

Bruno José de Oliveira Carraça

**Perturbações da Personalidade
nos Cuidados de Saúde Primários:
Prevalência e Comorbilidade
Psicopatológica**

Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte

2012



Bruno José de Oliveira Carraça

**Perturbações da Personalidade
nos Cuidados de Saúde Primários:
Prevalência e Comorbilidade Psicopatológica**

Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte

Maio de 2012



Perturbações da Personalidade nos Cuidados de Saúde Primários: Prevalências e Comorbilidade Psicopatológica

**Dissertação apresentada no Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte para a
obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde**

Orientador: Professor Doutor Daniel Maria Bugalho Rijo (Faculdade de Psicologia e
Ciências da Educação da Universidade de Coimbra)

Co-orientadora: Professora Doutora Maria Emília Torres Eckenroth G. Areias
(Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte)

Júri

Presidente: Professora Doutora Maria Emília Torres Eckenroth G. Areias

Vogais: Professor Doutor José Paulo Almeida
Professor Doutor Daniel Maria Bugalho Rijo

Bruno José de Oliveira Carraça

Maio de 2012

Agradecimentos

Uma dissertação é um trabalho académico que decorre num espaço temporal, ao longo do qual é necessário renovar forças, motivação e saberes, para chegar ao seu fim. E por isso, gostaria de dedicar os meus mais sinceros agradecimentos às pessoas que me acompanharam, contribuindo de forma, mais ou menos, direta para o confinar tão construtivo e empreendedor deste trabalho. A todos o meu MUITO OBRIGADO!

Ao meu orientador, Professor Doutor Daniel Rijo, que me despertou a atenção para a investigação e particularmente para este tema. O seu apoio e acompanhamento permitiram aumentar os meus conhecimentos sobre aspetos da clínica e da investigação. Um obrigado pelas suas críticas e sugestões enriquecedoras.

À Professora Doutora Emília Areias, minha coorientadora, pela constante disponibilidade em estimular a continuidade e reflexão, do trabalho que foi sendo construído, passo a passo, por mim.

A todos os responsáveis (chefias, colegas de trabalho, utentes...) dos Centros de Saúde envolvidos neste estudo, pelo consentimento do mesmo e pela participação.

Aos meus colegas, companheiros e amigos pelo acompanhamento e apoio ao longo deste caminho.

Por último, um obrigado muito especial, à minha esposa, pelo apoio e suporte incondicionais para a realização deste meu projeto e pela compreensão e ajuda, durante esta caminhada.

Resumo

Perturbações da Personalidade nos Cuidados de Saúde Primários: Prevalências e Comorbilidade Psicopatológica

A patologia da personalidade tende a ocorrer com outras perturbações do Eixo I, afeta a relação médico-doente e a qualidade de vida deste último. As perturbações da personalidade constituem um tipo grave de perturbação mental que surge na vida do indivíduo, e responde por doença funcional significativa, e sofrimento subjetivo nas diferentes áreas de funcionamento do indivíduo. A investigação aponta para prevalências que variam entre 10 e 13% na população geral, mas que aumentam para cerca de 34% em amostras de cuidados de saúde primários (Casey & Tyrer 1990; Tyrer, 2000; Tyrer & Batem, 2004). Contudo, o diagnóstico destas perturbações raramente é realizado fora das unidades de saúde especializadas. Em Portugal é escassa a investigação sobre a prevalência das perturbações da personalidade, e tanto quanto é do nosso conhecimento, não existem estudos acerca da prevalência destas nos cuidados de saúde primários.

O presente estudo teve como objetivo principal determinar a prevalência das perturbações da personalidade, numa amostra de utentes, dos Cuidados de Saúde Primários do Agrupamento de Centros de Saúde Dão Lafões II. Estudou-se também a associação das perturbações da personalidade com a severidade da psicopatologia sintomática, o seu impacto na qualidade de vida dos utentes, e na qualidade da relação estabelecida com o médico.

Para a recolha de dados, aplicou-se um conjunto de instrumentos, a uma amostra de 184 utentes, encaminhados pelos médicos de medicina geral e familiar para a consulta de psicologia clínica e da saúde, com um diagnóstico de perturbação do Eixo I do DSM-IV.

Efetuaram-se análises descritivas e comparativas, com o objetivo de caracterizar as perturbações da personalidade na amostra, e estudos multivariados para testar as hipóteses de associação entre a patologia da personalidade, por um lado, e intensidade da patologia sintomática, qualidade de vida e qualidade da relação médico-doente, por outro.

Encontrou-se uma prevalência global de 52.7% de perturbações da personalidade, sendo o grupo B o mais comum (21.14%). A perturbação da personalidade borderline é a mais prevalente (14.13%), seguida da evitante (8.70%), paranoide (5.98%) e obsessiva-compulsiva (5.98%). Relativamente ao género, os homens apresentam taxas de prevalência mais elevadas. Não se encontraram diferenças significativas entre indivíduos mais novos e mais velhos, quer sejam homens ou mulheres.

Quanto às dimensões da psicopatologia sintomática, os sujeitos com perturbação da personalidade apresentam maior severidade de psicopatologia do Eixo I e de ansiedade-estado; não se distinguem dos sujeitos sem perturbação da personalidade na autoavaliação da depressão nem na ansiedade-traço.

Quanto a qualidade de vida encontram-se diferenças entre os sujeitos com e sem perturbação da personalidade, revelando os sujeitos que possuem um diagnóstico de pelo menos uma perturbação da personalidade pior qualidade de vida nos domínios, psicológico, relação e ambiental, do instrumento da avaliação da qualidade de vida da Organização mundial de Saúde. Os indivíduos com pelo menos um diagnóstico de perturbação da personalidade apresentam também, uma frequência superior de consultas médicas, e uma menor qualidade da relação médico-doente (quer quando esta qualidade é avaliada pelo médico, quer pelo doente).

Os resultados dos diversos estudos são concordantes com a diversa investigação internacional quanto as taxas de prevalência das perturbações da personalidade nos cuidados de saúde primários. A elevada taxa de prevalência global das perturbações da personalidade encontrada nos nossos estudos sugere a necessidade de uma triagem adequada deste tipo de patologia aquando do encaminhamento para a consulta de psicologia clínica, de forma a promover um tratamento eficaz destes indivíduos. Uma adequada e cuidada avaliação ao nível da saúde mental nos cuidados de saúde primários, permitiria, o adequado tratamento destes doentes, bem como, prevenir a excessiva reincidência na consulta de medicina geral e familiar, o excesso de prescrição de psicofármacos para as perturbações do Eixo I e contribuiria certamente para uma melhor racionalização dos custos do Sistema Nacional de Saúde.

Palavras-chave: Perturbações da personalidade, cuidados de saúde primários, prevalências, comorbilidade psicopatológica, qualidade de vida, relação médico-doente.

Abstract

Personality Disorders in Primary Health Care Attenders: Prevalence rates and comorbidity with symptomatic psychopathology

Personality disorders tend to occur with other/comorbid Axis I disorders and affects the doctor-patient relationship and quality of life of the latter.

Personality disorder have been described and classified in many ways but commonly are that the characteristics must be long-standing, persistent, and pervasive and must cause distress to the individual or others. The current Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) defines personality disorder “an enduring pattern of inner experience and behavior that deviates markedly from the expectations of the individual’s culture, is pervasive and inflexible, has an onset in adolescence or early adulthood, is stable over time, and leads to distress or impairment (APA, 1994).

Research points to a prevalence rates between 10 and 13% in the general population, but increase to about 34% in samples of primary health care (Casey & Tyrer 1990; Tyrer, 2000; Tyrer & Batem, 2004). However, the diagnosis of these disorders has not been properly tested outside mental /psychiatric health services. In Portugal few studies included prevalence of personality disorders, and nothing came to our knowledge, about studies on the prevalence of these disorders in primary health care.

The objective is to determine the prevalence rate of personality disorders among a sample of Portuguese primary health care attenders. Associations between a diagnosis of personality disorder, symptomatic severity of psychopathology, sociodemographic background, attenders quality of life, and quality of the relationship between doctor-attender.

To collect data, were applied several instruments, to 184 primary care attenders referred by general and family physicians, to clinical psychology and health query, with a diagnosis of Axis I disorder of the DSM.

There have been described comparative analysis with the aim of characterizing personality disorders in the sample, and multivariate analysis to test hypotheses of association between personality pathology on the one hand, and intensity of

symptomatic disease, quality of life and quality the doctor-patient relationship, on the other.

Personality disorders were diagnosed in 52.7% of the sample. “Cluster B” personality disorders were the most common (21:14%). The most prevalent personality disorder was the borderline type (14.13%), followed by avoidant (8.70%), paranoid (5.98%) and obsessive-compulsive disorders (5.98%). With regard to gender, men had higher prevalence rates (66.7%). No significant differences were found between individuals younger and older, whether men or women.

Regarding to dimensions of symptomatic psychopathology, subjects with personality disorder have a higher severity of Axis I psychopathology and global severity index (GSI), and anxiety-state (STAI-state), but do not differ from subjects without personality disorder in depression self-assessment or anxiety-trait. Regarding quality of life are associations between subjects with and without personality disorders, revealing that the subjects who have a diagnosis of at least one personality disorder have worse quality of life in the psychological, relationship and environmental dimensions of the World Health Organization Individuals quality of life instrument. The individuals with at least one diagnosis of personality disorder also have a higher attendance/ or consult services much more frequently than others and decrease of relationship quality of doctor-patient (when this quality is evaluated by a doctor or either by the patient).

The results of our studies are consistent with the diverse international research on the prevalence rates of personality disorders in primary care. The high overall prevalence of personality disorders found in our study suggests the need for an adequate screening of this type of pathology at the time of referral for consultation of clinical psychology to promote an effective treatment of these individuals. A proper and careful assessment in terms of mental health in primary health care, will allow the appropriate treatment of these patients, as well as prevent recurrence of the excessive query general and family medicine psychotropic medication over-prescription for disorders of Axis I would certainly contribute to a better cost-efficient service of the Portuguese National Health System.

Key-words: Personality disorders, primary health care, prevalence rate, psychopathology comorbidity, quality of life, relationship doctor-attender.

