

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

ENVELHECER COM ESQUIZOFRENIA

ENVEJECER CON ESQUIZOFRENIA

GROWING OLDER WITH SCHIZOPHRENIA

Ana Clara Pica Nunes - Doutoranda em Intervenção e Desenvolvimento Psicológico.
Professora-Adjunta no Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde

RESUMO

A esquizofrenia, perturbação grave, com curso variável e heterogéneo constitui uma perturbação com múltiplas facetas no que se refere à etiologia, fenomenologia, curso e tratamento, sendo que a mais comum é a tendência para a cronicidade e disfuncionalidade (Chinchilla, 2008). O facto de se tratar de uma patologia com curso muito variável e, logo, com repercussões aos diferentes níveis confronta-nos com a necessidade de compreender melhor as repercussões da doença ao longo do processo de envelhecimento. Dadas as diferenças já conhecidas entre indivíduos jovens e idosos com esquizofrenia (Mausbach, Cardenas, McKibbin, Jeste, & Patterson, 2008) importa investigar e compreender melhor os efeitos da passagem do tempo nas pessoas com esquizofrenia. Foram aplicados questionários a 64 indivíduos com esquizofrenia. A metodologia de análise e de tratamento dos dados foi a análise estatística, na sequência da construção da base de dados no *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS Statistics 21). A partir daqui foi desencadeada toda a análise estatística descritiva. Os resultados não apontam para a deterioração cognitiva e disfuncionalidade. O facto de se tratar de indivíduos casados, com filhos, a viverem na comunidade pode justificar a evolução ou curso favorável da doença. Estas evidências apontam para a necessidade das pessoas com esquizofrenia se manterem na comunidade, com suporte e apoio familiar e social.

Descritores: Envelhecimento; esquizofrenia; repercussões

ABSTRACT

Schizophrenia is a serious disturbance, with heterogeneous and variable course, causing a high degree of disability represents a high economic cost to society and family impact. It is a disorder with multiple facets regarding the etiology, phenomenology, course, and treatment, the most common is the tendency to chronicity and dysfunction (Chinchilla, 2008). The fact that it is a pathology with a very variable course and, therefore, with repercussions to different levels confronts us with the need to better understand the repercussions of the disease throughout the aging process. However, schizophrenia in the elderly has been guided by forgetfulness or lack of research. However, given the differences already known among young and elderly individuals with schizophrenia (Mausbach et al., 2008) is important to investigate and better understand the effects of the passage of time in people with schizophrenia. A questionnaire was applied to 64 patients with a diagnosis of schizophrenia. The methodology of analysis and treatment of the data was the statistical analysis, following the construction of the database in Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS Statistics 21). From here was triggered all the descriptive statistical analysis. The results do not indicate the cognitive deterioration

and dysfunctionality. The fact is that for individuals who are married, with children, living in a community can justify the favourable evolution of the disease. These evidences point to the need of people with schizophrenia remain in the community, with family and social support.

Descriptors: Aging; schizophrenia; repercussions

INTRODUÇÃO

Resultante dos estudos epidemiológicos realizados nos últimos 15 anos, somos sabedores de que as perturbações mentais constituem a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade nas sociedades atuais. De acordo com o relatório efetuado pela Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (CNRSSM), das dez principais causas de incapacidade, cinco são perturbações psiquiátricas. Em todo o mundo, as perturbações mentais são responsáveis por uma média de 30,8% dos anos vividos com incapacidade (AVI), sendo que na Europa esses valores sobem para cerca de 40% (OMS, 2002). Para além deste quadro, grave, as previsões apontam para um aumento significativo das perturbações mentais no futuro (CNRSSM, 2007; OMS, 2002; 2005).

A esquizofrenia, perturbação grave, com curso variável e heterogéneo, causadora de um elevado grau de incapacidade representa um custo económico elevado para a sociedade e grande impacto familiar (OMS, 2002). Trata-se de uma perturbação com múltiplas facetas no que se refere à etiologia, fenomenologia, curso e tratamento, sendo que a mais comum é a tendência para a cronicidade e disfuncionalidade (Chinchilla, 2008).

