



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**A INFLUÊNCIA DO FUNCIONAMENTO SEXUAL, INDEPENDENTE DO
FUNCIONAMENTO GLOBAL, NA ADESÃO AO TRATAMENTO DOS PACIENTES
COM ESQUIZOFRENIA**

CLARA DE OLIVEIRA LAPA

PORTO ALEGRE

2021

CIP - Catalogação na Publicação

de Oliveira Lapa, Clara
A influência do funcionamento sexual, independente
do funcionamento global, na adesão ao tratamento de
pacientes com esquizofrenia / Clara de Oliveira Lapa.
-- 2021.
59 f.
Orientadora: Clarissa Severino Gama.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do
Comportamento, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. Esquizofrenia. 2. Adesão a medicação. 3.
Funcionamento sexual. 4. Disfunção sexual. 5.
Funcionamento global. I. Severino Gama, Clarissa,
orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

FACULDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**A INFLUÊNCIA DO FUNCIONAMENTO SEXUAL, INDEPENDENTE DO
FUNCIONAMENTO GLOBAL, NA ADESÃO AO TRATAMENTO DOS PACIENTES
COM ESQUIZOFRENIA**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psiquiatria e Ciências do Comportamento.

Autora: Clara de Oliveira Lapa

Orientadora: Profa. Dra. Clarissa Severino
Gama

PORTO ALEGRE

2021

A INFLUÊNCIA DO FUNCIONAMENTO SEXUAL NA ADESÃO AO TRATAMENTO DOS PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA

Dissertação como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento.

Porto Alegre, 14 de Julho de 2021

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação elaborada por Clara de Oliveira Lapa, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Psiquiatria e Ciências do Comportamento.

Comissão Examinadora:

Prof. Dr. Lucas Spanemberg – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Luisa Webber Bisol – Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Pedro Goi – Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Suplente

Profa. Dra. Adriane Rosa – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Relatora

**Profa. Dra. Clarissa Severino Gama – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
– Orientadora**

AGRADECIMENTOS

Gostaria de deixar meus sinceros agradecimentos a todos que de alguma forma contribuíram direta ou indiretamente nesta jornada.

À minha orientadora, Prof. Dra, Clarissa Gama, que me orientou, acreditou e me incentivou a concretizar este projeto. Obrigada pelos ensinamentos, paciência e pelo exemplo de cientista, professora e médica que és.

Aos meus colegas Dayane, Ramiro, Mathias, Monique, Isadora e Maria Julia, pela amizade, pelas boas risadas e por sempre estarem disponíveis para me auxiliar.

A Prof. Dra. Letícia Czepielewski por toda atenção, paciência e didática. Sou muito grata por todos os ensinamentos, pela tua disponibilidade, e por me acalmar, mesmo nos primeiros meses de vida da Helena.

A minha família, especialmente ao meu marido Luciano, que sempre acredita nos meus sonhos e me acompanha incansavelmente em todos os momentos. Tudo isso só faz sentindo estando contigo.

Em memória do meu amado e falecido avô, Lauro de Oliveira Lapa, que sempre transmitiu os seus valores e princípios pela forma de vida que levava. Quando fecho os olhos consigo imaginar o sorriso que darias ao saber da conclusão de mais esta etapa.

Por último, mas não menos importante, gostaria de agradecer aos pacientes do Hospital de Clínicas que aceitaram participar da pesquisa e que tanto me ensinam diariamente.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – *American Psychiatric Association*

CAEE - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CPC – Centro de Pesquisa Clínica

DS – Disfunção Sexual

DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5 edição

FAST – *Functioning Assessment Short Test*

GAF – Avaliação Global do Funcionamento

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

MARS – Medication Rating Scale

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEP – Primeiro Episódio Psicótico

PRODESQ – Programa de Esquizofrenia

SPSS – *Statistical Packages for the Social Sciences*

SFQ – Sexual Function Questionnaire

SZ – Esquizofrenia

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RESUMO

Objetivo: Investigar se a função sexual, como elemento independente do funcionamento global, pode interferir na adesão ao tratamento dos pacientes com esquizofrenia.

Método: Sessenta e um indivíduos com esquizofrenia foram recrutados em um serviço ambulatorial no sul do Brasil. Informações clínicas e demográficas foram coletadas. Os dados foram acessados pelos questionários: Medication Adherence Rating Scale (MARS), Sexual Function Questionnaire (SFQ) e Global Assessment Functioning (GAF). Um modelo de regressão linear foi realizado usando a MARS como variável dependente e a dose diária de antipsicóticos em equivalentes de clorpromazina, os escores da GAF e da SFQ como variáveis independentes.

Resultados: Os escores da GAF ($t = 0.23$, $p = 0.01$, $\beta = 0.31$) se associaram aos escores na MARS, mas os escores da SFQ ($t = 0.23$, $p = 0.81$, $\beta = 0.30$) e a dose diária de antipsicóticos em equivalentes de clorpromazina ($t = -0.33$, $p = 0.73$, $\beta = -0.04$) não.

Conclusão: Nossos achados indicam que a adesão ao tratamento está associada ao funcionamento global e não ao funcionamento sexual dos pacientes. Embora sejam altamente prevalentes nesta população, as alterações do funcionamento sexual não puderam explicar as falhas na adesão de forma independente.

Palavras-chave: Esquizofrenia, adesão tratamento, disfunção sexual, estigma, funcionamento global

ABSTRACT

Objective: To investigate whether sexual function could be associated to treatment adherence independently of global functioning in individuals with schizophrenia.

Method: Sixty-one DSM5 individuals with schizophrenia were recruited from an outpatient service in the south of Brazil. Clinical and demographic information was collected. Data were assessed by Medication Adherence Rating Scale (MARS), Sexual Function Questionnaire (SFQ), and Global Assessment Functioning (GAF). A linear regression model was made, using MARS scores as dependent variable and medication daily dose in chlorpromazine equivalents, GAF and SFQ scores as independent variables.

Results: MARS scores are associated to GAF scores ($t = 0.23$, $p = 0.01$, $\beta = 0.31$), but not to SFQ scores ($t = 0.23$, $p = 0.81$, $\beta = 0.30$), and chlorpromazine equivalents ($t = -0.33$, $p = 0.73$, $\beta = -0.04$).

Conclusion: Our findings showed an association between treatment adherence and global functioning, but not to sexual functioning itself. Although highly prevalent in this population, impairments on sexual functioning could not isolated explain treatment adherence.

Keywords: schizophrenia, sexual functioning, medication adherence, compliance, global function, medication use

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 9 |
| 2. ESQUIZOFRENIA | 11 |
| 2.1 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E CURSO DA DOENÇA | 11 |
| 2.2 FUNCIONALIDADE | 14 |
| 2.3 TRATAMENTO E ADESÃO..... | 15 |
| 2.4 RECUPERAÇÃO/SUPERAÇÃO | 18 |
| 3 DISFUNÇÃO SEXUAL | 17 |
| 3.1 CONCEITO E FISIOPATOLOGIA | 17 |
| 3.2 DISFUNÇÃO SEXUAL NOS PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA | 20 |
| 3.3 DISFUNÇÃO SEXUAL E ADESÃO A MEDICAÇÃO | 22 |
| 4. JUSTIFICATIVA | 23 |
| 5. OBJETIVOS | 25 |
| 5.1 OBJETIVO GERAL | 25 |
| 5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 25 |
| 6. MÉTODO | 26 |
| 6.1 DELINEAMENTO | 26 |
| 6.2 PARTICIPANTES..... | 26 |
| 6.3 INSTRUMENTOS E MEDIDAS | 26 |
| 6.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS | 27 |
| 6.5 ANÁLISE DOS DADOS..... | 27 |
| 6.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS | 28 |
| 7. RESULTADOS | 31 |
| 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 40 |
| REFERÊNCIAS | 42 |

1. INTRODUÇÃO

A esquizofrenia (SZ) é uma doença mental grave caracterizada por alterações no pensamento, nas percepções e nas emoções (1,2). Mesmo não sendo tão frequente quanto outras desordens psiquiátricas (3,4), a SZ figura mundialmente entre as doenças com maior *Global Burden* e está entre as que geram maiores custos para a sociedade (1,5).

Atualmente, o curso da doença vem se tornando mais favorável, porém, os pacientes com SZ ainda apresentam uma expectativa de vida reduzida e poucos casos atingem uma recuperação completa com retorno funcional pré-morbido (1,5,6).

Embora este transtorno comumente se manifeste no início da vida adulta, evidências indicam que a patogênese da SZ inicie antes mesmo do nascimento do indivíduo (6,7). Ao longo da doença, também é observado a presença de prejuízos significativos das capacidades cognitivas, executivas e de relacionamento, resultando em um impacto relevante do funcionamento global dos pacientes (8).

Dentro do constructo de funcionalidade vemos que a esfera sexual pode estar alterada em até 80% das pessoas portadoras de SZ, e mesmo sendo prevalente este elemento se mantém pobremente investigado, pouco auto referido e negligenciado pelos profissionais de saúde (9–12). Ademais, estudos sugerem que a presença de disfunções sexuais pode estar ligada a diminuição nas taxas de adesão ao tratamento destes indivíduos (10).

Não obstante, a adesão aos medicamentos é reconhecida como sendo um dos grande desafios presentes no tratamento das doenças crônicas, contudo na SZ este

desafio pode ser ainda maior e suas consequências podem ser devastadoras. Quando um indivíduo com SZ abandona as medicações, uma série de consequências começam a surgir. Imediatamente os riscos de surtos, necessidades de ir a emergência ou de passar por uma nova internação aumentam. Além disto, quanto mais crises um paciente com SZ apresentar durante a vida, maior prejuízo cognitivo-funcional ele apresentará, menos chances terá de responder ao tratamento farmacológico e mais tempo levará para recuperar o seu funcionamento anterior (13,14).

