

Avaliação do comprometimento funcional na esquizofrenia

Functioning disability assessment in schizophrenia

ANTONIO REIS DE SÁ JUNIOR^{1,2}, MAURÍCIO CÂNDIDO DE SOUZA²

¹ Médico psiquiatra. Colaborador do Projeto Esquizofrenia (Projesq) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP).

² Médico neurologista. Mestre em Neurologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Resumo

Contexto: A necessidade de avaliar o comprometimento de aspectos funcionais em transtornos psiquiátricos tem assumido crescente importância, particularmente no que se refere ao estudo da esquizofrenia. O funcionamento social deficiente é considerado na atualidade um importante sintoma da esquizofrenia. Vários instrumentos de mensuração para o acompanhamento da reabilitação desses pacientes foram desenvolvidos até o momento. **Objetivo:** Este artigo discute a avaliação do comprometimento do funcionamento social na esquizofrenia. **Método:** Resultados de recentes revisões da literatura são resumidos e discutidos. **Resultados:** Vários estudos têm abordado a importância da análise da performance social e pessoal na esquizofrenia. Essa avaliação tem se mostrado uma medida de desfecho confiável em estudos clínicos e programas de reabilitação. **Conclusão:** O DSM-III apresentou uma proposta inovadora com a divisão diagnóstica multiaxial, onde foi incluído o eixo V com o objetivo de avaliar o funcionamento global de pacientes com transtorno mental. Atualmente, encontramos esse eixo atualizado no DSM IV com a proposta do uso de escalas mais precisas para a prática clínica. A escala de Performance Social e Pessoal (PSP) desenvolvida por Morosini *et al.* (2000) é considerada útil e prática e tem servido como instrumento de mensuração no processo de reabilitação e os resultados das intervenções farmacológicas de pacientes com esquizofrenia.

Sá Junior, A.R.; Souza, M.C. / *Rev. Psiq. Clín.* 34, supl 2; 164-168, 2007

Palavras-chave: Esquizofrenia, performance social e pessoal, eixo V, reabilitação.

Abstract

Background: The assessment of functioning disability in patients with mental disorders and mainly in schizophrenia has increased in the last years. The social function impairment is nowadays recognized as an important symptom of schizophrenia. Many tools to measure social function impairment have been developed. **Objective:** This article discusses the assessment of functioning disability in schizophrenic patients. **Method:** The results of recently reported reviews of the literature are summarized and commented. **Results:** Several studies have evaluated the importance of Personal and Social Performance assessments in schizophrenia. These assessments have been shown as a reliable outcome measure in clinical trials and rehabilitation programs. **Conclusion:** Axis V has been inserted to the multiaxial system in DSM-III for assessing global function in mental disorders. DSM-IV has brought axis V up to date with improvements of accurate scales for clinical practice. Personal and Social Performance scale (PSP) was developed by Morosini *et al.* (2000). PSP is a useful and practical scale for assessing rehabilitation and pharmacology interventions in schizophrenic patients.

Sá Junior, A.R.; Souza, M.C. / *Rev. Psiq. Clín.* 34, supl 2; 164-168, 2007

Key-word: Schizophrenia, personal and social performance, axis V and rehabilitation.

Introdução

O comprometimento funcional decorrente da evolução da esquizofrenia representa um imenso desafio para o paciente, seus familiares e cuidadores. A esquizofrenia é tida como um transtorno caracterizado por promover grave deterioração funcional em várias esferas da vida e tem mobilizado inúmeros recursos com a meta de minimizar esses danos (Wallace e Liberman, 1985; Rabinowitz *et al.*, 2007).

O comprometimento cognitivo associado à esquizofrenia promove déficits neuropsicológicos em atenção, memória de trabalho, aprendizagem verbal e solução de problemas. Esses déficits têm mostrado relação com o comprometimento funcional (por exemplo, comportamento social, performance no trabalho e atividades da vida diária) (Matza *et al.*, 2006).