Assim, a esquizofrenia não pode ser discutida como se fosse uma entidade nosológica única já que compreende um grupo de transtornos com causas heterogéneas e abrange pacientes cujas apresentações clínicas, respostas ao tratamento e cursos de doença são muito variados (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003).

O facto de se tratar de uma patologia com curso muito variável e, logo, com repercussões aos diferentes níveis confronta-nos com a necessidade de compreender melhor as repercussões da doença ao longo do processo de envelhecimento. Porém, a esquizofrenia nos idosos tem sido pautada pelo esquecimento ou desinteresse ao nível da investigação. De acordo com Jeste e Nasrallah (2003) os idosos foram excluídos em mais de 90% dos trabalhos publicados sobre esquizofrenia o que conduz à falta de evidências sobre esta população. No entanto, dadas as diferenças já conhecidas entre indivíduos jovens e idosos com esquizofrenia (Mausbach, Cardenas, McKibbin, Jeste, & Patterson, 2008) importa investigar e compreender melhor os efeitos da passagem do tempo nas pessoas com esquizofrenia.

MÉTODOS

População e Amostra

A população do universo do estudo é constituída pelas pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia do Concelho de Beja, utilizadoras do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) do Hospital José Joaquim Fernandes de Beja.

As pessoas doentes foram, numa primeira fase, identificadas tendo por referência o estudo epidemiológico realizado por Nunes (2011) que possibilitou a identificação das pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia que recorreram às consultas de psiquiatria no DPSM (86 utentes). Estes dados foram complementados e atualizados recorrendo aos registos das três equipas de intervenção do referido serviço e aplicando os critérios de inclusão definidos pelo investigador.

Foram, assim, identificados 114 doentes com o diagnóstico de esquizofrenia, sendo que 50 doentes foram excluídos pelos seguintes motivos:

- 19 não compareceram ao DPSM no período em que decorreu a recolha de dados nem foi possível a realização de visitas domiciliárias.
- 16 recusaram a participação no estudo.
- 9 por se encontrarem muito deteriorados mentalmente e sem competências comunicacionais que lhes permitisse responder ao questionário.
- 6 por mudança de residência (fora do Concelho ou do Distrito).

No final deste processo de seleção, que passou por várias etapas, obtivemos uma amostra de 64 pessoas com esquizofrenia (Figura 1).

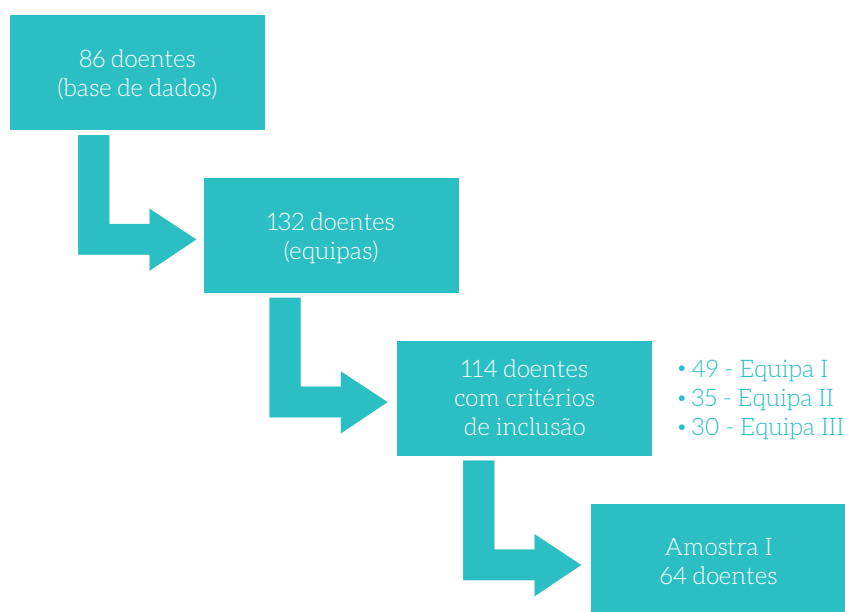


Figura 1. Processo de Seleção da Amostra

Verificou-se que o “perfil tipo” do grupo de respondentes corresponde ao género masculino, grupo etário entre os 40 e 49 anos, solteiro, sem filhos, a viver só, com um baixo nível de habilitações e sem ocupação profissional.