Diante do exposto, fica evidente a importância de aprofundarmos o conhecimento acerca de elementos que podem influenciar na adesão ao tratamento e desencadear uma série de consequências que interferem não somente no curso da doença, mas também na qualidade de vidas dos pacientes com esquizofrenia. Nesta dissertação abordaremos o funcionamento sexual como parte do funcionamento global dos pacientes e discutiremos se este fator pode, quando alterado, impactar negativamente na adesão as medicações dos pacientes com esquizofrenia. Também apresentaremos o estudo que investiga esta relação em 61 pacientes do Programa de Esquizofrenia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

2. ESQUIZOFRENIA

É comum encontrarmos, no início de materiais científicos, a frase: “A esquizofrenia é uma doença mental grave e incapacitante que afeta cerca de 1% da população”. No entanto, embora a frase apresente dados verdadeiros, ela traz consigo a visão pessimista que ainda predomina na população geral e nos profissionais de saúde (15).

Após um século de estudos e mais de cinquenta anos da introdução do tratamento farmacológico, as causas da SZ seguem pouco conhecidas (16). Fatores como novos dados científicos e disponibilidade de tratamentos específicos vem influenciando as mudanças na conceitualização da doença, evidenciando que aparentemente, a SZ não é apenas uma patologia com múltiplos fatores etiológicos e processos fisiopatológicos, mas que o constructo da SZ engloba não somente uma, mas varias doenças (17–20).

A caracterização clínica pode ser marcada por inúmeros paradoxos (18), mas conforme nos aproximamos do conceito de que a SZ é uma patologia com origem precoce e que apresenta a psicose como sendo uma manifestação do seu estágio tardio, nos deparamos com novas esperanças de prevenção e superação desta doença (21).

2.1. MANIFESTAÇÃO CLÍNICA E CURSO DA DOENÇA

Diversas combinações de sinais e sintomas caracterizam a SZ. Distorções do pensamento e na percepção, déficits cognitivos, anormalidades motoras, avolia, apatia, dificuldades na comunicação e expressões afetivas restritas são achados comuns nesta patologia. Para um melhor entendimento, tais achados clínicos podem ser divididos em subgrupos (22).

- **Sintomas positivos:** Envolvem o prejuízo na percepção do que é real e incluem sintomas como alucinações, delírios e outras distorções da realidade (23).
- **Sintomas negativos:** Caracterizados pelo embotamento afetivo ou perda de uma série de funções afetivas e conativas (24).
- **Déficits cognitivos:** Envolvem os déficits semânticos, na memória explícita, na atenção, memória de trabalho e função executiva (25).

Os estudos que posicionam a SZ como uma doença que inicia anos antes do aparecimento dos sintomas surgiram por volta de 2005 e defendem a ideia de que a SZ tem suas raízes centrais na fase inicial do desenvolvimento cerebral do indivíduo e que após estabelecida pode seguir com desfechos neuroprogressivos variados (7,21,26).

Evidências sugerem que além de fatores genéticos, ambientais e sociais, existem fatores que contribuem para o surgimento da SZ e que estão presentes mesmo antes do nascimento, como é o caso das complicações obstétricas, infecção materna por influenza e a desnutrição materna (26–29).

Após o nascimento, é possível encontrar na infância dos portadores de SZ, déficits discretos na cognição, na sociabilidade e na motricidade (Fase premórbida). Já na adolescência alguns sintomas de ansiedade, depressão e isolamento social se tornam mais evidentes (Fase prodrômica). Com a evolução do quadro e comumente no início da vida adulta, o primeiro episódio psicótico ocorre (PEP) (7,18).

A maioria dos pacientes que apresentam o PEP respondem bem as medicações antipsicóticas. A remissão dos sintomas psicóticos ocorre em 50% dos pacientes em

até três meses de tratamento, 75% em até 6 meses e em até 80% em 1 ano. Após a instalação da doença, os sintomas positivos (p. ex: alucinações, delírios e desorganização do comportamento/pensamento) apresentam um curso marcado por exacerbações e remissões (7,30). Já os sintomas negativos (p. ex: embotamento afetivo, isolamento social e anedonia) costumam ser crônicos e respondem pouco aos tratamentos medicamentosos disponíveis, causando prejuízos sociais e ocupacionais (26). Mesmo com o tratamento adequado, sintomas residuais podem permanecer em até 50% dos pacientes, evidenciando a presença de um fator neuroprogressivo e chamando a atenção para a heterogeneidade do curso deste transtorno (3,31,32).

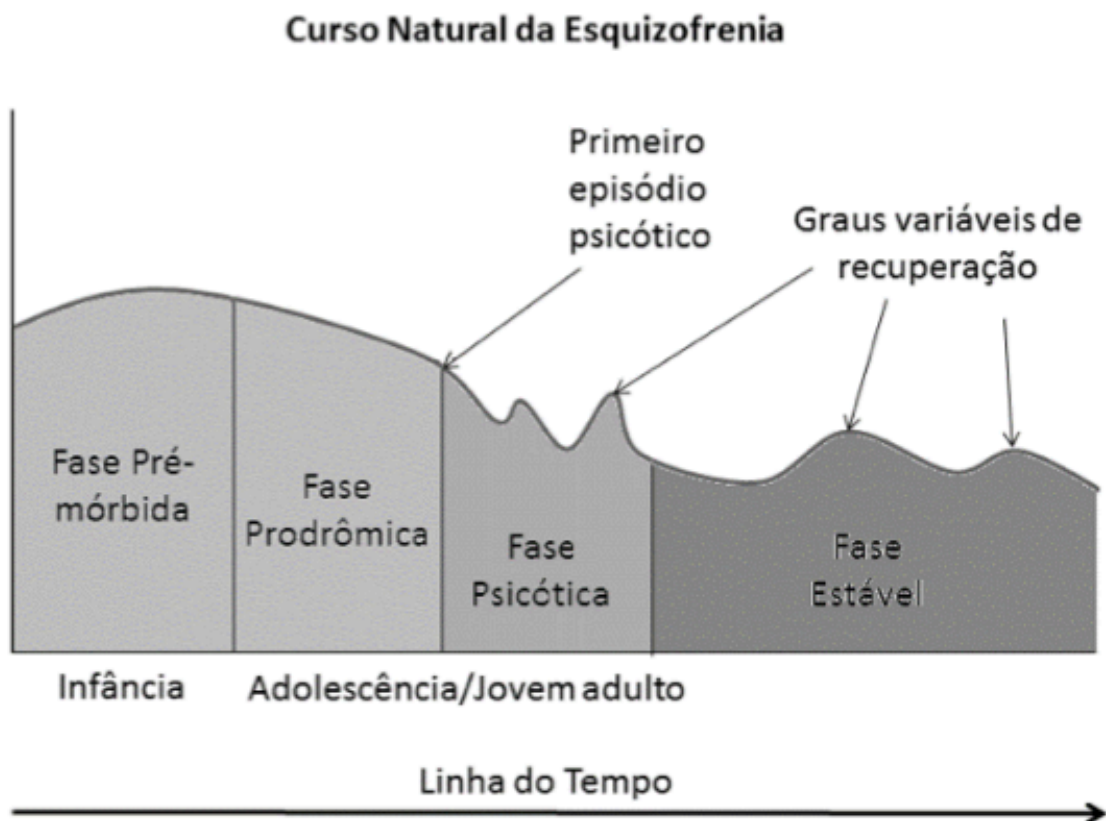


Fig 1. Adaptada de Tandon et al., 2009 (18)

2.2. FUNCIONALIDADE

O conceito de funcionalidade engloba as capacidades do indivíduo de funcionar em diferentes áreas sociais. Além disto, também deve-se levar em conta a satisfação do indivíduo com a própria habilidade de desempenhar estas funções, com a capacidade de cuidar de si próprio e de se envolver em momentos de lazer e atividades recreacionais. Assim, é possível considerar que o constructo de funcionalidade é composto dos seguintes elementos (33):

- 1) **Autonomia** – Refere-se a capacidade do paciente de fazer atividades sozinho e tomar suas próprias decisões.
- 2) **Ocupação** – Refere-se a capacidade de manter um trabalho pago, ser eficiente na performance das tarefas laborais, capacidade de trabalhar na sua área de formação e ser remunerado conforme o seu cargo.
- 3) **Cognição** – Habilidade de se concentrar, fazer cálculos simples, resolver problemas, aprender e lembrar de novas informações.
- 4) **Finanças** – Capacidade de manejar as finanças pessoais e gastar de forma balanceada.
- 5) **Lazer** – Capacidade de praticar atividades físicas e aproveitar hobbies.
- 6) **Relacionamentos** – Capacidade de se relacionar com amigos, familiares, envolvimento em atividades sociais, habilidade de defender as próprias ideias e ter relações sexuais satisfatórias.

Nas doenças mentais graves como a SZ, mesmo com a remissão sintomática, é comum encontrarmos uma recuperação funcional pobre com disfunções no âmbito social e ocupacional (34) além de piora na qualidade de vida (35,36). Não obstante, vemos que pesquisadores frequentemente medem apenas um ou dois elementos deste complexo constructo e deixam de levar em consideração os outros elementos necessários para predizer o real funcionamento dos pacientes (33).

2.3. TRATAMENTO E ADESÃO

Os objetivos do tratamento na SZ podem variar dependendo do momento em que o indivíduo busca os profissionais de saúde. Para pacientes em risco para apresentar um quadro psicótico e/ou aqueles que já apresentam os pródromos da doença, o tratamento visa atrasar, prevenir e diminuir a severidade da instalação da doença psicótica, objetivando melhorar o desfecho futuro (37). Já nos quadros ativos, o tratamento tem como meta o manejo dos sintomas positivos e negativos, prevenir a recidiva e melhorar o funcionamento adaptativo para que os pacientes consigam se reintegrar na sociedade (38).

Embora crescentes evidências sugiram que os tratamentos não farmacológicos como psicoterapias individuais, terapias em grupo e *mindfulness* tragam benefícios para os pacientes com SZ, o uso de antipsicóticos segue sendo o pilar central do tratamento desta patologia (38,39). Na SZ, as presentes alterações nas neurotransmissões cerebrais causam o excesso ou escassez de substâncias neuroquímicas (ex: dopamina, serotonina e glutamato), em quatro vias dopaminérgicas distintas, fazendo com que o tratamento medicamentoso seja indispensável (38,40).

