No other socio-demographic characteristic of subjects was associated with cigarette smoking. Number of psychiatric admissions, positive psychotic symptoms and anti psychotic medication use in previous two years, were statistically associated with tobacco use. Logistic regression showed that male gender (OR 3.34; $p < 0.001$),

marital status separated (OR 4.31; $p = 0,003$), and history of 10 or more psychiatric admissions (OR 2.55; $p=0,016$) were independently associated with higher risk of being a current smoker.

DISCUSSION

Methodological limitations

Selection bias is a concern in the present study. In most services, the quality of medical records was poor, and a number of files were not included in the sampling list due to lack of data on age, address or clinical diagnosis. This was more likely to be random, which would not bias the prevalence estimate. Although in the present study there was a high proportion of non-participation, it is unlikely that the prevalence estimate for tobacco use was biased by this, since non-respondents had a slightly higher proportion of women, and no association between age or diagnosis and tobacco use was observed.

Information on use of tobacco was obtained by direct interview with participating subjects, and no other source of information, such as relatives or medical records, was used for this purpose. This may have contributed to an underestimation of the prevalence of comorbidity. However, such information bias is commoner for use of heavy drugs, such as cocaine and heroin, than for nicotine.

The sample of the present study was constituted by people with severe mental illnesses who seek care in the public health sector, which limits generalizability of findings. It is estimated that about 45% of the population of Sao Paulo has some kind of private healthcare plan (SEAD, 2002). Nevertheless, at the time the present study was carried out, most of such plans did not cover mental

illnesses, thus most people with these private health care plans would seek psychiatric care in the public sector.

Patterns of tobacco use

The prevalence of cigarette smoking in the present sample was as high as that found in samples of severely mentally ill people from developed countries (Masterson & O'Shea, 1984; Goff et al., 1992; Ziedonis et al., 1994; Corvin, et al., 2001), and higher than that found for the Brazilian general population. In a recent survey of the Brazilian general population, the estimated prevalence of lifetime cigarette smoking was 40% among people aged between 18 and 34 years old and 50% among those with more than 35 years of age (Carlini et al., 2002).

In agreement with studies carried out in developed countries, male subjects and those with higher number of previous admissions were more likely to be current smokers. Marital status separated was independently associated with higher risk of being a current smoker, relation not common described in international data. No other socio-demographic or clinical features of subjects was associated with cigarette smoking, different from others international studies, which shows a link with age (younger), diagnosis (schizophrenia), presence of negative symptoms and anti-psychotic drugs use.

Consistency between studies conducted in developed countries showing a strong association between severe mental illness and tobacco smoking raised hypotheses about individual factors, mostly related with the disease and with psychiatric treatment, which may explain individual variation in smoking. Comparison of results from different populations may help understand determinants of prevalence across populations (Rose, 2001). The high prevalence of smoking found in the present study contrasts with the low prevalence of substance misused in the same population (Menezes & Ratto, 2004). In many societies from less developed countries, most individuals with severe mental illness live with and rely upon their families to survive (Menezes & Mann, 1993). This may decrease their exposure and access to alcohol and illicit drugs. However, it seems that, for social and cultural reasons, families from São Paulo accept that their ill relatives smoke tobacco, and even support this habit. The observation that in countries where smoking is prohibited by familial, cultural and religious practices, the prevalence is not much different from the general population (Srinivasan & Thara, 2002) reinforces such possibility. In Brazil, smoking is allowed in most psychiatric hospitals, and it is common that cigarettes are used to maintain patients calm and under control, given as compensation for “good behavior” in the ward. Indeed, the prevalence of cigarette smoking was higher among those individuals who had a history of 10 or more psychiatric admissions.

While mortality rates from cancer for individuals with severe mental illness patients are not consistently elevated, rates of cardiovascular and respiratory diseases are typically greater than, often up to twice as high as those found in age-matched control populations (Lichtermann et al., 2001; Dalton et al., 2002; Allebeck & Wistedt, 1986; Buda et al., 1988; Mortensen & Juel, 1990). There is often the perception that smokers with severe mental illness should not be targeted for smoking cessation intervention. Indeed, a substantial proportion of smokers with schizophrenia recognize that smoking is a problem, and a subset reports themselves to be interested in quitting (Addington et al., 1997; Ziedonis & George, 1997), and some studies have reported promising results in helping individuals with schizophrenia stop smoking (Ziedonis & George, 1997; George, et al., 2000; Ziedonis et al., 1997; Addington, et al., 1998). The evidence about the acceptability of disease prevention in people with severe mental illness is not clear, but new studies shows that many people with psychosis accepted the offer of a different management physical health care providing a valuable opportunity for health education and promotion (Osborn et al., 2003). Health professionals are less inclined to manage physical health (Osborn, 2001), but the theory that severe mental illness patients are uninterested or poorly motivated, can be biased.

CONCLUSION

Tobacco smoking among people with severe mental illness must be a major problem in many less developed regions of the world, particularly in large urban centers. Consistent anti-tobacco policies must be implemented in mental health services of such regions, with specific programs for helping quit smoking to those who want it. Training of mental health professionals must include awareness of the problem, development of skills to help those with severe mental illness to stop smoking, and orientation of families and carers about health risks associated with smoking. Otherwise, those who already suffer from such disruptive and disabling conditions will continue to suffer the extra burden of smoking-related health problems

ACKNOWLEDGEMENTS

This work was funded by FAPESP (proc. no. 96/10077-3), Brazil.
There is no conflict of interest.

TABLE 1. Associations between current tobacco use and subjects' characteristics (n=192)

	N	Tobacco use (%)	RR	95%CI	p
SEX					0,001
Female	90	43(47,8)	1		
Male	102	72(70,6)	1.47	1.15-1,89	
MARITAL STATUS					0,12
Married/Partner	44	23(52,3)	1		
Single	110	63(57,3)	1,09	0.79-1,51	
Separated	32	25(78,1)	1.49	1,06-2,09	
Widowed	6	4(66,7)	1.27	0.67-2.40	
PLACE OF BIRTH					0,055
São Paulo	91	48(52,7)	1		
Other	101	67(66,3)	1.25	0.99-1.59	
EDUCATION (YEARS)					0,54
0-3	30	17(56,7)	1		
4-8	96	61(63,5)	1.12	0.79-1.58	
9-11	34	17(50)	0.88	0.55-1.39	
12 or more	32	20(62,5)	1.10	0.73-1.66	
AGE GROUP (YEARS)					0,96
18-24	14	8(57,1)	1		
25-34	40	25(62,5)	1.09	0.65-1.82	
35-44	63	39(61,9)	1.08	0.66-1.77	
45-54	42	25(59,5)	1.04	0.62-1.74	
55-65	33	18(54,5)	0.95	0.55-1.65	
DIAGNOSIS					0,98
Schizophrenia	113	67(59,3)	1		
Other non-affective psychosis	12	7(58,3)	0.98	0.59-1.62	
Bipolar disorder	46	27(58,7)	0.98	0.74-1.31	
Depression with psychotic symptoms	15	10(66,7)	1.12	0.76-1.65	
Schizoaffective disorder	6	4(66,7)	1.12	0.62-2.02	

continua...

...continuação					
	N	Tobacco use (%)	RR	95%CI	p
PSYCHIATRIC ADMISSIONS					0,04
None	40	24(60)	1		
1-3	60	28(46.7)	0.77	0.53-1.12	
4-9	43	27(62.8)	1.04	0.74-1.47	
10 or more	49	36(73.5)	1.22	0.90-1.65	
Anti-psychotic medication use ***					0,08
Never	26	12(64.1)	1		
Part time	19	16(84.2)	1.82	1.15-2.88	
Most part of the time	145	86(59.3)	1.28	0.83-1.98	
PANSS	Non-smokers Mean (SD)	Smokers Mean (SD)			
Positive symptoms***	10.7(4.4)	12.0 (6.1)			0.003
Negative symptoms *	14.8 (8.3)	14.8 (8.9)			0.55
General symptoms **	25.4 (7.8)	26.2 (9.0)			0.19
Total *	50.9 (17.4)	52.7 (20.1)			0.17
* n=187					
** n=188					
*** n=189					

REFERENCES

- Addington J, el-Guebaly N, Addington D, Hodgins D (1997) Readiness to stop smoking in schizophrenia. *Canadian Journal Psychiatry* 42: 49-52.
- Addington J, el-Guebaly N, Campbell W et al. (1998) Smoking cessation treatment in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 155: 974-976.
- Allebeck P, Wistedt B (1986) Mortality in schizophrenia. *Archives General Psychiatry* 43: 650-653.
- Buda M, Tsuang MT, Fleming JA (1988) Causes of death in DSM-III schizophrenics and other psychotics (atypical group). *Archives General Psychiatry* 45: 283-285.
- Carlini EA, Galduroz JCF, Noto AR, Nappo SA (2002) I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotropicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do País. CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas. UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- Covey L, Hughes DC, Glassman AH, Blazer DG, George LK (1994) Ever smoking, quitting, and psychiatric disorders: evidence from the Durham, North Carolina, Epidemiological Catchment Area. *Tobacco Control* 3: 222-227.
- Corvin A, O'mahony ED, O'regan M et al. (2001) Cigarette smoking and psychotic symptoms in bipolar affective disorder. *British Journal Psychiatry* 179: 35-38.
- Dalton SO, Mellemkjaer L, Olsen JH, Mortensen PB, Johansen C (2002) Depression and cancer risk: a register-based study of patients hospitalised with affective disorders, Denmark, 1969-1993. *American Journal Psychiatry* 155: 1088-1095.
- George TP, Ziedonis DM, Feingold A et al. (2000) Nicotine transdermal patch and atypical antipsychotic medications for smoking cessation in schizophrenia. *American Journal Psychiatry* 157: 1835-1842.
- Goff DC, Henderson DC, Amico E (1992) Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side effects. *American Journal Psychiatry* 149: 1189-1194.

Janca A, Ustun TB, van Drimmelen J, Dittmann V, Isaac M (1994) ICD-10 symptom checklist for mental disorders. Version 1.1. World Health Organization, Geneva.

Kay SR, Opler LA, Lindenmayer JP (1988) Reliability and validity of the Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenics. *Psychiatry Research* 23: 99-110.

Lichtermann D, Ekelund J, Pukkala E, Tanskanen A, Lonnqvist J (2001) Incidence of cancer among persons with schizophrenia and their relatives. *Archives Geneneral Psychiatry* 58: 573-578.

Masterson E, O'Shea B (1984) Smoking and malignancy in schizophrenia. *British Journal Psychiatry* 145: 429-432.

Menezes PR, Mann AH (1993) The social adjustment of patients with schizophrenia: implications to the mental health policy in Brazil. *Revista Saúde Pública* 27(5): 340-9.

Menezes PR, Ratto LR (2004) Prevalence of substance misuse among individuals with severe mental illness in São Paulo. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 39(3): 212-7.

Mortensen PB, Juel K (1990) Mortality and causes of death in schizophrenic patients in Denmark. *Acta Psychiatrica Scandica* 81: 372-377.

Nilsson A, Waller L, Rosengren A, Adlerberth A, Wilhelmsen L (1997) Cigarette smoking is associated with abnormal involuntary movements in the general male population-a study of men born in 1933. *Biological Psychiatry* 41: 717-723.

Osborn DPJ (2001) The poor physical health of people with mental illness. *West Journal Medicine* 175: 329-332.

Osborn DPJ, King MB, Nazareth I (2003) Participation in screening for cardiovascular risk by people with schizophrenia or similar mental illness: cross sectional study in general practice. *British Medical Journal* 326: 1122-1123.

Rose G (2001) Sick individuals and sick populations. *International Journal Epidemiology* 30: 427 – 432.

SEADE (2002) PCV. (2001). Distribuição dos Indivíduos, segundo Condição de Posse de Convênio ou Plano de Saúde, Estado de São Paulo, RMSP e Interior, 1994 – 1998. <http://www.seade.gov.br/cgi-bin/pcvv98>

Srinivasan TN, Thara R (2002) Smoking in schizophrenia -- all is not biological. *Schizophrenia Research* 56(1-2): 67-74.

Tsuang MT, Woolson RF, Fleming JA (1980) Premature deaths in schizophrenia and affective disorders: an analysis of survival curves and variables affecting the shortened survival. *Archives General Psychiatry* 37: 979-983.

World Health Organization (1988) Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS). World Health Organization, Geneva.

World Health Organization (1992a) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, Geneva.

World Health Organization (1992b) Life Chart Rating Form. World Health Organization, Geneva.

World Health Organization (1994) Schedule for clinical assessment in Neuropsychiatry. American Psychiatric Press, Geneva.

Ziedonis DM, George TP (1997) Schizophrenia and nicotine use: report of a pilot smoking cessation program and review of neurobiological and clinical issues. *Schizophrenia Bulletin* 23: 247-254.

Ziedonis DM, Harris P, Wyatt SA et al. (1997) Motivational enhancement therapy and nicotine replacement improve smoking cessation outcomes. Paper presented at the annual meeting of the American Psychiatric Association, San Diego, May 17-22.

Ziedonis DM, Kosten TR, Glazer WM, Frances RJ (1994) Nicotine dependence and schizophrenia. *Hospital Community Psychiatry* 45: 204-206.

7.4 STABILITY OF TOBACCO USE OVER TIME AMONG PEOPLE WITH SEVERE MENTAL ILLNESS IN SAO PAULO, BRAZIL

Lilian R. C. Ratto^{1,2} & Paulo R. Menezes^{1,3}

1 Department of Preventive Medicine, University of Sao Paulo Medical School, Sao Paulo, Brazil

2 CAISM - Integrated Mental Health Care Center of Santa Casa de Misericórdia, Sao Paulo, Brazil

3 Section of Epidemiology, University Hospital, University of São Paulo, São Paulo, Brazil

Correspondence: Prof. Dr. Paulo Rossi Menezes

Departamento de Medicina Preventiva

Faculdade de Medicina da Universidade de Sao Paulo

Av. Dr. Arnaldo, 455

CEP 01246-903

Sao Paulo (SP) – Brazil

e-mail: pmenezes@usp.br

Phone/Fax number: 55-11-3066-7093

Funded by FAPESP, Brazil

O artigo está sendo preparado para ser submetido como “ short report” ou “brief report”, em periódico a definir, após a publicação do artigo “prevalence of tobacco use among individuals with severe mental illness in São Paulo, Brazil”.

INTRODUCTION

Several studies from developed countries have reported higher prevalence of cigarette smoking among persons with severe mental illness (SMI) than in the general population (1-3). Some support the hypothesis that smoking is associated with a history of psychosis in bipolar affective disorder and with increased severity of psychotic symptoms in this population (4). Among patients who smoke, typical anti psychotics are likely to increase smoking whereas the atypical medications may decrease this behavior.

The average age when patients with schizophrenia started smoking is the same as in the general population, namely mid-teens; 90% of patients who smoke had started smoking before their illness began (5). Heavy smoking may decrease the blood levels of anti psychotic medications by as much as 50 percent (6). In the inpatient unit, the control of smoking can be really difficult and when patients smoke all of their cigarettes, some disruptive behaviors can appear, like stealing, intimidation, prostitution, and similar behaviors to obtain more.

Data on prevalence of cigarette smoking among people with SMI in developing countries are scarce. The aim of the present study was to investigate stability over time for such comorbidity among individuals with SMI in São Paulo, and to investigate factors associated with cigarette smoking in such group.

METHOD

Study design and setting

The study had a prospective cohort design, with a one-year follow-up of individuals with severe mental illness included in a cross-sectional study (7). It

was carried out in Sao Paulo, the largest urban centre of South America, with a population of approximately 10 million inhabitants.

Sample

Medical records of all public mental health services were screened in seven districts chosen as the geographical area. Selection criteria at this stage included having had at least one contact with any of those services in the period from 1st September to 30th November 1997, age between 18 and 65 years, a possible clinical diagnosis of functional psychosis, and a recorded address within the areas defined for the study. A sample was then drawn from this list, for direct interview. Subjects had then to fulfil ICD-10 criteria (8) for a diagnosis of non-affective psychosis (codes F20 to F29), bipolar disorder (F30 or F31) or depressive disorder with psychotic symptoms (F32.4 or F33.4).

Assessments

A standardised questionnaire was used to gather socio-demographic and socio-economic information. Data on psychiatric history was obtained with the Life Chart Rating Form (9). Psychiatric diagnoses were obtained with the ICD-10 checklist (10). Psychopathology was assessed with the PANSS (11), and social adjustment levels were measured with the DAS (12). Patterns of use of substances in the 12 months prior to the interview, and tobacco use in the same period of time were assessed with the sections 11 and 12 of the SCAN (13).

Procedures

Botha at the base line and 1-year follow-up assessments subjects were interviewed at their homes, whenever possible. Key informants, generally relatives, were also interviewed at home. The study had ethical approval from the ethical committee of the Faculdade de Medicina da Universidade de Sao Paulo, and

from all institutions with such committees. All included subjects signed an informed consent form agreeing to participate in the study.

Analysis

The main outcome measure was regular tobacco use in the 12 months previous to the 1-year follow-up interview. Prevalence of tobacco use was estimated, with corresponding 95% confidence interval. Associations of tobacco use with characteristics of subjects were examined using χ^2 tests when the exposure variable was categorical, χ^2 tests for linear trend when the exposure variable was ordered, and analysis of variance when the exposure variable was continuous. Prevalence ratios and corresponding 95% confidence intervals were calculated.

RESULTS

Characteristics of the sample

At the baseline, 192 subjects were included in the study. One hundred and two (52.3%) were men, 91 (16.1%) had not completed the 4 years of basic school, 110 (57.3%) were single, and 91 (47.2%) were born in the city of Sao Paulo. Their mean age was 41.5 years (sd: 11.4 years). The most frequent clinical diagnosis was schizophrenia, with 113 (58.8%) subjects fulfilling ICD-10 criteria for such diagnosis, followed by 46 (24.0%) with bipolar disorder, 15 (7.8%) with depression with psychotic symptoms, 12 (6.3%) with other psychoses, and 6 (3.1%) with schizoaffective disorder. Forty (20.8%) subjects had had no previous psychiatric admission, 60 (31.2%) had had one to three, and 49 (25.5%) had been admitted to psychiatric hospitals 10 or more times in their lives. Regarding PANSS scores, the mean for positive symptoms was 11.5 (s.d.: 5.6), for negative symptoms it was 14.8 (s.d.: 8.6), and for general symptoms it was 25.9 (s.d.: 8.5). In terms of

overall scores for social adjustment, 68 (36.1%) subjects showed good, 96 (51.1%) regular, and 24 (12.8%) poor social adjustment levels.

At 1-year follow-up, 149 (77.6%) were re-assessed. There were no significant differences between those who were and who were not re-assessed, concerning socio-demographic and clinical characteristics.

Of the 149 subjects, 78 (52.3%) were men, 68 (45.6%) were born in São Paulo, 23 (15.4%) had not completed the basic school, and 83 (55%) were single. The most frequent diagnosis was schizophrenia (59.7%); 6.8% presented poor social adjustment, and 120 (81.6%) had no psychiatric admissions in the 1-year follow-up. The mean of positive symptoms of schizophrenia in PANSS was 11.1 (s.d. 5.4), negative symptoms was 13.4 (s.d. 6.9), and 24.2 (s.d. 6.2) of general symptoms.

Patterns of Tobacco use

At baseline, 149 (77.6%) subjects referred having used any form of tobacco at least once in their lives, 131 (68.2%) referred to have used it on a regular basis, and 115 (59.9%; 95% CI: 52.6 to 66.9%) referred regular use of tobacco in the previous 12 months.

At follow up, 82 (51%) were current smokers. Twenty (21.3%) were light smokers, 33 (35.1%) were moderate smokers, and 29 (30.8%) heavy smokers.