De forma mais particular, o estudo demonstra que relativamente à *variável idade* a média é de 40,55, sendo as idades compreendidas entre os 22 e os 64 anos. O grupo etário com idade igual ou superior a 50 anos representa 17,2% da amostra ($n = 11$), tal como se pode observar na Figura 2:

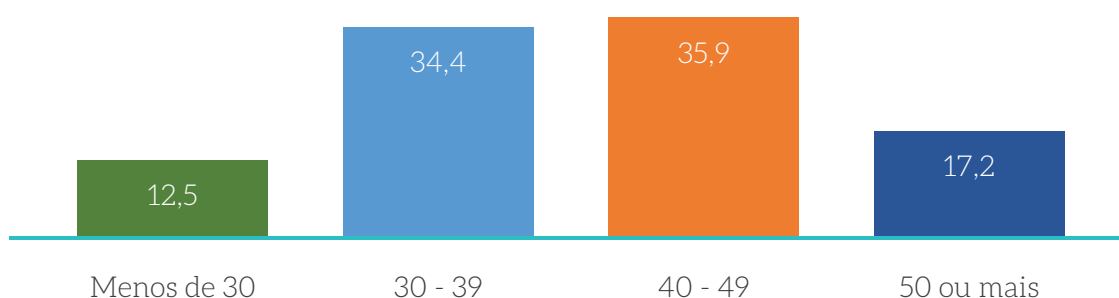


Figura 2. Distribuição da amostra por classes etárias

Procedimentos e Instrumentos

O instrumento utilizado resultou de um processo de tradução e adaptação de um questionário da Associação Madrilena de Amigos e Familiares de Doentes com Esquizofrenia (2008), garantidos os procedimentos éticos e legais.

Estes questionários foram sujeitos a um processo de tradução e de adaptação como preconizado por Herdman, Fox-Rushby e Badia (1998).

Depois deste processo o questionário ficou constituído por 44 questões, divididas por cinco blocos temáticos: o primeiro (Bloco A) relativo à caracterização sociodemográfica da amostra; o segundo (Bloco B) incidente sobre aspetos laborais e económicos; o terceiro (Bloco C) relativo ao contexto familiar; o quarto (Bloco D) sobre a situação de saúde/doença dos respondentes e, o quinto bloco (Bloco E) relativo ao grau de utilização e nível de satisfação com os recursos sociais e de saúde existentes.

A aplicação dos questionários decorreu entre Março e Outubro de 2013 no DPSM aquando da ida dos utentes às consultas e também no domicílio dos utentes em situações de visitas domiciliárias programadas. Na maioria das situações a aplicação dos questionários foi realizada com supervisão e orientação dos enfermeiros do DPSM que deram apoio para superação de eventuais dúvidas manifestadas pelos respondentes.

Procedimentos de análise de dados

A metodologia de análise e de tratamento dos dados foi a análise estatística, na sequência da construção da base de dados no *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS Statistics 21). A partir daqui foi desencadeada toda a análise estatística descritiva.

Porque neste artigo pretendemos o estudo do “comportamento” da variável *grupo etário* procedemos ao seu cruzamento com outras variáveis sociodemográficas, clínicas e relativas à satisfação com os recursos utilizados e com as ajudas recebidas.

Atendendo às características das variáveis dependentes, medidas predominantemente em escala nominal e outras em escala ordinal foram utilizados, para a avaliação da associação entre variáveis, os testes de associação do *qui-quadrado* (χ^2) e *coeficiente de correlação de Spearman* (r_s).

Foi definido um nível de significância de 0,05. Segue-se a apresentação apenas dos resultados que se revelaram estatisticamente significativos ($p < 0,05$).

RESULTADOS

A amostra global é constituída por 64 indivíduos. Destes, 17,2% ($n = 11$) têm idades compreendidas entre 50 e 64 anos (figura 2), sendo a média de idade de 40,55 anos.