A preocupação com o funcionamento global nesse transtorno tem se mostrado crescente ao longo dos anos, sendo considerado, na atualidade, um importante indicador de desfecho na esquizofrenia. Vários instrumentos têm sido elaborados para orientar a mensuração da gravidade e melhorar o entendimento de causas relacionadas às perdas do paciente na execução de atividades sociais (Jolley *et al.*, 2006).

Wing e Brown (1970), em um estudo de acompanhamento de pacientes internados por um longo período, demonstraram que o preditor mais confiável de melhora em sintomas positivos e negativos referiu-se à mudança de hábitos sociais como a redução do tempo ocioso e o aumento do contato social desses pacientes. Olbrich *et al.* (1993) usaram uma abordagem similar e encontraram uma associação positiva entre a melhora do funcionamento social e a redução dos sintomas psicóticos.

O processo de desinstitucionalização dos pacientes portadores de transtorno mental tem ampliado o conceito de tratamento psiquiátrico. Há uma crescente valorização das conquistas no desempenho social e pessoal desses pacientes. O processo de reabilitação tem como objetivo manter um acompanhamento dos pacientes na comunidade, buscando o aperfeiçoamento de habilidades que proporcionem maior autonomia em diversas áreas de sua vida cotidiana (Bandeira *et al.*, 1998).

A tarefa de promover uma melhora no desempenho funcional na esquizofrenia é, sem dúvida, muito complexa. As experiências subjetivas relacionadas a esse transtorno promovem situações e percepções da realidade bastante particulares. Na maioria das vezes, tais experiências dificilmente são compartilhadas com as demais pessoas, incluindo os cuidadores e os profissionais envolvidos no tratamento. Dentro desse contexto, existe ainda um grande estigma, vinculado a uma visão socialmente negativa, que dificulta uma real inserção do paciente com esquizofrenia em sua comunidade (Villares e Sartorius, 2003).

Funcionamento e qualidade de vida

Os conceitos de funcionamento e qualidade de vida possuem algumas áreas de avaliação sobrepostas. Isso pode ser justificado, em parte, pelo fato de que o termo qualidade de vida tem uma ampla definição, que incorpora todos os aspectos da existência de um indivíduo. “Qualidade” pode se referir ao nível, ao padrão ou ao grau de excelência de algo, assim como “vida” pode se referir ao completo estado de atividade funcional de uma pessoa, incluindo comportamento, desenvolvimento, prazeres e todas as formas de existência (Souza e Coutinho, 2006).

Lehman *et al.* (1982) descrevem qualidade de vida como “o senso de bem-estar e satisfação experimentado pelas pessoas sob suas condições de vida cotidianas”. Um conceito tão amplo quanto esse pode incluir questões como emprego, família, ambiente e muitas outras condições, que devem ser levadas em consideração para que esse mesmo conceito seja útil como medida de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu qualidade de vida como a percepção do indivíduo a respeito de sua posição na vida, dentro do contexto, da cultura e do sistema de valores no qual ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito de caráter multidimensional e abrangente, que incorpora, de uma forma complexa, domínios como a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, os relacionamentos sociais, as crenças pessoais (espirituais e religiosas) e relações desses domínios com características ambientais.

A OMS define funcionamento como um termo genérico para as funções das estruturas do corpo, atividades e participação. Esse termo indica os aspectos positivos da interação entre um indivíduo e os seus fatores contextuais (ambientais e pessoais). A Classificação Internacional de Funcionamento (CIF), definida pela OMS (2004), apresenta a proposta de uma linguagem unificada e padronizada para descrição da saúde e alguns componentes relacionados a ela. Esses domínios são descritos com base na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade em duas listas básicas: a primeira delas, denominada “funções das estruturas do corpo”, a segunda, “atividades e participação”.