Atualmente existem 65 medicações com ação antipsicótica disponíveis e é possível encontrar pelo menos 15, em qualquer país do mundo. Essas medicações podem ser classificadas entre dois grupos: Antipsicóticos de primeira ou segunda geração. Independente do grupo, todas elas compartilham a habilidade de bloquear a dopamina nos receptores D2 (41,42). Além disso, cada substância apresenta propriedades farmacológicas variadas que explicam as diferenças na redução sintomática ou no aparecimento de efeitos colaterais (42).

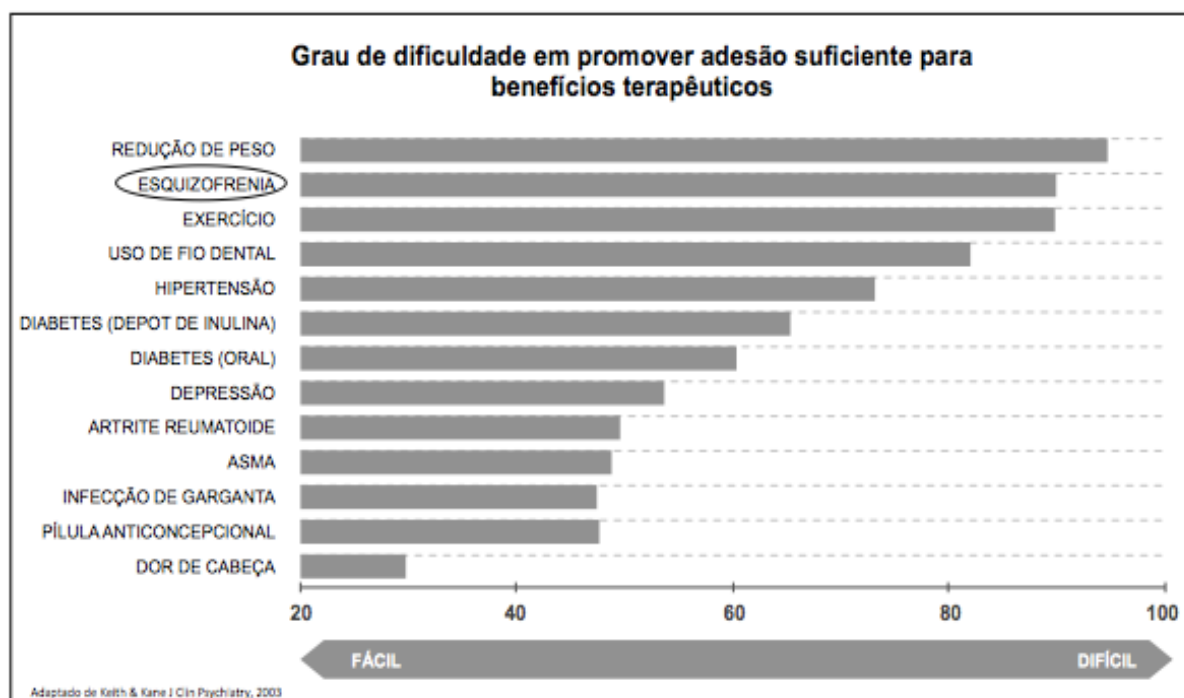
A eficácia das medicações antipsicóticas no tratamento da SZ é comprovada por inúmeras metanálises e ensaios clínicos randomizados controlados por placebo. O uso deles na manutenção do tratamento não elimina os riscos de novos episódios, mas o reduz significativamente (43,44). Mesmo trazendo benefícios e qualidade de vida para os pacientes, o uso de antipsicóticos pode apresentar uma gama de efeitos adversos indesejados e incômodos para os pacientes que prejudicam a adesão, como é o caso da sedação, ganho de peso, distúrbios do movimento e disfunção sexual (45,46).

A adesão ao tratamento é um grande desafio, não só na psiquiatria, mas em todas as áreas que tratam de condições clínicas que exijam o uso diário de medicações (47,48). Dados científicos sugerem que cerca de um terço a metade dos pacientes, não tomam as medicações de uso contínuo na forma como seus médicos prescrevem (49).

Para a OMS, a adesão terapêutica pode ser considerada como um comportamento pessoal que corresponde em concordância as recomendações feitas pelo profissional de saúde (50). Problemas com adesão podem incluir não somente o abandono dos fármacos, mas também o seu uso em excesso ou de forma inadequada. No campo científico e clínico, a adesão é comumente vista como um fator dicotômico, definido por um ponto de corte de 20% da prescrição da medicação em questão (51).

Embora seja um problema presente no tratamento de diversas patologias, a dificuldade da adesão na SZ é especialmente desafiadora. Vários fatores de risco contribuem para que o indivíduo com SZ não se mantenha aderido ao tratamento, como: o abuso de substâncias (álcool e outras drogas), história prévia de não-adesão, baixo suporte familiar, gravidade dos sintomas, falta de insight, crenças religiosas associadas aos sintomas psicóticos, estigma, baixa aliança terapêutica, esquemas difíceis de administração de medicamentos e presença efeitos colaterais dos medicamentos (52).

Na SZ sabemos que mais de 60% dos pacientes não fazem o uso adequado do medicamento oral (53). Esse dado torna a SZ uma das condições de saúde com maior grau de dificuldade de promover adesão suficiente para obter benefícios terapêuticos, ficando atrás somente do excesso de peso (obesidade/sobrepeso) (Fig 2.) (48).



(Fig 2. Adaptada de Keith and Kane J Clin. Psychiatry, 2003.)

Ao aderir ao tratamento os pacientes ficam menos propensos a novas recaídas, porém até 96% dos pacientes que descontinuem as medicações podem apresentar um novo episódio no período de 36 meses (54). Episódios frequentes de recaída podem levar a refratariedade ao tratamento com ausência de eficácia em 1 a cada 6 pacientes remetidos no primeiro episódio, após um segundo episódio (55). Ademais, a não adesão e/ou a adesão parcial à medicação antipsicótica estão associadas ao aumento de internações, prejuízo do funcionamento psicossocial e aumento no risco de suicídio, impactando direta ou indiretamente nos custos globais da esquizofrenia (48,56–59).

2.4. RECUPERAÇÃO/SUPERAÇÃO

Como discutido anteriormente, a SZ é uma patologia marcada por heterogeneidades que acompanham o transtorno desde a sua manifestação até o seu desfecho. Estudos sugerem que as taxas de remissão sintomática destes indivíduos, podem variar de 28 a 77% dos casos (13,60–62). Essa ampla variação de curso e resposta, somada a incapacidade de predição futura das manifestações da doença, levam a uma discussão do que realmente pode ser considerado como “recuperação” nos casos de SZ (60).

Na prática, vemos uma definição precisa e objetiva do significado de remissão sintomática, contudo, a definição de “recuperação” ainda permanece difusa (60). Para alguns autores, a recuperação engloba não somente os desfechos clínicos, como a ausência dos sintomas negativos e positivos, mas também conta com elementos funcionais como é o caso da cognição, sociabilidade e qualidade de vida. Assim, a

recuperação na SZ pode ser considerada como um fenômeno de longo prazo e com uma demanda maior do que a simples remissão clínica (63).

Para Liberman, uma forma objetiva de definir a recuperação seria o paciente apresentar e manter pelo período de dois anos os seguintes achados (64):

- 1) Remissão dos sintomas;
- 2) Engajamento em uma atividade produtiva, como uma atividade laboral ou de estudo;
- 3) Manejo independente das necessidades do dia-a-dia;
- 4) Relação cordial com a família;
- 5) Atividades recreacionais;
- 6) Relações interpessoais satisfatórias.

Assim, a intersecção da resposta clínica com a melhora do funcionamento psicossocial faz com que a “recuperação” seja um conceito que inclui desfechos e processos que juntos resultam na melhora global do paciente (65). Em português o termo “Recovery” também pode ser traduzido para “superação” e traz uma visão mais integrativa do desfecho destes pacientes (15).

3. DISFUNÇÃO SEXUAL

3.1 CONCEITO E FISIOPATOLOGIA

A disfunção sexual é considerada como uma inabilidade de atingir um ou mais estágios da sexualidade, incluindo desejo, excitação, lubrificação vaginal, ereção/ejaculação e orgasmo (66). É um problema frequente na população geral que atinge cerca de 40% das mulheres e 30% dos homens (12).

O cérebro participa de forma central na sexualidade. A resposta sexual envolve uma combinação de fatores (neurogênicos, psicogênicos, vasculares e hormonais) mediados no hipotálamo, no sistema límbico e no córtex cerebral (67). Além disto, os neurotransmissores e os peptídeos também atuam frente ao estímulo sexual. Na DS podemos encontrar aumento dos níveis de serotonina, diminuição de dopamina, bloqueio de receptores colinérgicos e noradrenérgicos e um possível aumento nos níveis de prolactina (68).

3.2 DISFUNÇÃO SEXUAL NOS PACIENTES COM SZ

Nos pacientes com SZ vemos uma prevalência ainda maior de disfunções sexuais, podendo atingir até 74% dos homens e 96% das mulheres (12,69). Esse aumento comparado a controles saudáveis pode ser explicado por fatores psicossociais, pelo uso de psicofármacos e por fatores intrínsecos da própria SZ, como idade de início da doença, pela gravidade da psicose, pelos sintomas negativos e depressivos, por adições, doenças crônicas comorbidades (p. ex: diabetes) e maus

hábitos de vida como distúrbios do sono, alimentação não saudável, baixa frequência de exercícios físicos e etc. (9,66).

Embora a DS seja causada por diversos fatores, estudos mostram que uso de antipsicóticos está fortemente associado a diminuição do desejo sexual, a disfunções eréteis, a anorgasmia, ao atraso na ejaculação e a ejaculação retrógrada (70,71). Os mecanismos fisiopatogênicos que explicam como os antipsicóticos causam a disfunção sexual não foram totalmente esclarecidos. É provável que o antagonismo pós sináptico de dopamina, o antagonismo dos receptores alfa-1 e o aumento de prolactina estejam envolvidos neste processo (72).