At the follow-up, 8 (26.7%) individuals who were heavy smokers at the base line related smoke less cigarettes per day in the last year, like moderate smokers, but another 7 (21.9%) related the opposite behavior. None individual started to smoke last year, and 9 (9.9%) stopped to smoke.

Men and people not born in São Paulo were significantly more likely to be smokers. No other socio-demographic characteristic of subjects was associated with cigarette smoking. Number of psychiatric admissions, drug or alcohol abuse or addiction, positive, negative or general psychotic symptoms and anti psychotic medication use in previous two years, did not show statistically associated with tobacco use.

Heavier smokers were more likely to be men and present less positive symptoms of schizophrenia.

DISCUSSION

The present study has some methodological limitations. Just over 20% of the original sample was lost to follow-up. Assessment of tobacco use and abuse patterns was based on information given by the subjects themselves, and this can lead to some underestimation of substance use and abuse. On the other hand, diagnoses of nicotine addiction based on standardised criteria were obtained.

Implications

Smoking remains the single greatest preventable cause of death in our society. Few smoking cessation programs have been targeted toward psychiatric patients, particularly those with schizophrenic disorders.

Clinicians conducting psychiatric evaluations of patients with SMI should determine whether and how much patients smoke. Smoking alters the metabolism of psychotropic drugs, a factor that clinicians should consider when prescribing medications.

Patients with SMI who are dependent on nicotine should not be denied stop smoking opportunities without being provided alternatives. Although atypical anti psychotics may reduce smoking among patients with schizophrenia, other interventions, such as specialized smoking cessation programs should be developed, especially for chronic patients.

ACKNOWLEDGEMENTS

This study was funded by FAPESP (proc. no.96/10077 –3). PRM is partly funded by the CNPq, Brazil. LRCR had a scholarship from CAPES, Brazil. The authors thank all services that allowed screening of subjects.

TABLE 1
Patterns of Tobacco use at index and 1-year follow up assessments.

	Index (%) n=149	1-year follow up (%) n=149
Current Smokers	89 (59.7; 95%CI: 51.4-67.7)	82 (55.1; 95%CI: 46.7-63.1)
Light smokers	24 (23.8)	20 (21.3)
Moderate smokers	34 (33.7)	33 (35.1)
Heavy smokers	31 (30.7)	29 (30.8)
Average consumption per day	21.9 (s.d. 13.5)	20 (s.d.15.6)
Nicotine dependence	69 (46.3; 95%CI: 38.1-54.6)	76 (51.0; 95%CI: 42.7-59.3)

REFERENCES

1. MASTERSON E, O'SHEA B. Smoking and malignancy in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1984; 145:429-432
2. GOFF DC, HENDERSON DC, AMICO E. Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side effects. *Am J Psychiatry* 1992; 149:1189-1194
3. ZIEDONIS DM, KOSTEN TR, GLAZER WM, FRANCES RJ. Nicotine dependence and schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry* 1994; 45:204-206
4. CORVIN A, O'MAHONY ED, O'REGAN M, et al. Cigarette smoking and psychotic symptoms in bipolar affective disorder. *Br J Psychiatry*, 2001; 179:35-38
5. KELLY, C. & MCCREADIE, R. G. Smoking habits, current symptoms, and premorbid characteristics of schizophrenic patients in Nithsdale, Scotland. *American Journal of Psychiatry* 1999; 156: 1751–1757
6. ZIEDONIS DM, KOSTEN TR, GLAZER WM, et al: Nicotine dependence and schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry* 1994; 45:204–206
7. MENEZES PR, RATTO LRC. Prevalence of substance misuse among individuals with severe mental illness in São Paulo. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2004; 39, 212-217
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, Geneva, 1992
9. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Life Chart Rating Form. World Health Organization, Geneva, 1992
10. JANCA A, USTUN TB, VAN DRIMMELEN J, DITTMANN V, ISAAC M. ICD-10 symptom checklist for mental disorders. Version 1.1. World Health Organization, Geneva, 1994
11. KAY SR, OPLER LA, LINDENMAYER JP. Reliability and validity of the Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenics. *Psychiatry Res* 1988; 23:99-110

12. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS). World Health Organization, Geneva, 1988
13. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Schedule for clinical assessment in Neuropsychiatry. American Psychiatric Press, Geneva, 1994

7.5 USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE POR PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES EM SÃO PAULO.

Paulo R. Menezes^{1,2}, Lilian R. C. Ratto^{1,3}

1 Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Av. Dr. Arnaldo 455. São Paulo São Paulo Brazil CEP 01246-903

2 Núcleo de Epidemiologia, Hospital Universitário, Universidade de São Paulo. Av. Prof. Lineu
Prestes 2565 - São Paulo, SP - CEP 05508-900 São Paulo, Brasil.

3 CAISM Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental, Santa Casa de Misericórdia de São
Paulo. Rua Major Maragliano, 241 Vila Mariana. São Paulo. São Paulo. Brazil

Correpondência : Prof. Dr. Paulo Rossi Menezes

Departamento de Medicina Preventiva.

Faculdade de Medicina da Universidade de Sao Paulo

Av. Dr. Arnaldo, 455 CEP 01246-903

São Paulo (SP) – Brasil

e-mail: pmenezes@usp.br Fone/Fax: 11-3066-7093

Financiamento FAPESP, Brasil

O artigo está sendo preparado para ser submetido ao Caderno de Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

Desde a década de 1980 a política de saúde mental no Brasil, seguindo o exemplo de países da Europa e os Estados Unidos da América, vem se transformando de hospitalocêntrica para uma que prioriza serviços baseados na comunidade. As ações reformistas implementadas na saúde mental ocasionaram transformações nos hospitais psiquiátricos e trouxeram a necessidade de uma nova discussão sobre proteção social para um grupo historicamente excluído e institucionalizado.

A desinstitucionalização não se resume a uma redução do número ou à censura aos hospitais psiquiátricos. O fechamento ou a diminuição do número de leitos, é apenas parte do processo¹. Trata-se de uma abordagem destinada a pacientes portadores de transtornos mentais graves, anteriormente cronificados e asilados, cujo objetivo principal é oferecer uma condição de vida que permita deixarem de serem pacientes excluídos e estigmatizados, para tornarem-se cidadãos com potencialidades plenas.

No entanto, pacientes com transtornos mentais graves encontram muitas dificuldades quando na comunidade. São, muitas vezes, indivíduos com dificuldades de ajustamento social, inabilidades psicológicas, sintomas residuais, sem ou com precário suporte social e familiar^{2,3}. Para esses pacientes a monitorização da medicação recebida, psicoterapia, reabilitação vocacional e suporte social são imperativas. Os pacientes têm maiores oportunidades para se tornarem independentes e socialmente produtivos, mas em muitos lugares serviços de saúde mental adequados e integrados para atender as necessidades destes não são disponíveis.

Dentre as principais dificuldades encontradas no Brasil para a implementação da nova política de Saúde Mental estão a falta de apoio financeiro

para criar serviços comunitários adequados, carência de serviços e ineficiência dos mesmos, dificuldade de acesso aos serviços, falta de formação e engajamento da comunidade no acolhimento ao doente mental, dificuldade de coordenação dos diversos setores de serviços oferecidos, falta de tolerância com os subgrupos mais deficientes de pacientes, falta de um atendimento permanente, altos custos e precária distribuição de medicamentos ⁴.

A maior responsabilidade, a sobrecarga com os cuidados e os custos relacionados a estes pacientes passaram dos hospitais para seus familiares. Membros da família podem ser importantes aliados no tratamento⁵, mas precisam de informação e suporte, emocional e financeiro, adequados, suporte nem sempre provido pelo governo e pelas instituições de saúde mental.

Esta configuração tem levado a resultados problemáticos. Observa-se obstrução das unidades psiquiátricas e das emergências de hospitais gerais, que têm se tornado a porta de entrada do paciente, um aumento de rehospitalizações, um contingente de pacientes sem suporte social, familiar ou médico, pobres, desempregados, que transitam nas ruas ou prisões⁴, e que estão mais expostos ao uso de álcool e drogas ilícitas.

Estudos realizados nos Estados Unidos e na Europa sugerem que pessoas com transtornos mentais graves e abuso de substâncias utilizam serviços de emergência e internações psiquiátricas mais frequentemente que pessoas que apresentam o transtorno mental grave sem comorbidade^{6,7,8}. Bartels et al. (1993)⁶ compararam a utilização de serviços de emergência, internação e reabilitação social entre pessoas com transtorno mental grave com e sem comorbidade, em área rural da Nova Inglaterra. A proporção de pessoas com comorbidade que utilizaram serviço de emergência em 12 meses foi o dobro da proporção de pessoas sem comorbidade (71,4% vs. 36,1%). Em relação a internações psiquiátricas, a

proporção entre pessoas com comorbidade foi quase 3 vezes maior (38,1% vs. 13,9%). Não houve diferença quanto ao uso de serviços de reabilitação psiquiátrica (61,9% vs. 52,8%).

Em estudo realizado no sul de Londres⁷, pessoas com comorbidade ficaram internadas, em média, 59,2 dias nos 2 anos anteriores à inclusão no estudo, 80% a mais que pessoas sem comorbidade. Posteriormente, McCrone et al. (2000)⁸ compararam utilização de diversos serviços de saúde por um período de 6 meses, nesta mesma amostra. Maiores proporções de indivíduos com comorbidade foram internados no período, utilizaram serviços de emergência psiquiátrica, e tiveram contato com enfermeiros de equipes de saúde mental na comunidade. O custo da utilização de serviços psiquiátricos foi, em média, 1.362 libras esterlinas maior para os indivíduos com comorbidade.

É possível que o maior risco de internação seja devido à menor aderência ao tratamento ambulatorial e ao uso de medicação. Owen et al. (1996)⁹ acompanharam, por 6 meses após a alta hospitalar, 135 pessoas com esquizofrenia que haviam sido internadas em 2 enfermarias psiquiátricas de Arkansas, Estados Unidos, das quais 57 (42%) apresentavam comorbidade por abuso de substâncias. Das 130 pessoas que receberam prescrição de medicação após a alta hospitalar, 20 (15,4%) referiram não ter tomado a medicação regularmente nos 30 dias anteriores à avaliação, e foram considerados não-aderentes à medicação. O odds ratio de ser não aderente à medicação para pessoas com comorbidade foi 8,1, comparadas a pessoas sem comorbidade.

Dados sobre o uso de serviços por indivíduos com transtornos mentais graves que abusam de substâncias psicoativas são escassos em países em desenvolvimento. A investigação sobre o uso de serviços, em um grande centro urbano como São Paulo tem importantes implicações para o planejamento de

serviços de saúde mental no país, particularmente em face às mudanças na política de saúde mental, com priorização do cuidado aos pacientes baseado em serviços de saúde mental na comunidade.

MÉTODO

Desenho e amostra

Foi realizado um estudo de corte transversal, para obter estimativa da prevalência de comorbidade por abuso de substâncias em pessoas com transtornos mentais graves e informações sobre uso de serviços de saúde por essas pessoas nos 6 meses anteriores à entrevista.

Foram definidas 3 regiões geográficas para a realização do estudo, sendo a escolha baseada na organização dos serviços psiquiátricos públicos em cada área, de forma a viabilizar a execução do estudo. Em cada uma das regiões escolhidas a população possuía acesso a serviços psiquiátricos, com pelo menos 3 níveis de atenção (hospitais, emergência, ambulatório ou centro de atenção psicossocial), diferindo entre essas áreas a forma com que os serviços estavam organizados. As áreas definidas para o estudo foram:

- I. Distrito Administrativo de Pinheiros .
- II. Distritos Administrativos da Bela Vista, Consolação e Liberdade.
- III. Distritos Administrativos da Casa Verde, Mandaqui e Santana.

Para serem elegíveis, os sujeitos deveriam residir em uma das áreas acima, ter tido contato com os serviços psiquiátricos que prestam atendimento para o setor público (internação, emergência, serviços intermediários ou atendimento

ambulatorial) e que cobrem as 3 regiões geográficas, no período de 01/09/97 a 30/11/97, ter idade entre 18 e 65 anos, e diagnóstico clínico de psicose funcional (códigos F20-29, F30-31, F32.2 e F33.3, da CID-10¹⁰).

O cálculo do tamanho da amostra foi baseado em uma prevalência esperada de comorbidade de 20%, com um intervalo de confiança de 95% entre 15% e 25%. Com esses valores, e estimando-se uma não-participação de 20%, o número de pacientes a serem incluídos foi calculado em 307 (total das 3 regiões).

Instrumentos

a- Informações sócio-demográficas e história psiquiátrica:

Foram obtidas informações sobre idade, sexo, estado civil, procedência, escolaridade e renda, em ficha padronizada para esse objetivo. Foi utilizada uma ficha padronizada, para colher informações sobre número de internações anteriores, tratamentos anteriores, tratamento atual, episódios de violência, tentativas de suicídio e história ocupacional, em ficha adaptada da “Life Chart Rating Form”¹¹.

b- Diagnóstico psiquiátrico:

O critério utilizado foi a CID-10¹⁰. O diagnóstico foi obtido a partir da checklist do CID-10¹², utilizando-se as informações da entrevista psiquiátrica, complementadas com dados de registros médicos e de informações-chave.

c- Sintomas psiquiátricos:

“Positive and Negative Symptom Schedule (PANSS¹³)”, escala padronizada para avaliação da presença e intensidade de sintomas psiquiátricos, desenvolvida a partir do BPRS¹⁴.

d- Ajustamento social:

“Disability Assessment Schedule (DAS¹⁵)”. A DAS foi elaborada para avaliar de forma padronizada e reprodutível o funcionamento social de pacientes com um transtorno psiquiátrico, em diferentes culturas. A confiabilidade da versão em português foi bastante satisfatória, sendo que os coeficientes de correlação intra-classe para cada item das seções 1 e 2 variaram de 0.88 a 1.00¹¹.

e- Uso de álcool e drogas ilícitas ou fora de prescrição:

“Schedules of Clinical Assessment in Neuropsychiatry” (SCAN¹⁷): entrevista semi-estruturada, desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde. Em suas seções 11 e 12 são avaliados detalhadamente o uso de álcool, de substâncias psicoativas, com e sem prescrição médica, lícitas e ilícitas, e suas consequências físicas, psíquicas e sociais, permitindo um diagnóstico deste uso, a partir dos critérios do CID-10¹⁰. Utilizou-se os critérios da CID-10¹⁰ para dependência ou abuso de substâncias.

f- Uso de serviços de saúde:

“Client Service Receipt Interview (CSRI¹⁸)”. O instrumento foi desenvolvido para coletar as informações necessárias para fazer-se a estimativa de custos, de uma forma abrangente e detalhada, associados a cada paciente. Para isso,

obtém-se informações sobre habitação, renda e emprego, uso de serviços de saúde e cuidados informais, nos 6 meses anteriores à entrevista. A CSRI é uma entrevista de aplicação simples, e tem sido muito utilizada na avaliação de programas de desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos, e mais recentemente, em estudo sobre custos de cuidados para pacientes com transtornos psiquiátricos graves associados à dependência de álcool ou drogas³.

Procedimentos

Foram levantados todos os serviços de saúde mental que prestam assistência para o Sistema Único de Saúde, que pudessem servir de referência à população residente nas áreas definidas para o estudo. Esse levantamento foi feito através de contatos com as secretarias estadual e municipal de saúde, para obtenção das listas de serviços de saúde mental de cada órgão, seguido de contatos diretos nas unidades para confirmação de que realizavam atendimento de saúde mental a pessoas com transtornos mentais graves. Desta forma, foi elaborada uma lista com vinte serviços de saúde.

Foram identificados, através de levantamento de prontuários e fichas de atendimento nos diversos serviços de saúde mental, todos os pacientes que pudessem preencher os critérios de inclusão definidos anteriormente. Assistentes de pesquisa treinados levantavam idade, endereço, e anotações clínicas sugestivas de transtorno mental grave. Estas poderiam ser a anotação de um diagnóstico clínico, a referência a sintomas como delírios ou alucinações, ou a prescrição de medicação anti-psicótica. Os pacientes assim identificados constituíram uma lista, da qual foram sorteados aqueles que seriam participantes do estudo, e que seriam então avaliados por entrevista direta.

Os sujeitos incluídos no estudo receberam uma carta explicando a natureza do mesmo, e avisando de que seriam visitados pelos entrevistadores.

Quando os sujeitos estavam internados, esse contato era feito no próprio hospital. Isso ocorreu cerca de um ano após os mesmos terem tido o contato com os serviços de saúde que permitiu identificá-los para o estudo. Aqueles que consentiam em participar do estudo assinavam o termo de consentimento pós-informação, e eram então entrevistados por profissionais de saúde mental treinados, para avaliação de sua psicopatologia e uso de álcool e drogas ilícitas. Um familiar ou pessoa próxima também foi entrevistado para avaliação do ajustamento social, e uso de serviços de saúde nos 6 meses anteriores à entrevista.

Análise

Os dados do estudo foram digitados utilizando-se o programa Epi Info 6.04a, por duas vezes, para que se pudesse identificar possíveis erros de digitação. Em seguida foi feita checagem de consistência dos dados e a análise descritiva, para caracterização da amostra, usando o STATA 7.0 . Foi obtida a estimativa por intervalo da prevalência de abuso de substâncias psicoativas. Considerou-se como abuso de substâncias psicoativas qualquer diagnóstico de dependência ou abuso de álcool ou drogas ilícitas ou fora de prescrição.

Para estimar as associações entre características dos sujeitos e presença de comorbidade foram calculadas Razões de Prevalências (RP), com intervalos de confiança de 95% (IC95%). Associações estatísticas foram examinadas utilizando-se o teste do chi-quadrado, para comparação de proporções entre dois ou mais grupos, o teste do chi-quadrado para tendência linear, para comparar proporções quando a variável de exposição era ordenada. Para comparar médias, utilizou-se o teste t, teste t para variâncias heterogêneas, ou análise de variância. Para comparar distribuições muito assimétricas entre dois ou mais grupos, utilizou-se o teste de kruskal-wallis.

Considerações éticas

Todos os pacientes contatados foram informados sobre os objetivos e procedimentos deste estudo, e os seus consentimentos foram solicitados somente após explicação feita pessoalmente pelos entrevistadores. Aqueles que consentiram em participar assinaram o termo de consentimento pós-informação. A identidade dos participantes e as informações obtidas são absolutamente confidenciais. Todos os participantes foram assegurados da possibilidade de interrupção de sua participação no estudo a qualquer momento, se assim o desejassem. Os potenciais participantes do estudo foram esclarecidos de que o estudo seria feito de forma independente e não interferiria com o tratamento que os mesmos estivessem recebendo. Sendo o estudo de natureza observacional, e não envolvendo nenhum procedimento invasivo ou exame complementar, não houve risco de natureza psíquica ou física significativo para os participantes. Este projeto foi submetido e aprovado pelas comissões de ética dos seguintes centros participantes: Hospital das Clínicas da FMUSP, Hospital Vila Mariana e Hospital do Mandaqui. O projeto também foi submetido às direções clínicas dos demais centros, que não possuem comissão de ética.

RESULTADOS

Quatrocentos e quatro sujeitos foram inicialmente selecionados para entrevista direta, e foi possível entrevistar 206 (51,0%). Três sujeitos estavam presos, 8 faleceram, houve 40 recusas (sendo 13 por recusa de familiares em deixar os sujeitos participarem da entrevista); em 6 casos houve erro no sorteio (pessoas que não moravam nos bairros previstos, que tinham mais de 65 anos na data do início do estudo, ou que foram sorteadas duas vezes, por terem dado nomes diferentes em diferentes serviços de saúde mental); 6 pessoas foram referidas pelos

familiares como “desaparecidas” ou vivendo nas ruas; 33 pessoas haviam mudado de cidade, estado ou país, e 38 mudaram para endereço desconhecido; em 45 casos não foi possível obter qualquer dado sobre os indivíduos porque os endereços dados eram inexistentes ou moradores e vizinhos referiram que tal pessoa nunca morou no endereço dado. Em 19 casos não foi possível a realização das entrevistas por impossibilidade dos indivíduos disporem de tempo.