Pelo cruzamento entre *classes etárias* e *estado civil* emerge que, apesar do predomínio de “solteiros” na amostra global (53,1%), os indivíduos das classes etárias mais elevadas são “divorciados” ou “casados” (tabela 1) verificando-se uma associação estatisticamente significativa entre *classes etárias* e *estado civil* (tabela 2).

		Estado civil				
		Solteiros	Casados	Divorciados	Viúvos	Total
Classes etárias	Menos de 30	23,5%	0,0%	0,0%	0,0%	12,5%
	30-39	41,2%	33,3%	17,6%	4,5%	34,4%
	40-49	29,4%	16,7%	64,7%	0,0%	35,9%
	50 ou mais	5,9%	50,0%	17,6%	0,0%	17,2%
Total		53,1%	18,8%	26,6%	1,6%	100%

Tabela 1. Cruzamento entre classes etárias e estado civil

Na tabela 2 estão representados os resultados estatisticamente significativos dos testes do Qui-Quadrado e Coeficiente de Correlação de Spearman.

Verifica-se uma associação estatisticamente significativa entre *classes etárias* e as seguintes variáveis: *estado civil*, *descendência*, *grau académico* e *situação perante o emprego* (tabela 2). Relativamente ao padrão dessas associações, consta-se que, de forma geral, no grupo etário constituído por sujeitos com 50 ou mais anos predominam os indivíduos casados ou separados, com filhos, com o 1º ciclo de escolaridade como grau académico e pensionistas por invalidez (100%). Trata-se de um perfil que contrasta profundamente com o perfil dos sujeitos dos grupos etários mais jovens.

	χ^2	r_s	p
Estado civil	26,29	-	,002
Ter ou não filhos	12,10	-	,007
Grau académico	28,64	-	,018
Situação perante o emprego	28,93	-	,016
Rendimentos	-	,473	,000
Tempo em tratamento	-	,416	,001
Responsável pela medicação	16,20	-	,001
Tipo antipsicótico	21,65	-	,010
Frequência consultas psiquiatria	28,28	-	,005
Recursos não proporcionados	29,40	-	,014
Satisfação global com os recursos	-	,435	,000
Satisfação consulta psiquiatria	-	,315	,013
Satisfação consulta enf. Psiquiátrica	-	,479	,002
Satisfação visita domiciliária enf.	-	,563	,004
Satisfação serviços médicos centro saúde	-	,311	,029
Satisfação serviços enfermagem centro saúde	-	,385	,015
Satisfação global com as ajudas	-	,366	,003
Média Satisfação ajuda 1	-	,263	,042
Média Satisfação ajuda 2	-	,387	,003
Média Satisfação ajuda 3	-	,412	,002
Média Satisfação ajuda 4	-	,360	,013
Média Satisfação ajuda 7	-	,454	,012
Média satisfação ajuda 11	-	,554	,002

Tabela 2. Classes Etárias- Resultados significativos dos Teste do Qui-Quadrado e Coeficiente de Correlação de Spearman

Ajuda 1- Perceber, desde o início, a doença; Ajuda 2- Informação sobre atuação dos fármacos;
Ajuda 3- Informação sobre sinais de recaída; Ajuda 4- Ajuda para a melhoria do estado emocional
Ajuda 7- Informação sobre apoio económico; Ajuda 11- informação sobre recursos disponíveis.

Com relação à descendência, expõem-se os resultados do cruzamento entre classes etárias e descendência ($p = 0,007$) na tabela 3, onde ressalta o predomínio de indivíduos com filhos no grupo de pessoas com 50 ou mais anos, apesar de predominarem os indivíduos sem filhos na amostra global (60,9%).

		Descendência		
		Sim	Não	Total
Classes etárias	Menos de 30	12,5%	87,5%	12,5%
	30-39	27,3%	72,7%	34,4%
	40-49	39,1%	60,9%	35,9%
	50 ou mais	81,8%	18,2%	17,2%
Total		39,1%	60,9%	100%

Tabela 3. Cruzamento entre classes etárias e descendência

A classe etária está ainda significativamente associada à *persona responsável pela gestão e administração da medicação* ($p = 0,001$), *tipo de antipsicótico* ($p = 0,010$), frequência das consultas de psiquiatria ($p = 0,005$) e recursos não proporcionados ($p = 0,014$). De forma mais particular, observa-se que à medida que a idade aumenta, aumenta igualmente a percentagem de indivíduos que se auto-responsabilizam pela gestão da medicação (tabela 4).