Como classificação, a CIF agrupa sistematicamente diferentes domínios de uma pessoa com determinada condição de saúde (por exemplo, o que uma pessoa com uma doença ou um transtorno pode fazer). A CIF também relaciona os fatores ambientais que interagem com todos esses constructos. Neste sentido, a classificação permite ao usuário registrar perfis úteis da funcionalidade, incapacidade e saúde dos indivíduos em vários domínios.

Nas classificações internacionais da OMS, os estados de saúde (doenças, transtornos, lesões etc.) são alocados, principalmente, na Classificação Internacional de Doenças em sua Décima Revisão (CID-10), que fornece uma estrutura de base etiológica. O funcionamento e a

incapacidade associados ao estado de saúde são classificados na CIF. Portanto, a CID-10 e a CIF são complementares e os profissionais de saúde são estimulados a usar, em conjunto, esses dois membros da família de classificações internacionais da OMS. Em conjunto, as informações sobre o diagnóstico e sobre o funcionamento dão uma imagem mais ampla e mais significativa da saúde das pessoas ou da população, o que pode ser importante em momentos de tomadas de decisão.

Avaliação de desfecho

A conduta de promover uma avaliação de desfecho com o uso de instrumentos padronizados tem sido sugerida como uma rotina na prática clínica. O uso de escalas poderia apoiar o controle da evolução da performance social ao longo do tratamento, facilitando a avaliação dos resultados da intervenção realizada.

Questionários preenchidos por profissionais de saúde mental, ou mesmo pelo paciente, apresentam grandes vantagens para o acompanhamento terapêutico. Contudo, quando falamos da mensuração de sintomas em estudos clínicos, devemos idealmente ter um instrumento que possua confiabilidade, precisão, que seja aceito dentro do contexto local do paciente e que ainda seja simples, de rápida execução, exigindo pouco ou nenhum treinamento, como nos questionários de autopreenchimento.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais na sua terceira edição (DSM-III) introduziu várias inovações metodológicas importantes. Uma das novidades foi a proposta de um sistema multiaxial com a presença do eixo V, o que demonstra a preocupação por uma avaliação abrangente dentro de um modelo que promove uma análise biopsicossocial.

Esse eixo foi criado para avaliar o comprometimento no funcionamento global de pacientes psiquiátricos. Endicott *et al.* (1976) desenvolveram uma atualização da Escala de Avaliação Global (EAG) que, por sua vez, foi adaptada para a escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF). Originalmente, a AGF havia sido desenvolvida para posicionar o paciente dentro de uma avaliação do funcionamento em termos de saúde ou doença. Posteriormente, essa escala foi revisada e adequada como uma escala de avaliação global para verificar amplamente a gravidade dos transtornos psiquiátricos. É essa versão modificada que foi incluída no DSM-III-R (Hilsenroth *et al.*, 2000).

O eixo V é um instrumento de medida da gravidade geral de transtornos psiquiátricos e apresenta facilidades como um escore resumido que permite um indicador clinicamente significativo da psicopatologia global do paciente. Um estudo de revisão realizado por Goldman *et al.* (1992) revelou considerável confiabilidade e validade da escala AGF, mas apenas uma pequena parte da pesquisa foi focada especificamente no eixo V. Uma das críticas que Goldman *et al.* (1992) faz a essa escala é a

avaliação combinada do funcionamento social, ocupacional e das relações em um único eixo. Uma importante consideração é que a AGF não deveria incluir a avaliação de sintomas psiquiátricos no funcionamento global. Nesse atual formato, a escala AGF inclui aspectos psicopatológicos dos eixos I e II, além do funcionamento social do paciente, o que limitaria a utilidade do eixo V.

Outro ponto discutido por Goldman *et al.* (1992) é relativo à exclusão da avaliação do comprometimento físico na escala AGF. Os autores sugeriram que as considerações favoráveis ou não referentes à condição médica geral do indivíduo deveriam ser relacionadas com seu funcionamento social e ocupacional. Contudo, as instruções de uso da AGF especificam: “não incluir prejuízo no funcionamento devido a limitações físicas (ou ambientais)”.