Características sócio-demográficas e psiquiátricas da amostra

Quatorze sujeitos foram excluídos da análise por não preencherem critérios diagnósticos para transtornos mentais graves, após a avaliação com o check-list da CID-10. Desta forma, 192 sujeitos foram incluídos nas análises subsequentes. Cento e dois (52,3%) eram do sexo masculino, a faixa etária predominante foi de 35 a 44 anos, menos de 50% eram naturais da cidade de São Paulo, e 91 (16,1%) não haviam completado 4 anos do ciclo básico. A renda mensal familiar variou de R\$ 100,00 a R\$ 10.000,00, com mediana de R\$ 951,00. Vinte e oito (14,6%) famílias referiram renda mensal de R\$ 360,00 ou menos. Setenta (37,0%) sujeitos não possuíam nenhuma fonte de renda, dependendo exclusivamente de outros, em geral seus familiares, e 67 (35,5%) apresentavam renda mensal própria de até R\$ 360,00. Setenta e quatro (38,5%) sujeitos tinham algum tipo de benefício de seguridade social (aposentadoria ou auxílio-doença) como principal fonte de renda, enquanto 44 (22,9%) tinham fonte de renda própria (trabalho, aluguéis, pensões, etc.). Oitenta e um (42,2%) sujeitos não estavam recebendo nenhum tipo de benefício securitário e não tinham nenhuma ocupação ou atividade remunerada na ocasião da entrevista. Um quarto dos sujeitos incluídos moravam em habitações com alto índice de aglomeração ($\geq 1,51$ pessoas por cômodo na habitação, excluindo banheiros).

O diagnóstico clínico mais frequente, de acordo com a “checklist” da CID-10, foi esquizofrenia (58,8%), seguido de transtorno afetivo bipolar. Um quinto dos sujeitos nunca haviam sido internados em enfermarias psiquiátricas, enquanto 25,5% já haviam sido internados por 10 vezes ou mais. Sessenta e oito (36,1%) dos sujeitos praticamente não apresentavam incapacitação quanto ao funcionamento social, contrastando com 24 (12,8%) que apresentavam grave incapacitação. Os escores médios de sintomas positivos, negativos e gerais não foram muito elevados, indicando que a amostra investigada não apresentava sintomas psiquiátricos em grande intensidade.

Cento e setenta e cinco (91,1%) indivíduos referiram ter usado bebidas alcoólicas durante a vida, 82 (56,1%) beberam nos últimos 12 meses; 45 (30,4%) ingeriram bebidas alcoólicas menos que uma vez por mês e 2 (1,4%) relataram ter bebido diariamente neste ano. Nove indivíduos (11,1%) haviam consumido bebidas alcoólicas nas últimas 24 horas antes da entrevista e 20 (24,6%) entre o último mês e seis meses passados. Quatorze (7,3%) indivíduos entrevistados preencheram pelo menos um dos critérios diagnósticos para abuso de álcool pelo CID-10 e 6 (3,12%) apresentaram três ou mais critérios, recebendo o diagnóstico de Dependência ao Álcool.

Dezesseis (8,3%) indivíduos referiram o uso de alguma substância ilícita, ou se lícita, sem ou além da prescrição médica. Destes, 10 (5,2%) referiram uso de Cannabis no último ano e 5 (2,6%) preencheram critérios para Dependência a Cannabis. Cinco (2,6%) indivíduos referiram uso de cocaína no último ano e 2 (1%) preenchem os critérios para Dependência a Cocaína. Nenhum indivíduo relatou uso desta droga por via intravenosa, nem na forma fumada (“crack”). Oito pessoas (4,1%) fizeram uso de benzodiazepínicos além da prescrição médica ou mesmo sem prescrição, sendo que 2 (1%) referiram sintomas de dependência. Quatro indivíduos (2%) referiram uso de outras drogas (solventes, inalantes ou

anticolinérgicos), sendo 1 (0,5%) com sintomas de dependência. Não houve nenhuma referência ao uso de opiáceos e anfetaminas, prescritos ou não; também não houve relato de uso de “ecstasy” e alucinógenos, naturais ou sintéticos, no ano anterior à pesquisa.

Vinte sujeitos (10,4%, IC 95%: 6,5 a 15,6) preencheram critérios para abuso de álcool e outras substâncias psicoativas. A prevalência para dependência de qualquer substância foi de 5,7%, (IC 95%: 2,4 a 9), sendo que 6 indivíduos (3,12%) preencheram critérios para dependência de álcool, 6 (3,12%), para dependência de drogas e 1 indivíduo preencheu ambos os critérios.

Uso de serviços de saúde

Não foi possível obter informação sobre uso de serviços de saúde para um sujeito. O atendimento de saúde mais utilizado nos 6 meses anteriores à entrevista foi a consulta com psiquiatra (Tabela 1). Apenas 32 (16,7%) sujeitos referiram não ter tido nenhuma consulta com psiquiatra nesse período. Os demais tipos de atendimento foram utilizados por proporções muito menores de sujeitos, nenhum sendo utilizado por mais de um terço da amostra. O segundo tipo de atendimento mais frequentemente utilizado foi a consulta com dentista, seguido de atendimento em emergência psiquiátrica, consulta com psicólogo, atendimento em emergência geral e internação psiquiátrica. Serviços de atenção a dependência química e serviços de reabilitação foram utilizados somente por 2 sujeitos cada.

Houve grande variação no número de contatos com cada tipo de atendimento ou serviço de saúde, como consultas com psiquiatra, contatos com emergência psiquiátrica, número de dias de internação psiquiátrica e de contato com hospital-dia psiquiátrico, e número de contatos com terapeuta ocupacional (Tabela 1). Sessenta (37,5%) sujeitos referiram seis consultas psiquiátricas no período, correspondendo em média a uma consulta por mês (Tabela 1). Em relação a

atendimentos em emergência psiquiátrica, a maioria dos sujeitos teve apenas um contato no período, enquanto 1 sujeito apresentou 30 contatos. Treze sujeitos ficaram internados até 30 dias em leito psiquiátrico, e 13 ficaram de 31 a 60 dias internados.

Associações entre comorbidade e uso de serviços de saúde

Não foram observadas associações estatisticamente significativas entre abuso de substâncias e ter tido pelo menos um contato com nenhum tipo de uso de serviço ou atendimento de saúde (Tabela 2). A exceção foi ter tido dois ou mais contatos com serviço de emergência psiquiátrica nos 6 meses anteriores à entrevista, onde sujeitos com comorbidade apresentaram 3,3 vezes o risco de sujeitos sem comorbidade. No entanto, quando se observou a frequência de contatos no referido período, observou-se alguns padrões distintos. Em relação a contatos com emergências psiquiátricas, 20 (60,6%) sujeitos sem comorbidade apresentaram apenas um contato, enquanto no outro grupo os sujeitos tiveram no mínimo dois contatos (teste de kruskal-wallis; $\chi^2=3,78$; 1 g.l.; $p=0,052$), enquanto para consultas com psiquiatra o grupo sem comorbidade apresentou amplitude de 1 a 48 contatos, com mediana de 5 contatos, e o grupo com comorbidade apresentou amplitude de 2 a 24 contatos, com mediana de 7 (teste de kruskal-wallis; $\chi^2=9,97$; 1 g.l.; $p=0,002$).

DISCUSSÃO

Limitações Metodológicas do Estudo

Em grandes centros urbanos de países menos desenvolvidos, onde os cuidados à saúde, particularmente na área da saúde mental, não são regionalizados e integrados, e os registros são precários ou de má qualidade, a realização de investigações epidemiológicas se torna desafio ainda maior. São necessários

recursos e esforços extras, para tentar minimizar todas as possíveis fontes de erro, e a interpretação dos resultados só deve ser feita após considerações sobre cada uma dessas possibilidades de erro, e sobre os possíveis impactos destes nos resultados obtidos.

Seleção

Nenhum serviço que faz atendimento específico a pacientes dependentes de álcool e drogas foi incluído na lista de serviços onde foi realizado o levantamento de pacientes potencialmente elegíveis para o estudo. Pacientes com quadros psicóticos controlados ou não diagnosticados adequadamente podem ser atendidos nestes serviços, e sua não inclusão pode ter contribuído para uma subestimação da prevalência de comorbidade.

Nas consultas aos prontuários dos diferentes serviços, durante a seleção dos indivíduos elegíveis, não foram selecionados pacientes que receberam diagnóstico de psicoses induzidas por álcool e outras drogas ou que apresentavam sintomas psicóticos, depressivos ou maniformes, atribuídos pelo médico como decorrentes do uso de substâncias, e que receberam o diagnóstico de psicose induzida por substâncias. Neste sentido, também é possível que essa limitação na seleção de sujeitos para o estudo tenha contribuído para uma subestimação da prevalência encontrada.

Nas consultas aos prontuários dos serviços de emergência psiquiátrica, não foram selecionados pacientes com o diagnóstico de intoxicação por álcool ou outras drogas, mesmo quando apresentavam francos sintomas disfuncionais, sugestivos de quadros psicóticos associados. Nestes casos, é possível que o diagnóstico clínico estivesse valorizando sintomas de intoxicação que explicassem o transtorno do comportamento. Embora o número de pacientes nestas

condições seja pequeno, isso também pode ter contribuído para a subestimação da comorbidade.

A falta de informações dos prontuários consultados, sobre dados de identificação, endereço, idade ou data de nascimento e diagnóstico, impediu a seleção de diversos indivíduos para o estudo. No entanto, provavelmente esta perda foi aleatória, não interferindo na medida da prevalência da comorbidade.

A amostra do presente estudo é composta por pessoas que foram atendidas em serviços públicos, vinculados ao SUS ou ao PAS. Pessoas atendidas exclusivamente em serviços particulares não foram entrevistadas. É possível que estas tenham características diferentes da amostra estudada, inclusive quanto a seu poder aquisitivo e acesso às drogas e álcool. Pessoas atendidas exclusivamente em convênios médicos também não foram incluídas. No entanto, à época do estudo poucos convênios possuíam atendimento psiquiátrico, incluindo internações psiquiátricas, e a não inclusão destas pessoas no estudo não deve ter influenciado a prevalência encontrada, uma vez que elas eram encaminhadas a atendimento em serviço público quando precisavam de atendimento psiquiátrico de emergência ou internação psiquiátrica.

Pessoas com a comorbidade pesquisada têm maiores taxas de detenção, por cometerem mais atos ilegais^{1,15,16}. Não foi possível consultar, para este estudo, delegacias de polícia, casas de detenção, presídios ou manicômios judiciários em busca de outros indivíduos que preenchessem os critérios para o estudo, e não foi possível a entrevista com três indivíduos sorteados para o estudo, que sabidamente estavam detidos, o que pode ter contribuído na subestimação da prevalência da comorbidade. Também não foram entrevistados indivíduos sem residência fixa e moradores de rua. Tessler & Dennis¹⁷ relatam que aproximadamente 10% a 20% dos moradores de rua avaliados em seu estudo

sofriam de um transtorno mental grave e de problemas com álcool ou outras drogas. No Brasil, Heckert et al¹⁸, em estudo desenvolvido com 83 moradores de rua da cidade de Juiz de Fora, encontraram uma prevalência de 9,6% de indivíduos com transtornos esquizofreniformes, 32,5% com transtornos do humor, 82% de dependentes de álcool e 31,3% dependentes de drogas, com uma prevalência de comorbidade entre quaisquer transtornos mentais de 78,3%.

A maior limitação quanto a possíveis vieses de seleção diz respeito à alta proporção de não-resposta. Quarenta e nove por cento dos indivíduos sorteados para a inclusão no estudo, não foram entrevistados; 30,8% sequer foram localizados, sendo que 11,1% eram desconhecidos no endereço dado ao serviço ou o endereço era inexistente. É possível que haja uma maior proporção de indivíduos com comorbidade entre os não entrevistados. Porém, para que essa não resposta justificasse a baixa prevalência observada, seria necessário que a proporção de indivíduos com comorbidade na amostra de não entrevistados fosse 3 a 4 vezes maior que a observada entre os respondentes, para se chegar a uma prevalência de 20% do total. Isso significaria ter de 30 a 40% dos indivíduos com comorbidade nos não entrevistados, o que é pouco provável. Além disso, seria necessário que as associações entre presença de comorbidade e uso de serviços e gastos familiares ocorressem de forma diferenciada entre os sujeitos que participaram e os que não participaram, para que os resultados referentes a essas associações se apresentassem distorcidos. Não há nenhuma razão para se supor que esse erro sistemático tenha ocorrido.

Informação

Toda a informação sobre o uso de álcool e drogas ilícitas, bem como do uso de medicações prescritas pelo médico, foram obtidas diretamente com os próprios pacientes. Não foi utilizada nenhuma outra fonte de dados objetiva, como

informações dos prontuários, médicos responsáveis ou familiares. Também não foi realizado nenhum teste biológico para a detecção do uso de drogas. Isto pode ter também implicado em subestimação do consumo e prevalência de abuso de substâncias.

A mensuração do uso de serviços nos seis meses anteriores à entrevista foi feita a partir de informações obtidas por informantes-chave, geralmente familiares dos sujeitos, responsáveis pelo cuidado dos mesmos. Desta forma, é provável que tenha ocorrido erro de medida não diferencial, particularmente para contatos com serviços ou atendimentos que chamem menos a atenção dos familiares, como por exemplo terapia ocupacional ou consulta com assistente social durante uma internação psiquiátrica. Esse tipo de erro também pode ter ocorrido em relação à quantificação dos contatos, como no número de contatos com emergências psiquiátricas.

Chance

Embora a amostra do presente estudo seja maior que as investigadas em outros estudos^{7,24,25,26,27} o número absoluto de pacientes com comorbidade foi pequeno. Isso faz com que o poder do estudo para detectar associações estatísticas e a precisão das estimativas sejam baixos, como pode ser observado nos amplos intervalos de confiança para associações entre comorbidade e uso de serviços de saúde, podendo ser esse o motivo de não terem sido observadas algumas associações descritas na literatura internacional. De fato, isso pode ter sido o caso em relação à associação entre comorbidade e contatos com emergências psiquiátricas e com internações psiquiátricas.

Confusão

Pela pequena prevalência de comorbidade encontrada neste estudo optou-se por não fazer a análise multivariada. Algumas associações podem estar sendo confundidas por outras, como a baixa prevalência de abuso de substâncias psicoativas encontrada nos sujeitos com diagnóstico de esquizofrenia e a maior presença e intensidade de sintomas negativos nestes sujeitos²⁸.

Interpretação Dos Resultados

Uso de serviços de saúde

A grande maioria das pessoas incluídas no estudo teve pelo menos um contato com psiquiatra nos 6 meses anteriores à avaliação, sendo um contato por mês a mediana do grupo, sugerindo que pessoas com transtornos mentais graves e suas famílias procuram o atendimento clínico ambulatorial como principal fonte prestadora de cuidados à saúde mental, e conseguem acesso a tais serviços. Por outro lado, 13% não tiveram nenhum contato com psiquiatras no período, e outros 17% tiveram 1 ou 2 contatos, indicando que um terço ou mais das pessoas com transtornos mentais graves tem aderência ruim ao tratamento ambulatorial, resultado semelhante aos de estudos em países mais desenvolvidos^{9,29} e ao de trabalho conduzido em São Paulo³⁰.

Os demais serviços de saúde mental foram muito menos utilizados no mesmo período. Um quinto da amostra teve pelo menos um contato com serviço de emergência psiquiátrica, proporção pouco maior que a observada em estudo realizado em Londres⁸, mas metade da encontrada em estudo em região rural da Nova Inglaterra, Estados Unidos⁵. É possível que esse tipo de serviço esteja realmente prestando atendimento a situações de crise, encaminhando para internação uma proporção dos casos atendidos nesse nível. A proporção de pessoas

com internação psiquiátrica no período é compatível com resultado de trabalho anterior³¹, no qual foi observado que em uma população de pessoas com psicose funcionais não-afetivas que em algum momento foram internadas, há ao longo do tempo uma estabilização quanto à proporção de indivíduos internados a cada ponto no tempo, sendo essa proporção cerca de 20%. Como a presente amostra inclui pessoas que nunca foram internadas, a proporção de pessoas que tiveram internação psiquiátrica nos 6 meses anteriores à avaliação é um pouco menor.

Observa-se que apenas um pequeno número de sujeitos teve acesso a outras formas de atenção à saúde mental, sendo marcante a pequena proporção de indivíduos que tiveram contato com terapeuta ocupacional ou com hospital-dia, e a quase completa ausência de contatos com serviços de convivência e de reabilitação, fundamentais para suprir as necessidades de cuidados de saúde dessas pessoas³², e praticamente inexistentes em São Paulo.

Os números referentes a contatos com serviços ou profissionais de saúde de outras áreas que não a da saúde mental são interessantes. Foi surpreendente verificar que um terço dos sujeitos tiveram contato com dentistas, e que 15% foram ao oftalmologista. Também houve utilização de serviços de emergência e clínicos gerais, porém por proporção de pessoas bem menor que a observada no estudo londrino⁸.

Sujeitos com comorbidade apresentaram alguns padrões de contatos distintos dos padrões observados para sujeitos sem comorbidade. Embora o risco de ter tido contato com serviços de emergência psiquiátrica tenha sido apenas pouco maior para pessoas com comorbidade, estas fizeram maior número de contatos por indivíduo que pessoas sem comorbidade, resultado na direção do que era esperado a partir de estudos em países mais desenvolvidos^{5,8}.

Houve tendência para maior risco de ter sido internado entre pessoas com comorbidade mas, contrariamente a resultados de estudos realizados em Londres^{7,8,33}, não se observou diferença quanto ao número de dias internado. É possível que isso seja reflexo de diferenças entre os programas de saúde mental e entre as sociedades em questão. No Reino Unido, o indivíduo internado em enfermaria psiquiátrica só recebe alta se tiver acomodação para onde ir. Caso ele ou sua família se oponham a que o mesmo volte a viver no mesmo lar, a equipe de saúde mental tentará providenciar nova acomodação, estendendo sua permanência na enfermaria. Já no Brasil, nem o indivíduo doente nem seus familiares podem cogitar a possibilidade de que o mesmo receba suporte, por parte dos programas de saúde mental ou da seguridade social, para que tenha sua própria acomodação.

Os padrões de contato com atendimento psiquiátrico ambulatorial foram distintos para sujeitos com e sem comorbidade. É possível que esse resultado reflita evidências de que pessoas com comorbidade têm pior aderência ao tratamento psiquiátrico⁹. No entanto, os dados do presente estudo não permitem maior segurança quanto a essa interpretação, pois o resultado do teste não paramétrico e o exame das amplitudes de variação no número de contatos com psiquiatras para os dois grupos permitem apenas afirmar que as distribuições são distintas.

Implicações

Implicações para políticas e programas de saúde mental

Não foram encontradas evidências que justifiquem a criação de novos serviços específicos ou programas especializados para o atendimento de pessoas com transtornos mentais graves e abuso de substâncias. No entanto, os resultados do presente estudo sugerem a necessidade de uma maior atenção e melhor treinamento das equipes de saúde mental que lidam com pacientes com

transtornos mentais graves, tanto no sentido de identificar os indivíduos com comorbidade, como para poder manejar melhor os cuidados prestados a elas, já que possivelmente as mesmas tendem a utilizar mais serviços de emergência e internação, e mostrar pior adesão ao tratamento na comunidade, como tem sido observado em países desenvolvidos.