Índice

Agradecimentos

i

Resumo

ii

Abstract

iv

Introdução 1

Capítulo I – Enquadramento conceptual 3

1. Perturbações da Personalidade e Cuidados de Saúde Primários 4
2. Prevalências globais das perturbações da personalidade 5
3. Categorização das perturbações da personalidade por grupos e específicas 7
 - 3.1 Prevalência e descrição das perturbações da personalidade do grupo A 8
 - 3.1.1 Perturbação da personalidade paranoide 8
 - 3.1.2 Perturbação da personalidade esquizoide 9
 - 3.1.3 Perturbação da personalidade esquizotípica 9
 - 3.2 Prevalência e descrição das perturbações da personalidade do grupo B 9
 - 3.2.1 Perturbação da personalidade antissocial 9
 - 3.2.2 Perturbação da personalidade borderline 10
 - 3.2.3 Perturbação da personalidade histriónica 11
 - 3.2.4 Perturbação da personalidade narcísica 11
 - 3.3 Prevalência e descrição das perturbações da personalidade do grupo C 11
 - 3.3.1 Perturbação da personalidade evitante 11

3.3.2	Perturbação da personalidade dependente	12
3.3.3	Perturbação da personalidade obsessiva-compulsiva	12
3.4	Perturbações da personalidade passivo-agressiva e depressiva	12
4.	Prevalência e comorbilidade entre perturbações da personalidade	13
5.	As perturbações da personalidade e as perturbações do Eixo I	13
5.1	Perturbação da personalidade esquizotípica <i>versus</i> esquizofrenia	15
5.2	Perturbação da personalidade borderline <i>versus</i> perturbações do humor	16
5.3	Perturbação da personalidade antissocial <i>versus</i> abuso de substâncias	16
5.4	Perturbação da personalidade evitante <i>versus</i> fobia social	17
6.	Perturbações da personalidade e qualidade de vida	17
7.	Perturbações da personalidade e impacto no padrão de uso dos cuidados de saúde primários	19

Capítulo II – Objetivos e metodologia dos estudos 21

1.	Objetivos gerais e hipóteses	22
1.1	Objetivos e questões de investigação	22
1.2	Hipóteses de investigação	23
2.	Metodologia geral	25
2.1	Procedimentos metodológicos	25
2.2	Amostra	26
2.2.1	Seleção da amostra	26
2.2.2	Autorizações	27
2.2.3	Constituição da amostra	28
3.	Instrumentos	29
3.1	Caracterização dos instrumentos	31

Capítulo III – Resultados 40

1. Estudo I: Estudo de prevalências das perturbações da personalidade na amostra total.	41
2. Estudo II: Prevalências das perturbações da personalidade em função do género, nível sócio-económico e classe etária.	45
3. Estudo III: Estudo da associação entre a patologia da personalidade e psicopatologia do Eixo I.	53
4. Estudo IV: Associação entre a patologia da personalidade e qualidade de vida.	55
5. Estudo V: Patologia da personalidade, frequência de consultas médicas nos cuidados de saúde primários e qualidade da relação médico-doente.	57

Capítulo IV – Discussão dos resultados 60

1. Discussão	61
2. Limitações	67

Capítulo V – Conclusões 69

Bibliografia 72

Anexos 87

Anexo 1: Declaração de consentimento	88
Anexo 2: Ficha de clínica de identificação (doente)	90
Anexo 3: Ficha clínica de referenciação médica	92
Anexo 4: Avaliação da qualidade da relação médico-doente – versão doente (AQRMD-VD)	94

Anexo 5: Avaliação da qualidade da relação médico-doente – versão médico (AQRMD-VM)	96
Anexo 6: SCID-II - Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações da Personalidade do Eixo II do DSM-IV	98
Anexo 7: BDI - Inventário de Depressão de Beck	102
Anexo 8: BSI - Inventário Breve de Sintomas	107
Anexo 9: STAI - forma X1 (Escala de Ansiedade-Estado)	111
Anexo 10: STAI – forma X2 (Escala de Ansiedade-Traço)	113
Anexo 11: WHOQOL- <i>Bref</i> Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida - Forma Breve	115
Anexo 12: Estudo II: Prevalências das perturbações da personalidade em função do género, nível sócio-económico e classe etária.	120

Apêndices 124

Apêndice 1: Proposta de artigo	125
Apêndice 2: Proposta de comunicação oral (<i>Abstract</i>)	141

Introdução

Segundo o DSM-IV, as características da personalidade são padrões duradouros da percepção, relação e pensamento acerca do meio ambiente e de si mesmas, sendo exibidas numa ampla faixa de contextos sociais e pessoais importantes. No entanto, quando estas características se mostram inflexíveis e inadaptadas, causando, tanto comprometimento funcional significativo como o sofrimento subjetivo, constituem uma perturbação da personalidade. Estas perturbações da personalidade manifestam-se mais intensamente na vida adulta, embora muitas vezes se tornem menos óbvias nas faixas médias ou extremas da idade (APA, 1994).

Tendo em conta que as perturbações da personalidade têm um padrão de experiência interna e de comportamento com um carácter estável e desenvolvimental, poucos estudos referem dados sobre a prevalência das mesmas em determinado tipo de populações, nomeadamente nos cuidados de saúde primários.

De facto, e relativamente à prevalência das perturbações da personalidade nos cuidados de saúde primários, verifica-se que 50% a 60% destes doentes não são detetados, nem encaminhados enquanto tal, para os serviços especializados de Saúde Mental (Schneidt, 2000). Pelo que foi possível constatar da revisão bibliográfica realizada, não foram encontrados estudos em Portugal sobre prevalências, psicopatologia sintomática, despesas de saúde e qualidade da relação médico-doente nos cuidados de saúde primários.

Assim, pretende-se que este trabalho permita vislumbrar e refletir sobre a prevalência e comorbilidades associadas às perturbações da personalidade, numa amostra de utentes, dos cuidados de saúde primários do Agrupamento de Centros de Saúde Dão Lafões II, que até ao momento possam ser desconhecidas, fornecendo, assim, mais um dado informativo e fidedigno destas patologias nos cuidados primários.

Desenvolvemos o trabalho a partir de cinco estudos principais: **1) *Estudar as prevalências das perturbações da personalidade (prevalência global e específicas), numa amostra alargada de utentes dos cuidados de saúde primários;*** **2) *Estudar as diferenças nas prevalências de perturbação da personalidade (prevalência global, específicas, e por grupo de perturbação), em função das características sócio-***

demográficas (especificamente por, género, classe etária, estado civil, e nível – socioeconómico); 3) Estudar a associação entre a patologia da personalidade e indicadores de psicopatologia do Eixo I; 4) Estudar diferenças na qualidade de vida, entre doentes dos cuidados de saúde primários com e sem patologia da personalidade e em função da severidade da mesma e 5) Estudar diferenças no padrão de utilização dos serviços de saúde primários e na qualidade da relação médico – doente, nos sujeitos com e sem patologia do Eixo II.

Deste modo, os presentes estudos sobre as de perturbação da personalidade nos cuidados de saúde primários, permitirão aos profissionais de saúde delinear um tratamento mais adequado e completo, no sentido de diminuir a taxa de reincidência nos serviços, bem como outros problemas associados, tais como perturbações depressivas e/ou ansiosas e a existência de perturbações da personalidade subjacente.

A dissertação que agora se apresenta está organizada em cinco partes:

A primeira parte, correspondente ao Capítulo I, enquadra a temática de estudo abordando os seguintes pontos: prevalências e características das perturbações da personalidade; comorbilidades psicopatológicas (Eixo I), perturbações da personalidade e qualidade de vida; perturbações da personalidade e impacto económico.

A segunda parte, correspondente ao capítulo II, apresenta o desenho de investigação, descrevendo os vários elementos da investigação (objetivos, hipóteses de investigação, procedimentos e metodologia).

A terceira parte, correspondente aos capítulos III, IV e V apresenta os resultados obtidos, analisa-os e discute-os, permitindo tirar conclusões relativamente às hipóteses de investigação, traçando ainda algumas perspetivas futuras de investigação sobre este tema.

Esta dissertação encerra com os anexos e apêndices, onde se encontram os vários documentos de apoio à realização deste estudo, bem como a proposta de comunicação oral (*abstract*) e a proposta de artigo.

Capítulo I

Enquadramento conceptual

Capítulo I

Enquadramento conceptual

Neste capítulo, abordar-se-ão, os dois conceitos centrais deste estudo – Perturbações da Personalidade e Cuidados de Saúde Primários – apresentando-os numa primeira fase, individualmente e, posteriormente, ligando-os no sentido da temática do estudo.

1. Perturbações da Personalidade e Cuidados de Saúde Primários

Os profissionais de saúde que trabalham, nos cuidados de saúde primários, lidam diariamente com perturbações psicológicas, mais especificamente, com doentes que apresentam quadros depressivos, perturbações de ansiedade e perturbações da personalidade.

As perturbações da personalidade caracterizam-se por um padrão de funcionamento desadaptativo, perpetuado ao longo do tempo, apresentando padrões de relacionamento interpessoal e afetivo desadequados, com uma natureza egossintónica dos sintomas, resultando esta, numa visão de si, do mundo e dos outros, que o afasta do que é adaptativo, e esperado num dado ambiente sócio-cultural (Young, 1999). O doente com perturbação da personalidade frequentemente apresenta comportamentos desadaptativos, inflexíveis e com comprometimento funcional, denotando-se que apesar de ser egossintónico causa sofrimento interno (Young, 1999).

As perturbações da personalidade apresentam também indicadores de base genética (Reichborn, Czajkowski, Torgersen, Neale, Ørstavik, Tambs, & Kandler, 2007), mas surgem principalmente, pelo desenvolvimento de esquemas precoces mal adaptativos que influenciam a forma como os sujeitos elaboram e representam cognitivamente os inputs acerca de si, dos outros e do mundo, por exemplo, “se não estou atento, os outros aproveitar-se-ão de mim”, “mais vale agredir que ser agredido” (Beck & Freeman, 1990).

Por cuidados de saúde primários compreende-se, segundo o programa do XVII Governo Constitucional (2006), o serviço de saúde que tem por linhas de ação prioritárias a “*orientação para a comunidade; flexibilidade organizativa e de gestão; desburocratização; trabalho em equipa; autonomia; responsabilização e melhoria continua da qualidade do serviços, contratualização e avaliação*”. E de acordo, com o Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016), pretende também assegurar, ao nível da saúde mental, a articulação e parceria com outras estruturas da comunidade que permita, a prestação de cuidados de saúde por grupo ou núcleos de apoio, constituídos por profissionais dos centros de saúde e suas respetivas unidades, com consultadoria especializada, e com funções de triagem, avaliação, atendimento e encaminhamento de situações clínicas com presença de psicopatologia.

Deste modo, os cuidados de saúde primários são serviços bem colocados, para uma primeira abordagem a utentes com perturbação da personalidade, nomeadamente, na mais precoce identificação desta psicopatologia, promovendo maior prevenção nas recidivas para o utente, e nos custos para os serviços (Moran, Jenkins, Tylee, Blizard, & Mann, 2000).

2. Prevalências globais das perturbações da personalidade

Nos Estados Unidos da América 16.2% da população que recorre aos cuidados de saúde primários preenche critérios clinicamente significativos para o diagnóstico de depressão major, e desta percentagem, cerca de 5% a 10% apresentam também critérios de diagnóstico para, pelo menos, uma perturbação da personalidade (Randy & Ward, 2004). Estudos recentes indicam que cerca de 24% dos doentes com perturbação da personalidade são diagnosticados nos cuidados de saúde primários americanos (Porcerelli & Huprich, 2007).

Na Europa, e mais especificamente, em Inglaterra, verificou-se uma prevalência de 13% de perturbações da personalidade, numa amostra de 200 indivíduos, procedentes de meios rurais e urbanos, utilizando o *Personality Assessment Schedule-PAS*. Não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos provenientes de meio rural e os provenientes de meio urbano (Bennasar & Arroyo, 1998; Casey & Tyrer, 1986).

Maier, Lichtermann, Kingler, Heun, e Hallmayer (1992), utilizando a SCID -II - Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis II Personality Disorders (Spitzer,

Williams, Gibbon, & First, 1990), e outras entrevistas estruturadas para avaliar estados depressivos, ansiosos e psicóticos, revelaram uma prevalência global para as perturbações da personalidade de 10.3%, com taxas de 9.9% para o sexo feminino e 10.5% para o sexo masculino. Em relação à idade, verificaram que as perturbações de personalidade apresentavam maior frequência em indivíduos entre os 30 e 40 anos. A amostra era constituída por 447 indivíduos, provenientes de 100 famílias alemãs.

Numa revisão dos estudos de prevalência que utilizaram métodos estandardizados de entrevista, Weissman (1993) encontrou taxas de prevalência global para as Perturbações da Personalidade entre 10 a 13% na população normal. Assim, as taxas de prevalência são claramente maiores quando os estudos não são realizados em amostras da população normal, mas sim em utentes dos cuidados de saúde primários. A este propósito, Casey e Tyrer (1986), no estudo anteriormente referido, encontraram taxas de prevalência global de 34% em doentes de serviços de medicina familiar. Samuels, Nestadt, Romanoski, Folstein, e Mchugh (1994) num estudo com 810 adultos em que foi utilizada uma entrevista semiestruturada baseada nos critérios de diagnóstico do DSM-III, constatou-se uma maior prevalência nos homens e em sujeitos separados ou divorciados. Verificou-se também uma comorbilidade entre os diferentes tipos de perturbação da personalidade. Contudo, utentes com consumo de álcool, abuso de outras substâncias e ideação suicida, apresentam taxas de incidência consideravelmente superiores.