A maioria dos antipsicóticos são antagonistas dopaminérgicos potentes e podem causar uma elevação significativa da prolactina (73). Além disto, a produção de prolactina na glândula pituitária é controlada pela atividade dopaminérgica. Quanto menores forem os níveis de dopamina disponíveis, maiores são os níveis de prolactina. Por sua vez, a prolactina atua inibindo o funcionamento dos neurônios dopaminérgicos tuberoinfundibulares completando um mecanismo de feedback entre este hormônio e a dopamina (74).

Além da afinidade por receptores dopaminérgicos, os antipsicóticos interagem com o funcionamento de outros neurotransmissores do cérebro e em outras partes do corpo (75,76). O efeito agonista serotoninérgico nos receptores 5HT2 está associado com uma diminuição na capacidade de atingir o orgasmo. Por outro lado, aparentemente o agonismo de 5HT1a e possivelmente o antagonismo de 5HT2a e 5HT2c tem efeito estimulante na performance sexual (77).

3.3 DISFUNÇÃO SEXUAL E ADESÃO AO TRATAMENTO

Infelizmente a presença de alterações no funcionamento sexual não afeta apenas a qualidade de vida dos pacientes. Quando presente, a disfunção sexual impacta diretamente no curso da doença (66,78,79) e na adesão a medicação (12,80,81). O conhecimento das diferentes propriedades farmacológicas dos antipsicóticos relacionados a performance sexual pode ser útil na escolha do tratamento do paciente (82). Evidências apontam que até 27% dos pacientes com doenças psiquiátricas graves, que abandonaram o tratamento, interromperam o uso das medicações devido ao aparecimento de disfunções sexuais (10,80). Diminuir a dosagem, trocar o antipsicótico por outro com menor impacto no funcionamento sexual, ou associar um agonista dopaminérgico como o Aripiprazol ou um inibidor de fosfodiesterase podem ser boas estratégias para o tratamento da DS e para evitar o abandono do tratamento (71,83).

Contudo, mesmo que os pacientes considerem as queixas sexuais como sendo altamente relevantes, eles mesmos e seus médicos não discutem espontaneamente este tema, levando a subestimação da prevalência e contribuindo para a diminuição da adesão ao tratamento (9).

4. JUSTIFICATIVA

Considerando os aspectos apresentados, fica evidente a importância da adesão ao tratamento nesta doença que pode apresentar formas tão incapacitantes. A SZ, diferentemente de outras doenças psiquiátricas, pouco se beneficia de tratamentos não farmacológicos enquanto o quadro clínico não está, pelo menos em parte, controlado por via dos antipsicóticos. Da mesma forma, pouco nos adianta prover de uma vasta gama de psicofármacos, com diferentes mecanismos de ação, se o paciente não adere adequadamente as orientações.

Além disto, evidências sugerem que escolher um antipsicótico que efetivamente controle os sintomas e tenha poucos efeitos indesejados seria a chave para manter a adesão, contudo, muitas vezes a eficácia para sintomas positivos e negativos é priorizada e os pacientes interrompem o tratamento medicamentoso ficando vulneráveis a graves consequências (84).

Não obstante, o desafio da adesão ainda pode esbarrar nos prejuízos causados pela própria doença. A falta de insight e o déficit cognitivo trazidos pela SZ, podem atrapalhar o paciente na hora de compreender a importância do tratamento e as consequências da não adesão. Ademais, muitas vezes o paciente se esforça para seguir as orientações, mas experimenta uma série de sintomas adversos que o impedem de continuar o tratamento, como é o caso da DS.

Além disto, muitos são os esforços dos profissionais de saúde para reestabelecer o funcionamento pré-morbido dos pacientes com SZ. Estratégias como reabilitações cognitivas, suporte vocacional, moradias assistidas e etc., são amplamente difundidas

na sociedade. Contudo, o funcionamento sexual, aspecto tão importante na vida dos pacientes, segue sendo negligenciado.

Mesmo tendo passado mais de um século da descoberta da esquizofrenia a disfunção sexual permanece acompanhando uma boa parte dos pacientes de forma silenciosa, crônica e ameaçando a eficácia dos tratamentos. Diante de uma doença tão complexa e tão grave, a neutralização de um possível agente contra a adesão e a elucidação dos outros elementos envolvidos nesta equação se torna imprescindível.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar se o funcionamento sexual como elemento independente do funcionamento global pode impactar a adesão dos pacientes com esquizofrenia.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar a prevalência de disfunção sexual na amostra.

Avaliar a taxa de adesão dos pacientes

Avaliar o funcionamento global dos pacientes

6. MÉTODO

6.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo transversal.

6.2 PARTICIPANTES

A amostra foi selecionada por conveniência onde 61 participantes oriundos do Programa de Esquizofrenia (PRODESQ) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre foram incluídos no estudo.

Como critérios de inclusão foram considerados: Ter o diagnóstico de esquizofrenia por DSM-5; ter entre 18 e 65 anos, estar em tratamento farmacológico, não apresentar um episódio psicótico agudo no momento da entrevista além de ter capacidade de entender e concordar com todos os aspectos do Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

6.3 INSTRUMENTOS E MEDIDAS

a. Questionário de dados clínicos e sócio demográficos: este instrumento consiste em um levantamento de características clínicas dos sujeitos incluídos na amostra, como, tempo de doença/ tratamento, número de internações, medicação atual, etc. Além disso, o instrumento também se propôs a avaliar o perfil sócio demográfico dos participantes, como idade, situação conjugal, escolaridade, gênero, entre outros.

b. Global Assessment Functioning (GAF): É uma escala de 0 a 100, usada para ver o quanto os sintomas afetam o funcionamento do paciente no dia-a-dia. Quanto menor o score, mais prejudicado estará o funcionamento do paciente (85).

c. Medication Adherence Rating Scale (MARS): Trata-se de uma escala de 10 itens de “sim” ou “não” em que o entrevistador pergunta para os pacientes sobre os hábitos e cuidados com o uso da medicação. Scores mais altos indicam melhor adesão. (86).

d. Sexual Function Questionnaire (SFQ): Questionário composto de 38 questões de verdadeiro ou falso que acessa todos os domínios da sexualidade do indivíduo mesmo na ausência de um parceiro(a). No final do instrumento, o questionário conta com um item onde o paciente fornece uma nota de 0-10 conforme sua satisfação sexual. Scores acima de 8 são considerados como positivos para disfunção sexual.

6.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

O convite para participar da pesquisa (no CAEE 15-0282) foi realizado nos ambulatórios de esquizofrenia do HCPA. Ao serem abordados e concordarem com a participação, todas as dúvidas foram sanadas e esclarecimentos foram prestados.

As avaliações ocorreram individualmente, no centro de pesquisa clínica (CPC) do HCPA com tempo médio de cerca de 2 horas. Todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), antes do início da coleta. O termo foi emitido em duas vias e conta com a assinatura de ambos, uma ficando com o participante e outra com o pesquisador. A avaliação clínica foi realizada por médicos psiquiatras e os testes neuropsicológicos foram aplicados por psicólogos treinados, em uma sala individual no CPC do HCPA.

6.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados usando a versão do SPSS. Para verificar a distribuição das variáveis o teste de Kolmogorov-Smimov foi usado. Análises descritivas foram feitas para descrever a amostra. Em todos os testes o valor de $p = 0,05$ foi considerado como significativo. Para avaliar as correlações entre as variáveis utilizamos a correlação de Pearson para as variáveis paramétricas e correlação de Spearman para dados não paramétricos.

Para comparar as amostras foi aplicado o teste t de amostras independentes para dados contínuos e o chi-quadrado para as variáveis categóricas. Em um modelo de regressão linear usamos os scores da MARS como variável dependente e a SFQ, GAF e equivalente de clorpromazina como variáveis independentes. O valor de $p < 0.05$ foi considerado como significativo.

6.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HCPA (nº 1502-82). O presente projeto de pesquisa está de acordo com as diretrizes estabelecidas pela Resolução 466/2012 (Conselho Nacional de Saúde, 2012) e a Resolução 016/2000 (Conselho Federal de Psicologia, 2000). A confidencialidade dos dados, assim como o anonimato dos participantes foi mantida em todas as publicações relacionadas.

7. RESULTADOS

BRIEF COMMUNICATION SUBMETIDA A REVISTA “TRENDS IN PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY”

Title: Global and Sexual Functioning as Predictors of Treatment Adherence in Individuals with Schizophrenia

Authors: Clara de Oliveira Lapa¹, Letícia Sanguinetti Czepielewski¹², Dayane Santos Martins¹, Ramiro Reckziegel¹, Mathias Hasse-Souza¹, Maria Júlia Silva de Brito¹, Isadora Lemus¹, Clarissa Severino Gama¹

Affiliations:

1. Laboratory of Molecular Psychiatry, Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do

Comportamento, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

2. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Departamento de Psicologia do

Desenvolvimento e da Personalidade, Instituto de Psicologia, Universidade

Federal do Rio Grande do Sul.

Highlights

- SD is high prevalent in individuals with SZ
- SD is not directly linked to treatment adherence
- The level of patient's global functioning could predict treatment adherence

Is Sexual Functioning Associated to Treatment Adherence independent of Global Functioning in Individuals with Schizophrenia?

Abstract:

Objective: To investigate whether sexual function could be associated to treatment adherence independently of global functioning in individuals with schizophrenia.

Method: Sixty-one DSM5 individuals with schizophrenia were recruited from an outpatient service in the south of Brazil. Clinical and demographic information was collected. Data were assessed by Medication Adherence Rating Scale (MARS), Sexual Function Questionnaire (SFQ), and Global Assessment Functioning (GAF). A linear regression model was made, using MARS scores as dependent variable and medication daily dose in chlorpromazine equivalents, GAF and SFQ scores as independent variables.

Results: MARS scores are associated to GAF scores ($t = 0.23$, $p = 0.01$, $\beta = 0.31$), but not to SFQ scores ($t = 0.23$, $p = 0.81$, $\beta = 0.30$), and chlorpromazine equivalents ($t = -0.33$, $p = 0.73$, $\beta = -0.04$).