Os estudos de Goldman *et al.* (1992) propuseram modificações da versão da escala AGF que resultaram em duas outras escalas: Avaliação Global de Funcionamento das Relações (AGFR), para a mensuração de sintomas relacionados ao funcionamento psicológico, e Escala de Avaliação do Funcionamento Social e Ocupacional (EAFSO).

A idéia central do desenvolvimento dessas duas escalas é fornecer ferramentas aos pesquisadores e clínicos que permitam examinar domínios que são independentes de sintomas e/ou comprometimento psicológico. Na última revisão do DSM IV foram incorporadas essas sugestões, adicionando a AGFR e a EAFSO no apêndice B. É esperado que essas escalas melhorem a performance do sistema multiaxial para a avaliação de diferentes domínios do funcionamento dos pacientes e, assim, obtenha-se maior qualidade das informações.

A escala AGFR é usada para avaliar o funcionamento individual de relacionamentos com a família, amigos e outras relações duradouras, variando desde um funcionamento adequado e favorável até um relacionamento confuso e disfuncional. Permite, portanto, que o profissional de saúde classifique o grau em que uma família ou outra unidade de relacionamento contínuo satisfaz as necessidades de seus membros nas seguintes áreas:

- resolução de problemas – habilidades no gerenciamento de objetivos, regras e rotinas; adaptação a fatores estressantes; capacidade de resolver conflitos;
- organização – manutenção de papéis interpessoais e limites entre os subsistemas; funcionamento hierárquico; coalizões e distribuição do poder, controle e responsabilidades;
- clima emocional – tom e amplitude dos sentimentos; qualidade dos cuidados, empatia, envolvimento e vinculação/compromisso; compartilhamento de valores; resposta afetiva mútua, respeito e consideração; qualidade do funcionamento sexual.

Em muitos casos, é necessário avaliar a incapacitação social e ocupacional, além de rastrear o progresso

na reabilitação, independentemente da gravidade dos sintomas psicóticos. Para essa finalidade, foi elaborada a EAFSO.

A EAFSO difere da AGF ao focalizar, exclusivamente, o nível de funcionamento social e ocupacional do indivíduo e não ser diretamente influenciada pela gravidade geral dos sintomas psicológicos dos pacientes. Ao contrário da AGF, qualquer prejuízo nos funcionamentos social e ocupacional decorrente das condições médicas gerais foi considerado na confecção da EAFSO. Essa escala é geralmente usada para avaliar o funcionamento no período atual. No entanto, ela também pode ser usada para avaliar o funcionamento em outros períodos de tempo.

Performance social e pessoal (PSP)

A consideração da melhora do funcionamento social e pessoal no tratamento da esquizofrenia tem gerado a necessidade de aprimorar os atuais instrumentos de mensuração nesses pacientes. Morosini *et al.* (2000) desenvolveram uma nova escala para avaliar a Performance Social e Pessoal (PSP), utilizando a EAFSO como modelo.

A PSP é uma entre várias escalas usadas para avaliar o desfecho de funções sociais e pessoais nos pacientes em processo de reabilitação ou em tratamento medicamentoso. Mudanças consideráveis foram feitas na EAFSO durante o desenvolvimento da PSP. Em sua última versão, a PSP apresenta-se subdividida em dez intervalos iguais com um escore total de 100 pontos. Essa escala pode ser usada por profissionais de reabilitação de diferentes formações após um curto período de treinamento, sem perder sua confiabilidade. No estudo de Morosini *et al.* (2000), a PSP apresentou algumas vantagens quando comparada à EAFSO, tais como:

- a inclusão de instruções claras de manuseio e sobre como indicar a taxa de gravidade ou comprometimento;
- a especificação das áreas de comprometimento, enquanto a EAFSO refere-se apenas, de forma genérica, ao funcionamento social e ocupacional. Nesta escala, as atividades socialmente úteis, como o trabalho voluntário e a realização de tarefas domésticas, não são incluídas entre as atividades ocupacionais;
- e a não incorporação de aspectos psicopatológicos.