Os resultados do presente estudo também indicam que pessoas com transtornos mentais graves carecem de cuidados de saúde e suporte social adequados a suas necessidades, independentemente de existir comorbidade ou não. É urgente um maior investimento em serviços de saúde mental que provejam cuidados intermediários, como centros de convivência e centros de reabilitação. A regionalização do atendimento, que já foi melhor na cidade de São Paulo, também é fundamental se pretende melhorar a adesão dessas pessoas ao tratamento na comunidade. Propostas como o gerenciamento de caso devem ser testadas e incorporadas às práticas das equipes de saúde mental, se forem mais efetivas que o modelo atualmente utilizado. Os programas de saúde da família, que estão sendo implantados por todo o país, incluindo a cidade de São Paulo, podem viabilizar essa atenção regionalizada e o acompanhamento dessas pessoas na comunidade. No entanto, será necessária a ampliação do número de equipes de saúde mental que possam oferecer os cuidados adequados às pessoas com transtornos mentais graves, pois de forma geral esses cuidados são complexos e requerem um nível de especialização que não é possível nem desejável nas equipes de saúde da família.

Um resultado alarmante é a constatação de que cerca de 40% das pessoas incluídas no presente estudo não recebiam nenhum tipo de benefício e não tinham nenhuma outra fonte de renda própria, sendo assim completamente dependentes de seus familiares para suas necessidades mais básicas, como moradia e alimentação. Essa dependência reflete-se em uma sobrecarga para as famílias, que gastam em média cerca de um salário mínimo por mês, somente com despesas

relacionadas ao membro doente. Desta forma, uma política de seguridade social efetiva permitiria que indivíduos com transtornos mentais graves tivessem uma vida mais digna, inclusive com alguma opção de lazer, e diminuiria consideravelmente o impacto causado pela doença em suas famílias.

Tabela 1
Proporção de sujeitos com algum contato com serviços de saúde, número mínimo, mediano e máximo de contatos (n=191)

	n	%	min.	mediana	max.
Consulta com psiquiatra	160	83,3	1	6	48
Consulta com dentista	59	30,7	1	3	25
Emergência psiquiátrica	40	20,9	1	1	30
Consulta com psicólogo	31	16,1	1	24	96
Emergência geral	30	15,6	1	1	7
Internação psiquiátrica*	30	15,6	7	40	120
Consulta com oftalmologista	28	14,7	1	1	4
Consulta com clínico geral&	25	13,2	1	1	4
Assistente social	21	10,9	1	3	24
Hospital-dia psiquiátrico*	13	6,8	3	80	130
Terapia ocupacional	9	4,7	2	24	120
Internação em hospital geral*	8	4,2	1	7	60
Centro de convivência*	4	2,1	48	92	130
Serviço para dependências químicas*	2	1,0	18	-	72
Centro de reabilitação#	2	1,0			

*frequência de contatos em número de dias.

#frequência de contatos ignorada.

&um valor ignorado.

Tabela 2
Associações entre abuso de substâncias e uso de serviços de saúde

	sem abuso (n=171) uso+ (%)	com abuso (n=20) uso+ (%)	RP	(IC95%)
Consulta com psiquiatra	146 (85,4)	14 (70,0)	0,82	(0,61 a 1,10)
Consulta com dentista	52 (30,4)	7 (35,0)	1,15	(0,61 a 2,18)
Emergência psiquiátrica	34 (19,9)	6 (30,0)	1,51	(0,72 a 3,14)
Emergência psiquiátrica (2 ou mais contatos)	13 (7,6)	5 (25,0)	3,29	(1,31 a 8,26)
Consulta com psicólogo	27 (15,8)	4 (20,0)	1,27	(0,49 a 3,25)
Emergência geral	27 (15,8)	3 (15,0)	0,95	(0,32 a 2,85)
Internação psiquiátrica	25 (14,6)	5 (25,0)	1,71	(0,74 a 3,97)
Oftalmologista	24 (14,0)	4 (20,0)	1,43	(0,55 a 3,69)
Clínico geral*	20 (11,7)	5 (25,0)	2,13	(0,90 a 5,04)
Assistente social	19 (11,1)	2 (10,0)	0,90	(0,23 a 3,58)

*um valor ignorado para o grupo sem abuso.

REFERÊNCIAS

1. Geller JL: Excluding institutions for mental diseases from federal reimbursement for services: strategy or tragedy? *Psychiatric Services* 2000; 51:1397-1403.
2. Menezes PR, Mann AH. The social adjustment of patients with schizophrenia: implications to the mental health policy in Brazil. *Rev Saúde Pública* 1993; 27(5):340-349.
3. Menezes PR, Rodrigues LC, Mann A. Predictors of clinical and social outcomes after hospitalization in schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1997; 247:137-145.
4. Bandeira, M. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. *J Bras Psiquiatria* 1991; 40(7):355-60.
5. Dixon L, Lucksted A, Stewart B, Delahanty J. Therapists' contacts with family members of persons with severe mental illness in a community treatment program. *Psychiatric Services* 2000; 50(11):1449-1451.
6. Bartels SJ, Teague GB, Drake RE, Clark RE, Bush PW, & Noordsy DL. Substance abuse in schizophrenia: service utilization and costs. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1993; 181:227-232.
7. Menezes PR, Johnson S, Thornicroft G, Marshall J, Prosser D, Bebbington P, Kuipers E. Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in south London. *British Journal of Psychiatry* 1996; 168:612-619.
8. McCrone P, Menezes PR, Johnson S, Scott H, Thornicroft G, Marshall J, Bebbington P, Kuipers E. Service use and costs of people with dual diagnosis in South London. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000; 101:464-472.
9. Owen RR, Fischer EP, Booth BM, Cuffel BJ. Medication noncompliance and substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services* 1996; 47:853-858.
10. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO 1992a.

11. World Health Organization. Life Chart rating form. Geneva: WHO 1992b.
12. Janca A, Üstün TB, van Drimmelen J, Dittmann V, Isaac M. ICD-10 symptom checklist for mental disorders. Geneva: WHO 1994.
13. Kay SR, Opler LA, Lindenmayer JP. Reliability and validity of the positive and negative syndrome scale for schizophrenics. *Psychiatry Research* 1988; 23:99-110.
14. Vessoni ALN. Adaptação e estudo de confiabilidade da escala de avaliação dos sintomas positivos e negativos para esquizofrenia no Brasil. [Dissertação de mestrado] São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 1993.
15. World Health Organization. Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS). Geneva: WHO 1988.
16. Menezes PR, Scazufca M. Estudo de confiabilidade da versão em Português da "Escala de Avaliação da Incapacidade Psiquiátrica (WHO/DAS)". *Jornal da ABP-APAL* 1993; 15:65-67.
17. World Health Organization. Schedule for clinical assessment in Neuropsychiatry. Geneva: WHO 1992c.
18. Beecham J. Collecting and estimating costs. Em: Knapp M (ed.). *The economic evaluation of mental health care*. Aldershot: Arena, 1995.
19. Menezes PR, Ratto LR. Prevalence of substance misuse among individuals with severe mental illness in São Paulo. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; Mar 39(3): 212-7.
20. Cuffel BJ, Shumway M, Chouljian TL, MacDonald T. A longitudinal study of substance use and community violence in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1994; 182:704-708.
21. Scott H, Johnson S, Menezes P, Thornicroft G, Marshall J, Bindman J, Bebbington P, Kuipers E. Substance misuse and risk of aggression and offending among the severely mentally ill. *British Journal of Psychiatry* 1998; 172:345-350.
22. Tessler RC, Dennis DL. A synthesis of NIMH-funded research concerning persons who are homeless and mentally ill. Washington: NIMH Division of Education and Service System Liaison. 1989.

23. Heckert U, Andrade L, Alves MJ, Martins C. Lifetime prevalence of mental disorders among homeless people in a southeast city in Brazil. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1999; 249:150-155.
24. Barbee JG, Clark PD, Crapanzano MS, Heintz GC, Kehoe CE. Alcohol and substance abuse among schizophrenic patients presenting to an emergency psychiatric service. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1989; 177:400-407.
25. Drake RE, Osher FC, Wallach MA. Alcohol-use and abuse in schizophrenia - A prospective community study. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1989; 177:408-414.
26. Drake RE, Osher FC, Wallach MA. Homelessness and dual diagnosis. *American Psychologist* 1991; 46:1149-1158.
27. Osher FC, Drake RE, Noordsy DL, Teague GB, Hurlbut SC, Biesanz JC, Beaudett MS. Correlates and outcomes of alcohol use disorder among rural outpatients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry* 1994; 55:109-113.
28. Serper MR, Alpert M, Richardson NA, Dickson S, Allen MH, Werner. Clinical effects of recent cocaine use on patients with acute schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152:1464-1469.
29. Miner CR, Rosenthal RN, Hellerstein DJ, Muenz LR. Prediction of compliance with outpatient referral in patients with schizophrenia and psychoactive substance use disorders. *Archives of General Psychiatry* 1997; 54:706-712.
30. Menezes PR, Scazufca M, Rodrigues LC, Mann AH. Household crowding and compliance with outpatient treatment in patients with non-affective functional psychoses in São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* Mar 2000; 35(3): 116-20.
31. Menezes PR. The outcome of schizophrenia and related psychoses after hospitalization: a prospective study in Sao Paulo, Brazil. [PhD thesis] London, University of London; 1995.
32. Phelan M, Thornicroft G. Community treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Monitor* 1994; 4:1-4.

33. Wright S, Gournay K, Glorney E, Thornicroft G. Dual diagnosis in the suburbs: prevalence, need, and in-patient service use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2000; 35:297-304.

7.6 THE SOCIAL ADJUSTMENT OF PEOPLE WITH SEVERE MENTAL ILLNESS IN SAO PAULO, BRAZIL

Andre Gulinelli. MD ¹; Lilian R.C. Ratto MD, MPhil ^{1, 2}; Paulo Rossi Menezes, MD, PhD. ^{1, 3}

1 Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Av. Dr. Arnaldo, 455 CEP 01246-903 São Paulo, Brasil

Department of Preventive Medicine, University of São Paulo Medical School, São Paulo, Brazil

2 CAISM- Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental. Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Rua Major Maragliano, 241. São Paulo, Brasil

CAISM - Integrated Mental Health Care Center of Santa Casa de Misericórdia, São Paulo, Brazil.

3 Núcleo de Epidemiologia, Hospital Universitário, Universidade de São Paulo. Av. Prof. Lineu Prestes 2565 - São Paulo, SP - CEP 05508-900 São Paulo, Brasil.

Section of Epidemiology, University Hospital, University of São Paulo, São Paulo, Brazil

Correspondence: Prof. Dr. Paulo Rossi Menezes

Funded by FAPESP, Brazil

Artigo submetido a Revista Brasileira de Psiquiatria

Janeiro 2005

ABSTRACT

Objective: To investigate levels of social adjustment in individuals with severe mental illness in a large urban center of a developing country.

Method: Cross-sectional study with all possible cases of severe mental illness from a specified geographic area of Sao Paulo, aged between 18 and 65. Social adjustment was assessed with a standardized instrument, the Disability Assessment Schedule (DAS).

Results: One hundred and ninety two subjects were included. Twenty-four patients (12.8%) showed poor or very poor social adjustment in the month prior to the interview. The most frequently affected areas of social functioning were work performance and sexual role. Negative symptoms, number of previous admissions and general symptoms showed statistically significant associations with global social adjustment scores.

Conclusion: Results suggest the need of better provision of community-based mental health services and training of mental health professionals, in order to provide adequate support to those with severe mental illnesses.

Key-words: mental disorder, social adjustment, longitudinal study, social functioning.

RESUMO

Objetivo: Investigar os níveis de ajustamento social em indivíduos com transtornos mentais graves em um grande centro urbano de um país em desenvolvimento.

Método: Indivíduos elegíveis deviam residir em áreas definidas, ter tido contato com os serviços psiquiátricos do setor público em período de 3 meses, idade entre 18 e 65 anos e diagnóstico de transtorno mental grave. O ajustamento social foi avaliado por instrumento padronizado, a Disability Assessment Schedule (DAS).

Resultados: Cento e noventa e dois indivíduos foram avaliados; 120 (63,8%) apresentaram ajustamento social regular ou pobre no mês anterior à entrevista. As áreas mais afetadas foram hipoatividade, isolamento social e participação nas atividades de casa. Número de internações anteriores, sintomas gerais e negativos de esquizofrenia mostraram-se associados ao ajustamento social global.

Conclusão: Dois terços dos participantes apresentaram importante comprometimento do funcionamento social. Os resultados sugerem a necessidade de provisão de serviços e treinamento dos profissionais em relação ao suporte dado aos pacientes quando em tratamento na comunidade.

Key-words: transtorno mental, ajustamento social, estudo longitudinal.

INTRODUCTION

Studies carried out in the United States and Europe has shown that impairment in social adjustment in individuals with severe mental disorder is very frequent, particularly in those with schizophrenia (1-4), but also in patients with affective disorders (5, 6). Disability in specific areas of social functioning seems to develop according to hierarchical lines, affecting peripheral social contacts first, such as work performance, and then affecting internal functioning areas, such as self-care (7). Knowledge on disability levels is essential for adequate provision of community mental health care for people suffering from severe mental illness (8).

Predictors for the social adjustment can be determined by indicators of mental illness, such as psychopathological symptoms, clinical conditions, baseline social adjustment, the occurrence of a psychotic relapse and length of hospitalization, severity of illness (9,10,11,12), family adaptability, and emotional over involvement in relatives (13,14), gender (15,16,17,12), abnormalities of personality and social adjustment in childhood (12), social skills (11), drug use/abuse (17).

Although there is evidence in favor of a better outcome for psychosis in developing countries, empirical data about the social adjustment of people with severe mental disorder in large urban centers of such countries are scarce, and suggest that those with severe mental illness in these settings is less favorable. A previous study with people suffering from schizophrenia who had been admitted to hospital in a large urban center of Brazil showed that they experienced high levels of impairment in social functioning, both at the time of admission (18) and 2 years later (19). The distribution of global social adjustment levels at 2-year follow-up was similar to that observed at the outset, with approximately one third of subjects

showing good, one third showing intermediate and one third showing poor global social adjustment (19). The objectives of the present study were to investigate the social adjustment in individuals with severe mental illness living in the community in the city of Sao Paulo, and to study which socio-demographic and clinical characteristics were associated with poor social functioning.

METHOD

Study design and sample

A cross-sectional study was carried out, with individuals suffering from severe mental disorder, living in defined geographic areas of Sao Paulo, Brazil, who had had contact with any mental health service of the public health system during a three-month period. Seven administrative districts of the city of Sao Paulo were chosen as the geographic area for the study. This choice was made according to the organization of the public psychiatric health care in such areas, which would facilitate the execution of epidemiological studies. Each one of these districts had some level of psychiatric health services, such as psychiatric hospital beds, emergency unit, mental health outpatient clinic or psychosocial attention center. They were located in the Northern, Western and Central areas of Sao Paulo, accounting for about 570,000 inhabitants. The Central area has inner city characteristics, with many slums, and people who live there belong to lower socioeconomic classes. In the Northern area, the population is heterogeneous, composed mainly from medium socioeconomic class, with some slums. In the Western region, people belong to medium economic class.

All public psychiatric services that might be used by eligible subjects were scrutinized to identify all possible cases of severe mental illnesses who were

living in the study geographic area, who were aged between 18 and 65, who had had at least one contact with such public psychiatric services (hospitals, emergency units, ambulatory services), during the period between September 1st, 1997 and November 30th, 1997. Individuals were eligible if they fulfilled criteria for a clinical diagnosis of severe mental disorder (codes F20-9, F30-1, F32-3 with psychotic symptoms, according to the ICD10) (20), after standardized assessments.

Assessments

Socio-demographic data:

Information was obtained using a standardized questionnaire, for the following socio-demographic variables: sex, age, marital status, place of birth, educational level, occupational status, living arrangements, monthly family and per capita income.

Psychiatric history:

A standardized questionnaire was applied to all patients, adapted from the 'Life Chart Rating Form' (21), a WHO-developed questionnaire used to get longitudinal information to the multicentric study of the course and outcome of schizophrenia. Information obtained included number of previous admissions to psychiatric hospitals, previous treatments, current treatment, violence episodes, suicide attempts and occupational history.

Psychiatric diagnosis:

Psychiatric diagnoses were given according to the criteria of the 10th version of the International Classification of Diseases, using the ICD-10 check-list (20), with data from psychiatric interviews with the subjects, complemented by extra information given by a key informant, generally a relative of the subject.

Psychiatric symptoms:

The assessment of psychiatric symptoms was made using the 'Positive and Negative Symptom Schedule' (22). Subjects were assessed on three sections: positive symptoms, negative symptoms and general symptoms.

Social adjustment:

For the assessment of social disability, the WHO psychiatric Disability Assessment Schedule (DAS) (23) was used. This scale has been specially developed for the purpose of assessing social functioning of patients in a variety of different settings and cultures, and was also available in a Portuguese version, showing good reliability when applied to schizophrenic individuals (24). In the present study, key-informants answered sections 1, 2 and 5. Section 1 is related to overall behavior, with 4 items about self-care, underactivity, slowness and social withdrawal. Section 2 deals with the performance of social roles, such as work, parental duties, sexual relationships and occupational role. Section 5 is a global assessment of social functioning, based on information obtained for sections 1 and 2. Scores for each item of section 1 and 2 range from 0 ('no dysfunction') to 5 ('maximum dysfunction'). Scores for section 5 ranges from 'excellent social adjustment' (score 0) to 'very poor social adjustment' (score 5). The period covered was the month prior to the interview.

Alcohol or drug abuse:

The section about alcohol and drugs abuse of 'SCAN' (25) was applied to the patients. It is a standardized semi-structured psychiatric interview, developed by WHO. It gives diagnosis of dependence or abuse of substances, according to ICD-10 criteria.

Procedures

Medical records of 20 mental health services were browsed, to produce the sampling list of potentially eligible subjects. This work was carried out manually in most services. Inclusion of subjects at this phase was broad, due to the poor quality of medical records in most services. Research assistants, all mental health workers, were oriented to include anyone who could possibly have a psychotic illness. This phase of the fieldwork took place from December 1997 to August 1998. The sample was then drawn from this list, and letters were sent to subjects, explaining about the study, and informing of a home visit by research workers. These were also mental health professionals, trained in the use of all the instruments described above. Research workers tried to contact subjects at least three times, at different hours, before considering the subject as a non-participant. If the subject did not live in the address recorded in his/her medical file, research workers would try to get information from the current occupiers of that address, or with neighbors. If no such information could be obtained, medical notes of all the mental health services were revised, to check for a possible updated address. Subjects were interviewed at their homes, whenever possible. Key informants, generally relatives, were also interviewed at home. This phase of the study took place from October 1998 to July 1999. The study had ethical approval from the ethical committee of the University of São Paulo Medical School, and from all visited institutions with such committees.

Analysis:

A data file was created using EpiInfo 6.04. Data were entered twice, in order to avoid data entry mistakes. After that, the data file was converted to be analyzed with the Stata 7.0 software. Consistency of data was then checked, and corrections were made when necessary. When explanatory variables were

continuous ones, analysis of variance was used in order to compare mean between 2 or more groups. Analysis of associations between categorical variables and 'poor social adjustment' was done using chi-square test. P-values equal or lower to 0.05 were considered significant. Logistic regression was used to examine independent associations. A forward stepwise process was carried out, checking whether adding a new variable would improve the goodness-of-fit of data, at a statistical level of significance of 0.05.