		Responsável pela medicação		
		O próprio	Um familiar	Total
Classes etárias	Menos de 30	12,5%	87,5%	100,0%
	30-39	63,6%	36,4%	100,0%
	40-49	73,9%	26,1%	100,0%
	50 ou mais	100,0%	0,0%	100,0%
Total		66,7%	33,3%	100,0%

Tabela 4. Cruzamento entre classes etárias e responsável pela medicação

Em relação ao *tipo de antipsicótico*, verifica-se que os indivíduos das classes etárias mais elevadas estão predominantemente medicados com antipsicóticos típicos e os das classes etárias mais jovens com antipsicóticos atípicos (tabela 5).

		Tipo de antipsicótico				
		Típico	Atípico	Típico e Atípico	Não medicado	Total
Classes etárias	Menos de 30	0,0%	62,5%	25,0%	12,5%	12,5%
	30-39	50,0%	45,5%	4,5%	0,0%	34,4%
	40-49	26,1%	34,8%	30,4%	8,7%	35,9%
	50 ou mais	72,7%	0,0%	27,3%	0,0%	17,2%
Total		39,1%	35,9%	20,3%	4,7%	100%

Tabela 5. Cruzamento entre classes etárias e tipo de antipsicótico

No que respeita à associação entre *classes etárias* e *frequência das consultas de psiquiatria*, verifica-se que nas classes etárias mais elevadas as consultas são mais espaçadas no que nas classes etárias mais jovens.

Quanto aos *recursos não proporcionados* a classe etária constituída por indivíduos com 50 ou mais anos não respondeu à questão colocada (63,6%) ou referiu não ter necessitado de nenhum recurso que não tivesse sido proporcionado (27,3%).

Pela aplicação do *Coeficiente de Correlação de Spearman* obtiveram-se correlações estatisticamente significativas relativamente aos *rendimentos*, *tempo em tratamento*, *satisfação global com os recursos utilizados* e *satisfação com cinco recursos utilizados* (tabela 2), *satisfação global com as ajudas recebidas* e ainda com alguns *tipos de ajudas recebidas*. Tratando-se, em todas as situações, de correlações positivas, conclui-se que maiores rendimentos, tempo de tratamento superior e maior grau de satisfação estão associados a grupos etários mais elevados.

DISCUSSÃO

Os indivíduos com esquizofrenia de início precoce e cujo envelhecimento se faz acompanhar pela presença dessa patologia parecem apresentar, ao longo do processo de envelhecimento, problemas adicionais quando comparados com indivíduos mais jovens. Entre esses problemas destacam-se os *deficits* cognitivos e a diminuição das suas redes sociais (que tendem a contribuir para que estes doentes não casem e não tenham filhos), falta de *insight*, com morbilidades pelo uso de substâncias e efeitos colaterais do tratamento antipsicótico de longo prazo (Krishnamoorthy & Baldwin, 2011). Apesar de algumas destas características não terem sido exploradas no nosso estudo, outras, porém, permitem-nos a sua comparação e discussão. Os resultados relativos às

co morbilidades parecem ombrear, em alguns domínios com estas constatações. Embora esses resultados não sejam estatisticamente significativos, já que se observa um predomínio de co morbilidades em todas as classes etárias, 81,8% dos sujeitos com 50 ou mais anos ($n=9$) apresentaram co morbilidades associadas. Quanto ao tipo de co morbilidades verifica-se que nas classes etárias mais jovens predominam as dependências tabágica e alcoólica e nos indivíduos com 50 ou mais anos predominam as doenças somáticas.

Quanto ao estado civil, os resultados do nosso estudo distanciam-se do referido por Krishnamoorthy e Baldwin (2011) já que os indivíduos que constituem os grupos etários mais elevados são maioritariamente casados (no grupo de 50 ou mais anos) ou divorciados (no grupo de 40 a 49 anos). No entanto, importa referir que na amostra global o *estado civil* de “solteiro” é predominante (53,1%) seguindo a tendência da maioria dos estudos com populações semelhantes onde também se verifica uma elevada supremacia de indivíduos solteiros (Carvalho, 2011; Simões do Couto, et al., 2002).