Conclusion: Our findings showed an association between treatment adherence and global functioning, but not to sexual functioning itself. Although highly prevalent in this population, sexual functioning could not isolated explain treatment adherence.

Keywords: schizophrenia, sexual functioning, medication adherence, compliance, global function, medication use

Introduction

More than five decades after the emergence of pharmacological treatment for schizophrenia (SZ), adherence to prescribed drugs remains challenging. Non-compliance to treatment in this population can be linked to severe consequences that impact the disease course and patients' prognosis and life expectancy (1). Several factors are related to non-compliance in SZ, such as substance abuse, lack of insight, the severity of symptoms, and medications' adverse effects (2). Additionally, evidence suggests that up to 27% of patients with severe mental disorders stop taking their medicines because of sexual impairments caused by unwanted effects of psychotropics, which is a domain frequently neglected by health professionals when treating these individuals (3).

The emergence of sexual dysfunction in this population is commonly related to medications' adverse effects or possible comorbidities, such as depression. However, there is growing evidence suggesting that it may be linked to the disease itself (4). Conversely, it is also known that the severity of the disease is directly associated with the level of patients' functionality (5), which is a major construct comprising subdomains such as cognitive skills, work capacity, leisure time, interpersonal relationships, ability to manage finances, and autonomy (6).

Notwithstanding, previous studies analyzed sexual function as an independent element. However, it is known to be just one part of a patient's global functioning, which might bring a biased view of patients' overall functioning (6). Thus, this study aimed to explore whether the domain sexual function isolated, independent of global functioning, could predict treatment adherence.

Methods

Participants

This cross-sectional study included 61 DSM 5 individuals with schizophrenia, aged between 18 and 65 years, from an outpatient service at Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, Brazil. Participants were with no acute symptom based on a clinical interview, and treatment stability with antipsychotics for at least 6 months.

Assessment tools

To assess clinical and demographic data, all participants underwent an interview to collect information, such as gender, age, marital status, age of diagnosis, and medication use. We used Medication Adherence Rating Scale (MARS) to assess the level of treatment adherence (7,8), GAF to evaluate global functioning (9) and equivalents of chlorpromazine for quantify the amount of antipsychotics. For sexual function, we used the Sexual Functioning Questionnaire (SFQ), an instrument with 30 true or false questions validated for patients with mental illness, including psychotic patients. A minimum score of 8 was defined as the cut-off of sexual dysfunction (10).

Analysis

The data was analyzed using SPSS version 23. We first described the sample together and individually by men and women groups, regarding demographic, clinical (medications and treatment adherence), global functioning, and sexual function data. Descriptive statistics were presented using means and standard deviations for continuous variables and using proportions for categorical variables. We then compared

differences between genders through independent samples t-test or Chi-square test and used a linear regression model with MARS scores as dependent variable, and medication daily dose in chlorpromazine equivalents, GAF and SFQ scores as independent variables. The level of significance was set at 5% ($p < 0.05$).

Ethical considerations

This study was approved by the local ethical and research committee (project number 15-0282) and was carried out following the Declaration of Helsinki. Consent terms were obtained from all the participants before the participation in the study.

Results

Demographic, clinical, and medication information are presented in Table 1. Most individuals were single males with the mean age of 44 ± 9.42 years receiving government aid due to their condition. The participants were chronic patients with 23 ± 9.73 years of mean illness duration who presented the first disease episode in early adulthood.

More than two-thirds of patients scored 8 or more on MARS, indicating that most patients were adherent to prescribed treatment. Men were more compliant than women ($t(59) = 1.13$; $p = 0.03$).

Using SFQ cut-off for sexual dysfunction, 68% of patients presented impairment in at least one domain of sexuality. Women present more sexual impairments compared to men ($t(59) = -3.54$; $p < 0.01$). All female patients, fulfilled sufficient criteria for sexual dysfunction compared to nearly 56% of men.

A linear regression model including MARS scores as a dependent variable, and SFQ total scores and GAF scores as independent variables ($F(1) = 6.02$; $p = 0.02$) showed main effects for global functioning ($t = 0.23$, $p = 0.01$, $\beta = 0.31$), but not for sexual functioning ($t = 0.23$, $p = 0.82$, $\beta = 0.30$), and chlorpromazine equivalents ($t = -0.33$, $p = 0.73$, $\beta = -0.04$).

Discussion

These findings indicate that sexual function is not associated to treatment adherence, while better overall functioning was associated to compliance to the prescribed treatment. The majority of the sample had sexual dysfunction and two-thirds of them had a good medication adherence. Interestingly, treatment compliance was also not related to the daily amount of antipsychotics taken.

The occurrence of sexual dysfunctions in our study is supported by the literature, including the high prevalence found in women. Evidence suggests that, in SZ, sexual dysfunction can reach up to 80% of patients, while in women, it can affect up to 96% of individuals (11,12). Conversely, our findings regarding treatment adherence differ from many studies that report that more than two-thirds of individuals with SZ are non-adherent to the prescribed treatment (2). This difference could be accounted for by the fact that more than 80% of participants in our sample were using clozapine. Evidence suggests that this medication can improve positive and negative symptoms and social functioning, resulting in better compliance and a reduction in health care cost (13).

Conversely, we found that the GAF scores were the only predictor of MARS scores, suggesting that individuals with poorer levels of psychosocial functioning are more likely to present failures on following the treatment as prescribed. The correlation

between nonadherence and poorer functional outcomes is supported by the literature and is proved to worsen the course of illness, resulting in relapse, rehospitalization, longer time to remission, and attempted suicide. Therefore, identifying the key factors that contribute to nonadherence is essential not only for improving the prognosis of patients with SZ but also to reduce psychiatric morbidity and the costs of healthcare (2).

These findings, although preliminary, contribute to the evidence of an important construct of psychopathology that has real-life outcomes and should be considered when treating patients with SZ. Thus, our results must be interpreted in light of limitations since the sample size can reduce the generalizability of the findings. Possible confounds related to sexuality, such as menstrual cycle and prolactin levels, were not collected. It was also not possible to evaluate the effect of each class of antipsychotics because 80% of our sample were using the same medication. SFQ is not validated to the Brazilian population, although it is already translated and adapted to our population.

In conclusion, the present study contributes that treatment adherence is associated to global function as a group of domains but not to sexual function isolated. Thus, sexual dysfunctions, which are still prevalent and a neglected domain in this population, are unlikely to interfere with treatment compliance. The clinical relevance of these results indicates that analyzing all elements of patients' global functionality might strengthen the connection between clinical and functional outcomes, improving treatment adherence of patients with SZ.

References

1. Byerly MJ, Nakonezny PA, Lescouflair E. Antipsychotic Medication Adherence in Schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am*. Setembro de 2007;30(3):437–52.
2. Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, Diez T, Granström O, Hert MD. factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a © The Author(s), 2013. Reprints and permissions: <http://www.sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav> systematic literature review. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2013;19.
3. Rosenberg KP, Bleiberg KL, Koscis J, Gross C. A Survey of Sexual Side Effects Among Severely Mentally Ill Patients Taking Psychotropic Medications: Impact on Compliance. 2003;9.
4. Marques TR, Smith S, Bonaccorso S, Gaughran F, Kolliakou A, Dazzan P, et al. Sexual dysfunction in people with prodromal or first-episode psychosis. 2012;7.
5. Goldman M, DeQuardo JR, Tandon R, Taylor SF, Jibson M. Symptom Correlates of Global Measures of Severity in Schizophrenia. 1999;4.
6. Rosa AR, Sánchez-Moreno J, Martínez-Aran A, Salamero M, Torrent C, Reinares M, et al. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2007;3(1):5.
7. Moreira IC, Bandeira M, Pollo TC, Oliveira MS de. Cross-cultural adaptation to Brazil of Medication Adherence Rating Scale for psychiatric patients. *J Bras Psiquiatr*. Dezembro de 2014;63(4):273–80.
8. Thompson K. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses k. *Schizophr Res*. 2000;7.
9. Aas IM. Guidelines for rating Global Assessment of Functioning (GAF). *Ann Gen Psychiatry*. 2011;10(1):2.

10. Smith S, O'Keane V, Murray R. Sexual dysfunction in patients taking conventional antipsychotic medication. *Br J Psychiatry*. Julho de 2002;181(1):49–55.
11. de Boer MK, Castelein S, Wiersma D, Schoevers RA, Knegtering H. The Facts About Sexual (Dys)function in Schizophrenia: An Overview of Clinically Relevant Findings. *Schizophr Bull*. 1 de Maio de 2015;41(3):674–86.
12. Macdonald S, Halliday J, MacEwan T, Sharkey V, Farrington S, Wall S, et al. Nithsdale Schizophrenia Surveys 24: sexual dysfunction: Case–control study. *Br J Psychiatry*. 2 de Janeiro de 2003;182(1):50–6.
13. Cost effectiveness of clozapine in neuroleptic-resistant schizophrenia. *Am J Psychiatry*. Novembro de 1993;150(11):1630–8.