RESULTS

Characteristics of the sample:

Data obtained by searching records in psychiatric health services allowed identification of 620 subjects who were potentially eligible, of whom 404 individuals were randomly selected. Two hundred and six interviews were carried out. The main causes of non-response were: non-existing address or unknown patient in given address (11.1%), moved to unknown address (9.4%), moved to another city/state/country (8.2%), patients refusal (6.7%), relatives' refusal (3.2%). It was not possible to postpone the interview in 19 subjects (4.7%), 8 individuals (2.0%) had died and 3 subjects were in jail (0.7%). Six individuals (1.4%) were homeless or had disappeared. Compared to subjects who were interviewed, non-respondents had higher proportions of women (56.1% vs. 47.6%; $p=0.09$), affective disorders (30.0% vs. 22.8%; $p=0.15$), and were slightly younger (38.2 years vs. 40.0 years; $p=0.14$). However, these differences were not statistically significant. Fourteen subjects were excluded from the remaining analysis because they did not fulfill diagnostic criteria for severe mental illness.

The final sample was composed by 102 men and 90 women. The mean age was 41.5 years (SD = 11.4), ranging from 18 to 64. They were predominantly single, not born in the city of Sao Paulo, with 8 years or less of formal education and were receiving anti-psychotic drugs at any frequency. The monthly per capita income was less than R\$ 131.00 for 55% of the sample. One hundred subjects (52.1%) had had less than 4 previous admissions to psychiatric wards, and 40 (20%) had never been admitted. More than 85% of the subjects were using anti-psychotic drugs on a regular basis. The positive symptoms section of the PANSS was answered by 189 subjects, with a mean of 11.5 (SD = 5.5), ranging from 7 to 41; 187 individuals had all items of the PANSS about negative symptoms assessed, with a mean of 14.7 (SD = 8.6), ranging from 7 to 47, and 188 patients were assessed for all items of general symptoms, with a mean of 25.9 (SD = 8.5), ranging from 16 to 54 [Table 1].

Social adjustment:

The WHO/DAS was applied to 188 subjects (97.9%). It was not possible to get information for 4 subjects because they were living alone, and there were no key informants for them. The areas with higher levels of disability were the occupational and sexual roles, with 73.9% of the subjects scoring 1 or more in the items “interest in getting a job in the month before the interview” or “work performance”, and 73.3% scoring 1 or more in the items “marital role/sexual” or “sexual role” (for those who did not live with a partner). These areas were followed by underactivity (67.2%), social withdrawal (61.4%), and participation in household activities (60.9%) [Table 2].

In terms of severity of disability, when considering work performance and interest in getting a job together, 26.2% of the subjects received scores 4 or 5, and this was the area with the highest proportion of subjects showing

marked degrees of disability. Interest in getting information followed, with 15.4% of the sample scoring 4 or 5. Taking together marital/sexual relationships and sexual activity (items 2.3 and 2.5, respectively), 10.4% of the patients received a score 4 or 5.

Considering the scores for global social adjustment, 68 subjects (36.2%) had good social adjustment (scores 0 or 1), 96 (51.0%) of them had an intermediate social adjustment (scores 2 or 3), and 24 individuals (12.8%) had a poor social adjustment (scores 4 or 5).

In order to analyze which subjects' characteristics were associated with poor social adjustment, the global social adjustment was then categorized in a binary form, with scores 0 to 3 considered 'good social adjustment', while scores 4 and 5 were taken together into the 'poor social adjustment'.

Variables that showed significant statistical associations with poor social adjustment in the univariate analysis were age, negative symptoms, positive symptoms, general symptoms, monthly per capita income, number of previous admissions, ICD-10 diagnosis and marital status [Table 3].

Subjects who were single were also more likely to be younger and to have been admitted to psychiatric wards more frequently than subjects who were married or separated. They also showed a higher mean of negative symptoms than subjects with other marital status and had lower monthly income. Older subjects had the highest number of admissions. A strong positive association between number of previous admissions and score for positive symptoms was found. Subjects who had lower monthly family income showed a higher number of previous admissions and were younger. It was also found that individuals who had higher scores of negative symptoms had regular use of anti-psychotic drugs. Using logistic regression, the model that best fitted the data was obtained by including

negative symptoms, number of previous admissions and general symptoms [Table 4].

DISCUSSION

Methodological Limitations

Poor quality of information in the medical records consulted, regarding data on address, date of birth or age, and diagnosis, did not allow the identification of some individuals who might be eligible for the study. However, probably this was a random loss, not influencing the measures of social adjustment or the associations found in the present study. The sample was composed by individuals who were seen at public mental health services, and therefore those who seek care in private mental health services were not represented in this sample. However, when the study was carried out, few private health care plans included psychiatric care, particularly psychiatric admissions, and those who had such plans and needed psychiatric care were likely to have sought mental health services of the public sector. Individuals who did not have a permanent residence and homeless patients were not included in the present study.

The most important limitation of the present study is the high proportion of non-response. Forty-nine percent of the individuals selected to be included in the study were not interviewed; 30.8% were not found, and 11.1% were unknown at given address or it was non-existent. It is possible that there may be a different proportion of individuals who present poor social adjustment among non-interviewed respondents.

In order to assess the presence and the intensity of psychotic symptoms and to analyze the social adjustment subjects, semi-structured scales

were used (PANSS and DAS), which require clinical evaluation by interviewers. Possible systematic errors among interviewers were minimized by constant training and supervision developed along the study.

Interpretation of results:

The proportion of patients showing any degree of impairment in social adjustment was very high, with almost 92% of the patients with global scores of 1 to 5, but only 12.8% of the sample with scores 4 or 5. In a previous cross-sectional study of individuals with schizophrenia who had been admitted to hospital in Sao Paulo, Brazil, more than 80% of the sample showed some level of impairment in social adjustment, and almost 30% were severely disabled (18), much higher than that found in this study. This difference may be explained by the fact that in the previous study the sample was constituted by more severe cases (those who are admitted to hospital). Several studies carried out in developed countries have also shown that individuals with severe mental illness have marked levels of impairment in social functioning (1,2,3,4). Melzer et al (26), in a 1-year follow-up study of schizophrenic patients discharged from psychiatric hospitals in London, found that at follow-up 29% of the sample had good or excellent social adjustment, 50% had fair or poor, and 22% had very poor social adjustment or severe disability. Four years later, 41% were in the intermediate group, 41% showed good levels of social adjustment, and 18% had severe disabilities (27). In 70 first episode German schizophrenics, Schubart et al (2) found that two-thirds had DAS global scores of 3 or above at 2-year follow-up. They observed a tendency of subjects in the extreme categories to remain in such groups, and those in the intermediate category to drift towards better or poor levels of functioning.

The sample was predominantly single, not born in the city of Sao Paulo, with less than 9 years of formal education, and with ages ranging from 18 to

64, which is very similar to the sample analyzed by Menezes and Mann (18). As in their study, social withdrawal and participation in household activities were the items in which patients presented higher levels of disability, but, differently from that, in the present study, the item where most patients showed any degree of dysfunction was underactivity. The item where fewer subjects were reported to have any level of disability was social contacts, a finding similar to that from Menezes and Mann (18).

There was no statistical association between gender and poor social adjustment. Some studies have suggested some relation between symptom severity and social outcome, at least in specific areas of functioning. Strong associations were found between social adjustment levels and current symptomatology, particularly with negative symptoms, differently from MacEwan et al (16), who found association between social adjustment and positive symptoms, mainly in female Scottish patients, but similar to Mueser et al (11).

Similarly to Häfner et al. (28), who studied 232 German patients in a first episode of schizophrenia, and had their social disability detected by means of DAS, in this study it was found that, when initial symptoms first appear in early ages, these patients, most of them male, are likely to have a deficient social functioning: they remain single, present a higher number of admissions to psychiatric wards and have more negative symptoms after a long time of social needs in schizophrenia. Consequently, these patients receive anti-psychotic drugs more often, as detected in this study. Due to a higher mean of negative symptoms, they also present lower former education levels and lower familial income. All these characteristics lead these patients to have a lower monthly per capita income, as stated above.

Implications

Results of the present study point to the need for a much larger and better network of mental health services in the community for those with severe mental illness, in a multidisciplinary approach. Rehabilitation programs are needed, in order to reduce the observed high levels of social disability, trying to improve their in society, since disability arises first in peripheral social contacts, progressing in direction to closer patient's friends, reaching, in last instance, the self-care area (7). It also should include occupational skill training, help in searching for jobs and adequate housing provision. As most patients are single, their parents and relatives can't be left aside, no matter whether they are carers or not. Financial support, information about the illness and its treatment, respite care and other forms of help for informal carers are extremely important, since most of the burden of caring for people with severe mental illness in less developed countries rely on relatives or close friends. Delivery of mental health care should start to be based on needs of care assessments, and research in this field is necessary in order to better plan and organize mental health services.

The findings from the present study are not easily generalizable to the country as a whole, because there are huge regional differences in Brazil regarding culture, social economic development and organization and availability of health care services. Regional investigations are needed to guide service provision and to add knowledge on environmental and socio-cultural factors that may be related to the social adjustment of those with severe mental illness. Nevertheless, the picture seen in the present study must be similar to that found in many large cities of less developed countries around the world.

ACKNOWLEDGEMENTS

This work was supported by grants from FAPESP (process number 96/1007-3). AG had a scholarship from FAPESP (process number 00/14192-9). LRRCR had an MSc scholarship from CAPES, Brazil. PRM was partially supported by CNPq - Brazil.

Table 1 – Characteristics of the sample and associations with "poor social adjustment"

Variable	N	Poor SA [*] (%)	RR [‡]	95% Conf. [#]	P
Sex:					
• Female	88	9 (10.2)	1		0.33
• Male	100	15 (15.0)	1.5	0.7 to 3.2	
Place of birth:					
• City of Sao Paulo	91	13 (14.3)	1		0.55
• Other	97	11 (11.3)	1.3	0.6 to 2.7	
Marital status:					
• Single	109	21 (19.3)	5.1	1.6 to 16.4	0.002
• Other	79	3 (3.8)			
Educacional level:					
• 0 to 3 years	29	2 (6.9)	1		0.30
• 4 to 8 years	94	16 (17.0)	2.5	0.6 to 10.1	
• 9 to 11 years	33	4 (12.1)	1.8	0.4 to 8.9	
• 12 years or more	32	2 (6.3)	0.9	0.1 to 6.0	
Monthly per capita income[‡]:					
• R\$ 361.00 or higher	52	1 (1.9)	1		< 0.001
• From R\$ 131 to 360.00	32	3 (9.4)	4.9	0.5 to 44.9	
• Less than R\$ 131.00	34	5 (14.7)	7.7	0.9 to 62.6	
• None	68	15 (22,0)	11,5	1.6 to 84.0	
Monthly familial income:					
• R\$ 2700.00 or higher	29	3 (10.3)	1		0.67
• From R\$ 1301 to 2699.00	43	5 (11.6)	1.1	0.3 to 4.3	
• From R\$ 701 to 1300.00	51	8 (15.7)	1.5	0.4 to 5.3	
• From R\$ 361 to 700.00	39	3 (7.7)	0.7	0.2 to 3.4	
• Less than R\$ 361.00	26	5 (19.2)	1.9	0.5 to 7.0	
Crowding[®]:					
• 0 to 0.5	36	3 (8.3)	1		0.39
• 0.5 to 1.0	75	12 (16.0)	1.4	0.9 to 2.1	
• 1.0 to 1.5	31	5 (16.1)	1.3	0.6 to 3.0	
• 1.5 or higher	43	3 (7.0)	0.6	0.2 to 1.7	
Number of previous admissions:					
• None	39	1 (2.6)	1		< 0.001
• 1 to 3	60	2 (3.3)	1.3	0.1 to 13.9	
• 4 to 9	43	8 (18.6)	7.3	1.0 to 55.4	
• 10 or more	46	13 (28.3)	11.0	1.5 to 80.5	

continua...

...continuação

Variable	N	Poor SA [*] (%)	RR ^ξ	95% Conf. [#]	P
ICD-10 Diagnosis:					
• Bipolar affective disorder	45	1 (2.2)	1		0.05
• Schizophrenia	112	21 (18.8)	6.3	0.9 to 43.5	
• Psychotic depression	14	1 (7.1)	1.5	0.4 to 6.1	
• Other non-affective psychosis	12	1 (8.3)	1.6	0.4 to 6.4	
• Schizoaffective disorder	5	0 (0.0)	0.9	0.8 to 1.0	
Use of anti-psychotic drugs:					
• Never	26	1 (3.9)	1		0.15
• Sometimes	18	2 (11.1)	2.9	0.3 to 29.5	
• Regularly	142	20 (14.0)	3.7	0.5 to 26.1	

^{*}: Poor SA = Poor Social Adjustment (scores 4 and 5);
^ξ: RR = Relative Risk;
[#]: 95% Conf. = 95% Confidence Interval;
[⊕]: 2 missings;
[⊖]: 3 missings.

Table 2 - Distribution of scores by WHO/DAS item, in % (n=188):

ITEM	0	1	2	3	4	5	8	9
1.1 Self-care	50.8	26.0	16.9	5.8		0.5		
1.2 Underactivity	32.8	12.7	20.1	27.5	6.4	0.5		
Slowness	64.6	16.9	8.5	9.0	0.5	0.5		
Social withdrawal	38.6	23.3	14.8	16.9	4.8	1.6		
2.1 Participation	39.1	22.8	18.0	15.3	3.7	1.1		
2.2 Marital / affective	10.6	6.3	2.6	1.1	1.1		0.5	77.8
2.3 Marital / sexual	6.8	3.7	3.1	2.6	0.5	2.1	3.7	77.5
2.4 Parental	15.4	4.8	4.2	2.1				73.5
2.5 Sexual	12.0	12.6	24.1	16.8	7.8		3.7	23.0
2.6 Social contacts	71.4	16.4	2.1	6.3	1.1	1.1		1.6
2.7 Work performance	14.6	3.1	1.1	1.1	1.1		0.5	78.5
2.8 Interest in job	9.4	13.6	14.2	14.7	18.3	6.8	3.1	19.9
2.9 Information	43.4	13.2	20.6	6.9	8.5	6.9		0.5
2.10 Emergencies	47.6	10.6	4.8	4.2	4.2	1.6		27.0

Table 3 - Means of age, household, crowding, and PANSS scores, according to good or poor social adjustment levels (n = 187)

Variable	Good SA [*]	Poor AS [#]	p
	N = 164	N = 24	
	Mean (SD ^ξ)	Mean (SD ^ξ)	
Age	42.0 (11.3)	37.0 (11.4)	0.04
Crowding	1.2 (1.0)	1.0 (0.5)	0.23
Positive symptoms	10.7 (4.6)	17.4 (7.9)	< 0.001 [‡]
Negative symptoms	13.1 (7.0)	27.9 (9.2)	< 0.001 [‡]
General symptoms	24.7 (7.3)	36.1 (9.9)	< 0.001 [‡]

*: Good SA = Good Social Adjustment (scores 0 to 3);

ξ: SD = Standard Deviation;

#: Poor SA = Poor Social Adjustment (scores 4 and 5);

‡: t test for unequal variances.

Table 4 - Crude and adjusted odds ratios (OR) for "poor social adjustment" (n=187):

Variable	Crude OR	Adjusted OR	95% Conf.	P
<i>Negative symptoms:</i>	1.2	1.1	1.1 to 1.2	< 0.001
<i>General symptoms:</i>	1.1	1.1	1.0 to 1.2	0.014
<i>Previous admissions:</i>				< 0.001
4 to 9	9.7	8.9	1.2 to 66.9	
10 or more	18.5	22.4	3.3 to 153.9	

REFERENCES

- (1) Shepherd M, Watt DC, Faloon I, Smeeton N. The natural history of schizophrenia: a five-year follow-up study of outcome and prediction in a representative sample of schizophrenics. *Psychol Med* 1989; Monograph Suppl 15.
- (2) Schubart C, Krumm B, Biehl H, Schwartz R. Measurement of social disability in a schizophrenic patient group. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1986; 21:1-9.
- (3) McGlashan TH. The Chestnut Lodge Follow-up Study. II. Long-term outcome of schizophrenia and the affective disorders. *Arch. Gen. Psychiatry* 1984; 41:586-601.
- (4) Munk-Jørgensen P, Mortensen, PB. Social outcome in schizophrenia: a 13-year follow-up. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992; 27: 129-134.
- (5) Luty SE, Joyce PR, Mulder RT, McKenzie JM. Social adjustment in depression: the impact of depression severity, personality, and clinic versus community sampling. *J Affect Disord* 2002; 70(2): 143-54
- (6) Bauwens F, Pardoën D, Staner L, Dramaix M, Mendlewicz J. Social adjustment and the course of affective illness: a one-year controlled longitudinal study involving bipolar and unipolar outpatients. *Depress Anxiety* 1998; 8(2): 50-7.
- (7) De Jong A, Giel R, Slooff CJ, Wiersma D. Social disability and outcome in schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1985; 147:631-636.
- (8) Moreira MSS, Crippa JAS, Zuardi AW. Social performance expectations in psychiatric patients of a general hospital ward. *Rev Saude Publica* 2002; 36(6):734-42.
- (9) Bell V, Blumenthal S, Neumann NU, Schuttler R, Vogel R. Predictors for the social adjustment of first admitted psychiatric patients. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1986; 236(3): 174-8

- (10) Montero I, Ruiz Perez I, Gomez-Beneyto M. Social adjustment in schizophrenia: factors predictive of short-term social adjustment in a sample of schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 97(2): 116-21
- (11) Mueser KT, Bellack AS, Morrison RL, Wixted JT. Social competence in schizophrenia: premorbid adjustment, social skill, and domains of functioning. *J Psychiatr Res* 1990; 24(1): 51-63
- (12) MacEwan TH, Athawes RW. The Nithsdale Schizophrenia Surveys. XV. Social adjustment in schizophrenia: associations with gender, symptoms and childhood antecedents. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95(3):254-258.
- (13) King S, Dixon MJ. Expressed emotion, family dynamics and symptom severity in a predictive model of social adjustment for schizophrenic young adults. *Schizophr Res* 1995; 14(2): 121-32
- (14) King S, Dixon MJ. The influence of expressed emotion, family dynamics, and symptom type on the social adjustment of schizophrenic young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53(12): 1098 – 1104
- (15) Shirakawa I, Mari JJ, Chaves AC, Hisatsugo M. Family expectation, social adjustment and gender differences in a sample of schizophrenic patients. *Rev Saúde Pública* 1996; 30(3): 205-212.
- (16) MacEwan TH, Athawes RW. The Nithsdale Schizophrenia Surveys. XV. Social adjustment in schizophrenia: associations with gender, symptoms and childhood antecedents. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95(3): 254-8.
- (17) Lepine A, Cote G. Abuse of psychoactive drugs and social adjustment of psychotic patients. *Can J Psychiatry* 1998; 43(10): 1036-9
- (18) Menezes PR, Mann AH. The social adjustment of patients with schizophrenia: implications to the mental health policy in Brazil. *Rev Saúde Pública* 1993; 27(5):340-349.
- (19) Menezes PR, Rodrigues LC, Mann A. Predictors of clinical and social outcomes after hospitalization in schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1997; 247:137-145.
- (20) WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Classification of Diseases, 10th. Edition. WHO 1992, Geneva.

- (21) WORLD HEALTH ORGANIZATION. Life Chart Rating Form. WHO 1992; Geneva.
- (22) Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 13(2): 261-76, 1987.
- (23) WORLD HEALTH ORGANIZATION. Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS). WHO 1988, Geneva.
- (24) Menezes PR, Scazufca M. Estudo de confiabilidade da versão em português da "Escala de Avaliação Psiquiátrica (WHO/DAS). *Rev ABPAPAL* 1993; 15:65-67.
- (25) WORLD HEALTH ORGANIZATION. Schedules of clinical assessment in neuropsychiatry SCAN. WHO 1996, Geneva.
- (26) Melzer D, Hale AS, Malik SJ, Hogman GA, Wood S. Community care for patients with schizophrenia one year after hospital discharge. *Br Med J* 1991; 303:1023-1026.
- (27) Conway AS, Melzer D, Hale AS. The outcome of targeting community mental health services: evidence from the West Lambeth schizophrenia cohort. *Br Med J* 1994; 308:627-630
- (28) Häfner H, Nowotny B, Löffler W, An Der Heiden W, Maurer K. When and how does schizophrenia produce social deficits? *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 1995; 246:17-28.
- (29) Macdonald EM, Jackson HJ, Hayes RL, Baglioni AJ, Madden C. Social skill as determinant of social networks and perceived social support in schizophrenia. *Schizophr Res* 1998; 29(3): 275-286.