Também os achados reveladores de serem os próprios doentes que se responsabilizam pela gestão da sua própria medicação podem ser interpretados como sinal de autonomia ao invés de falta de crítica ou de *insight*.

Por outro lado, os resultados relativos à questão, colocada de forma aberta, sobre recursos necessários e não proporcionados são reveladores de uma profunda passividade ou desinteresse já que a maioria não respondeu à questão (embora se trate de uma pergunta de fácil interpretação) ou respondeu não ter sentido necessidade de qualquer recurso que não tivesse sido proporcionado. Esta situação é predominante nas classes etárias mais elevadas, embora esteja presente, se bem que de forma menos acentuada, em toda a amostra. Inferimos que esta aparente passividade pode estar relacionada com os sintomas negativos da esquizofrenia que incluem a diminuição da atenção e da concentração, embotamento afetivo, pobreza do discurso e do pensamento, a dificuldade em sentir interesse e prazer nas coisas habituais (Afonso, 2010; Navarro, 2009). Com efeito, os *deficits* motivacionais jogam um papel central nas disfunções causadas pela esquizofrenia (Wolf, et al., 2014) e, nesta situação específica, podem estar relacionados com a ausência de crítica face aos escassos recursos disponíveis.

Com relação à medicação verifica-se que, ao contrário do preconizado por alguns autores, os doentes com 50 ou mais anos estão predominantemente medicados com antipsicóticos típicos (ou convencionais). De acordo com Krishnamoorthy e Baldwin (2011) os riscos de desenvolver efeitos secundários extrapiramidais, incontinência urinária e quedas pelo uso de antipsicóticos convencionais são bastante elevados. A própria utilização de anticolinérgicos para contrariar os efeitos extrapiramidais, só *per si*, também provoca efeitos colaterais importantes nas pessoas mais idosas como confusão e delírio. Numa revisão da literatura realizada por Jeste et al. (2005)

conclui-se que os antipsicóticos atípicos constituem o tratamento de escolha em idosos com demência ou esquizofrenia. No entanto, apela-se à precaução e avaliação de riscos-benefícios para a sua utilização. Outros estudos revelam, na sequência da substituição de antipsicóticos típicos por atípicos e na sequência de períodos de acompanhamento para avaliação dos resultados, vantagens da utilização de antipsicóticos atípicos tais como menos efeitos colaterais e melhor qualidade de vida (Finkel, et al., 2009; Ritchie, et al., 2006).

No entanto, os antipsicóticos convencionais *depôt* estão bastante indicados em pacientes com problemas de adesão à medicação (Krishnamoorthy & Baldwin, 2011). Embora o estudo revele uma total adesão à medicação no grupo etário em análise, verifica-se, igualmente, que a maioria está medicada com antipsicóticos intramusculares e sendo esta apresentação predominante nos antipsicóticos atípicos, inferimos tratar-se de um grupo etário medicado maioritariamente com antipsicóticos típicos, por via intramuscular.

Quanto aos níveis de satisfação com os recursos utilizados e com as ajudas recebidas, observa-se que os grupos etários mais elevados estão, globalmente, mais satisfeitos do que os grupos mais jovens. No entanto, quando se trata de populações com esquizofrenia parece subsistirem dúvidas sobre a capacidade de avaliação destas pessoas sobre aspetos da sua própria vida, devido aos *deficits* cognitivos e ou falta de consciência da morbilidade. Segundo Doyle, et al., (1999) existe uma tendência para as pessoas com esquizofrenia referirem graus de satisfação elevados apesar das adversidades da vida. Estes autores apontam ainda as baixas expectativas como fatores adicionais que poderiam justificar uma maior satisfação face às condições objetivas da vida.

No obstante, a nossa interpretação sobre a maior satisfação evidenciada pelo grupo mais idoso com os recursos e ajudas recebidas ancora-se no facto de se tratar de um grupo com uma longa evolução da doença e logo, com um longo contacto com os serviços e profissionais, o que poderá traduzir-se numa maior satisfação com esses mesmos serviços e profissionais. Importa ainda interpretar os resultados estatisticamente significativos entre classes etárias e alguns recursos utilizados. Sobressai que esses resultados são observados nos recursos que provêm de duas classes profissionais: enfermeiros e médicos.