| Table 1 | Clinical and socio-demographic characteristics of individuals with schizophrenia | | | |
|--|--|--------------------|---------------------|---------------------------------------|
| | Individuals with schizophrenia (n=61) | Men (n=43) | Women (n=18) | Group Comparisons |
| Age [mean(SD)] | 44.51 (9.93) | 43.86 (9.42) | 46.06 (11.20) | t(59) = - 0.78; p= 0.44# |
| Marital status [n(%)] | | | | $\chi^2 (2) = 1.24; p= 0.54\ddagger$ |
| Single | 52 (85.2%) | 45 (78.9%) | 15 (68.2%) | |
| Married | 5 (8.2%) | 5 (8.8%) | 2 (9.1%) | |
| Divorced | 4 (6.6%) | 2 (3.5%) | 2 (9.1%) | |
| Years of education [mean (SD)] | 9.90 (3.36) | 9.62 (3.31) | 10.60 (3.52) | t(50) = - 0.94; p= 0.35# |
| Occupation [n(%)] | | | | $\chi^2 (5) = 3.42; p = 0.64\ddagger$ |
| Student | 1 (1.6%) | 1 (1.8%) | 3 (13.6%) | |
| Employed | 5 (8.2%) | 2 (3.5%) | 3 (13.6%) | |
| Unemployed | 13 (21.3%) | 11(19.3%) | 10 (45.4%) | |
| Government aid | 31 (54.1%) | 26 (45.6%) | | |
| Illness duration [mean (SD)] | 23.57 (10.12) | 23.12 (9.66) | 24.76 (11.26) | t(58) = - 0.57; p= 0.57# |
| Age of first episode [mean(SD)] | 21.18 (5.74) | 23.09 (9.73) | 24.76 (11.26) | t(58) = - 0.89; p= 0.38# |
| GAF [mean(SD)] | 50.70 (15.32) | 52.14 (13.38) | 47.28 (19.20) | t(59) = 1.13; p= 0.26# |
| MARS [mean(SD)] | 8.05 (1.45) | 8.30 (1.32) | 7.44 (1.61) | t(59) = 2.16; p= 0.03#* |
| SFQ [mean(SD)] | 10.33 (4.50) | 9.12 (4.46) | 13.22 (3.13) | t(59) = - 3.54; p= < 0.01#* |
| Use of clozapine [n(%)] | 52 (85.2%) | 49 (86%) | 16 (72.7%) | $\chi^2 (1) = 1.32; p = 0.29\ddagger$ |
| Use of mood stabilizers / anticonvulsivants [n(%)] | 22 (32.8%) | 18 (31.6%) | 4 (18.1%) | $\chi^2 (2) = 1.59; p= 0.47\ddagger$ |
| Use of benzodiazepine [n(%)] | 17 (27.9%) | 13 (22.8%) | 10 (45.5%) | $\chi^2 (2) = 4.01; p = 0.13\ddagger$ |
| Use of anticholinesterasic [n(%)] | 4 (6.6%) | 4 (7%) | 1 (4.5%) | $\chi^2 (2) = .97; p =.61\ddagger$ |
| Use of antidepressants [n(%)] | 18 (29.5%) | 18 (31.6%) | 5 (22.7%) | $\chi^2 (2) = 2.78; p =0.24\ddagger$ |
| Number of antipsychotics [n(%)] | | | | $\chi^2 (1) = 2.02; p =0.15\ddagger$ |
| 01 | 47 (77%) | 39 (68.4%) | 18 (81.8%) | $\chi^2 (1) = 2.02; p =0.15\ddagger$ |
| 02 | 14 (23%) | 15 (26.3%) | 3 (13.6%) | |
| >=03 | 1 (1.3%) | 1 (1.8%) | 0 (0%) | |
| Chlorpromazine equivalent [mean(SD)] | 980.73 (391.19) | 1001.74 (420.36) | 930.55 (74.44) | t(59) = 0.64; p= 0.52# |

SD: Standard deviation; # Independent samples t-test. † Chi-square test.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação objetivou avaliar se um elemento do funcionamento global, comumente impactado nos pacientes com esquizofrenia, conseguiria de forma independente, influenciar na adesão ao tratamento destes indivíduos. Os achados principais desse trabalho mostram a associação da adesão com a funcionalidade de uma maneira global, mas não com a sexualidade isoladamente.

Embora a literatura sugira que a presença de disfunção sexual nos pacientes com esquizofrenia diminua as taxas de adesão ao tratamento farmacológico (10), vemos que provavelmente esta ligação acontece de forma indireta. Conforme descrito, os prejuízos encontrados na sexualidade são multifatoriais, podendo ser causada pelo uso das medicações, mas também por fatores trazidos pela própria doença (78).

Além disto, SZ é conhecida por trazer consigo déficits funcionais que muitas vezes são deixados de lado na busca pela remissão dos sintomas clínicos como as alucinações e delírios (87). A necessidade de mais estudos avaliando a sexualidade dos pacientes com SZ, principalmente no que tange a influência desta na adesão ao tratamento, se mostra essencial. É sabido que a não adesão ao tratamento nesta população impacta substancialmente a saúde e o funcionamento global dos pacientes. Combater a falta de adesão tem o potencial não só diminuir a mortalidade destes indivíduos, mas também contribui para enxugar os custos do sistema de saúde (52).

Em suma, a SZ é uma doença que traz consigo inegáveis prejuízos e disfunções. Mesmo com os avanços no tratamento e com melhores desfechos sendo acompanhados ao longo do tempo, esta patologia segue rodeada de preconceito e estigma. A busca pela recuperação nestes casos deve considerar além dos fatores

clínicos, como a ausência sintomática, o reestabelecimento das capacidades psicossociais.

REFERÊNCIAS

1. Rössler W, Joachim Salize H, van Os J, Riecher-Rössler A. Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *Eur Neuropsychopharmacol*. Agosto de 2005;15(4):399–409.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub; 2013. 1519 p.
3. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia. Hyman SE, editor. *PLoS Med*. 31 de Maio de 2005;2(5):e141.
4. Bhugra D. The Global Prevalence of Schizophrenia. *PLoS Med*. 2005;2(5):2.
5. Charlson FJ, Ferrari AJ, Santomauro DF, Diminic S, Stockings E, Scott JG, et al. Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophr Bull*. 17 de Outubro de 2018;44(6):1195–203.
6. McCutcheon RA, Reis Marques T, Howes OD. Schizophrenia—An Overview. *JAMA Psychiatry*. 1 de Fevereiro de 2020;77(2):201.
7. Reckziegel R, Czepielewski LS, Hasse-Sousa M, Martins S. Dayane, J. de Britto M, Lapa C de O, et al. Heterogeneous trajectories in schizophrenia: insights from neurodevelopment and neuroprogression models. *Braz J Psychiatry* 2021.

8. Green MF, Kern RS, Braff DL, Mintz J. Neurocognitive Deficits and Functional Outcome in Schizophrenia: Are We Measuring the «Right Stuff»? *Schizophr Bull.* 1 de Janeiro de 2000;26(1):119–36.
9. de Boer MK, Castelein S, Wiersma D, Schoevers RA, Knegtering H. The Facts About Sexual (Dys)function in Schizophrenia: An Overview of Clinically Relevant Findings. *Schizophr Bull.* 1 de Maio de 2015;41(3):674–86.
10. Souaiby L, Kazour F, Zoghbi M, Khalil RB, Richa S. Sexual dysfunction in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder and its association with adherence to antipsychotic medication. :9.
11. Smith S, O’Keane V, Murray R. Sexual dysfunction in patients taking conventional antipsychotic medication. *Br J Psychiatry.* Julho de 2002;181(1):49–55.
12. Montejo ÁL, Majadas S, Rico-Villademoros F, LLorca G, De La Gándara J, Franco M, et al. Frequency of Sexual Dysfunction in Patients with a Psychotic Disorder Receiving Antipsychotics. *J Sex Med.* Outubro de 2010;7(10):3404–13.
13. Lepage M, Bodnar M, Bowie CR. Neurocognition: Clinical and Functional Outcomes in Schizophrenia. *Can J Psychiatry.* Janeiro de 2014;59(1):5–12.
14. Wyatt R. Neuroleptics and the Natural Course of Schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1991;2(17):325–51.
15. Andrade MCR. Superação em Esquizofrenia: relato de casos. *J Bras Psiquiatr.* Março de 2019;68(1):61–2.

16. Hegarty, J. D. One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature. *Am J Psychiatry* 151:10 1409–1416. 1994;
17. Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. Schizophrenia, “Just the Facts”: What we know in 2008 Part 1: Overview. *Schizophr Res.* 2008;16.
18. Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. Schizophrenia, “just the facts” 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophr Res.* Maio de 2009;110(1–3):1–23.
19. Kendell RE. Diagnosis and classification of functional psychoses. *Br Med Bull.* 1987;43(3):499–513.
20. Keshavan M, Tandon R, Boutros N, Nasrallah H. Schizophrenia, “just the facts”: What we know in 2008 Part 3: Neurobiology. *Schizophr Res.* Dezembro de 2008;106(2–3):89–107.
21. Rapoport JL, Giedd JN, Gogtay N. Neurodevelopmental model of schizophrenia: update 2012. *Mol Psychiatry.* Dezembro de 2012;17(12):1228–38.
22. Tandon R, Gaebel W, Barch DM, Bustillo J, Gur RE, Heckers S, et al. Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophr Res.* Outubro de 2013;150(1):3–10.
23. Fletcher PC, Frith CD. Perceiving is believing: a Bayesian approach to explaining the positive symptoms of schizophrenia. *Nat Rev Neurosci.* Janeiro de 2009;10(1):48–58.

24. Foussias G, Remington G. Negative Symptoms in Schizophrenia: Avolition and Occam's Razor. *Schizophr Bull.* 1 de Março de 2010;36(2):359–69.
25. Simpson EH, Kellendonk C, Kandel E. A Possible Role for the Striatum in the Pathogenesis of the Cognitive Symptoms of Schizophrenia. *Neuron.* Março de 2010;65(5):585–96.
26. Kulhara P, Gupta S. What is schizophrenia: A neurodevelopmental or neurodegenerative disorder or a combination of both? A critical analysis. *Indian J Psychiatry.* 2010;52(1):21.
27. Mednick SA. Adult Schizophrenia Following Prenatal Exposure to an Influenza Epidemic. *Arch Gen Psychiatry.* 1 de Fevereiro de 1988;45(2):189.
28. Kendell RE. Maternal Influenza in the Etiology of Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 1 de Outubro de 1989;46(10):878.
29. McNeil TF, Kajij L. Obstetric factors in the development of schizophrenia: complications in the births of preschizophrenics and in reproduction by schizophrenic patients. *Nat OfSchizophrenia.*
30. Howes OD, Murray RM. Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model. *The Lancet.* Maio de 2014;383(9929):1677–87.
31. Kahn RS, Sommer IE. The neurobiology and treatment of first-episode schizophrenia. *Mol Psychiatry.* Fevereiro de 2015;20(1):84–97.