Deste modo, diagnosticar perturbações da personalidade na prática clínica, e em especial, nos cuidados de saúde primários pode ser difícil, sobretudo quando coexiste comorbilidade com doenças funcionais e/ou orgânicas. Desta forma, torna-se fundamental fazer uma triagem, o mais precocemente possível para este tipo de psicopatologia, pois, muitas vezes, aquando da sinalização de perturbações do Eixo I (por exemplo, depressão, fobia social, ataques de pânico, ansiedade generalizada, bulimia, anorexia, alcoolismo, entre outros) nos cuidados de saúde primários, existe comorbilidade com psicopatologia do Eixo II não diagnosticada, o que afeta a resposta ao tratamento e prognóstico do primeiro diagnóstico sinalizado pelos serviços (Moran, 2005; Simeon & Hollander, 2004).

No entanto, apesar das limitações apontadas aos instrumentos de avaliação das perturbações da personalidade, que tivemos oportunidade de referir na introdução deste

ponto, a revisão dos estudos de prevalência aponta para taxas bastante homogêneas, nem sempre encontradas para patologias menos complexas que as do Eixo II do DSM.

3. Categorização das perturbações da personalidade por grupo e específicas

O DSM categoriza as perturbações da personalidade no Eixo II e por três grupos distintos (A, B e C). De uma forma geral, os indivíduos que se enquadram no grupo A (personalidade paranoíde, personalidade esquizoíde e personalidade esquizotípica) tendem a parecer estranhos ou excêntricos. Os indivíduos do grupo B (personalidade antissocial, personalidade borderline, personalidade histriónica e personalidade narcísica) tendem a parecer excessivamente emocionais, dramáticos, irregulares e instáveis nos seus relacionamentos. Os que se enquadram no grupo C (personalidade evitante, personalidade dependente e personalidade obsessivo-compulsiva), tendem a parecer muito ansiosos, receosos e necessitados (Moran, Coffey, Mann, Carlin, & Patton, 2006; Ward, 2004).

Na investigação acerca das taxas de prevalência, os estudos, quer nos cuidados de saúde primários, quer nos cuidados diferenciados, focam-se nas prevalências específicas de cada tipo de perturbação de personalidade, uma vez que, estas categorias atóricas de diagnóstico, suscitam múltiplas questões quanto à comorbilidade, quer entre as várias perturbações da personalidade, quer entre, as diferentes perturbações da personalidade e as perturbações do Eixo I do DSM (Porcerelli & Huprich, 2007; Moran, 2002).

Segundo Lenzenweger, Loranger, Korfine, e Neff (1997) o grupo A apresenta a maior taxa de prevalência para a população geral (2.1% a 6.8%), seguindo-se as do grupo B (personalidade antissocial, personalidade borderline, personalidade histriónica e personalidade narcísica), identificadas como o cluster com maior prevalência em amostras clínicas (4.5% a 6.1%), e por fim as do grupo C (personalidade evitante, personalidade dependente e personalidade obsessivo-compulsiva) com uma taxa de incidência de 2.6% a 10.6% (Samuels et al., 2002).

De seguida, descrevemos as prevalências de cada uma das perturbações da personalidade, procurando agrupá-las segundo os grupos apresentados nas últimas edições do DSM. No entanto, e sempre que existam dados disponíveis, procuraremos enquadrar os dados referentes aos cuidados de saúde primários.

3.1. Prevalência e descrição das perturbações da personalidade do grupo A

3.1.1 Perturbação da personalidade paranoide

Tendo por referência o manual do DSM-IV (APA, 1994), os dados para a perturbação da personalidade paranoide variam entre 0.5% a 2.5% para a população geral, 10% a 30% em doentes com patologia psiquiátrica e 2% a 10% em doentes em ambulatório. Bernstein, Useda, e Sivier (1995), numa revisão de estudos com amostras clínicas, referem que, com os critérios do DSM-III, as taxas de prevalência encontradas para a perturbação da personalidade paranoide variavam entre menos de 1% e 20% (com uma prevalência média de 5.5%), taxas que terão aumentado com a revisão dos critérios no DSM-III-R para 15% a 30% (com uma prevalência média de 18%).

Moran (2004), descreve que a perturbação da personalidade paranoide, é por norma mais característica nos homens do que nas mulheres, e apresenta um elevado grau de sobreposição com outras perturbações da personalidade, especialmente com a perturbação da personalidade esquizotípica (partilham traços de desconfiança, paranoia e distanciamento), com a perturbação da personalidade esquizoide (partilham a estranheza e a excentricidade), com a personalidade borderline e a personalidade histriónica (partilham os traços, raiva e mentira). A personalidade paranoide diferencia-se das perturbações psicóticas pela ausência de sintomas psicóticos persistentes, tais como, os delírios e as alucinações.

Relativamente às taxas de incidência nos cuidados de saúde primários, não estão bem definidas, sabendo-se apenas que são superiores às da população geral. Contudo, Ranger, Methuen, Rutter, Rao, e Tyrer (2004), descreve num dos seus estudos uma percentagem de 13% como diagnóstico primário e 16% como diagnóstico diferencial, nos cuidados primários ingleses.

3.1.2 Perturbação da personalidade esquizoide

No que concerne à perturbação da personalidade esquizoide, o manual DSM-IV (APA, 1994) faz uma breve resenha, referindo que se trata de uma perturbação pouco frequente na área clínica.

O DSM-III-R (APA, 1987), apresentou taxas entre 0.5% e 7%, não apresentando dados acerca da prevalência desta perturbação da Personalidade. De qualquer forma, Kalus, Bernstein, e Siever (1993) descrevem que as estimativas da prevalência desta patologia na população geral, controlos não psiquiátricos e familiares de doentes psiquiátricos têm variado entre 0.5% e 7%. As taxas de prevalência em estudos com amostras clínicas são altamente variáveis (entre 0% e 16%), sendo superiores quando se utilizam os critérios de diagnóstico do DSM-III-R. Constata-se que nos estudos baseados no DSM-III, as taxas de prevalência variam entre 0% e 5%, enquanto que, com base nos critérios do DSM-III-R, variam entre 1% e 16%.

Num estudo realizado nos Estados Unidos da América, com 5692 sujeitos, verificou-se uma taxa de prevalência da personalidade esquizoide de 4.9%, sendo mais frequentemente nos homens do que nas mulheres (Lenzenweger et al.,1997).

3.1.3 Perturbação da personalidade esquizotípica

Segundo a DSM-IV (APA, 1994), a perturbação da personalidade esquizotípica, surge com uma taxa de prevalência de aproximadamente 3% para a população geral. Relativamente à patologia em causa, Lenzenweger et al. (1997), apresentam nos seus estudos de prevalência, uma taxa de 3.3%, sendo mais frequente nos homens do que em mulheres.

No que concerne aos cuidados primários, Ranger et al. (2004), referem taxas de incidência de 16% como diagnóstico primário e uma taxa de 11% como diagnóstico secundário. Mais uma vez, em Portugal não existem dados acerca da prevalência desta patologia nos cuidados primários.

3.2 Prevalência e descrição das perturbações da personalidade do grupo B

3.2.1 Perturbação da personalidade antissocial.

Ao nível das prevalências, a perturbação da personalidade antissocial no DSM-IV (APA, 1994) apresenta uma prevalência de cerca de 3% para o sexo masculino e de

cerca de 1% para o feminino, em amostras da população geral. Nos serviços de saúde, as taxas de prevalência referidas variam entre 3% e 30%, dependendo das características das populações que são estudadas (taxas de prevalência superiores podem ainda ser encontradas em populações relacionadas com instituições de tratamento de toxicodependentes ou em ambiente prisional). Partilhando, muitas vezes sintomas, que resultam em critérios de correlação com a personalidade narcísica, borderline e ou histriónica (Crawford, et al., 2005).

Moran (2002) descreve ainda, que esta patologia está melhor identificada nos homens, jovens e solteiros, com problemas judiciais, toxicodependência, automutilação, com baixo grau sócio-económico e de escolaridade.

Nos cuidados de saúde primários, não existem taxas de prevalência específicas para esta perturbação, regulando-se a maior parte dos estudos neste contexto, pelos indicadores de percentagem acima referidos para os contextos clínicos.

3.2.2 Perturbação da personalidade borderline

Relativamente à personalidade borderline, a prevalência é de cerca de 2% para a população geral, 10% nos indivíduos em ambulatório, em serviços de saúde mental e cerca de 20% em doentes psiquiátricos internados segundo o DSM-IV (APA, 1994). De acordo com o mesmo manual, a taxa de prevalência da perturbação da personalidade borderline varia entre 30% e 60%, no caso de amostras clínicas e especialmente em doentes com dependência de álcool, drogas e perturbações alimentares (Zanarini et al., 1998).

Numa revisão dos estudos publicados com três grandes amostras, Coid et al. (2006), Torgersen, Kringlen, e Cramer (2001), e Samuels et al. (2002), verificaram que o diagnóstico desta perturbação da personalidade era frequentemente realizado em comorbilidade com um diagnóstico do Eixo I. De acordo com estes autores, o diagnóstico isolado ao nível do Eixo II da perturbação da personalidade borderline varia de 0.7% a 2% na população geral e entre 3% e 10% na população clínica, revelando elevadas taxas de comorbilidade com vários outros diagnósticos do Eixo II.

A perturbação da personalidade bordeline é referenciada na literatura com uma das mais prevalentes em ambiente clínico. No que concerne aos cuidados primários, as

taxas de prevalência apresentam uma variância de 4 % a 6.4 %, em utentes regulares deste tipo de cuidados de saúde (Moran et al., 2000; Gross et al., 2002).

3.2.3 Perturbação da personalidade histriónica

Relativamente à literatura disponível acerca da prevalência da perturbação de personalidade histriónica, na população geral, os dados indicam uma prevalência de cerca de 2% a 3%, segundo o DSM-IV (APA, 1994). Os estudos realizados nos cuidados de saúde (quer em regime de internamento, quer em ambulatório) revelam taxas que variam entre 10% e 15%. Tal como sucede em relação ao diagnóstico de perturbação da personalidade borderline, também os critérios selecionados pelo DSM, para o diagnóstico da perturbação da personalidade histriónica, têm suscitado várias questões quanto à sua validação externa e consistência interna (Moran, 2002).

3.2.4 Perturbação da personalidade narcísica

As taxas de prevalência da perturbação da personalidade narcísica são descritas no DSM-IV (APA, 1994) com prevalências que variam entre 2% e 16% em populações clínicas e inferiores a 1% na população geral.

Contudo, tem vindo a ser referido que a alteração dos critérios de diagnóstico desta perturbação nas diferentes edições do DSM, tem de certa forma, levado ao incremento nas suas taxas de prevalência, pois, é uma perturbação relativamente pouco frequente como diagnóstico principal ou nuclear (Gunderson, Ronningstam, & Smith, 1995).

3.3 Prevalência e descrição das perturbações da personalidade do grupo C

3.3.1 Perturbação da personalidade evitante

A perturbação da personalidade evitante apresenta uma taxa de prevalência geral de 0.5% a 1%, enquanto que pesquisas com amostras clínicas referem taxas de prevalência de cerca de 10%, no caso de doentes em ambulatório nos serviços de saúde

mental. Na revisão da leitura efetuada, não se encontrou estudos que discriminassem as taxas de prevalência desta patologia nos cuidados de saúde primários (APA, 1994).

3.3.2 Perturbação da personalidade dependente

No que diz respeito à perturbação da personalidade dependente, o DSM-IV (APA, 1994) refere apenas que esta perturbação de personalidade é a mais diagnosticada nos serviços de saúde mental. Os doentes com esta patologia são muito dependentes dos outros, quer nos cuidados, quer na autoconfiança. Bennasar e Arroyo (1998), numa revisão dos estudos de prevalência das perturbações da personalidade encontraram, para a perturbação dependente, uma taxa de prevalência de cerca de 15% na população geral.