Estes resultados podem ter justificação na relação de confiança e de proximidade que habitualmente se estabelece entre estas duas classes profissionais e o doente. No que toca especificamente aos enfermeiros, a relação cliente-profissional de enfermagem é pautada pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde. (Ordem dos Enfermeiros, 2002). Apesar do enfermeiro ter tradicionalmente a sua prática assistencial, em psiquiatria e saúde mental, mais ligada a atividades intra-hospitalares, cuidados físicos,

administração de medicamentos ou gestão da equipa de enfermagem, nas últimas décadas tem-se operado uma mudança substancial nos contextos onde exerce as suas funções. Com o movimento de desinstitucionalização e consequente transferência das necessidades de cuidados para a comunidade, os enfermeiros têm evidenciado grande relevância no domínio da saúde mental comunitária. Assim, com o advento do paradigma comunitário, a enfermagem ganhou um novo espaço para a atuação psiquiátrica preventiva e comunitária no contexto da saúde mental (Alencar & Fernandes, 2010). Os resultados que emergiram deste estudo relacionados com as ajudas e recursos proporcionados pelos enfermeiros enquadram-se no domínio das intervenções do enfermeiro na comunidade e podem ser justificados pela natureza de proximidade e parceria estabelecida entre enfermeiro-cliente.

CONCLUSÕES

Verifica-se que o perfil sociodemográfico e clínico dos grupos etários mais elevados se distanciam significativamente dos grupos mais jovens em variados domínios.

Predominam nos grupos mais idosos sujeitos casados, com filhos, com o 1º ciclo de escolaridade, pensionistas por invalidez, que fazem a gestão da sua medicação, com boa adesão ao regime terapêutico, com longa evolução da doença (superior a 10 anos) e medicados com antipsicóticos convencionais. Revelam-se maioritariamente satisfeitos com os recursos utilizados e ajudas recebidas, não revelando terem necessitado, de forma geral, de recursos ou ajudas que não tivessem sido proporcionados.

Estas constatações não apontam para a deterioração cognitiva e disfuncionalidade. O facto de se tratar de indivíduos casados, com filhos, a viverem na comunidade pode justificar a evolução ou curso favorável da doença. Com efeito, admite-se agora, mais claramente, que as famílias podem ter uma influência significativa, não apenas na questão direta da ocorrência de recaídas, mas também em todo o processo de recuperação dos doentes, através da forma como, no quotidiano, têm em conta as suas fragilidades e sensibilidades específicas, proporcionando-lhes apoio emocional e instrumental nas atividades de vida diária e no cumprimento da terapêutica prescrita, e estimulando adequadamente as suas capacidades (Brito, 2011).

Estas evidências apontam para a necessidade das pessoas com esquizofrenia se manterem na comunidade, com suporte e apoio familiar e social.