32. Müller N. Neuroprogression in Schizophrenia and Psychotic Disorders: The Possible Role of Inflammation. Em: Halaris A, Leonard BE, editores. Modern Trends in Pharmacopsychiatry [Internet]. S. Karger AG; 2017 [citado 2 de Abril de 2021]. p. 1–9. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/FullText/470802>
33. Rosa AR, Sánchez-Moreno J, Martínez-Aran A, Salamero M, Torrent C, Reinares M, et al. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2007;3(1):5.
34. The role of social relationships in the course of first-episode schizophrenia and affective psychosis. *Am J Psychiatry*. Novembro de 1989;146(11):1456–61.
35. Priebe S, Roeder-Wanner U-U, Kaiser W. Quality of life in first-admitted schizophrenia patients: a follow-up study. *Psychol Med*. Janeiro de 2000;30(1):225–30.
36. Penn DL, Waldheter EJ, Perkins DO, Mueser KT, Lieberman JA. Psychosocial Treatment for First-Episode Psychosis: A Research Update. *Am J Psychiatry*. Dezembro de 2005;162(12):2220–2220.
37. Barnes TR, the Schizophrenia Consensus Group of the British Association for Psychopharmacology. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol (Oxf)*. Maio de 2011;25(5):567–620.
38. Patel KR, Cherian J, Gohil K, Atkinson D. Schizophrenia: Overview and Treatment Options. :8.

39. Lindenmayer JP, Liu-Seifert H, Kulkarni PM, et al. Medication non-adherence and treatment outcomes in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder with suboptimal prior response. *J Clin Psychiatry* 2009;70(7):990–996. *J Clin Psychiatry* 2009;70:990–996.
40. Siever LJ, Davis KL. The Pathophysiology of Schizophrenia Disorders: Perspectives From the Spectrum. *Am J Psychiatry*. 2004;16.
41. Kapur S, Remington G. Dopamine D2 Receptors and Their Role in Atypical Antipsychotic Action: Still Necessary and May Even Be Sufficient. *BIOL PSYCHIATRY*. :11.
42. Bruijnzeel D. Antipsychotic treatment of schizophrenia: An update. 2014;5.
43. Leucht S, Corves C, Arbter D, Engel RR, Li C, Davis JM. Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. 2009;373:11.
44. Leucht S. Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. 2012;379:9.
45. Haddad PM, Sharma SG. Adverse Effects of Atypical Antipsychotics. *CNS Drugs*. 2007;26.
46. Bushe et al. Weight change from 3-year observational data: findings from the worldwide schizophrenia outpatient health outcomes database. *J Clin Psychiatry* 736 E749–e755.

47. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005;(353):487–97.
48. Kane JM, Kishimoto T, Correll CU. Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: epidemiology, contributing factors and management strategies. *World Psychiatry*. 2013;11.
49. Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence.:21.
50. Sabaté E, World Health Organization, editores. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003. 198 p.
51. Karve S. Prospective Validation of Eight Different Adherence Measures for Use with Administrative Claims Data among Patients with Schizophrenia.:7.
52. Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, Diez T, Granström O, Hert MD. factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a © The Author(s), 2013. Reprints and permissions: <http://www.sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav> systematic literature review. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2013;19.
53. Byerly MJ, Nakonezny PA, Lescoffler E. Antipsychotic Medication Adherence in Schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am*. Setembro de 2007;30(3):437–52.
54. Emsley R, Medori R, Koen L, Oosthuizen PP, Niehaus DJH, Rabinowitz J. Long-Acting Injectable Risperidone in the Treatment of Subjects With Recent-Onset Psychosis: A Preliminary Study. *J Clin Psychopharmacol*. Abril de 2008;28(2):210–3.

55. Emsley R, Oosthuizen P, Koen L, Niehaus D, Martinez L. Comparison of Treatment Response in Second-Episode Versus First-Episode Schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol*. Fevereiro de 2013;33(1):80–3.
56. Masand PS, Turner MS. Partial Adherence to Antipsychotic Medication Impacts the Course of Illness in Patients With Schizophrenia: A Review. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* :8.
57. Cutler AJ. Sexual dysfunction and antipsychotic treatment. 2003;14.
58. Weiden PJ, Kozma C, Grogg A, Locklear J. Partial Compliance and Risk of Rehospitalization Among California Medicaid Patients With Schizophrenia. *Psychiatr Serv*. Agosto de 2004;55(8):886–91.
59. Robinson et al. Predictors of medication discontinuation by patients with first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Research* 57 (2002) 209–219.
60. Warner R. Recovery from schizophrenia and the recovery model. *Curr Opin Psychiatry*. Julho de 2009;22(4):374–80.
61. Warner R. Recovery From Schizophrenia: Psychiatry And Political Economy. :410.
62. Lambert M, Naber D, Schacht A, Wagner T, Hundemer H-P, Karow A, et al. Rates and predictors of remission and recovery during 3 years in 392 never-treated patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. Setembro de 2008;118(3):220–9.

63. Emsley R, Chiliza B, Asmal L, Lehloenya K. The concepts of remission and recovery in schizophrenia: *Curr Opin Psychiatry*. Fevereiro de 2011; 1.
64. Liberman, R. P. *Recovery from disability: Manual of psychiatric rehabilitation*. American Psychiatric Publishing, Inc.; 2008.
65. Leucht S, Lasser R. The Concepts of Remission and Recovery in Schizophrenia. *Pharmacopsychiatry*. Setembro de 2006;39(5):161–70.
66. Dumontaud M, Korchia T, Khouani J, Lancon C, Auquier P, Boyer L, et al. Sexual dysfunctions in schizophrenia: Beyond antipsychotics. A systematic review. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. Março de 2020;98:109804.
67. Montejo, A. L., Llorca, G., Izquierdo, J. A., & Rico-Villademoros, F. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. *J Clin Psychiatry* 62 Suppl 3 10–21. 2001;
68. McAfee KM. *Biological Perspectives*. 2002;38(3):6.
69. Macdonald S, Halliday J, MacEwan T, Sharkey V, Farrington S, Wall S, et al. Nithsdale Schizophrenia Surveys 24: sexual dysfunction: Case–control study. *Br J Psychiatry*. 2 de Janeiro de 2003;182(1):50–6.
70. Knegtering H, van den Bosch R, Castelein S, Bruggeman R, Sytema S, van Os J. Are sexual side effects of prolactin-raising antipsychotics reducible to serum prolactin? *Psychoneuroendocrinology*. Julho de 2008;33(6):711–7.

71. Baggaley M. Sexual dysfunction in schizophrenia: focus on recent evidence. *Hum Psychopharmacol Clin Exp*. Abril de 2008;23(3):201–9.
72. Meston CM, Frohlich PF. The Neurobiology of Sexual Function. *Arch Gen Psychiatry*. 1 de Novembro de 2000;57(11):1012.
73. Ghadirian AM. Sexual dysfunction and plasma prolactin levels in neuroleptic-treated schizophrenic outpatients. *J Nerv Ment Dis*. 1982;170(8):463-7.
74. Fitzgerald P, Dinan TG. Prolactin and dopamine: What is the connection? A Review Article. *J Psychopharmacol (Oxf)*. Março de 2008;22(2_suppl):12–9.
75. Richtand N, Welge J, Logue A, Keckjr P, Strakowski S, Mcnamara R. Role of serotonin and dopamine receptor binding in antipsychotic efficacy. Em: *Progress in Brain Research* [Internet]. Elsevier; 2008 [citado 10 de Abril de 2021]. p. 155–75. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0079612308009084>
76. Correll CU. From receptor pharmacology to improved outcomes: individualising the selection, dosing, and switching of antipsychotics. *Eur Psychiatry*. Junho de 2010;25(S2):S12–21.
77. Kennedy SH, Rizvi S. Sexual Dysfunction, Depression, and the Impact of Antidepressants. *J Clin Psychopharmacol*. Abril de 2009;29(2):157–64.
78. Serretti A, Chiesa A. A meta-analysis of sexual dysfunction in psychiatric patients taking antipsychotics: *Int Clin Psychopharmacol*. Maio de 2011;26(3):130–40.
79. Baldwin DS. Depression and sexual dysfunction. *Br Med Bull*. :19.

80. Rosenberg KP, Bleiberg KL, Koscis J, Gross C. A Survey of Sexual Side Effects Among Severely Mentally Ill Patients Taking Psychotropic Medications: Impact on Compliance. 2003;9.
81. Marques TR, Smith S, Bonaccorso S, Gaughran F, Kolliakou A, Dazzan P, et al. Sexual dysfunction in people with prodromal or first-episode psychosis. 2012;7.
82. Nunes LVA, Moreira HC, Razzouk D, Nunes SOV, Mari JDJ. Strategies for the Treatment of Antipsychotic-Induced Sexual Dysfunction and/or Hyperprolactinemia Among Patients of the Schizophrenia Spectrum: A Review. *J Sex Marital Ther.* Maio de 2012;38(3):281–301.
83. Mir A, Shivakumar K, Williamson RJ, McAllister V, O’Keane V, Aitchison KJ. Change in sexual dysfunction with aripiprazole: a switching or add-on study. *J Psychopharmacol (Oxf).* Maio de 2008;22(3):244–53.
84. DiBonaventura M, Gabriel S, Dupclay L, Gupta S, Kim E. A patient perspective of the impact of medication side effects on adherence: results of a cross-sectional nationwide survey of patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry.* Dezembro de 2012;12(1):20.
85. Aas IM. Guidelines for rating Global Assessment of Functioning (GAF). *Ann Gen Psychiatry.* 2011;10(1):2.
86. Thompson K. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses k. *Schizophr Res.* 2000;7.

87. Brissos S, Molodynski A, Dias V, Figueira M. The importance of measuring psychosocial functioning in schizophrenia. *Ann Gen Psychiatry*. 2011;10(1):18.

ANEXOS:

Questionário de Função Sexual (SFQ)

(Smith SM, O'Keane V, Murray R, 2002)

Cada afirmação é seguida de uma resposta **VERDADEIRA** ou **FALSA**. Leia com atenção cada afirmação e decida qual resposta descreve melhor como você se sente. Assinale a resposta correspondente.

Se você não tem certeza absoluta sobre qual resposta é a mais precisa, escolha a que você sente ser mais apropriada. Por favor, pergunte à pessoa que está lhe entrevistando se há alguma palavra que você não entenda.