3.3.3 Perturbação da personalidade obsessiva-compulsiva

Para a perturbação da personalidade obsessiva-compulsiva, são referidas taxas de prevalência de cerca de 1% em amostras da população normal e de 3% a 10% em indivíduos que utilizam os serviços de saúde mental, quando são utilizados métodos estruturados de avaliação.

3.4 Perturbações da personalidade passiva-agressiva e depressiva

Por último e relativamente à perturbação da personalidade depressiva e à perturbação de personalidade passiva - agressiva, Bennasar e Arroyo (1998) e Moran, Rendu, Jenkins, Tylee, e Mann (2001), numa revisão dos estudos de prevalência, referem taxas que variam entre 1% e 3% para a perturbação de personalidade passivo - agressiva na população geral e 2 a 8% em populações clínicas. Millon e Radovanov (1995), referem no entanto que, as taxas de prevalência destas perturbações em de vários estudos apresentados ao grupo de trabalho do DSM-IV variam entre 0% a 52%, variabilidade que, segundo os autores, poderá dever-se à falta de padrões de avaliação e/ou de metodologias de avaliação estandardizados. De modo que, são categorias em discussão no Apêndice B do DSM-IV (APA, 1994).

4. Prevalência e comorbilidade entre perturbações da personalidade

Em relação à comorbilidade entre as perturbações da personalidade, consideradas isoladamente, têm sido descritas taxas elevadas de comorbilidade entre várias perturbações da personalidade. Oldham (1994) verificou nos seus estudos que as perturbações da personalidade mais comórbidas retratam: a perturbação da personalidade narcísica com a perturbação da personalidade antissocial; a perturbação da personalidade histriónica e a perturbação da personalidade passiva-agressiva; perturbação da personalidade evitante com a perturbação da personalidade esquizotípica e dependente, e por último, perturbação da personalidade borderline com a perturbação da personalidade histriónica. Salienta-se que, apesar de a comorbilidade ser mais frequente para perturbações da personalidade do mesmo grupo (A, B e C), também pode ocorrer entre perturbações da personalidade de grupos distintos, como por exemplo, entre a perturbação da personalidade evitante (grupo C) e a perturbação da personalidade esquizotípica (grupo A).

5. As perturbações da personalidade e as perturbações do Eixo I

A presença de comorbilidade entre as diferentes perturbações do Eixo I dificulta a avaliação das características do Eixo II nos doentes em seguimento (Katon & Shulberg, 1992). Assim, o maior desafio no diagnóstico das perturbações da personalidade nos cuidados de saúde, reside na capacidade de o profissional aprender uma forma de entrevista clínica, que detete no doente a falta de capacidade de *insight* sobre os seus traços de personalidade disfuncionais, as características do foco externo, o processo de culpabilização dos outros pelas suas dificuldades, e a negação recorrente (o próprio doente é a principal fonte de problema).

A avaliação das perturbações de personalidade difere substancialmente do protocolo médico habitual para a triagem de perturbações do Eixo I. Os profissionais de saúde nos cuidados primários, tendem a questionar sobre a frequência, intensidade e duração de sintomas específicos. (Schotte et al., 2004). Na avaliação e deteção deste tipo de doentes, é igualmente importante, a atenção, a qualidade das diferentes e diferenciadas relações que este descreve em consulta. Ou seja, o tipo e formas de vínculo afetivo que estabelece, a confiança e reciprocidade, bem como, a qualidade de relação terapêutica ao longo do tempo (Torgersen et al., 2001).

Assim, os clínicos devem procurar implementar protocolos que avaliem as perturbações da personalidade, tendo em atenção a descrição e formulação do doente acerca das suas relações interpessoais (por exemplo, família, amigos, cônjuge, colegas de trabalho), do seu passado, presente e futuro. São também indicadores úteis, a observação do comportamento do doente durante a entrevista clínica, o padrão de atitudes e os comportamentos nas consultas de seguimento (Ward, 2004).

Neste processo, é também importante para o clínico a consciencialização e as estratégias de *coping* para lidar com o potencial de comportamentos auto e hetero negativos do doente. Este aspeto representa uma ferramenta clínica no processo de avaliação, pois os padrões repetitivos, característicos de determinados traços de personalidade são critérios passíveis de identificar psicopatologia da personalidade (Zimmerman, Olsen, & Bosworth, 2000).

Assim, e procurando ajudar nos critérios de diagnóstico de inclusão e exclusão das perturbações de personalidade, o DSM classifica este tipo de psicopatologia num Eixo separado, de forma a incentivar, através dos critérios gerais criados, o clínico a diagnosticar, não só a patologia imediata (por exemplo, perturbação obsessiva-compulsiva), mas também comportamentos e características da personalidade mal-adaptativas.

De acordo com Widiger e Shea (1992), os problemas relacionados com a separação e diagnóstico diferencial entre perturbações da personalidade e perturbações do Eixo I são particularmente importantes, no que se refere a quatro pares de perturbações: perturbações da personalidade esquizotípica *versus* esquizofrenia, perturbações da personalidade borderline *versus* perturbações do humor, perturbações da personalidade antissocial *versus* dependência de substâncias e, finalmente, perturbação da personalidade evitante *versus* fobia social (nomeadamente o sub-tipo generalizado).

Deste modo, analisaremos detalhadamente os dados disponíveis das quatro associações acima referidas, fundamentando a necessidade da compreensão da relação entre o Eixo I e o Eixo II do DSM.

5.1 Perturbação da personalidade esquizotípica *versus* esquizofrenia

Uma vez que as perturbações da personalidade raramente são diagnosticadas quando existe sintomatologia esquizofrénica mais evidente, não existem muitos estudos acerca da comorbilidade da esquizofrenia com perturbações do Eixo II. A investigação disponível acerca da história familiar, marcadores biológicos, fenomenologia e tratamento tem, no entanto, corroborado a ideia de que existe uma associação considerável entre esquizofrenia e perturbação da personalidade esquizotípica (Gunderson, Zanarini, Siever, & Kisiel, 1995; Scrimali & Grimaldi, 1996).

McGlashan (1986), estudou 75 doentes retrospectivamente diagnosticados como tendo perturbação da personalidade esquizotípica, e refere que 44% dos sujeitos estudados, também preenchiam critérios para o diagnóstico de esquizofrenia e, num *follow-up* de 15 anos, 55% dos doentes com perturbação da personalidade esquizotípica receberam um diagnóstico de esquizofrenia.

De acordo com Siever, Bernstein, e Silverman (1995), numa revisão de estudos com o foco nas características biológicas e nas respostas aos tratamentos, as comunalidades entre a esquizofrenia e a perturbação da personalidade esquizotípica sugerem que as fronteiras das perturbações do espectro da esquizofrenia devem ser alargadas no sentido de incluírem também um sub-grupo de indivíduos esquizotípicos. A classificação proposta pela Classificação Estatística Internacional da Doença e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10, 1993; WHO, 1992) estaria assim mais próxima dos resultados destes estudos comparativamente à inclusão do diagnóstico de perturbação da personalidade esquizotípica no grupo das perturbações da personalidade propostas pelo DSM-IV (APA, 1994).

Siever, Bernstein, e Silverman (1995) acrescentam também que os estudos genéticos e de prevalência sugerem que as perturbações da personalidade relacionadas com a esquizofrenia (nomeadamente os do Grupo A) devem ser vistos como manifestações mais comuns de genótipos que predis põem para as perturbações relacionadas com a esquizofrenia mais do que para a esquizofrenia propriamente dita.

Neste sentido, o espectro da esquizofrenia incluiria mais indivíduos com perturbações do Eixo II do que com perturbações do Eixo I.

5.2 Perturbação da personalidade borderline *versus* perturbações do humor

Swartz, Blazer, George, e Winfield (1990) referem nos seus estudos taxas de comorbilidade bastante elevadas de perturbações do Eixo I em doentes com perturbações da personalidade *borderline*. Ou seja, 56,4% apresentavam perturbação de ansiedade generalizada, 41,1% fobia simples, 40,7% depressão major, 36,9% agorafobia, 34,6% fobia social, 21,9% abuso de álcool e 6,1% perturbação obsessiva-compulsiva. Curiosamente, não são referidos neste estudo casos de comorbilidade com bulimia, situação frequentemente associada a perturbação da personalidade *borderline* e que, muitas vezes, apresenta sobreposição com as características de impulsividade destes doentes. Se estes dados justificam a ideia de que a perturbação da personalidade *borderline* raramente surge como diagnóstico único, sendo acompanhado quase sempre de psicopatologia do Eixo I. Também, as pesquisas realizadas acerca da comorbilidade entre perturbações do Eixo II colocam a perturbação da personalidade *borderline* num dos diagnósticos mais frequentemente comórbidos.

Numa revisão de dez estudos de comorbilidade baseados nos critérios do DSM-III e do DSM-III-R, Gunderson, Zanarini, e Kisiel (1995) verificaram que o diagnóstico de perturbação da personalidade *borderline* muito raramente surgia como único diagnóstico do Eixo II (surgia apenas entre 3% e 10% dos casos em que eram diagnosticados com perturbação da personalidade *borderline*). Destes estudos, surge também dados de que a perturbação da personalidade *borderline* coocorre mais frequentemente com outras perturbações da personalidade do grupo B, mais especificamente com a perturbação da personalidade histriónica (Dahl, 1995).

5.3 Perturbação da personalidade antissocial *versus* abuso de substâncias

No que concerne à personalidade antissocial e à dependência de substâncias, e segundo Martín e Fernández (1998), permanece em aberto qual a natureza da relação entre a perturbação da personalidade antissocial e a perturbação por adicção de substâncias. No caso da dependência de álcool, cerca de 64% dos indivíduos revelam possuir uma perturbação da personalidade, sendo a perturbação da personalidade antissocial e a personalidade *borderline* as mais frequentes; nos casos de dependência de opiáceos, 30% a 50% dos indivíduos possuem uma perturbação da personalidade

antissocial; finalmente, nas situações de dependência de cocaína, 42% dos indivíduos apresenta uma perturbação da personalidade correspondente ao cluster B.

5.4 Perturbação da personalidade evitante *versus* fobia social

Quanto à correlação da perturbação da personalidade evitante com a fobia social, e segundo Millon e Martinez (1995) e Pinto-Gouveia (2000), há concordância considerável, de que a perturbação da personalidade evitante é a mais frequentemente encontrada em indivíduos com fobia social, sobretudo no sub-tipo generalizada, variando as frequências de ocorrência comórbida das duas perturbações entre 21,1% e 90%.

Segundo Pinto Gouveia (2000), dos sete critérios para o diagnóstico de perturbação da personalidade evitante apresentados no manual DSM-IV, apenas um não envolve aspetos de interação social, sendo assim intelegível que uma grande percentagem de indivíduos com fobia social generalizada severa tenha também o diagnóstico de perturbação da personalidade evitante.

Heimberg (1996), numa revisão da literatura, conclui que cerca de 60% dos indivíduos com fobia social generalizada recebe também o diagnóstico de perturbação da personalidade evitante, contra 20% dos indivíduos com fobia social não-generalizada.

Como refere o DSM-IV (APA, 1994), muitos dos critérios para perturbações da personalidade descrevem características também presentes nas perturbações do Eixo I. Desta forma, um diagnóstico de perturbação da personalidade só deve ser realizado quando tais características surgirem antes da jovem adultez (comprovando assim às características desenvolvimentais das perturbações da personalidade), quando forem típicas do funcionamento habitual do indivíduo ao longo da vida e, por fim, quando não ocorrerem unicamente durante um episódio de uma perturbação do Eixo I.