7.7 VIOLENT BEHAVIOR IN PEOPLE WITH SEVERE MENTAL ILLNESS IN THE CITY OF SÃO PAULO.

Lilian R. C. Ratto MD, MPhil^{1,2}, Paulo R. Menezes, MD, PhD^{2,3}, Flavio Soares MD, MPhil²

1. CAISM - Integrated Mental Health Care Center of Santa Casa de Misericórdia, São Paulo, Brazil. Rua Major Maragliano, 241 Vila Mariana. São Paulo. São Paulo. Brazil

2 Department of Preventive Medicine, University of São Paulo Medical School, São Paulo, Brazil. Av. Dr. Arnaldo 455. São Paulo São Paulo Brazil CEP 01246-903

3 Section of Epidemiology, Hospital Universitário da Universidade de São Paulo

Corresponding author: Dr. Lilian R. C. Ratto

Address: CAISM Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental

Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Rua Major Maragliano, 241 CEP

São Paulo (SP) – Brazil e-mail: lratto@sti.com.br

Phone/Fax number: 55-11-50877005

Funded by FAPESP, Brazil

O artigo está sendo preparado para submissão no British Journal of Psychiatry, como “short report”.

ABSTRACT

Introduction: The study of violent behavior in people with Severe Mental Illness (SMI) has acquired growing relevance, consequent to mental health policies with emphasis in community-based treatment. The aims of the present study were to estimate the frequency and characteristics associated to violent behavior in SMI in the city of São Paulo.

Method: One hundred and ninety one individuals with SMI, aged between 18 and 65 years, resident in a defined geographical area of São Paulo and who had contact with services of mental health were included. Structured assessments were used to obtain information on social-demographic characteristics, diagnostic, social adjustment, psychiatric symptoms, use of psychoactive substances and history of episodes of aggression.

Results: Thirty-seven (19,4%) subjects reported at least one episode of violence in the 12 months prior to the interview. Such episodes were mild for most cases (70,3%). Presence of positive symptoms of schizophrenia and no use or irregular use of psychiatric medication were associated with episodes of violence.

Conclusion: Violence in people with SMI is related to several factors. The identification of subgroups at higher risk, with adequate management, may help decrease this type of behavior.

INTRODUCTION

Community-based mental health care has brought increased attention to the issue of violent behavior among individuals with severe mental illness (SMI) (1,2,3). The combination of medication noncompliance and substance abuse is a significant predictor of serious violent acts in the community, even when socio-demographic and clinical characteristics are controlled. Individuals who have problems with both alcohol and illicit drug abuse appear to be at greatest risk for violence. These individuals may have poor insight into their illness, although insight is not an independent predictor of violence (4). In less developed countries, changes in mental health care favoring community-based services are now progressively taking place. Poverty, social violence and substance use may increase the likelihood of violent behavior among those with SMI in such settings, but empirical data scarce.

METHOD

The present study had a cross-sectional design and was carried out in Sao Paulo, Brazil. Seven administrative districts, heterogeneous in socio-economic conditions, and totalling a population of 609.000 inhabitants, were chosen as the geographical area of reference. Medical records of all mental health services (hospitals, emergency, outpatient, day hospitals) that provided care for the public health sector and, where people with severe mental illnesses living in those areas were most likely to seek care, were screened. Selection criteria at this stage

included all subjects who had at least one contact with any of those services in the period from 1st September to 30th November 1997, were aged between 18 and 65 years, a possible clinical diagnosis of functional psychosis, and a recorded address within the areas defined for the study. A sample was then randomly drawn from this list, for direct interview. Subjects had then to fulfil ICD-10 (5) criteria for a diagnosis of non-affective psychosis (codes F20 to F29), bipolar disorder (F30 or F31) or depressive disorder with psychotic symptoms (F32.4 or F33.4).

A standardised questionnaire was used to gather socio-demographic and socio-economic information. Data on psychiatric history and violent behaviour were obtained with the Life Chart Rating Form (6). Psychiatric diagnoses were made with the ICD-10 checklist (7). Psychopathology was assessed with the PANSS (8), and social adjustment levels were measured with the DAS (9). Patterns of use of substances in the 12 months prior to the interview, and symptoms of abuse or dependence of substances in the same period of time were assessed with the sections 11 and 12 of the SCAN (10). The study had ethical approval from the ethical committee of the Faculdade de Medicina da Universidade de Sao Paulo, and from all institutions with such committees. All included subjects signed an informed consent form agreeing to participate in the study.

Prevalence of violent behaviour with 95% CI was calculated. Associations with subjects' characteristics were examined by calculating OR with 95%CI. A multiple logistic regression model was used to obtain independent associations.

RESULTS

Data obtained from records of mental health services allowed identification of 620 subjects who were potentially eligible, of whom 404 individuals were randomly selected, and 206 (51%) interviews were carried out.

The main causes of non-response included: non-existing address or unknown patient in given address (11.1%), move to unknown address (9.4%), or to another city/state/country (8.2%), patients' refusal (6.7%), and relatives' refusal (3.2%). Compared to subjects who were interviewed, non-respondents had higher proportions of women (56.1% vs. 47.6%; $p=0.09$), affective disorders (30.0% vs. 22.8%; $p=0.15$), and were slightly younger (38.2 years vs. 40.0 years; $p=0.14$). Fourteen subjects were excluded from the analysis because they did not fulfill diagnostic criteria for severe mental illness. The sample was then composed by 102 men and 90 women. The mean age was 41.5 years ($sd = 11.4$), ranging from 18 to 64. They were predominantly single, not born in the city of Sao Paulo, with 8 years or less of formal education. One hundred (52.1%) subjects had less than 4 previous admissions to psychiatric wards, 40 (20%) had never been admitted to psychiatric hospitals, and more than 85% were using anti-psychotic drugs on a regular basis. The mean score for the positive symptoms section of the PANSS was 11.5 ($sd = 5.5$). The mean for negative symptoms was 14.7 ($sd = 8.6$). The mean for general symptoms was 25.9 ($sd = 8.5$).

Considering the scores for global social adjustment, 68 (36.2%) subjects had good social adjustment, 96 (51.0%) had regular social adjustment, and 24 individuals (12.8%) had a poor social adjustment. The most frequent clinical diagnosis was schizophrenia, with 113 (58.8%) subjects fulfilling ICD-10 criteria for such diagnosis, followed by 46 (24.0%) with bipolar disorder, 15 (7.8%) with depression with psychotic symptoms, 12 (6.3%) with other psychoses, and 6 (3.1%) with schizoaffective disorder.

Information about violent behavior was available for 191 subjects. Thirty-seven (19.4%, 95%CI 14-25.7%) subjects reported at least one episode of aggression in the 12 months prior to the interview. The episodes were mild (no life risk and no disabilities consequent) for most cases (70.3%). Only 9 (4.7%)

individuals reported more serious episodes of aggression, and just 2 (1%) episodes were considered severe (life risk). No individual was arrested or in jail in the previous 12 months. Subjects who were violent were more likely to be younger, but no other social demographic characteristic was significantly associated (Table 1). When analysing moderate and severe episodes together, male gender, being single and younger ages were characteristics associated to episodes of violent behaviour. Psychiatric variables that showed significant statistical associations with violence episodes in the univariate analysis were poor social adjustment, irregular use of psychiatric medication, and positive and general symptoms of schizophrenia. In the logistic regression, just positive symptoms of schizophrenia and non-compliance to medication were significant associated with violence. Abuse or dependence of alcohol or illegal substances in the same period of time were not statistically associated with violent behaviour (RR 1.1; 95% CI: 0.39-3.14; p: 0.84).

DISCUSSION

Methodological Limitations

The most important limitation of the present study is the high proportion of non-response. Forty-nine percent of the individuals selected to be included in the study were not interviewed. This may have caused an underestimation in the prevalence of violent behavior (11).

Information on violent behaviour was obtained by direct interview with participating subjects, and no other source of information, such as relatives or medical records, was used for this purpose. This may have also contributed to an underestimation of the prevalence of episodes of violent behaviour.

Violent behaviour

The reasons for violence in patients with SMI are a matter of debate. Male gender, a primary anti social personality, more severe psychopathology, poor insight, early onset of psychosis, social class, drug or alcohol abuse, medication noncompliance, victimization are possible important factors. The prevalence of violent behavior was comparable with results of International studies (12), but the severity of aggression among this community sample was lower (13, 14). Consistent with the findings of many international studies, violence episodes were associated with noncompliance or irregular use of psychiatric medication (15), but different from the literature, were associated with more severe psychopathology, like positive symptoms of schizophrenia.

Studies in Europe and United States have reported that the interaction of gender and substance abuse problems was significant in predicting violence (4, 14). This interaction was not found in this study, suggesting that social variables may have a role. Most people with SMI in Brazil live with their families, which may protect them from being exposed to situations where they can be involved in violence. The low prevalence of alcohol and drug abuse found in this study (11) supports such possibility.

Public perceptions of mentally ill persons as criminally dangerous appear to be exaggerated. The vast majority of persons with mental illness do not commit acts of violence. The results of the study support the hypothesis that people with SMI are not major contributors to police-identified criminal violence.

TABLE 1 - Associations between subjects’ violence, social demographic characteristics and psychiatric symptoms (N= 191)

	N(%)	VIOLENT Behaviour	RR	CI95%	p
SEX					
0.12					
Female	89	13(14.6)			
Male	102	24(23.5)	1.61	0.89-2.97	
MARITAL STATUS					
0.45					
Single	110	23(20.9)	1		
Married/Partner	43	10(23.3)	1.11	0.57-2.13	
Separated	32	3(9.4)	2.48	0.78-8.28	
Widowed	6	1(16.7)	1.39	0.21-9.05	
PLACE OF BIRTH					
0.38					
São Paulo	91	20(22.0)	1		
Other	100	17(17.0)	0.77	0.43-1.38	
EDUCATION (YEARS)					
0.84					
0-3	29	5(17.2)	1		
4-8	96	21(21.9)	1.26	0.52-3.06	
9-11	34	6(17.6)	1.28	0.44-3.73	
12 or more	32	5(15.6)	0.90	0.29-2.81	
AGE GROUP (YEARS)					
0.01#					
18-24	14	4(28.6)	1		
25-34	40	13(32.5)	1.13	0.44-2.91	
35-44	62	11(17.7)	0.62	0.23-1.66	
45-54	42	6(14.3)	0.50	0.16-1.51	
55-65	33	3(9.1)	0.31	0.08-1.23	
DIAGNOSIS *					
0.42					
Affective psychosis	67	11(16.4)			
Non affective psychosis	124	26 (21.3)	1.3	0.7-2.4	
DIAGNOSIS					
0.26					
Schizophrenia	112	22(19.6)	1		
Other non-affective psychosis	12	4(33.3)	1.69	0.70-4.10	
Bipolar disorder	46	10(21.7)	1.10	0.56-2.14	
Depression with psychotic symptoms	15	0	—		
Schizoaffective disorder	6	1(16.7)	0.84	0.13-5.27	

continua..

...continuação

	N(%)	VIOLENT Behaviour	RR	CI95%	P
PSYCHIATRIC ADMISSIONS					0.47
None	40	8(20.0)	1		
1-3	60	9(15.0)	0.75	0.31-1.8	
4-9	42	7(16.7)	0.83	0.33-2.1	
10 or more	49	13(26.5)	1.32	0.61-2.9	
SOCIAL ADJUSTMENT ****					0.006
Good	68	8(11.8)	1		
Regular	95	18(18.9)	1.61	0.74-3.5	
Poor	24	10(41.7)	3.54	1.6-7.9	
Use of Psychiatric medication *					0.004
Most of the time	176	30(17.0)	1		
Part time	12	5(50.0)	2.93	1.4-5.9	
Never	3	2(66.7)	3.91	1.64-9.3	
Anti-psychotic medication use *					0.03
Most of the time	144	24(16.7)	1		
Part time	19	8(42.1)	2.52	1.33-4.8	
Never	26	5(19.2)	1.15	0.5-2.74	
PANSS	Mean (sd)	Mean (sd)			
Positive symptoms**	10.7(4.8)	14.5(7.4)			<0.001
Negative symptoms ***	14.2(8.2)	17.1(9.3)			0.16
General symptoms	25.0(7.8)	29.4(10.1)			0.05
Total ***	50.0(17.6)	60.2(22.4)			0.06

* 2 missing
** 3 missing
*** 5 missing
****4 missing
Linear trend

REFERENCE

1. Torrey EF: Violent behavior by individuals with serious mental illness. *Hosp Community Psychiatry* 1994; 45:653–662
2. Mulvey EV: Assessing the evidence of a link between mental illness and violence. *Hosp Community Psychiatry* 1994; 45:663– 668
3. Monahan J, Steadman HJ (eds): *Violence and Mental Disorder: common events (1–3). Developments in Risk Assessment*. Chicago, University of Chicago Press, 1994
4. M.S. Swartz; J.W. Swanson; V.A. Hiday; R. Borum; R. Wagner; B.J. Burns Taking the wrong drugs: the role of substance abuse and medication noncompliance in violence among severely mentally ill individuals *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1998; 33: S75±S80
5. World Health Organization (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO
6. World Health Organization (1992) *Life Chart Rating Form*. Geneva: World Health Organization.
7. Janca, A., Ustun, T. B., van Drimmelen, J., et al (1994) *ICD-10 symptom checklist for mental disorders. version 1.1*. Geneva: World Health Organization.
8. Kay, S. R., Opler, L. A., Lindenmayer, J. P. Reliability and validity of the Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenics. *Psychiatry Research*, 1988; 23: 99-110.
9. World Health Organization (1988) *Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS)*. Geneva: WHO
10. World Health Organization (1994) *Schedule for clinical assessment in Neuropsychiatry*. Geneva: American Psychiatric Press.
11. Menezes P.R., Ratto L.R. (2004) Prevalence of substance misuse among individuals with severe mental illness in Sao Paulo. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, Mar 39(3), 212-7.

12. Swanson, J.W; Swartz, M. S., Essock, S.M.; Osher, F.C. Wagner, R., Goodman, L.A.; Rosenberg, S.D.; Meador, K.G. (2002) The social-environmental context of violent behaviour in persons treated for severe mental illness. *Am. J. Public Health* 92(9), 1523-1531
13. Swartz, M. S., Swanson, J.W., Hiday, V.A., Borum, R., Wagner, R., Burns, B.J. (1998) Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *Am. J. Psychiatry* 155:226-231
14. Hiday, V.A., Swartz, M. S., Swanson, J.W., Borum, R., Wagner, R. (1998) Male-female differences in the setting and construction of violence among people with severe mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 33: S68-S74.
15. Swanson, J.W., Swartz, M. S., Borum, R., Hiday, V.A., Wagner, R., Burns, B.J. (2000) Involuntary outpatient commitment and reduction of violent behaviour in persons with severe mental illness. *Br J Psychiatry* 176:324-331.

8. IMPLICAÇÕES

Os resultados deste estudo mostram que, apesar dos indivíduos não apresentarem muitos sintomas psiquiátricos nos momentos de avaliação, sofrem de importantes problemas de ajustamento social. Dois terços dos participantes apresentaram importante comprometimento do funcionamento social, como hipoatividade, isolamento social e dificuldade em participar nas atividades de casa. Estes resultados sugerem a necessidade de uma melhor provisão de serviços e treinamento dos profissionais em relação ao suporte dado aos pacientes quando em tratamento na comunidade.

Não foram encontradas evidências que justifiquem a criação de novos serviços específicos ou programas especializados para o atendimento desta população, no que se refere ao tratamento de pacientes com transtornos mentais graves e uso de substâncias ilícitas ou álcool. A prevalência do uso de substâncias se manteve relativamente estável no período de um ano, resultado similar aos encontrados em estudos internacionais. No entanto, alguns indivíduos apresentaram mudanças no seu comportamento quanto ao uso de drogas. A prevalência encontrada no seguimento de 1 ano manteve-se bem abaixo das apresentadas em estudos realizados em países desenvolvidos. Esse achado suporta a idéia de que fatores sócio culturais e ambientais influenciam a prevalência de comorbidade, como a facilidade de acesso a substâncias, suporte e controle dos familiares e crenças culturais.

É possível que a prevalência de abuso de substâncias seja maior em grupos específicos de pessoas com transtornos mentais graves, como os moradores de rua, aqueles que utilizam serviços de emergência psiquiátrica ou são internados e

pessoas com primeiros episódios de psicoses funcionais, como demonstra o estudo de Cordeiro et al. (2004), entre pessoas que têm um primeiro contato na vida com serviços de saúde mental em razão de um episódio psicótico. No entanto, no estudo conduzido com indivíduos internados em hospitais psiquiátrico na cidade de São Paulo, as prevalências encontradas foram ainda bastante mais baixas, do que as descritas em estudos internacionais (NASCIMENTO, 2003).

A prevalência do uso de tabaco e dependência de nicotina encontradas neste estudo são semelhantes às referidas em estudos internacionais. O hábito de fumar continua sendo o maior causa de morte passível de prevenção na sociedade, mas poucos são os programas que oferecem intervenções para a abstinência do tabaco, particularmente voltados a pacientes com transtornos mentais graves, mesmo em países desenvolvidos. De maneira coerente com as novas políticas anti-tabagismo, serviços que acompanham pacientes com transtornos mentais graves devem implementar programas direcionados a ajudar pacientes que querem parar de fumar. O treinamento dos profissionais de saúde mental deve incluir aspectos relevantes ligados ao tabagismo e a tratamentos a serem propostos a essa população, desde técnicas psicoeducacionais sobre as consequências do hábito de fumar, aconselhamento, desenvolvimento de habilidades para interromper o uso, a orientação familiar e institucional sobre os riscos associados ao tabagismo.

A grande maioria dos indivíduos com transtornos mentais graves avaliados não cometeu atos de violência. Segundo os dados sugeridos por esse estudo, a percepção comum e pública de que pacientes com transtornos mentais são criminosos em potencial é bastante exagerada. É possível que a prevalência de atos de violência seja maior em grupos específicos de pessoas com transtornos mentais graves, como os moradores de rua, aqueles que têm pior adesão ao tratamento na comunidade, que não tem família ou estão presos, detidos ou envolvido diretamente com o tráfico de drogas. Pesquisas com populações específicas serão importantes

para determinar a relevância do comportamento agressivo, violento ou criminoso em pacientes com transtorno mental grave na nossa comunidade e determinar quais fatores clínicos e sócio culturais são relevantes para a apresentação de tal comportamento.

Os resultados aqui apresentados apontam para a necessidade da criação e implementação de uma maior e melhor rede de serviços de saúde mental na comunidade, com abordagem multidisciplinar. Pessoas com transtornos mentais graves carecem de cuidados de saúde e suporte social adequados a suas necessidades, independentemente de existir comorbidade ou não. Programas de reabilitação são oferecidos a um número reduzido de pacientes, que são privados de abordagens importantes para a melhora do funcionamento social. Isto inclui o treinamento de habilidade laborativas, ajuda em procurar emprego e moradia adequados, suporte financeiro, informações sobre a doença e o tratamento e orientação e assistência à família. É urgente um maior investimento em serviços de saúde mental que provejam cuidados intermediários, como centros de convivência e centros de reabilitação. Os programas de saúde da família, que estão sendo implantados por todo o país, incluindo a cidade de São Paulo, podem viabilizar uma atenção regionalizada e o acompanhamento dessas pessoas na comunidade.