A PSP é uma escala de classificação de 100 pontos usada pelo profissional de saúde mental que mensura a atividade pessoal e social em quatro domínios do comportamento (atividades socialmente úteis, incluindo trabalho e estudo, relações pessoais e sociais, autocuidado e comportamentos desorganizados e agressivos). A escala PSP avalia o grau de dificuldade que um paciente apresenta nesses quatro domínios no período de um mês.

As opções para classificação da escala são: ausente, leve, manifesta, acentuada, grave e muito grave.

O comportamento nesses domínios orienta o médico na determinação do escore final na escala PSP (variando de 1 a 100). Escores mais altos indicam melhora do desempenho da atividade do paciente (escores de 71 a 100 indicam ausência de dificuldades ou dificuldades leves; de 31 a 70 indicam graus variados de dificuldade; de 1 a 30 indicam atividade que requer suporte intensivo ou supervisão).

A pontuação na escala PSP é baseada nos diferentes níveis de severidade que são medidos em intervalos de 10 pontos ou categorias (1-10, 11-20, 21-30 etc.). Com o uso contínuo da PSP, é possível monitorar o número de pacientes que tem alterações em mais de uma categoria, o que é clinicamente significativo no desempenho pessoal e social.

Discussão

A abordagem terapêutica na esquizofrenia tem passado por diversas mudanças ao longo das últimas décadas. O trabalho de profissionais de saúde mental, atuando em equipe, favorece uma visão ampla do comprometimento do indivíduo. Os serviços de saúde mental têm adotado o conceito de reabilitação biopsicossocial. Para tanto, fazem uso de uma equipe multidisciplinar.

Entretanto, a avaliação subjetiva dos resultados obtidos no processo terapêutico dificulta a comparação das intervenções. A escala PSP pode ser usada como um instrumento confiável e de fácil aplicação na mensuração dos resultados obtidos (Gigantesco *et al.*, 2006).

Os avanços farmacológicos no tratamento da esquizofrenia têm contribuído efetivamente no controle dos sintomas psicóticos e, com isso, ocasionado também um melhor desfecho clínico. Os atuais antipsicóticos apresentam melhores resultados em sintomas positivos. Contudo, a presença de sintomas negativos está relacionada a um maior comprometimento do funcionamento social e pessoal.

Alguns estudos envolvendo novos antipsicóticos utilizam a escala PSP para obter uma avaliação mais completa dos pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia (Marder *et al.*, 2007), o que demonstra a preocupação com a melhora da performance social e pessoal desses indivíduos. Intervenções que levem a uma melhora no desempenho social, como medidas comportamentais de reabilitação, ou novas medicações com maior eficácia em sintomas negativos, devem ser consideradas como metas na tratativa de pacientes com esquizofrenia.

Conclusão

Existem vários instrumentos criados para acompanhar o processo de reabilitação do funcionamento global de pacientes psiquiátricos. Contudo, direcionamos este artigo para a apresentação das escalas incluídas no DSM-IV e ainda da PSP por suas características favoráveis à prática clínica como a facilidade, a rapidez de aplicação e a

boa confiabilidade. Considerando todas as dificuldades encontradas no manejo da esquizofrenia, acreditamos que seja necessário o desenvolvimento de novas opções medicamentosas e de abordagens terapêuticas mais amplas que incluam uma equipe multiprofissional.