6. Perturbações da personalidade e qualidade de vida

As perturbações da personalidade podem dificultar determinados aspetos da vida quotidiana, chegando a interferir com a qualidade de vida. Estes doentes apresentam muitas dificuldades ao nível do relacionamento interpessoal, pautado por conflitos nos

campos das relações conjugais, familiares e/ou laborais (Hoffman, Gschwendwer, & Schmitt, 2005).

Uma investigação longitudinal efetuada por Skodol et al. (2005), retrata que doentes com perturbação da personalidade tem uma esperança média de vida inferior a população geral, uma vez que, estes doentes acabam por estar mais vulneráveis a acumular, como já referido, outros problemas de saúde, tais como abuso de drogas, ansiedade, depressão, hipertensão, doenças cardiovasculares (Moran et al., 2007; Mulder, Joyce, & Luty, 2003). Mais especificamente, o aumento do risco para as situações clínicas mencionadas anteriormente, não são fundamentalmente explicados pelas diferenças do estatuto sócio-económico, mas sim, pela gestão das patologias comórbidas, que tornam mais complexa a própria patologia da personalidade (Newton, Tyrer, & Johnson, 2006).

Cramer, Torgersen, e Kringlen (2006) estudaram a relação entre as diferentes dimensões das perturbações da personalidade e a qualidade de vida, detetando que a personalidade evitante está fortemente relacionada com baixa qualidade de vida, seguindo-se os doentes borderlines, esquizotípicos, dependentes, paranoides, esquizoides e antissociais (apresenta indicadores negativos de qualidade de vida relacionados com a dificuldade de controlo do impulso e agressividade). Nos doentes com personalidade obsessiva-compulsiva, histriónica e narcísica, não foram detetados impactos muito diferenciadores ao nível da qualidade de vida, quando relacionadas com as perturbações da personalidade anteriormente descritas, e com as perturbações do Eixo I.

Em suma, as perturbações da personalidade evitante, esquizotípica e esquizoide, são as que estão mais fortemente associadas com as relações interpessoais e com os indicadores gerais (família, trabalho, conjugais, amigos e pessoais) da qualidade de vida. No entanto, são os doentes com personalidade borderline os que apresentam maior correlação com a baixa perceção de bem-estar subjetivo associado aos acontecimentos de vida negativos.

Relativamente à localização destes grupos, a literatura descreve que existe uma maior prevalência de perturbações da personalidade nos bairros sociais e nos centros das cidades, apresentando como razões as adversidades decorridas na infância no seio de

famílias pobres, com muitos fatores de risco ao nível da parentalidade (particularmente com maior correlação no grupo B).

Em conclusão, poderemos equacionar, a valorização das diferentes dimensões da personalidade, e da sua própria correlação com os fatores de qualidade de vida, e da necessidade de estas contribuírem como entidades diagnósticas para definir e caracterizar as diferentes perturbações da personalidade.

7. Perturbações da personalidade e impacto no padrão de uso dos cuidados de saúde primários

Dada a extensão dos problemas de saúde física associados às perturbações da personalidade, os doentes com este tipo de psicopatologia, apresentam elevada frequência dos serviços de saúde primários (Rendu, Moran, Patel, Knapp, & Mann, 2002; Bender, Dolan, & Skodol, 2001).

Assim, pelo facto de recorrerem muitas vezes a este tipo de serviços, surgem como uma amostra da população que acarreta muitos custos para os serviços, inclusivamente, ao nível dos serviços sociais e jurídicos (Hodgins, Mednick, Brennan, Schulsinger, & Engberg, 1996). Pois, as perturbações da personalidade acarretam características de comportamentos desadaptativos, como delitos, auto e hetero agressão, violência doméstica, e situações de sem-abrigo (Dinwiddie, 1992).

O impacto económico dos doentes com perturbações da personalidade tem sido relatado no Reino Unido e nos Estados Unidos da América como excessivamente alta. Este facto é descrito pela taxa elevada de utilização dos serviços de saúde, em especial dos psiquiátricos (Seivewright, Tyrer, & Casey, 1991; Saarento, Niemintem, Hakko, Isohanni, & Vaisanen 1997). No entanto, o impacto económico deste tipo de doentes nos serviços de saúde continua a ser largamente inexplorado. Existe apenas um estudo publicado, que avaliou o custo efetivo deste grupo doentes (Smith, Shah, & Wright, 1995) onde se estimou que o custo das perturbações de personalidade para o Serviço Nacional de Saúde Inglês, em 1986, foi de 61.300.000 £ (Rendu, Moran, Patel, Knapp, & Mann, 2002).

Moran et al. (2001) num estudo sobre o impacto económico das perturbações da personalidade em amostras de doentes dos cuidados de saúde primários, verificou que esta perturbação não é uma variável única na predição da inflação dos custos para os

serviços. Pois, estes doentes na sua generalidade apresentam outras patologias físicas e psiquiátricas associadas. Contudo, Moran et al. (2001) refere que as perturbações da personalidade foram significativamente associadas com um maior custo médio total.

Desta forma, e no mesmo estudo, Moran et al. (2001) acrescenta que, uma correlação significativa entre o custo das perturbações da personalidade e as perturbações do Eixo I, aumenta exponencialmente aquando da presença de comorbilidade entre estes. O que, segundo o mesmo autor, a comorbilidade entre o Eixo I e o Eixo II, vem predizer uma maior frequência de utilização dos serviços de saúde primários.

Pessoas com perturbações da personalidade são muitas vezes associadas a um mau prognóstico para o tratamento quando são associadas a outras doenças mentais (Patiente, McGuire, Scott, & Freeman, 1995; Mennin & Heimberg, 2000). Por isso, Moran et al. (2001) sugere que o aumento dos custos totais para os doentes com perturbações da personalidade podem, muitas vezes, terem ocorrido como resultado da cronicidade da psicopatologia do Eixo I da DSM (Seivewright, Tyrer, & Johnson, 2002).

Ao avaliar o impacto económico do diagnóstico geral por grupo de diagnóstico de doentes com perturbação da personalidade, a literatura revela que as perturbações da personalidade podem ter um impacto económico nos cuidados de saúde primários, refletindo-se nos custos totais (Moran et al., 2001).

Capítulo II

Objetivos e metodologia dos estudos

Capítulo II

Objetivos e metodologia dos estudos

1. Objetivos gerais e hipóteses

1.1 Objetivos e questões de investigação

Cada vez mais a personalidade e as suas características constituintes tem vindo a ser alvo de investigação. No entanto, quando nos focamos sobre o mesmo tema nos cuidados de saúde primários, Moran, Jenkins, Tylee, Blizard, e Mann (2000); e Coid et al. (2006) constata-se que existem muito poucos estudos, acerca deste tipo de psicopatologia, nomeadamente no que concerne a prevalências, associações com outras patologias, e programas de intervenção ou encaminhamento. A este propósito Schneidt (2000) refere ainda que, 50% a 60% destes doentes não são detetados, nem encaminhados enquanto tal, para os serviços especializados de saúde mental. Esta lacuna pareceu-nos ainda mais importante pela componente clínica presente no nosso quotidiano e pelo facto de, tanto quanto é do nosso conhecimento, não existir em Portugal nenhum estudo de prevalência e comorbilidade psicopatológica em utentes dos cuidados de saúde primários.

Tendo em conta, por um lado, os estudos nesta área, as questões de investigação e a revisão da literatura anteriormente apresentados, e por outro lado, a cada vez maior experiência dos psicólogos nos cuidados primários em Portugal, contexto no qual decidimos elaborar este estudo, surge como **objetivo principal determinar a prevalência e comorbilidades associadas das perturbações da personalidade, numa amostra de utentes, dos cuidados de saúde primários do Agrupamento de Centros de Saúde Dão Lafões II.**

Deste modo, procurou-se, no presente estudo, as respostas às seguintes questões de investigação:

- *Qual a prevalência das perturbações da personalidade nos cuidados de saúde primários?*
- *Existem diferenças nas prevalências das perturbações da personalidade em função das variáveis sócio-demográficas, tais como a idade e género?*

- *Existe uma associação entre as perturbações da personalidade e a severidade da psicopatologia sintomática?*
- *Será que as perturbações da personalidade influenciam o padrão de uso dos serviços de saúde primários?*
- *Será que as perturbações da personalidade influenciam a qualidade da relação médico-doente?*

Destas questões surgiu um conjunto obrigatório de estudos a realizar:

1.2 Hipóteses de investigação

Tendo em conta o objetivo geral do estudo e as questões anteriormente enunciadas, a resposta às mesmas, obrigou a realizar um conjunto de estudos que enunciámos em seguida, juntamente com as hipóteses testadas em cada um dos mesmos.

Estas questões levaram-nos à formulação das seguintes hipóteses:

Estudo 1. Estudar as prevalências das perturbações da personalidade (prevalência global, por grupo e específicas), numa amostra alargada de utentes dos cuidados de saúde primários.

No que diz respeito a este estudo, espera-se que a prevalência da psicopatologia do Eixo II na amostra de utentes dos cuidados de saúde primários seja claramente superior à encontrada em amostras da população global (amostras não clínicas) e inferior às taxas encontradas em amostras de utentes de cuidados de saúde mental especializadas.

Estudo 2. Estudar as diferenças nas prevalências de perturbação da personalidade (prevalência global, específicas, e por grupo de perturbação), em função das características sócio-demográficas (especificamente em função do género, da classe etária e do nível-socioeconómico).

Relativamente ao estudo 2 espera-se encontrar algumas diferenças específicas em função de cada uma das características sócio-demográficas estudadas. Especificamente, espera-se que as perturbações da personalidade borderline, histriónica

e dependente, surjam mais frequentemente em sujeitos de género feminino, do que os do género masculino; por outro lado espera-se que as perturbações da personalidade antissocial, narcísica, paranoide e obsessiva-compulsiva surjam com maior prevalência em indivíduos do género masculino.

Tendo em conta que a literatura refere, que algumas características ou sintomas das perturbações da personalidade tendem a flexibilizar-se em faixas médias e extremas de idade, espera-se que indivíduos adultos mais novos tendam a pontuar mais em indicadores de severidade da psicopatologia do Eixo II comparativamente a indivíduos mais velhos.

Quanto ao nível sócio-económico, testar-se-á se sujeitos do nível económico inferior apresentem maior prevalência de perturbação da personalidade e maiores indicadores de severidade que os sujeitos de nível sócio-económico médio.

Estudo 3. Estudar a associação entre a patologia da personalidade e indicadores de psicopatologia do Eixo I.

Relativamente ao estudo 3, testar-se-á se o subgrupo de doentes que preenchem os critérios para pelo menos um diagnóstico de perturbação da personalidade, apresentam maiores indicadores de psicopatologia sintomática, nomeadamente, psicopatologia geral, depressão, e ansiedade, por comparação com doentes sem diagnóstico de Eixo II.

Estudo 4. Estudar diferenças na qualidade de vida, entre doentes dos cuidados de saúde primários com e sem patologia da personalidade.

No estudo 4 espera-se que os doentes que preencham critérios para pelo menos uma perturbação da personalidade, endossem menos qualidade de vida que os doentes sem psicopatologia da personalidade. Espera-se também que a maior severidade (número de critérios preenchidos) de patologia da personalidade corresponda a pior qualidade de vida.

Estudo 5. Estudar diferenças no padrão de utilização dos serviços de saúde primários e na qualidade da relação médico-doente, nos sujeitos com e sem patologia do Eixo II.

Testar-se-á a hipótese de que os indivíduos com perturbação da personalidade recorrem mais frequentemente aos serviços, do que aqueles que não têm perturbação da personalidade.

Espera-se também que maior severidade da patologia da personalidade se associe a menor qualidade da relação médico-doente, quer a partir de indicadores obtidos pelo doente, quer quando esta relação é avaliada pelo profissional de saúde.