Não demore muito tempo em cada afirmação. É importante que você responda a cada questão da forma mais honesta possível. **Lembre-se de responder todas as questões.**

Todas as informações vão ser tratadas com o mais absoluto sigilo.

No ultimo mês.

1. Eu pensei sobre sexo

- a. Ao menos uma vez ao dia..... []Verdadeiro/ []Falso
- b. Três vezes por semana..... []Verdadeiro/ []Falso
- c. Menos de uma vez por semana..... []Verdadeiro/ []Falso
- d. Menos de uma vez a cada duas semanas..... []Verdadeiro/ []Falso

2. Eu nunca penso em sexo..... []Verdadeiro/ []Falso

3. Eu achei outras pessoas desejáveis sexualmente..... []Verdadeiro/ []Falso

4. Eu não quis ter relações sexuais..... []Verdadeiro/ []Falso

5. Eu tive prazer com sexo..... []Verdadeiro/ []Falso

6. Eu não estive particularmente interessado em sexo..... []Verdadeiro/ []Falso

No ultimo mês.

7. Eu me excitei facilmente..... []Verdadeiro/ []Falso

8. Tem levado mais tempo que o usual para eu me excitar..... []Verdadeiro/ []Falso

9. Eu estive completamente incapaz de me excita..... []Verdadeiro/ []Falso

10. Embora eu tenha me excitado mentalmente, nada aconteceu fisicamente..... []Verdadeiro/ []Falso

Mulheres - por favor pulem para a questão 18.

Homens - por favor continuem.

No ultimo mês:

11. Eu tive ereções

- a. Ao menos uma vez ao dia..... []Verdadeiro/ []Falso
 - b. Três vezes por semana..... []Verdadeiro/ []Falso
 - c. Menos de uma vez por semana..... []Verdadeiro/ []Falso
 - d. Menos de uma vez a cada duas semanas..... []Verdadeiro/ []Falso
 - e. Menos de uma vez por mês..... []Verdadeiro/ []Falso
12. Eu não tenho ereções..... []Verdadeiro/ []Falso
13. Eu sempre sou capaz de ter uma ereção completa quando eu quero..... []Verdadeiro/ []Falso
14. Eu sinto que minhas ereções não são completas como eram antes..... []Verdadeiro/ []Falso
15. Eu nunca sou capaz de atingir uma ereção completa..... []Verdadeiro/ []Falso
16. Eu raramente atinjo uma ereção completa..... []Verdadeiro/ []Falso
17. Por não atingir uma ereção completa, eu não sou capaz de ter relações sexuais... []Verdadeiro/ []Falso

Homens - por favor pulem para a questão 22.

Mulheres - por favor continuem.

18. Sexo tem sido difícil para mim já que eu não respondo fisicamente como deveria.. []Verdadeiro/ []Falso
19. Minha resposta física à estimulação sexual é diferente do que costumava ser..... []Verdadeiro/ []Falso
20. Minha resposta física à estimulação sexual é melhor agora do que costumava ser. []Verdadeiro/ []Falso
21. Minha resposta física à estimulação sexual é pior do que era..... []Verdadeiro/ []Falso

No último mês:

22. Eu me masturbei
- a. Ao menos uma vez ao dia..... []Verdadeiro/ []Falso
 - b. Três vezes por semana..... []Verdadeiro/ []Falso
 - c. Menos de uma vez por semana..... []Verdadeiro/ []Falso
 - d. Menos de uma vez a cada duas semanas..... []Verdadeiro/ []Falso
 - e. Menos de uma vez por mês..... []Verdadeiro/ []Falso
23. Eu sinto que masturbação é errado..... []Verdadeiro/ []Falso
24. Eu nunca me masturbo..... []Verdadeiro/ []Falso
25. Eu raramente me masturbo..... []Verdadeiro/ []Falso
26. Eu me masturbei com mais frequência do que normalmente faço..... []Verdadeiro/ []Falso
27. Eu me masturbei menos do que normalmente faço..... []Verdadeiro/ []Falso

No último mês:

28. Eu não atingi orgasmo/não ejaculei de forma alguma..... []Verdadeiro/ []Falso
29. Eu tive orgasmos/ejaculações sempre que quis..... []Verdadeiro/ []Falso
30. Nunca atingi um orgasmo/ejaculação..... []Verdadeiro/ []Falso
31. Orgasmo/ejaculação foi doloroso para mim..... []Verdadeiro/ []Falso
32. Meu orgasmo ou ejaculação foi diferente do que era antes..... []Verdadeiro/ []Falso
33. Eu tenho orgasmo/ejaculação toda vez que faço sexo / me masturbo..... []Verdadeiro/ []Falso

Mulheres - por favor pulem para a questão 39.

Homens - por favor continuem.

No último mês:

34. Eu ejaculo muito tempo depois de ter atingido o orgasmo..... []Verdadeiro/ []Falso
35. Minha ejaculação acontece muito rápido..... []Verdadeiro/ []Falso
36. A quantidade de fluido que eu produzo quando ejaculo é menor do que eu costumava produzir antes..... []Verdadeiro/ []Falso
37. A quantidade de fluido que eu produzo quando ejaculo é maior do que eu costumava produzir antes..... []Verdadeiro/ []Falso
38. A cor do fluido que eu produzo quando eu ejaculo é diferente de antes..... []Verdadeiro/ []Falso

Homens e mulheres:

39. Por favor, marquem na escala abaixo o nível de satisfação com a sua vida sexual no **último mês**:

Completamente Insatisfeito

Completamente Satisfeito

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

Escala de Avaliação de Adesão à Medicação – MARS-BR

Instruções: Eu vou fazer algumas perguntas sobre como você toma seus remédios psiquiátricos e o que você pensa sobre eles. Por favor, responda sinceramente cada pergunta.

1. Você, às vezes, se esquece de tomar seus remédios?

() 0. Sim () 1. Não

2. Às vezes, você se descuida de tomar seus remédios?

() 0. Sim () 1. Não

3. Quando você se sente melhor, você, às vezes, para de tomar seus remédios?

() 0. Sim () 1. Não

4. Às vezes, se você sente pior quando toma seus remédios, você para de tomá-los?

() 0. Sim () 1. Não

5. Você toma seus remédios só quando está passando mal?

() 0. Sim () 1. Não

6. Você acha estranho a pessoa ser controlada por remédios?

() 0. Sim () 1. Não

7. Seus pensamentos ficam mais claros quando você está tomando remédios?

() 1. Sim () 0. Não

8. Você acha que tomando seus remédios, você evita ficar doente?

() 1. Sim () 0. Não

9. Você se sente esquisito(a) quando está tomando seus remédios?

() 0. Sim () 1. Não

10. Os remédios fazem você se sentir cansado(a) ou lento(a)?

() 0. Sim () 1. Não

ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DE FUNCIONAMENTO (GAF)

| | |
|--------|---|
| Código | (Obs. usar os códigos intermediários quando apropriado. p.ex. 45,68,72) |
| 91-100 | Funcionamento superior em uma ampla faixa de atividades, problemas vitais jamais fora de controle, é procurado por outros em vista de suas muitas qualidades positivas. Assintomático. |
| 81-90 | Sintomas ausentes ou mínimos (p.ex. leve ansiedade antes de um exame). Bom funcionamento em todas as áreas, interessado e envolvido em uma ampla faixa de atividades, socialmente eficiente, em geral satisfeito com a vida, nada além de problemas ou preocupações cotidianas (p.ex. uma discussão ocasional com membros da família). |
| 71-80 | Se estão presentes, os sintomas são temporários e consistem de reações previsíveis a estressores psicossociais (p. ex. dificuldade para concentrar-se após discussão em família), não mais do que leve prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou escolar (p. ex. apresenta declínio temporário na escola). |
| 61-70 | Alguns sintomas leves (p. ex. humor depressivo e insônia leve) OU alguma dificuldade no funcionamento social, ocupacional ou escolar (p. ex. faltas injustificadas à escola ocasionalmente ou furto dentro de casa), mas geralmente funcionando muito bem. Possui alguns relacionamentos interpessoais significativos. |
| 51-60 | Sintomas moderados (p. ex. afeto embotado e fala circunstancial, ataques de pânico ocasionais) OU dificuldade moderada no funcionamento social, ocupacional ou escolar (p. ex. poucos amigos, conflitos com companheiros ou colegas de trabalho). |
| 41-50 | Sintomas sérios (p. ex. ideação suicida, rituais obsessivos graves, frequentes furtos em lojas) OU qualquer prejuízo sério no funcionamento social, ocupacional ou escolar (p. ex. nenhum amigo, incapaz de manter um emprego). |
| 31-40 | Algum prejuízo no teste de realidade ou na comunicação (p. ex. fala às vezes ilógica, obscura ou irrelevante) OU prejuízo importante em diversas áreas tais como emprego, escola, relações familiares, julgamento pensamento ou humor (p. ex. homem deprimido evita amigos, negligencia a família e é incapaz de trabalhar; criança frequentemente bate em crianças mais jovens, é desafiadoras em casa e está indo mal na escola). |
| 21-30 | Comportamentos consideravelmente influenciados por delírios ou alucinações OU sério prejuízo na comunicação ou julgamento (p. ex. ocasionalmente incoerente, age de forma imprópria, preocupação suicida) OU incapacidade de funcionar na maioria das áreas (p. ex. permanece na cama o dia inteiro, sem amigos, emprego, casa ou amigos). |
| 11-20 | Algum perigo de ferir a si mesmo ou a outros (p. ex. tentativas de suicídio sem clara intenção de morte, frequentemente violento, excitação maníaca) OU ocasionalmente não consegue manter o mínimo de higiene pessoal (p. ex. suja-se de fezes) OU amplo prejuízo na comunicação (p. ex. ampla incoerência ou mutismo). |
| 1-10 | Perigo persistente de ferir gravemente a si mesmo ou a outros (p. ex. violência recorrente) OU inabilidade persistente de manter higiene pessoal mínima OU sério ato suicida com claro intento de morte. |
| 999 | Informações inadequadas |

Pontuação final: _____