Um resultado alarmante é a constatação de que cerca de 40% das pessoas incluídas no presente estudo não recebiam nenhum tipo de benefício e não tinham nenhuma outra fonte de renda própria, sendo assim completamente dependentes de seus familiares para suas necessidades mais básicas, como moradia e alimentação. Essa dependência reflete-se em uma sobrecarga para as famílias, que gastam em média cerca de um salário mínimo por mês, somente com despesas relacionadas ao membro doente. Desta forma, uma política de seguridade social efetiva permitiria que indivíduos com transtornos mentais graves tivessem uma vida

mais digna, inclusive com alguma opção de lazer, e diminuiria consideravelmente o impacto causado pela doença em suas famílias.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allardyce J, Boydell J, Van Os J, Morrison G, Castle DJ, Murray RM., McCreadie RG. Comparison of the incidence of schizophrenia in rural Dumfries and Galloway and urban Camberwell Br. J. Psychiatry, October 1, 2001, 179(4): 335 - 339.

Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello E.D. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). ABP-APAL 1992; 14:93-104.

Alterman AI, Erdlen FR, Murphy E. Alcohol abuse in the psychiatric hospital population. Addict Behav 1981; 6(1): 69-73.

Alverson H, Alverson M, Drake RE. An ethnographic study of the longitudinal course of substance abuse among people with severe mental illness. Community Mental Health Journal 2000; 36(6):557-69.

Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of insight in psychosis. Am J Psychiatry 1993; 150:873–879.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistic manual of mental disorders (third edition, revised) (DMS-III-R). APA, Washington, 1987.

Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2002; 37(7): 316-25.

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.

Bachrach LL. Deinstitutionalization: An Analytical Review and Sociological Perspective. Rockville, Md, National Institute of Mental Health, 1976 Psychiatry 162:587-592, 1993

Bachrach LL. Deinstitutionalization: promises, problems, and prospects, in Mental Health Service Evaluation. Cambridge, England, Cambridge University Press, Edited by Knudsen HC, Thornicroft G., 1996

Barbee JG, Clarck RE, Crapazano MS, Heintz GC, Kehoe CE. Alcohol and substance abuse among schizophrenics patients presenting to an emergency psychiatric service. J Nerv Ment Dis. 1989; 177:400-07.

Barrowclough C, Tarrier N. Social functioning in schizophrenic patients. I. The effects of expressed emotion and family intervention. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1990;25:125-9.

Bartels SJ, Drake RE, Wallach MA. Long-term course of substance use disorders among patients with severe mental illness. Psychiatric Services 1995; 46:248-251.

Bartels SJ, Teague GB, Drake RE, Clark RE, Bush PW, Noordsy DL. Substance abuse in schizophrenia: service utilization and costs. J Nerv Ment Dis. 1993; 181:227-32.

Beecham J. Collecting and estimating costs. Em: Knapp M (ed.). The economic evaluation of mental health care. Aldershot: Arena 1995.

Bell M, Greig T, Gill P, Whelahan H, Bryson G. Work rehabilitation and patterns of substance use among persons with schizophrenia. Psychiatric Services 2002; 53(1): 63-9.

Boyd JH, Burk JD, Gruenberg E, Holzer CE, George LK, Karno M, Stoltzman R, McEvoy L, Nestadt G. Exclusion criteria of DSM-III: a study of co-occurrence of hierarch-free symptoms. Arch Gen Psychiatry 1984; 41:982-87.

Boydell J, Van Os J, Lambri M, Castle D, Allardyce J, McCreadie RG, Murray RM. Incidence of schizophrenia in southeast London between 1965 and 1997. Br J Psychiatry 2003; 182:45 -49

Brewin J, Cantwell R, Dalkin T, Fox R, Medley I, Glazebrook C, Kwiecinski R, Harrison G. Incidence of schizophrenia in Nottingham. A comparison of two cohorts, 1978-80 and 1992-94. Br J Psychiatry 1997; 171:140-144

Clark RE. Family costs associates with severe mental illness and substance use. Hosp Community Psychiatry 1994; 45(8):808-13.

Clark RE, Drake RE. Expenditures of time and money by families of people with several mental illness and substance use disorders. Community Ment Health J 1994; 30:145-63.

Clark RE, Ricketts SK, McHugo GJ. Legal System Involvement and Costs for Persons in Treatment for Severe Mental Illness and Substance Use Disorders. Psychiatric Services 1999; 50:641–647.

Cleghorn JM, Kaplan RD, Szechtman B, Szechtman H, Brown GR, Franco S. Substance abuse and schizophrenia: effect on symptoms but not on neurocognitive function. J Clin Psychiatry 1991; 52:26-30.

Cordeiro DC, Menezes PR, Scazufca M, Busatto G, McGuire P, Murray RR. Substance misuse among first-contact psychosis in São Paulo, Brazil: a preliminary analysis. Schizo Res 2004; 67:S216

Corvin A, O'mahony ED, O'regan M et al. Cigarette smoking and psychotic symptoms in bipolar affective disorder. *Br J Psychiatry* 2001; 179:35-38.

Covey L, Hughes DC, Glassman AH, Blazer DG, George LK. Ever smoking, quitting, and psychiatric disorders: evidence from the Durham, North Carolina, Epidemiological Catchment Area. *Tobacco Control* 1994; 3:222-227.

Cuffel BJ. Prevalence estimates of substance abuse in schizophrenia and their correlates. *J Nerv Ment Dis* 1992; 180:589-92.

Cuffel BJ, Heithoff KA, Lawson W. Correlates of patterns of substance abuse among patients with schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry* 1993; 44(3):247-51.

Cuffel BJ, Shumway M, Chouljian MA, McDonald T. A longitudinal study of substance use and community violence in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1994; 182:704-08.

David AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry* 1990; 156:798– 808.

Dean AG, Dean JA, Colomlier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, et al. Epi Info, version 6: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Center for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, USA, 1994

Dixon L, McNary SMA, Lehman AF. Remission of Substance Use Disorder Among Psychiatric Inpatients With Mental Illness. *American Journal of Psychiatry* 1998; 155(2):239-243.

Drake RE, McLaughlin P, Pepper B, Minkoff. Dual diagnosis of major mental illness and substance disorder: an overview. *New Dir Ment Health Serv* 1991; 50:3-12.

Drake RE, Osher FC, Wallach MA,. Alcohol use and abuse in schizophrenia. A prospective community study. J Nerv Ment Dis 1989; 177:408-414.

Drake RE, Wallach MA. Moderate drinking among people with severe mental illness. Hosp Community Psychiatry 1993; 44(8):780-1.

Drake RE, Mueser KT, Clark RE, Wallach MA. The course, treatment, and outcome of substance disorder in persons with severe mental illness. American Journal of Orthopsychiatry 1996; 66:42-51.

Duke PJ, Pantelis C, Barnes TR. South Westminster schizophrenia survey. Alcohol use and its relationship to symptoms, tardive dyskinesia and illness onset. Br J Psychiatry 1994; 164:630-6.

El Guebaly N. Substance abuse and mental disorders: the dual diagnostic concept. Can J Psychiatry 1990; 35:261-7.

Geller JL. Excluding institutions for mental diseases from federal reimbursement for services: strategy or tragedy? Psychiatric Services 2000; 51:1397–1403.

Goff DC, Henderson DC, Amico E. Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side effects. Am J Psychiatry 1992; 149:1189-1194.

Gupta S, Hendricks S, Kenkel AM, Bhatia SC, Haffke EA. Relapse in schizophrenia: is there a relationship to substance abuse? Schizophrenia Res 1996; 20:153-6.

Hasin D, Liu X, Nunes E, McCloud S, Samet S, Endicott J. Effects of Major Depression on Remission and Relapse of Substance Dependence. Arch Gen Psychiatry 2002; 59:375-380.

Heckert U, Andrade L, Alves MJ, Martins C. Lifetime prevalence of mental disorders among homeless people in a southeast city in Brazil. *Eur.Arch.Psychiatric Clin Neurosci* 1999; 249(3):150-5.

Hennekens CH, Buring JE. *Epidemiology in medicine*. 1 Ed. Boston, Massachusetts: Little, Brown and Company; 1987

Hickling FW, Rodgers-Johnson P. The incidence of first contact schizophrenia in Jamaica. *Br J Psychiatry* 1995; 167:193-196.

Jerrel JM, Ridgely MS. Comparative effectiveness of three approaches to serving people with severe mental illness and substance abuse disorders. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183:566-76.

Johnson S. Dual diagnosis of severe mental illness and substance misuse: a case for specialist services? *Br J Psychiatry* 1997; 171:205-08.

Kay SR, Opler LA, Lindenmayer JP. Reliability and validity of the positive and negative syndrome scale for schizophrenics. *Psychiatry Res* 1988; 23:99-110.

Kennedy N, Boydell J, Kalidindi S, Fearon P, Jones PB, Van Os J, Murray RM. Gender Differences in Incidence and Age at Onset of Mania and Bipolar Disorder Over a 35-Year Period in Camberwell, England *Am. J. Psychiatry* Feb 2005; 162: 257 - 262.

Kessler RC, McGonaglie KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:p. 8-19.

Kirkwood BR. *Essentials of Medical Statistics*. 1 Ed. Oxford: Blackwell Science Publications; 1988.

Kovaszny B. Substance abuse among veterans with a diagnosis of schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry* 1991; 42:948-949.

Lenior ME, Dingemans PMAJ, Linszen DH, De Haan L, Schene AH. Social functioning and the course of early-onset schizophrenia: Five-year follow-up of a psychosocial intervention. *Br. J. Psychiatry* 2001; 179: 53 - 58.

Ley A, Jeffery DP, McLaren S, Siegfried N. Treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse. *The Cochrane Library* 1999.

Llloyd T, Kennedy N, Fearon P, Kirkibride J, Mallett R, Leff J, et al. ÆSOP study team: Incidence of bipolar affective disorder in three UK cities: Results from the ÆSOP study. *Br. J. Psychiatry*, Feb 2005, 186: 126 - 131.

Malla AK, Norman RMG, Manchanda R, McLean TS, Harricharan R, Cortese L, Townsend LA, Scholten DJ. Status of Patients With First-Episode Psychosis After One Year of Phase-Specific Community-Oriented Treatment. *Psychiatry Services* 2002; 53: 458 - 463.

Markova IS, Berrios GE. Insight in clinical psychiatry revisited. *Compr Psychiatry* 1995; 36:367-376.

Masterson E, O'Shea B. Smoking and malignancy in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1984; 145:429-432.

McCrone P, Menezes PR, Johnson S, Scott H, Thornicroft G, Marshall J, Bebbington P, Kuipers E. Service use and costs of people with dual diagnosis in South London. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 464-472

McEvoy JP, Appelbaum PS, Apperson LJ, Geller JL, Freter S. Why must some schizophrenic patients be involuntarily committed? The role of insight. *Compr Psychiatry* 1989; 30:13–17. (a)

McEvoy JP, Apperson LJ, Appelbaum PS, Ortlip P, Brecosky J, Hammill K, Geller JL, Roth LH. Insight in schizophrenia: its relationship to acute psychopathology. *J Nerv Ment Dis* 1989; 177:43–47. (b)

McGrath JJ. Myths and plain truths about schizophrenia epidemiology –the NAPE lecture 2004. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111:4 –11.

McHugo GJ, DRAKE RE, Teague GB, XIE H. Fidelity to assertive community treatment and client outcomes in the New Hampshire dual disorders study. *Psychiatric Services* 1999; 50(6):818-24.

McPphillips MA, Kelly FJ, Barnes TR, Duke PJ, Gene-Cos N, Clark K. Detecting comorbid substance misuse among people with schizophrenia in the community: a study comparing the results of questionnaires with analysis of hair and urine. *Schizophrenia Res* 1997; 25:141-8.

Menezes PR. Abuso de substâncias psicoativas em pessoas com transtornos mentais graves no município de São Paulo. Tese (Livre Docência). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002

Menezes PR, Johnson S, Thornicroft G, Marshall J, Prosser D, Bebbington P, Kuipers E. Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illnesses in South London. *Br J Psychiatry* 1996; 168:612-9.

Menezes PR, Mann AH. The social adjustment of patients with schizophrenia: implications to the mental health policy in Brazil. *Rev Saude Publica* 1993; 27(5):340-9.

Menezes PR, Scazufca M. Estudo da confiabilidade de versão em Português da "Escala de Avaliação da Incapacitação Psiquiátrica (WHO/DAS)". *ABP-APAL* 1993; 15:65-7.

Menezes PR, Scazufca M, Busatto G, Saleh S, McGuire P, Murray RR. Incidence of first contact psychosis in São Paulo, Brazil: preliminary results. *Schizo Res* 2004; 67:S66.

Mercer-McFadden C, Drake RE. A Review of 13 NIMH Demonstration Projects for Young Adults With Severe Mental Illness and Substance Abuse Problems. Rockville, Md. US Department of Health and Human Services, Center for Mental Health Services, Community Support Program. 1995

Mieczkowski T, Barzelay D, Gropper B, Wish E. Concordance of three measures of cocaine use in an arrestee population: hair, urine and self-report. *J Psychoactive Drugs* 1991; 23(3):241-9.

Monahan J, Steadman HJ. (eds). Violence and Mental Disorder: common events (1–3). *Developments in Risk Assessment*. Chicago: University of Chicago Press; 1994.

Moreira MSS, Crippa JAS, Zuardi AW. Expectativa de desempenho social de pacientes psiquiátricos internados em hospital geral. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(6):734-42.

Mulvey EV: Assessing the evidence of a link between mental illness and violence. *Hosp Community Psychiatry* 1994; 45:663– 668.

Nascimento AF. Transtornos por uso de substâncias psicoativas em pessoas com transtornos psicóticos internadas em hospitais psiquiátricos no município de São Paulo. Tese (Doutorado)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

National Advisory Mental Health Council. Health care reform for Americans with severe mental illnesses: report of the National Advisory Mental Health Council. *America Journal of Psychiatry* 1993; 150:1447–1465.

Nilsson A, Waller L, Rosengren A, Adlerberth A, Wilhelmsen L. Cigarette smoking is associated with abnormal involuntary movements in the general male population- a study of men born in 1933. *Biol Psychiatry* 1997; 41:717-723.

Noto AR, Galduroz JCF, Carlini EA. Maconha: uma avaliação da situação brasileira através de quatro parâmetros epidemiológicos. *ABP-APAL* 1995; 17(4):133-7.

Proctor SE, Mitford E, Paxton R. First episode psychosis: a novel methodology reveals higher than expected incidence; a reality-based population profile in Northumberland, UK. *J Eval Clin Pract*, November 1, 2004; 10(4):539-47.

Regier DA, Boyde JH, Burk JD, Rae DS, Myers JK, Kramer M, George LK, Karno M, Locke BZ. One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45:977-86.

Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA* 1990; 264:2511-18.

Ries R, Mullen BA, Cox G. Symptom severity and utilization of treatment resources among dually diagnosed inpatients. *Hosp Community Psychiatry* 1994; 45:562-7.

Ruggere M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi G, Tonsela M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British journal of psychiatry* 2000; 177:149-155.

Salloum IM, Moss HB, Daley DC. Substance abuse and schizophrenia: impediments to optimal care. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1991; 17(3):321-36.

Sanguinetti VR, Samuel SE. Comorbid substance abuse and recovery from acute psychiatric relapse. *Hosp Community Psychiatry* 1993; 44(11): 1073-6.

Scheier FR, Siris SG. A review of psychoactive substance use and abuse in schizophrenia: patterns of drug choice. *J Nerv Ment Dis* 1987; 175:641-52.

Scott H, Johnson S, Menezes P, Thornicroft G, Marshall J, Bindman J, Bebbington P, Kuipers E. Substance misuse and risk of aggression and offending among the severely mentally ill. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 345-350

Scully PJ, Quinn JF, Morgan MG, Kinsella A, O'Callaghan E, Owens JM, Waddington JL. First-episode schizophrenia, bipolar disorder and other psychoses in a rural Irish catchment area: incidence and gender in the Cavan-Monaghan study at 5 years. *Br J Psychiatry* 2002; 181:3-9.

Serper MR, Alpert M, Richardson NA, Dickson S, Allen MH, Werner A. Clinical effects of recent cocaine use on patients with acute schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1464-9.

Shaner A, Khalsa ME, Roberts L, Wilkins J, Anglin D, Hsieh SC. Unrecognized cocaine use among schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1993; 150(5):758-62.

Soyka M, Albus M, Kathmann N, Fenneli A, Hofstetter S, Holzbach R, Immler B, Sand P. Prevalence of alcohol and drug abuse in schizophrenic inpatients. *Eur. Arch. Psychiatric Clin Neurosci* 1993; 242:326-72.

Srinivasan TN, Thara R. Smoking in schizophrenia -- all is not biological. *Schizophr Res* Jul 2002; 56(1-2):67-74.

Statacorp. Statistical software: release 7.0. College station. Tx Stata Corporation, 2000.

Sundquist K, Frank G, Sundquist J. Urbanization and incidence of psychosis and depression. Follow-up study of 4.4 million women and men in Sweden. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 293-298.

Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner Hr, Burns BJ. Violence and Severe Mental Illness: The Effects of Substance Abuse and Nonadherence to Medication *Am J Psychiatry* 1998; 155:226-231. (a)

Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner R, Burns BJ. Taking the wrong drugs: the role of substance abuse and medication noncompliance in violence among severely mentally ill individuals. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 75-80. (b)

Swofford CD, Kasckow JW, Schelles-Gilkey G, Inderbitzin LB. Substance use: a powerful predictor of relapse in schizophrenia. *Schizophrenia Res* 1996; 20:145-51.

Tessler RC, Dennis DL. A synthesis of NIMH-funded research concerning persons who are homeless and mental ill. NIMH division of education and services system liaison, Washington, 1989.

The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization. World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004; 291(21):2581-2590.

Torrey EF. Violent behavior by individuals with serious mental illness. *Hosp Community Psychiatry* 1994; 45:653–662.

Tsuang MT, Woolson RF, Fleming JA. Premature deaths in schizophrenia and affective disorders: an analysis of survival curves and variables affecting the shortened survival. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37:979-983.

Tucci AM, Kerr-Corrêa F, Dalben I. Ajuste social em pacientes com transtorno afetivo bipolar, unipolar, distímia e depressão dupla. *Rev Bras Psiquiatr* 2001; 23(2):79-87.

Verdoux H, Mury M, Besancon G, Bourgeois M. Comparative study of substance dependence comorbidity in bipolar, schizophrenic and schizoaffective disorders. *Encephale* 1996; 22(2):95-101.

Vessoni ALN. Adaptação e estudo de confiabilidade da escala de avaliação dos sintomas positivos e negativos para esquizofrenia no Brasil. Dissertação (mestrado) - Escola Paulista de Medicina-UNIFESP. São Paulo, 1993.

Watkins KE, Burnam A, Kung FY, Paddock S. A National Survey of Care for Persons With Co-occurring Mental and Substance Use Disorders. *Psychiatric Services* 2001; 52:1062–1068.

Wiersma D, Nienhuis FJ, Slooff CJ, et al. Natural course of schizophrenic disorders: a 15-year follow-up of a Dutch incidence cohort. *Schizophr Bull* 1998; 24:75–85.

World Health Organization. Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS). WHO, Geneva, 1988.

World Health Organization. Life Chart Rating Form. WHO, Geneva, 1992a.

World Health Organization. The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. WHO, Geneva, 1992b.

World Health Organization. Schedules of clinical assessment in neuropsychiatry SCAN. WHO, Geneva, 1996.

Wright S, Gournay K, Glorney E, Thornicroft G. Dual diagnosis in the suburbs: prevalence, need, and in-patient service use Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2000; 35(7):297-304.

Yesavage JA, Zarcone V. History of drug abuse and dangerous behavior in inpatient schizophrenics. J Clin Psychiatry 1983; 44:259-61.