2. Metodologia geral

2.1 Procedimentos metodológicos

Apresentamos a seguir o procedimento que constituiu o presente estudo:

Num primeiro momento, os sujeitos com idades entre os 21 e 50 anos, são encaminhados pelo médico de família para a consulta de psicologia clínica.

A cada utente é atribuído um código de forma a manter a sua confidencialidade. Todos os sujeitos da amostra estão em seguimento terapêutico na consulta de psicologia clínica, preencheram os mesmos questionários, inventários e indicadores, e foram avaliados com a mesma entrevista de diagnóstico SCID-II.

Solicita-se também, neste primeiro momento, o preenchimento da ficha clínica de referência médica e o indicador de Avaliação da Qualidade da Relação do Doente pelo médico de família (A.Q.R.M.D-VM).

Num segundo momento, os médicos de família preenchem novamente um indicador da qualidade da relação, e os sujeitos, no âmbito da consulta de psicologia clínica preenchem a ficha clínica, os questionários, indicadores e inventários de autorresposta:

- Questionários/Inventários: BSI, BDI, WHOQOL-bref, STAI-estado (forma X1) e STAI-traço (forma X2);
- Indicadores: Indicador de Avaliação da Qualidade da relação Médica pelo Doente (A.Q.R.M.D-VD).
- Ficha clínica de identificação do doente.
- Indicador de Avaliação da Qualidade da Relação Médico-Doente-Versão Médico.

Desenho da investigação

O propósito da investigação resulta da necessidade de compreender a relação entre as perturbações da personalidade, as perturbações do Eixo I e o uso dos serviços de saúde primários.

Assim, a revisão da literatura e a escassez de estudos nesta área em Portugal, e especificamente nos cuidados de saúde primários, permitiu a elaboração das questões e hipóteses de investigação já apresentadas anteriormente, inseridas num desenho de investigação observacional, quantitativo, comparativo e correlacional.

Procedimentos estatísticos

A análise estatística foi realizada recorrendo ao software para tratamento estatístico de dados SPSS, versão 19.0.

Para tratamento dos dados foram utilizados indicadores estatísticos descritivos, como medidas de localização e de dispersão, assim como frequências, adaptados a cada variável em análise.

Os procedimentos específicos utilizados nos diferentes estudos que constituem este trabalho serão descritos no início de cada um dos pontos referentes à descrição dos resultados. No entanto, estipulou-se para todos os testes estatísticos utilizados o nível de significância de $p \leq .05$.

2.2 Amostra

2.2.1 Seleção da amostra

A amostra é composta por 184 utentes, com idades compreendidas entre os 21 e os 50 anos. Os sujeitos da amostra foram selecionados do ficheiro clínico da consulta de psicologia clínica e da saúde dos cuidados primários do ACES Dão Lafões II, com consentimento informado e autorizado.

Os dados foram obtidos através do autopreenchimento e entrevista clínica presencial SCID-II, no período entre outubro de 2010 e julho de 2011.

Os sujeitos da amostra foram referenciados pelos profissionais de saúde (médicos de família) dos seis centros de saúde do ACES Dão Lafões II, onde funciona a consulta de psicologia clínica, enquanto área de ligação e prestação de serviços nos cuidados de saúde primários. Trata-se, portanto de uma amostra de conveniência.

Crítérios de inclusão dos sujeitos:

A consulta de psicologia clínica funciona em estreita articulação com a medicina familiar. Os critérios de inclusão da amostra abrangem indivíduos referenciados para a consulta pelos médicos de família, no período compreendido entre outubro 2010 e julho de 2011, segundo os seguintes critérios:

1- Os sujeitos da amostra são encaminhados pelos médicos de medicina geral e familiar do Agrupamento de Centros de Saúde ACES Dão Lafões II para a consulta de psicologia clínica e da saúde com hipótese de diagnóstico de perturbação mental do Eixo I do Manual Estatístico de Diagnóstico DSM – IV, com ou sem início de terapêutica farmacológica

2- Pertencem a uma faixa etária compreendida entre os 21 e os 50 anos.

3- Os pedidos devem ser acompanhados de informação detalhada sobre a história e a situação clínica do utente, com a exclusão de eventual patologia orgânica associada, de forma a justificar a necessidade de consulta de psicologia clínica. Serão ainda recolhidos os dados sócio - demográficos dos sujeitos.

O estabelecimento destes critérios pretende definir a amostra do ficheiro da consulta de psicologia clínica do Agrupamento de Centros de Saúde ACES Dão Lafões II.

Critérios de exclusão:

Neste projeto de investigação serão excluídos da amostra todos os sujeitos que preencham os seguintes critérios:

1- Indivíduos com idade inferior a 21 anos ou idade superior a 50 anos;

2- Sujeitos com diagnóstico de perturbação bipolar, esquizofrenia, e ou diagnóstico de défice cognitivo.

2.2.2 Autorizações

Foi enviado, previamente, um pedido de autorização com os objetivos do estudo, ao conselho clínico e executivo do Agrupamento ACES Dão Lafões-II. Foi concedida a autorização, local onde se desenvolveu o presente estudo.

Para obter a autorização para participação no estudo, o autor do estudo fez um primeiro esclarecimento e pedido de colaboração aos utentes, sendo também solicitada a colaboração dos médicos de medicina geral e familiar.

Foi perguntado previamente, a idade dos sujeitos a entrar no estudo. Cada participante assinou o formulário de consentimento informado. Antes do preenchimento dos questionários, inventários, indicadores e entrevista clínica, garantiu-se o anonimato e confidencialidade. Os participantes foram também informados que poderiam desistir da investigação em qualquer altura do processo.

Foi efetuado um pré-teste, isto é, os protocolos de avaliação foram aplicados antes do início da recolha de forma a obter um tempo médio de resposta, tentando garantir a compreensão e clareza de todos os itens. Salienta-se também a total confidencialidade dos dados fornecidos pelos participantes, bem como o facto da participação no estudo ser voluntária.

2.2.3 Constituição da amostra

A partir dos procedimentos anteriores, a amostra total é constituída por 184 indivíduos. As suas características estão descritas no quadro 1.

Quadro 1 - Características da amostra (n=184; 100%)

Características sócio-demográficas	Geral n = 184	
	M	DP
Idade	37.09	7.70
Anos de Escolaridade	8.90	3.61
	n	%
Sexo		
Masculino	45	24.5
Feminino	139	75.5
Estado Civil		
Solteiro	31	16.8
Casado	117	63.6
Divorciado/separado	32	17.4
Viúvo	4	2.2
Estatuto Sócio-Económico		
Baixo	139	75.5
Médio	36	19.6
Alto	2	1.1
Estudantes	7	3.8
Centros de Saúde		
S. Pedro do Sul	50	27.2
Castro Daire	35	19.0
Vouzela	27	14.7
Oliveira de Frades	21	11.4
Sátão	25	13.6
Vila Nova de Paiva	26	14.1

Do total dos 184 sujeitos da amostra, 45 indivíduos são do género masculino (24.5%) e 139 (75.5%) do género feminino. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre géneros nas variáveis idade ($t= 1.425$; $p= .156$), e anos de escolaridade ($t= -.490$; $p= .624$).

3. Instrumentos

Descreveremos, em seguida, os vários instrumentos utilizados na investigação e que serão mencionados nos vários estudos que apresentaremos no capítulo dos resultados.

Como os critérios de inclusão (ou exclusão) foram critérios clínicos, ou seja, a presença ou ausência de diagnósticos. Para avaliar o diagnóstico da patologia do Eixo II utilizou-se a SCID-II: permite a obtenção de uma medida categorial e uma medida dimensional.

Para avaliar a intensidade das dimensões da psicopatologia sintomática do Eixo I foram utilizados os seguintes instrumentos: BSI, BDI, STAI-estado (forma-XI) e STAI-traço (forma-X2).

Para avaliar a relação com a qualidade de vida utilizámos o questionário WHOQOL-breve.

Com o objetivo de obtermos medidas gerais de caracterização sócio-demográfica, utilizámos a ficha clínica de referenciação médica e a ficha clínica do doente.

Por último, como medidas da avaliação da qualidade da relação do utente com os serviços de saúde recorreremos à elaboração de um indicador de Avaliação da Qualidade da Relação Médico-Doente, versão do doente (A.Q.R.M.D-VD.), de um indicador de Avaliação da Qualidade da Relação Médico-Doente, versão do médico (A.Q.R.M.D-VM), e a respetiva ficha clínica de referenciação médica e ficha clínica do doente, desenvolvidas pelo próprio investigador.

Segue-se uma síntese dos instrumentos utilizados (quadro 2):

Quadro 2- Instrumentos e dimensões avaliadas

Instrumentos utilizados	Dimensões avaliadas
Entrevista Estruturada SCID-II	Avaliação e diagnóstico de patologia do eixo II da DSM-IV: Dimensão categorial e dimensional.
BDI - Inventário de Depressão de Beck	Medida do estado de humor. Dimensões avaliadas: sem depressão, depressão leve, depressão moderada e depressão grave.
BSI -Inventário Breve de Sintomas	Avaliação da intensidade da dimensão Índice Geral de Sintomas - IGS.
STAI-X1: Escala de Auto-avaliação da Ansiedade Estado	Avaliação da intensidade da ansiedade estado Dimensões avaliadas: 1-"nada" a 4-"muito".
STAI-X2: Escala de Auto-avaliação da Ansiedade Traço	Avaliação da intensidade da ansiedade traço Dimensões avaliadas: 1-"quase nunca" a 4-"quase sempre".
WHOQOL- Bref: Questionário da avaliação da qualidade de vida breve	Avaliação da qualidade de vida nos domínios: físico, psicológico, relações, ambiente e faceta global.
A.Q.R.M.D.-V.M - Indicador de avaliação da qualidade da relação médico doente - versão médico	Avaliação da percepção da qualidade da relação pelo médico. Dimensões avaliadas: 1-"muito má" a 7-"muito boa".
A.Q.R.M.D.-V.D - Indicador de avaliação da qualidade da relação médico doente - versão doente	Avaliação da percepção da qualidade da relação pelo doente. Dimensões avaliadas: 1-"muito má" a 7-"muito boa".
Ficha clínica de referência médica	Dados sociodemográficos, motivo, número de consultas, sintomatologia primária
Ficha clínica de identificação do doente	Dados sociodemográficos. Dimensões avaliadas: género, classe etária e nível sócio-económico.

Segue-se uma breve descrição dos instrumentos utilizados:

3.1 Caracterização dos instrumentos¹

Instrumentos de recolha de dados sócio-demográficos e variáveis descritivas.

Os dados de identificação e as respetivas declarações de consentimento foram obtidos recorrendo aos seguintes instrumentos de recolha de informação: i) Ficha de identificação clínica do doente, com explanação por categorias fechadas dos dados sócio-demográficos, do motivo da consulta, tipo de medicação prescrita e número de consultas efetuadas no último ano, ii) Declaração de consentimento (para o médico e para o doente), iii) Ficha clínica de referenciação médica, com descrição por categorias “fechadas” dos motivos de referenciação clínica, o número de consultas no último ano efetuados pelo doente, e o tipo de medicação atual prescrita.

Ficha de identificação clínica do doente

É um instrumento preenchido pelo doente com supervisão do entrevistador, aquando da avaliação inicial, e pretende a recolha de dados sócio-demográficos: género, a data de nascimento, idade atual, estado civil, escolaridade, profissão e o nível sócio-económico. Este último foi determinado a partir dos pressupostos da classificação social internacional estabelecida por Graffar (1956). Utilizou-se duas das cinco dimensões contempladas nesta tipologia, nomeadamente o género, a classe etária e o nível sócio-económico. O motivo desta escolha prende-se, não só com o carácter intrusivo das questões relativas aos rendimentos, mas também com a dificuldade e subjetividade de classificar o conforto do alojamento, do sítio onde o indivíduo vive. Por outro lado, a literatura (Graffar, 1956) sugere que apenas o número de anos de educação pode constituir um indicador adequado do nível sócio-económico, sendo dispensável introduzir questões adicionais.