Gostaríamos de ressaltar a importância de avaliar o comprometimento da funcionalidade quando fazemos intervenções na esquizofrenia. Essa avaliação pode ser feita indiretamente através do acompanhamento do paciente em aspectos da vida ocupacional, social, autocuidado e comportamento disruptivos. Ou então, por meio de escalas de fácil aplicação que podem facilitar o acompanhamento. A implementação de uma avaliação sistematizada dos pacientes, em longo prazo, possibilita a geração de dados objetivos das propostas terapêuticas adotadas. Isso apenas é possível com o uso de instrumentos de mensuração como as escalas aqui apresentadas, ou mesmo outras que se apresentem viáveis por sua simples execução.

Conflitos de interesse: Os autores são funcionários (consultor médico/gerente médico) da Janssen-Cilag Farmacêutica.

Referências

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- Bandeira, M.; Gelin, D.; Lesage, A. - Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 12: 627-640, 1998.
- Endicott, J.; Spitzer, R.L.; Fleiss, J.L.; Cohen, J. - The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 33:766-771, 1976.
- Gigantesco, A.; Vittorielli, M.; Pioli, R.; Falloon, I.R.H.; Rossi, G.; Morosini P. The VADO Approach in Psychiatric Rehabilitation: A Randomized Controlled Trial *Psychiatric Services* 57(12): 1778-1783, 2006.
- Goldman, H.H.; Skodol, A.E.; Lave, T.R. - Revising axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning. *Am J Psychiatry* 149:1148-1156, 1992.
- Hilsenroth, M.J.; Ackerman, S.J.; Blagys, M.D.; Baumann, B.D.; Baity, M.R.; Smith, S.R. et al. Reliability and Validity of DSM-IV Axis V. *Am J Psychiatry* 157: 1858-1863, 2000.
- Jolley, S.; Garety, P.A.; Ellett, L.; Kuipers, E.; Freeman, D.; Bebbington, P.E. et al. - A validation of a new measure of activity in psychosis. *Schizophrenia Res* 85 (1-3): 288-295, 2006.
- Lehman, A.F.; Ward, N.C.; Linn, L.S. Chronic mental patients: the quality of life issue. *Am J Psychiatry* 139(10): 1271-1276, 1982.
- Marder, S.; Kramer, M.; Ford, L.; Eerdeken, E.; Lim, P.; Eerdeken, M et al. - Efficacy and Safety of Paliperidone Extended-Release Tablets: Results of a 6-Week, Randomized, Placebo-Controlled Study. *Biol Psychiatry* 27. June, 2007.
- Matza, L.S.; Buchanan, R.; Purdon, S.; Brewster-Jordan, J. et al. - Measuring Changes in Functional Status Among Patients with Schizophrenia: The Link with Cognitive Impairment. *Schizophrenia Bulletin* 32(4):666-678. October, 2006.
- Morosini, P.L.; Magliano, L.; Brambilla, L.; Ugolini, S.; Pioli, R. - Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatr Scand* 10(4): 323-329, 2000.
- Olbrich, R.; Voss, E.; Mussgay, L.; Pfeiffer, H. - A weighted time budget approach for the assessment of cognitive and social activities. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 28, 184-188, 1993.
- Rabinowitz, J.; Levine, S.; Haim, R.; Häfner, H. The course of schizophrenia: Progressive deterioration, amelioration or both? *Schizophrenia Research* 91(1-3):254-258, 2007.
- Souza, L.A.; Coutinho, E.S.F. - Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr* 28(1): 50-58, 2006.
- Villares, C.C.; Sartorius, N. - Challenging the Stigma of Schizophrenia *Rev Bras Psiquiatria* 25(1): 1-2, 2003.
- Wallace, C.J.; Liberman, R.P. - Social skills training for patients with schizophrenia: a controlled clinical trial. *Psychiatry Res* 15(3): 239-247, 1985.
- Wing, J.K.; Brown, G.W. - Institutionalism and schizophrenia: a comparative study of three mental health hospitals 1960-1968. Cambridge University Press, London, 1970.