Ziedonis DM, Kosten TR, Glazer WM, Frances RJ. Nicotine dependence and schizophrenia. Hosp Community Psychiatry 1994; 45:204-206.

Zisook S, Heaton R, Moranville J, Kuck J, Jernigan T, Braff D. Past substance abuse and clinical course of schizophrenia. Am J Psychiatry 1992; 149:552-553.

10. ANEXOS

ANEXO 1

Nome do paciente: _____ID_____

Entrevistador: _____

Data da entrevista: __/__/__

Data de nascimento: __/__/__

Gênero: (1) homem (2) mulher

Naturalidade: cidade _____ Estado _____

Há quantos anos em São Paulo? _____

Escolaridade (codifique): (1) 1º grau

(2) 2º grau

(3) superior

(4) pós graduação

Qual o último ano de escolaridade completado? _____

Estado civil (codifique): (1) solteiro

(2) casado

(3) viúvo

(4) separado/divorciado

(5) amasiado

ANEXO 2

LIFE CHART RATING FORM

HOSPITALIZAÇÕES

1- NÚMERO DE INTERNAÇÕES POR PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS

[Reinternações em um curto espaço de tempo (menos de 15 dias), e transferências para outros hospitais são consideradas como uma única internação.]

2- NÚMERO DE MESES NO HOSPITAL POR PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS

(inclua apenas pernoites)

3- QUANTO DUROU EM MESES O PERÍODO MAIS LONGO EM QUE ESTEVE NO HOSPITAL POR PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS?

MEDICAÇÕES NOS ÚLTIMOS 12 MESES

(incluindo medicações recebidas no hospital)

4- ALGUMA MEDICAÇÃO POR PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS

0=Nunca

1=Às vezes

2=A maior parte do tempo

5- NEUROLÉPTICOS

0=Nunca

1=Às vezes

2=A maior parte do tempo

Se nunca recebeu neurolépticos vá para o item 7

6- SE ÀS VEZES OU A MAIOR PARTE DO TEMPO, QUEM VEM PRESCREVENDO NEUROLÉPTICOS ?

1=Clínico geral

2=Psiquiatra

3=Outros: enfermeiros, farmacêuticos

OUTROS TRATAMENTOS NOS ÚLTIMOS 12 MESES

(indicar qualquer tratamento recebido pelo indivíduo)

USE ESTAS RESPOSTAS PARA AS QUESTÕES 7 A 15

0=NÃO

1=SIM

7- E.C.T .

8- REABILITAÇÃO/ HOSPITAL-DIA

(inclui recreação, educação, treinamento social e discussões em grupo. Trabalho abrigado também entra nesta categoria)

9- ACONSELHAMENTO/PSICOTERAPIA

(sessões regulares de pelo menos meia hora por mês. O foco pode ser sobre problemas do dia-a-dia)

10- TERAPIA FAMILIAR

(sessões regulares com membros da família do indivíduo com duração média de pelo menos meia hora por mês. O foco pode ser sobre conselhos práticos sobre como lidar com comportamentos difíceis do indivíduo)

11- MEDICINA POPULAR

12- TRATAMENTOS ALTERNATIVOS, INCOMUNS À CULTURA DO PACIENTE

13- OUTROS TRATAMENTOS PARA PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS

14- TRATAMENTO PARA PROBLEMAS COM DROGAS

15- TRATAMENTO PARA PROBLEMAS COM ÁLCOOL

ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DO PACIENTE NOS ÚLTIMOS 12 MESES

PARA OS ÍTENS 16 A 18 UTILIZE OS SEGUINTE ESCORES:

0=Nunca

1=Às vezes

2=A maior parte do tempo

16- A FAMÍLIA ACOMPANHOU O PACIENTE NOS TRATAMENTOS QUE ELE RECEBEU ?

17- A FAMÍLIA MONITOROU AS MEDICAÇÕES?

18- A FAMÍLIA SE ENVOLVEU EM DECISÕES SOBRE O TRATAMENTO COM OS TÉCNICOS RESPONSÁVEIS ?

TENTATIVA DE SUICÍDIO E HETEROAGRESSÃO

19- PENSOU EM SUICÍDIO: ALGUMA VEZ NA VIDA ?
NO ÚLTIMO ANO?

- 0=*Não*
- 1=*Ocasionalmente*
- 2=*Frequentemente*

20- TENTOU SUICÍDIO:ALGUMA VEZ NA VIDA ?
NO ÚLTIMO ANO?

- 0=*Não*
- 1=*Sim*

Se não tentou suicídio no período vá para o item24.

21- NÚMERO DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO: NA VIDA?
ÚLTIMO ANO?

22-QUAIS OS MÉTODOS UTILIZADOS NA TENTATIVA MAIS GRAVE? O MAIS FREQUENTE?

Para os itens 23, 24 e 25 considere a tentativa de suicídio com piores consequências para a saúde do indivíduo

23- GRAVIDADE DA TENTATIVA DE SUICÍDIO: NO ÚLTIMO ANO? NA VIDA?

- 1=*Leve (nenhuma ou quase nenhuma consequência)*
- 2=*Moderada (alguma consequência)*
- 3=*Grave (quase morreu, ou teve consequência séria permanente)*

24- INTENCIONALIDADE DA TENTATIVA: NO ÚLTIMO ANO? NA VIDA?

- 1=*Leve (não queria morrer)*
- 2=*Moderada (queria morrer mas não tinha certeza)*
- 3=*Grave (desejo claro de morrer)*

25- ESTAVA SOB EFEITO DE ÁLCOOL OU DROGAS?

26- AGREDIU ALGUÉM NOS ÚLTIMOS 12 MESES ?

0=Não

1=Sim

27- GRAVIDADE DA AGRESSÃO

1=Leve (quase nenhuma lesão)

2=Moderada (alguma lesão)

3=Grave (lesão grave)

descreva na folha de resposta

ANEXO 3

PANSS

NOME:							ID
ENTREVISTADOR:		Data da Entrevista:					/ /
P1- Delírios	1	2	3	4	5	6	7
P2- Desorganização Conceitual	1	2	3	4	5	6	7
P3- Comportamento Alucinatório	1	2	3	4	5	6	7
P4- Excitação	1	2	3	4	5	6	7
P5- Grandeza	1	2	3	4	5	6	7
P6- Desconfiança	1	2	3	4	5	6	7
P7- Hostilidade	1	2	3	4	5	6	7
N1- Afetividade Embotada	1	2	3	4	5	6	7
N2- Retraimento Emocional	1	2	3	4	5	6	7
N3- Contato Pobre	1	2	3	4	5	6	7
N4- Retraimento Social	1	2	3	4	5	6	7
Passivo/Apático							
N5- Dificuldade no Pensamento	1	2	3	4	5	6	7
Abstrato							
N6- Falta de Espontaneidade e	1	2	3	4	5	6	7
Fluência							
N7- Pensamento Estereotipado	1	2	3	4	5	6	7
G1- Preocupação Somática	1	2	3	4	5	6	7
G2- Ansiedade	1	2	3	4	5	6	7
G3- Sentimento de Culpa	1	2	3	4	5	6	7
G4- Tensão	1	2	3	4	5	6	7

G5- Maneirismos/Posturas	1	2	3	4	5	6	7
G6- Depressão	1	2	3	4	5	6	7
G7- Retardo Motor	1	2	3	4	5	6	7
G8- Falta de Cooperação	1	2	3	4	5	6	7
G9- Conteúdo Incomum do Pensamento	1	2	3	4	5	6	7
G10- Desorientação	1	2	3	4	5	6	7
G11- Déficit de Atenção	1	2	3	4	5	6	7
G12- Falta de Julgamento e “Insight”	1	2	3	4	5	6	7
G13- Ambivalência Volitiva	1	2	3	4	5	6	7
G14- Pobreza no Controle dos Impulsos	1	2	3	4	5	6	7
G15- Preocupação	1	2	3	4	5	6	7
G16- Esquiva Social Ativa	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 4**WHO PSYCHIATRIC DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE (WHO/DAS)****Seção 1: Comportamento global**

1.1 Cuidados pessoais

- a) higiene pessoal
- b) hábitos alimentares
- c) manutenção da moradia (p. ex, manter o próprio quarto arrumado)

1.2 Diminuição das atividades

tempo dispendido durante o dia, no que o contexto cultural considera, “não fazendo nada”, p. ex, ficar deitado e acordado na cama, ou sentado sem ocupação.

1.3 Lentificação

velocidade do movimento global e agilidade ne execução das atividades diárias

1.4 Isolamento social

- a) esquiva ativa a interação com pessoas
- b) esquiva ativa de estar na presença de outras pessoas

Seção 2: Performance do papel social

2.1 Participação nas atividades domésticas

- a) participação do paciente nas atividades domésticas comuns, como comer junto as outras pessoas, fazer trabalhos domésticos, assistir televisão
- b) participação nas decisões sobre a casa (p. ex, com as crianças, ou dinheiro)

2.2 Papel no casamento: relação afetiva para esposo/a

- a) comunicação com o/a esposo/a (p. ex, conversar sobre eventos comuns)
- b) habilidade em demonstrar afeição e carinho
- c) sentimento do esposo/a de que o paciente seja fonte de suporte para qual possa se voltar

2.3 Papel no casamento: relações sexuais com esposo/a

- a) ocorrência de relação sexual
- b) se o paciente tem satisfação com as relações sexuais
- c) se o/a esposo/a tem satisfação com as relações sexuais

2.4 Papel paterno/materno: interesse e cuidado com as crianças

- a) dedicação e performance no cuidado da criança, de acordo com a posição do paciente na casa (p. ex, alimentação, colocar na cama, levar a escola)
- b) interesse na criança

2.5 Papel sexual: relações com outras pessoas que não um parceiro conjugal (pacientes solteiros ou que não morem com o/a esposo/a)

- a) interesse heterossexual (ou homossexual) e reações emocionais apresentadas
- b) relações atuais ou contatos buscados pelo paciente (independente se há ou não relações sexuais envolvidas)

2.6 Contatos sociais:

Considerar comportamentos claros de conflito do paciente envolvendo argumentos inapropriados, aborrecimentos, raiva ou marcada irritabilidade aparecendo em situações sociais fora de casa

2.7 Papel ocupacional: performance no trabalho, incluindo estudantes e pessoas em emprego abrigado

- a) como o paciente se enquadra à rotina de trabalho, horários, regras
- b) qualidade de performance e produção

2.8 Papel ocupacional: interesse em conseguir emprego ou voltar ao trabalho ou estudos

- a) interesse em obter ou retornar ao trabalho e estudos
- b) medidas tomadas para obter um emprego ou iniciar estudos

2.9 Interesse em informações

- a) interesse mostrado pelo paciente em eventos locais ou mundiais, ou outros assuntos proporcionais a seu nível social, educacional e inteligência
- b) esforços para obter tal informação

2.10 Comportamento do paciente em emergências ou situações fora do comum, que tenha ocorrido nos últimos seis meses

- a) doença ou acidente envolvendo membro da família
- b) doença, acidente ou incidente envolvendo outras pessoas
- c) emergências menores (p. ex, quebra de equipamento)
- d) qualquer outra situação fora da rotina para o paciente que normalmente requeira ação

Todos os itens das seções devem ser codificados:

- 0 = sem disfunção
- 1 = disfunção mínima
- 2 = disfunção óbvia
- 3 = disfunção séria
- 4 = disfunção muito séria
- 5 = disfunção máxima

Seção 5: Avaliação Global

Considerando todas as informações obtidas e codificadas nesta lista, qual a avaliação geral do ajustamento social atual deste paciente?

0 = excelente ou ajustamento muito bom

1 = ajustamento bom

2 = ajustamento razoável

3 = ajustamento pobre

4 = desajustamento grave

5 = desajustamento máximo

8 = impossível atribuir pontuação

ANEXO 5**SCAN-USO DE ÁLCOOL**

- 1 Abstenção ao longo da vida
- 2 Frequência do uso de álcool no último ano e ao longo da vida
- 3 Estimativa da quantidade habitual diária de álcool, no último ano
- 4 Maior uso diário de álcool, em gramas (doses-padrão)
- 5 Frequência de uso mais intenso de álcool
- 6 Uso de álcool mais recente
- 7 Necessidade subjetiva de álcool
- 8 Incapacidade de se abster ou parar de beber
- 9 incapacidade de parar de beber depois que começou
- 10 Problemas sociais por causa do álcool
- 11 Problemas legais devido ao álcool
- 12 Persistir bebendo mesmo com prejuízo social e/ou legal
- 13 Falência de cumprir as obrigações básicas
- 14 Comportamentos de risco sob o efeito de álcool
- 15 Importância de atividades relacionadas ao beber álcool
- 16 Tempo envolvido em atividades relacionadas à bebida
- 17 Estreitamento do padrão de consumo de álcool
- 18 Tolerância ao álcool
- 19 Problemas psicológicos e de saúde mental devido ao uso do álcool
- 20 Problemas psicológicos e de saúde mental devido ao uso do álcool
- 21 Início dos problemas de saúde mental induzidos pelo álcool
- 22 Interferência devido a sintomas induzidos pelo álcool
- 23 Beber persistente após prejuízo mental
- 24 Problemas de saúde física devido a bebida
- 25 Beber persistente após dano físico

- 26 Problemas de abstinência ao álcool
- 27 Beber para aliviar ou evitar sintomas de abstinência
- 28 Reações patológicas/ idiossincráticas ao álcool
- 29 Efeitos tóxicos agudos do álcool, sem complicações
- 30 Trauma, ferimento corporal devido ao álcool
- 31 Hematêmese. Aspiração. Outras complicações
- 32 Alteração da consciência ou anormalidades da percepção provocadas pelo álcool
- 33 Beber atual e passado
- 34 Idade do início da dependência do álcool
- 35 Idade do fim da dependência do álcool
- 36 Idade do início de danos devido ao álcool.
- 37 Idade ao fim do período de danos devido ao álcool.
- 38 Interferência nas atividades devido ao álcool

USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ALÉM DO ÁLCOOL

1. Abstenção de drogas por toda a vida
2. Opióides prescritos
3. Sedativos, hipnóticos, ansiolíticos prescritos
4. Estimulantes prescritos
5. Uso de drogas fora da ou sem prescrição
6. Frequência do uso de opióides (1) sem prescrição
7. Cannabinóides (2)
8. Sedativos, hipnóticos, ansiolíticos (3)
9. Cocaína (4)
10. Estimulantes (5)
11. Alucinógenos (6)
12. ECSTASY (7)
13. Substâncias voláteis (8)
14. Outras e desconhecidas (9)
15. Uso mais recente (1-9)
16. Pela boca
17. Você alguma vez já usou alguma destas [drogas],
18. injetando-as na veia?
19. Injetando-as sob a pele ou no músculo?
20. Fumando?
21. Cheirando ou aspirando?
22. Outro método?
23. Necessidade subjetiva da droga
24. Incapacidade de se abster ou diminuir o uso de droga
25. Incapacidade de parar a droga depois que começou
26. Problemas sociais devido ao uso de drogas
27. Problemas legais devido ao uso de drogas

28. Persistir usando drogas mesmo com dano social ou legal
29. Incapacidade de cumprir com as obrigações cotidianas básicas
30. Comportamentos de risco sob o efeito de drogas [Use exemplo]
31. Importância de atividades relacionadas ao uso de droga
32. Tempo gasto em atividades relacionadas à droga
33. Estreitamento do padrão de uso da droga
34. Tolerância a drogas
35. Problemas de saúde mental devido a drogas
36. Início de problemas de saúde mental induzidos por droga
37. Interferência devido a sintomas induzidos pela droga
38. Uso persistente da droga apesar de prejuízo mental
39. Problemas de saúde física relacionados a drogas
40. Uso persistente da droga após prejuízo físico
41. Abstinência a droga
42. Problemas de abstinência por múltiplas drogas
43. Usar droga para aliviar efeitos da abstinência
44. Efeitos tóxicos das drogas
45. Uso atual e uso passado de drogas
46. Idade de início da dependência a droga
47. Idade do fim da dependência a droga
48. Idade de início do período de dano ou abuso pelo uso de drogas
49. Idade do fim do período de dano pelo uso de drogas
50. Interferência com atividades relacionadas com o uso da droga
51. uso de tabaco durante a vida
52. número de cigarros fumados num dia habitual
53. número de charutos fumados num dia habitual
54. número de cachimbadas fumadas num dia habitual
55. número de barras mascadas num dia habitual
56. número de (outros, use terminologia local) fumados num dia habitual

- 57. número de cigarros fumados num dia de uso mais intenso
- 58. número de charutos fumados num dia de uso mais intenso
- 59. número de cachimbadas fumadas num dia de uso mais intenso
- 60. número de barras mascadas num dia de uso mais intenso
- 61. número de (outros) fumados num dia de uso mais intenso
- 62. idade em que começou a fumar
- 63. idade que usou pela última vez
- 64. necessidade subjetiva de tabaco
- 65. incapacidade de abster-se ou diminuir o uso de tabaco
- 66. incapacidade de controlar o fumo depois de iniciar
- 67. restrições das atividades sociais pelo fumo
- 68. fumar persistente apesar das restrições sociais
- 69. tolerância ao tabaco
- 70. restrições das atividades físicas pelo fumo
- 71. tosse pelo fumo
- 72. susceptibilidade a infecções respiratórias
- 73. bronquite pelo tabaco
- 74. pressão arterial elevada pelo tabaco
- 75. problemas cardíacos pelo tabaco
- 76. câncer no pulmões pelo tabaco
- 77. efeitos tóxicos da nicotina
- 78. uso persistente apesar prejuízos físicos
- 79. desejo intenso pelo tabaco
- 80. irritabilidade e raiva
- 81. ansiedade
- 82. dificuldade de concentração
- 83. ficar inquieto
- 84. aumento do apetite ou peso
- 85. diminuição da frequência cardíaca

- 86. cefaléia
- 87. tontura ou insônia
- 88. tremor nas mãos
- 89. sentimentos de depressão
- 90. mal estar no estômago, ou aftas
- 91. aumento da tosse após parar de fumar
- 92. fumar para aliviar sintomas de abstinência
- 93. idade do início da dependência pelo tabaco
- 94. idade do final da dependência pelo tabaco
- 95. idade do início do dano pelo tabaco
- 96. idade do final do dano pelo tabaco

ANEXO 6

ANEXO 7**ESTUDO DE PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS E USO DE ÁLCOOL E
OUTRAS SUBSTÂNCIAS**

Caro(a) Sr(a).

Somos pesquisadores da FACULDADE DE MEDICINA – USP, e estamos fazendo um estudo sobre pessoas que tem ou tiveram problemas psiquiátricos. Esse estudo será muito importante para entender melhor se o uso de álcool e outras substâncias interfere nos problemas psiquiátricos, e pode ajudar a melhorar os tratamentos existentes até agora.

Para fazer esse estudo, estamos entrevistando pessoas que passaram em consulta psiquiátrica em setembro, outubro ou novembro de 1997, para saber como elas estão, e para fazer perguntas sobre o uso de álcool ou outras substâncias. Também entrevistaremos um familiar, para perguntar sobre consultas, internações, condições de vida em geral.

Também gostaríamos de entrevistar novamente todas as pessoas daqui a um ano, para saber o que aconteceu nesse período.

Este estudo não interfere no tratamento que você está recebendo, queremos apenas conversar com você e sua família por duas vezes.

Para isso estaremos indo à sua residência no dia ____/____/____, no período da _____.

Caso você não concorde com a entrevista ou prefira trocar o dia e a hora, por favor ligue para os telefones 5087-7011 ou 5087-7012, das 8:00 às 16:00 horas, Segundas ou Terças, ou das 8:00 às 12:00 horas às Quartas, pedindo para falar com Dra. Lilian Ratto. Se for necessário, deixe o recado com um telefone de contato.

Desde já agradecemos muito sua colaboração, até breve.

Dra. Lilian Ratto