Também se procedeu à recolha dos motivos e sintomatologia primária do doente, a recolha do tipo de medicação atual e a avaliação da perceção do número de consultas feitas no último ano.

¹ A bateria de instrumentos utilizados nesta investigação pode ser consultada no anexo

Ficha Clínica de Referenciação Médica

É preenchida pelo médico de família, aquando da referenciação do doente para a consulta de psicologia clínica e da saúde, e tem como objetivo, a caracterização da amostra pelo médico de família. Contempla informação ao nível dos motivos e sintomatologia primária, o tipo de medicação prescrita, e triagem do número de consultas de clínica geral e familiar feita no último ano pelo doente no Agrupamento de Centros de Saúde.

SCID-II - Entrevista Clínica Semi-Estruturada para as Perturbações da Personalidade do Eixo II do DSM-IV

(SCID-II – Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders; First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin, 1997; versão portuguesa da SCID-II de Pinto Gouveia J., Matos, A.P., Rijo, D., Castilho, A.P., & Salvador, M., 1999).

A SCID-II é uma entrevista de diagnóstico semiestruturada para avaliar as dez perturbações da personalidade do Eixo II do DSM-IV, assim como o perturbação da personalidade depressiva e o perturbação da personalidade passiva - agressiva (incluídos no Apêndice B do DSM-IV). A SCID-II Pode ser utilizada para elaborar diagnósticos do Eixo II, quer categorialmente (presente ou ausente) quer dimensionalmente (registando o número do critérios que, para cada diagnóstico, foi preenchido). Cada critério é avaliado por uma ou mais questões, sendo as respetivas respostas cotadas com? (informação inadequada), 1 (ausente ou falso), 2 (insuficiente) e 3 (suficiente ou verdadeiro). A SCID-II inclui também um questionário da personalidade de autorresposta, que pode ser utilizado no sentido de economizar o tempo de aplicação da entrevista, uma vez que o terapeuta, durante a entrevista, apenas questionará as respostas assinaladas com “sim” no questionário.

A SCID-II pode ser usada quer no contexto clínico quer em investigação, tendo sido utilizada em três tipos de estudo diferentes. Alguns estudos utilizaram a SCID-II para caracterizar o perfil em termos de perturbações da personalidade, quer com amostras em contextos particulares, quer em amostras com características particulares (ex., doentes com perturbação de pânico); outros estudos utilizaram a SCID-II para selecionar indivíduos com um diagnóstico particular a partir de um contexto geral; e, por fim, alguns estudos utilizaram a SCID-II para efetuar comparações com outros

métodos de avaliação das perturbações da personalidade (First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997).

Quanto às características psicométricas da SCID-II, apesar de não existirem muitos dados para a versão baseada no DSM-IV, foram realizados vários estudos para as versões anteriores do instrumento. First, Gibbon, Spitzer, Williams, e Benjamin (1997), numa revisão dos estudos de fidelidade para a versão da SCID-II baseada no DSM-III-R, encontraram uma fidelidade razoável para esta versão da SCID-II, desde que os avaliadores sejam profissionais experientes e bem treinados neste tipo de entrevista e a amostra de doentes possua suficiente variabilidade de diagnósticos.

Quanto à validade, nomeadamente a validade concorrente, segundo a mesma fonte, a SCID-II na versão do DSM-III-R apresenta razoável concordância com os outros instrumentos de diagnóstico. No entanto, o estabelecimento da validade da SCID-II revela-se uma tarefa árdua, pelo facto de não existir um padrão ideal contra o qual estudar a validade de um qualquer método ou instrumento de avaliação da perturbação da personalidade.

Os resultados da avaliação com esta entrevista permitem a recolha de diferentes indicadores: presença ou ausência de perturbações da personalidade (caso preencha ou não o número de critérios mínimos para pelo menos um dos diagnósticos), o número de diagnósticos de cada sujeito, o total de critérios preenchidos para todas as perturbações da personalidade e /ou em cada um dos grupos de perturbações (ambas estimativas da severidade da patologia da personalidade dos sujeitos).

O BDI – Beck Depression Inventory

A primeira versão do *Beck Depression Inventory* – BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) foi desenvolvida com base na observação das atitudes e sintomas apresentados por doentes em psicoterapia psicanalítica, considerando que os instrumentos existentes na época não eram adequados. Numa fase inicial, o clínico aplicava o BDI, embora, atualmente, seja utilizado como um instrumento de preenchimento pessoal (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979).

O inventário tem várias formas de apresentação, uma curta, com treze itens (Beck & Beck, 1972) e outras três longas, com vinte e um itens. Destas versões, uma corresponde à original, desenvolvida em 1961 (Beck et al., 1961), outra à reformulação

produzida em 1978 e publicado um ano depois (Beck et al., 1979) e a terceira versão resulta de uma revisão efetuada por Beck, Steer, e Brown (1996).

O facto da BDI não se basear numa conceção teórica e etiológica, mas antes na observação semiológica, poderá ter contribuído para que o inventário se tornasse num dos instrumentos mais frequentemente usados na avaliação dos sintomas depressivos em adolescentes e adultos. Entre os sinais e sintomas avaliados, destacam-se o humor, o pessimismo, a insatisfação, o sentimento de falhanço, a culpa, punição, a depreciação pessoal, a ideação suicida, o choro, a irritabilidade, o isolamento social, a indecisão, a distorção da imagem corporal, a dificuldade em trabalhar, as perturbações do sono, a fadiga, a perda de apetite e peso, as preocupações somáticas e a diminuição da libido (Beck et al., 1961).

O inventário é respondido através de uma escala de Guttman que apresenta, para cada item, quatro afirmações que descrevem sintomas de intensidade crescente. A pessoa deve optar pela frase que melhor responde à sua maneira de se sentir durante a última semana, incluindo o dia de hoje ou, no caso da última versão, nas últimas duas semanas.

O BDI constitui, assim, uma medida do estado de humor, válida apenas para o período de tempo em questão. A cotação é feita através de uma escala com quatro pontos (0,1,2,3), correspondendo o zero à ausência ou presença pouco significativa do sintoma, enquanto o três assinala uma manifestação muito intensa. O resultado final é obtido pela soma dos pontos de cada um dos itens, podendo variar entre 0 e 63. É também possível calcular pontuações parciais para os fatores cognitivo-emocionais e somáticos. O tempo de aplicação é de cinco a dez minutos, podendo prolongar-se até aos quinze minutos, nos casos em que a recolha é feita de forma oral (Beck et al., 1979).

O Center for Cognitive Therapy (Beck, Steer, & Garbin, 1988) usa os seguintes critérios para a classificação das pontuações do BDI: sem depressão ou depressão mínima (0-9 pontos), depressão leve a moderada (10-18 pontos), depressão moderada a grave (19-29 pontos) e depressão grave (30-63 pontos). Na população geral, recomenda-se que as pontuações acima dos quinze pontos assinalem casos de disforia, reservando-se a identificação de depressão para os resultados acima dos vinte pontos, preferencialmente com confirmação através de diagnóstico clínico (Kendall, Lobo, Jack, & Main, 1987).

A análise de vinte e cinco estudos sobre a consistência interna do BDI (Beck, Steer, & Garbin, 1988), permitiu concluir que, em populações psiquiátricas, os coeficientes de alfa de Cronbach variavam entre 0,76 e 0,95, enquanto, nas amostras não psiquiátricas, esses valores oscilaram entre 0,73 e 0,92. A consistência interna da forma curta do inventário apresentou valores comparáveis aos da forma longa.

No que se refere à validade de conteúdo, o facto da BDI incluir seis dos nove critérios definidos na terceira edição dos critérios de diagnóstico e estatística das doenças mentais – DSM-III (APA, 1987), contribui para a sua validade. A validade discriminante do BDI, na identificação de pessoas com e sem depressão na população geral, bem como em diferentes contextos de doença psiquiátrica e física, é igualmente elevada (Beck, Steer, & Garbin, 1988).

Na amostra do presente estudo, o alfa de Cronbach (α) foi de .90, o que revela uma elevada consistência interna desta medida na nossa amostra.

O BSI – Inventário Breve de Sintomas (BSI-Brief Symptom Inventory; Derogatis, 1993; versão de Canavarro, 1996).

O BSI é uma forma abreviada do Symptom Checklist 90-SCL90-R (Derogatis, 1993) os estudos psicométricos revelaram que o BSI constituía uma alternativa ao SCL-90, dando resposta às desvantagens deste último, nomeadamente no tempo necessário ao seu preenchimento.

Pretende fazer uma avaliação direcionada para os padrões de sintomatologia clínica, sendo particularmente útil para observar a evolução do doente, bem como uma medida de avaliação de resultados na investigação clínica.

Este inventário é usado como medida de doença psicológica, e é composto por 53 itens de autorrelato. Avalia os sintomas psicológicos fornecendo indicadores de nove dimensões de sintomatologia e três índices globais, sendo estes últimos, avaliações sumárias de perturbação emocional. As respostas aos itens são dadas a partir de uma escala de *Likert* de 0-5 pontos, em que 0 = Nunca e 5= Muitíssimas vezes.

As nove dimensões são: 1) Somatização, 2) Obsessões-compulsões, 3) Sensibilidade Interpessoal, 4) Depressão, 5) Ansiedade, 6) Hostilidade, 7) Ansiedade Fóbica), 8) Ideação Paranoide e 9) Psicoticismo. Os resultados finais são agrupados em 3 Índices Globais, i) Índice de Severidade Global (IGS), mede o nível de severidade da

perturbação, ii) Total de Sintomas Positivos (TSP) - o número total de respostas cotadas com valor igual ou superior a 1 e, iii) Nível de Perturbação por Sintomas Positivos (NPSP) - representa a intensidade dos sintomas.

Nos nossos estudos, usou-se apenas o IGS, por ser o indicador global mais comumente usado em investigação com este instrumento.

A escala foi adaptada à população Portuguesa por Canavarro (1999), sendo utilizado em contextos clínicos e de investigação. As qualidades psicométricas revelam que os valores do alfa de Cronbach e dos valores globais das escalas, encontram-se dentro do intervalo alfa, definido entre 0.7 e 0.8, à exceção dos valores encontrados para as escalas de Ansiedade Fóbica e de Psicoticismo. As correlações de Split-Half e os coeficientes de Spearman-Brown, também sugerem uma menor consistência interna das escalas de Ansiedade Fóbica e Psicoticismo, quando comparadas com as restantes.

A consistência interna² do inventário na amostra do nosso estudo, alcançou um α de .97 para o total dos 53 itens.

Inventário de autoavaliação da Ansiedade Estado (STAI X-I) e Ansiedade Traço (STAI X-II) – (Spielberger, Gorsuch & Luchene, 1970; versão portuguesa Batista, 1988).

O *State-Trait Anxiety Inventory* – STAI - é provavelmente a medida de relato pessoal mais utilizada para avaliar a ansiedade em contextos clínicos e de investigação, estando disponíveis adaptações para várias línguas, incluindo uma versão portuguesa (Silva, Simões, Almeida, & Machado, 2003).

A construção do STAI iniciou-se em 1964, para ser usado em populações universitárias e com adultos, embora exista também uma versão para crianças, intitulada *State-Trait Anxiety Inventory for Children* - STAIC (Spielberg, 1973).

Este questionário é composto por dois blocos de 20 afirmações, relativamente às quais os sujeitos devem responder, sem demorar muito em cada item, até que ponto é que cada uma delas corresponde à sua maneira de sentir no momento (Forma X1), ou à sua maneira de se sentir habitualmente (Forma X2). Quando são usadas ambas as escalas, deve começar-se pelo estado, considerando que esta medida é influenciada pelo

² Não foi analisada a consistência interna das dimensões do BSI, uma vez que apenas se utilizou IGS no estudo apresentado, e o cálculo deste indicador depende da totalidade dos itens do inventário.

clima emocional suscitado quando a escala de traço de ansiedade é aplicada em primeiro lugar. De forma oposta, a escala relativa ao traço não sofre influência significativa das condições ou sequência de aplicação.