REFERÊNCIAS

- Afonso, P. (2010). *Esquizofrenia - para além dos mitos, descobrir a doença*. Cascais: Principia.
- Alencar, A. K. & Fernandes, T. (2010). Assistência de enfermagem aos indivíduos com transtornos mentais: uma revisão de literatura por metassíntese. *Saúde & Transformação Social*, 1 (1), 148-153. Acedido dezembro 4, 2014, em <http://www.redalyc.org/pdf/2653/265319560022.pdf>
- Brito, M. L. (2011). *Grupos psicoeducativos multifamiliares - uma forma de aprender a viver com a esquizofrenia*. Tese de Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa, Portugal.
- Carvalho, J. C. (2002). *Esquizofrenia e família: Repercussões nos filhos e cônjuge*. Tese Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, Portugal.
- Chinchilla, A. (2008). Desde lo conceptual esquizofrénico hasta su comprensión y clínica. In A. Chinchilla, *Las esquizofrenias: sus hechos y valores clínicos y terapéuticos* (273-342). Barcelona: Elsevier Masson.
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). *Relatório: Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Doyle, M., Flanagan, S., Browne, S., Clarke, M., Lydon, D., Larkin, C., & O'Callaghan, E. (1999). Subjective and external assessments of quality of life in schizophrenia: relationship to insight. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(6), 466-472.
- Finkel, B., Goodman, C., Melamed, Y., Naser, M., Andreyev, P., Segev, Y., & Bleich, A. (2009). Differences in metabolic side-effects of typical and atypical antipsychotic treatment in elderly individuals with long-term schizophrenia. *Hong Kong J Psychiatry*, 19, 103-106. Acedido novembro 21, 2014, em http://easap.asia/journal_file/0903_V19N3_p103.pdf
- Herdman, M., Fox-Rushby, J., & Badia, X. (1998). A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQol Instruments: the universalist approach. *Quality of Life Research*, 7 (4), 323-335.
- Jeste, D. V., Christian R., Dolder, C., Gauri V., Nayak, V & Salzman, C. (2005). Atypical antipsychotics in elderly patients with dementia or schizophrenia: review of recent literature. *Harv Rev Psychiatry*, 13 (6), 340-351.
- Jeste, D.V. & Nasrallah, H. A. (2003). Schizophrenia and aging: no more dearth of data?. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 11 (6), 584-587.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (2003). *Compêndio de psiquiatria* (7ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Krishnamoorthy, A. & Baldwin, A. (2011). Management of schizophrenia. *GM*, 539-544. Acedido dezembro 12, 2014, em http://www.gmjournall.co.uk/uploadedfiles/redbox/pavilion_content/our_content/social_care_and_health/gm_archive/2011/october/gm2011octp539.pdf

Mausbach, B. T., Cardenas, V., McKibbin, C. L., Jeste, D. V. & Patterson, T. L. (2008). Reducing emergency medical service use in patients with chronic psychotic disorders: results from the FAST intervention study. *Behaviour Research and Therapy*, 46 (1), 145-153. doi:10.1016/j.brat.2007.10.001

Navarro, S. A. (2009). *Entrenamiento en habilidades sociales con pacientes esquizofrénicos: validación de un programa para pacientes crónicos*. Acedido em <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10214/Navarro.pdf;jsessionid=1F2243E78262496391AC53275AC707CC.tdx2?sequence=1>

Nunes, A. C. (2011). *Prevalência das Perturbações Mentais no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental de Beja: Estudo Epidemiológico*. Tese para obtenção do Diploma de Estudos Avançados, Facultad de Educación - Universidade de Extremadura, Badajoz, Espanha.

Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual; enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial da Saúde (2002). *Relatório mundial da saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Tradução sob encomenda da Direcção-Geral Saúde (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Organização Mundial da Saúde (2005). *Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação. Cuidar, sim- excluir, não*. Geneva: WHO Library Cataloguing.

Ritchie, C. W., Chiu, E., Harrigan, S., Macfarlane, S., Mastwyk, M., Halliday, G. ... Ames, D. (2006). A comparison of the efficacy and safety of olanzapine and risperidone in the treatment of elderly patients with schizophrenia: an open study of six months duration. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 171-179. DOI: 10.1002/gps.1446

Simões do Couto, F., Queiroz, C., Barbosa, T., Ferreira, L., Firmino, H., Viseu, M. ... Figueira, M. L. (2011). Caracterización clínica y terapéutica de un muestreo portugués de pacientes con esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatria*, 39 (3), 47-54.

Wolf, D., Satterthwaite, T., Kantrowitz, J., Katchmar, N., Vandekar, L., Elliott, M., & Ruparel, K. (2014). Amotivation in schizophrenia: integrated assessment with behavioral, clinical, and imaging measures. *Schizophrenia Bulletin*, 40 (6), 1328-1337. doi:10.1093/schbul/sbu026

Xavier, M., Caldas de Almeida, J., Martins, E., Barahona, B. & Kovess, V. (2002). Avaliação das necessidades de cuidados de indivíduos com esquizofrenia em Portugal: estudo comparativo multicêntrico. *Saúde Mental*, 20 (2).

Correspondência: Ana Clara Pica Nunes - ana.nunes@ipbeja.pt