A resposta ao inventário faz-se através de uma escala de Likert de quatro pontos (1-4), referindo-se as perguntas à intensidade com que cada afirmação é sentida pelo examinado. Na escala de estado é utilizada a seguinte terminologia: (1) “nada”; (2) “um pouco”; (3) “moderadamente”; (4) “muito”. Quanto à escala de traço, as expressões utilizadas são: (1) “quase nunca”; (2) “algumas vezes”; (3) “frequentemente”; (4) “quase sempre”. Como algumas das afirmações foram redigidas fazendo referência a estados emocionais positivos (ex. item 1 – “Sinto-me bem”), é necessário cotar esses itens de forma inversa, dado que pontuações baixas nesta pergunta correspondem a níveis elevados de ansiedade. Os itens cotados de forma inversa no STAI-estado são: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 e 20. Na STAI-traço são os itens: 21, 26, 27, 30, 33, 34 e 36.

A fidelidade e precisão do STAI foram estudadas pelo autor (Spielberger et al., 1983), particularmente no que se refere à estabilidade e à consistência interna. Enquanto na escala de traço de ansiedade as correlações entre as aplicações foram elevadas, oscilando entre .68 e .86, na escala de estado os valores foram bastante mais baixos, situando-se entre os .16 e .62, refletindo a influência exercida por fatores presentes no momento em que avaliação decorreu. O nível de consistência interna da escala de estado de ansiedade é alto, com os coeficientes alfa das várias amostras acima de .90, excetuando os estudantes universitários que revelam valores ligeiramente mais baixos ($\alpha = .86$). Igualmente elevados, são os coeficientes alfa da escala de traço, com um valor médio de .90, quanto às correlações item-total de ambas as escalas, são todas superiores a .30 e inferiores a .80, o que, como se sabe, constitui um bom indicador da precisão da medida.

Na nossa amostra, a subescala da Ansiedade-estado (constituída pelos primeiros 20 itens) possui um α de Cronbach de .91, e a subescala de Ansiedade-traço (restantes itens), um α de .86.

WHOQOL-Bref: Questionário Breve de Avaliação da Qualidade de Vida

(versão portuguesa: Canavarro, Simões, Vaz Serra et al., 2007).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), por intermédio do WHOQOL Group (1995), definiu a Qualidade de Vida como sendo “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Esta definição explícita uma conceção abrangente da qualidade de vida, influencia a independência, relações sociais, crenças pessoais e suas relações com aspetos do meio envolvente em que o indivíduo está inserido.

A coerência entre a definição dada e o instrumento de avaliação construído está bem patente na estrutura multidimensional da WHOQOL. Este instrumento foi construído de acordo com uma metodologia própria (WHOQOL, 1994, 1995), e composto por 4 domínios. 1) Domínio I - Domínio físico: Dor e desconforto; Energia e fadiga; Sono e repouso; Atividades da vida quotidiana; Dependência de medicação ou de tratamentos; Mobilidade Capacidade de trabalho; 2) Domínio II - Domínio psicológico: Sentimentos positivos; Pensar, aprender, memória e concentração; Autoestima; Imagem corporal e aparência; Sentimentos negativos e Espiritualidade/religião/crenças pessoais; 3) Domínio III - Relações sociais: Relações pessoais; Suporte (Apoio) social; Atividade sexual; 4) Domínio IV – Ambiente: Segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) e transportes, num total de 24 facetas específicas e uma de qualidade de vida geral e percepção geral de saúde. Cada faceta da WHOQOL pode ser caracterizada com uma descrição de um comportamento, um estado, uma capacidade, uma percepção ou experiência subjetiva.

O *WHOQOL-Bref* apresentou uma boa consistência interna, medida pelo coeficiente alfa de Cronbach, quer se considerem as 26 questões, os 4 domínios ou cada um dos domínios individualmente. Finalmente, quando foi avaliado a fidedignidade teste-reteste, observou-se que não houve diferença significativa entre as médias nas duas medidas. Todos os coeficientes de correlação das medidas do teste-reteste foram

significativas com coeficientes superiores a .69. As características psicométricas do *WHOQOL-breve*, na sua versão em português apresenta resultados semelhantes aos que deram origem à versão abreviada (WHOQOL, 1998).

No presente estudo a consistência interna do questionário na amostra, obteve para o fator geral um α de Cronbach de .79, no domínio físico um α de .81, no domínio psicológico um α de .80, no domínio das relações um α de .76, e no domínio ambiente alcançou um α de .82

A.Q.R.M.D-VM e A.Q.R.M.D-VD – Teste e Reteste

Para avaliar a qualidade da relação médico-doente foram desenvolvidas duas medidas breves (uma preenchida pelo doente e outra preenchida pelo médico), em que se pede aos respondentes que avaliem a sua perceção da qualidade da relação assinalando de 1-muito má a 7-muito boa.

Estes indicadores mais do que caracterizarem um processo tão complexo como a relação médico-doente visam avaliar a perceção que cada um dos intervenientes tem da qualidade dessa mesma relação de ajuda e foram recolhidos em ambos os elementos da díade. Assim, para cada sujeito da amostra foi passado a medida ao próprio sujeito e ao médico de família que respondeu para cada um dos seus doentes que participou no estudo.

Por se tratar de uma medida especificamente desenvolvida para esta investigação foi estudada a sua estabilidade temporal no total dos 184 sujeitos da amostra, sendo que o intervalo médio entre teste e reteste foi de cerca de um mês. Este estudo foi feito nas duas versões da medida (médico e doente).

Quanto à versão dos doentes o coeficiente teste-reteste foi de $r = .982$ ($p = .000$), o que demonstra uma elevada correlação entre os dois momentos em que foi colhida a medida. Quando comparadas as médias de ambas as avaliações, a estatística t mostrou não existirem diferenças entre teste e reteste ($t = -.277$; $p = .782$).

No indicador correspondente a versão dos médicos a média obtida no teste é semelhante à obtida no reteste, sendo o desvio padrão idêntico em ambos os momentos. O coeficiente teste-reteste, assumiu o valor de correlação perfeita, pelo que ficou demonstrado a estabilidade temporal dos dois formatos destas medidas na amostra de doentes e médicos na amostra.

Capítulo III

Resultados

Capítulo III

Resultados

Neste capítulo apresentam-se os resultados do estudo, na tentativa de discutir as hipóteses de investigação formuladas.

Em primeiro lugar, apresentar-se-ão os resultados referentes ao objetivo principal de investigação. Numa segunda parte, analisar-se-ão os aspetos referentes aos outros estudos em questão e relacionados com o objetivo principal.

1. Estudo I: Estudo de prevalências das perturbações da personalidade na amostra total.

1.1 Prevalências Globais

1.1. 1 Prevalência global das perturbações da personalidade (PP)

Neste estudo pretendemos avaliar se a prevalência da psicopatologia do Eixo II na amostra de utentes dos cuidados de saúde primários, é claramente superior a encontrada em amostras da população global (amostras não clínicas) e inferior as taxas encontradas em amostras de saúde mental especializadas.

Quadro 3- Prevalência global das perturbações de personalidade na amostra (n=184; 100%).

Diagnóstico	n	%
Sem perturbação de personalidade	87	47.3
Com perturbação de personalidade	97	52.7

No quadro 3, são então apresentadas, as frequências absolutas e as percentagens dos indivíduos com perturbação da personalidade, e dos indivíduos sem perturbação. Observando o quadro podemos referir que dos 184 sujeitos, 97 preenchem critérios para pelo menos uma perturbação da personalidade, ou seja, 52.7% dos indivíduos da amostra apresentam pelo menos uma forma de patologia da personalidade.

Em suma, mais de metade da amostra apresenta critérios para pelo menos uma perturbação da personalidade.

1.1.2 Severidade da patologia da personalidade no total da amostra

No quadro 4, são descritas as médias e desvios padrão relativos ao total de critérios da SCID e ao total de critérios de 10 perturbações da personalidade da SCID no total da amostra.

Quadro 4- Severidade da patologia da personalidade no total da amostra (n=184; 100%).

SCID-II	n	M	DP
SCIDtotalcritérios	184	22.03	8.32
SCIDtotalcritérios10PP	175	17.64	6.95

Nota: SCID total critérios10PP – Total de critérios de perturbação de personalidade, excluindo a perturbação de personalidade depressiva e perturbação de personalidade passiva – agressiva.

Tomando o total de critérios preenchidos na SCID-II como indicadores de severidade da patologia da personalidade, o total de sujeitos da amostra apresenta uma média de 22.03 (DP= 8.32) critérios de perturbação da personalidade, quando somados os critérios para as 12 perturbações avaliadas na entrevista, e uma média de 17.64 (DP= 6.95), se consideradas apenas as 10 perturbações da personalidade diagnosticáveis no DSM-IV.

1.2 Prevalências por grupo de perturbações da personalidade

1.2.1 Prevalências por grupo de perturbações da personalidade no total da amostra.

No gráfico 1, são apresentadas, as prevalências das perturbações da personalidade por grupo. Para classificar os sujeitos em cada um dos grupos, considerou-se o principal diagnóstico realizado através da SCID-II. Deste estudo e dos seguintes, foram excluídos 9 sujeitos cujo principal diagnóstico era de perturbação da personalidade passiva-agressiva e perturbação da personalidade depressiva. Ficando reduzida a amostra para 175 sujeitos. Como já foi referido no estudo anterior, 87 sujeitos (49.71%) não preenchem critérios para perturbação da personalidade. Dos restantes, 37 sujeitos (21.14%) apresentam como principal diagnóstico uma perturbação da personalidade do grupo B; 35 sujeitos (20%)

apresentam com principal diagnóstico uma perturbação do grupo C; 16 sujeitos (9.14%) apresentam como principal diagnóstico uma perturbação do grupo A.

Em suma, apesar de todos os grupos terem prevalências consideráveis, o grupo B é aquele que alcança maior taxa de prevalência.

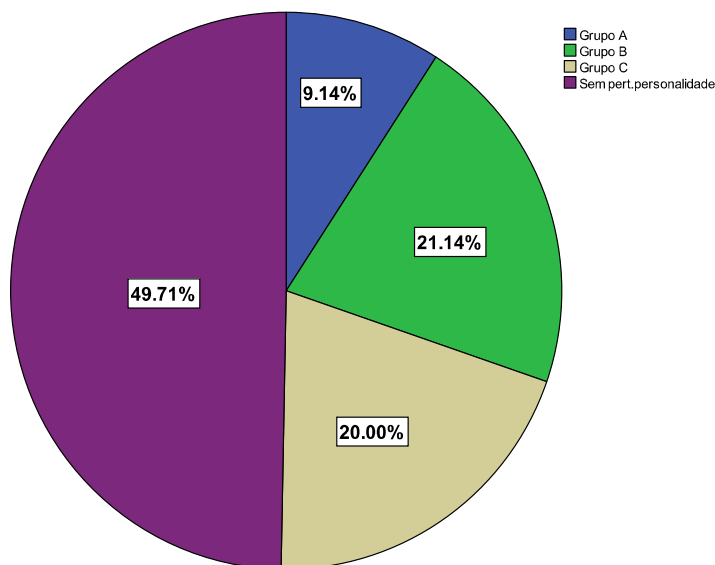


Gráfico 1. Prevalências por grupo de perturbações da personalidade n=175, 100%).

1.3 Prevalências específicas das perturbações da personalidade

No gráfico 2, são apresentadas, as percentagens de cada diagnóstico de perturbação da personalidade. Observa-se que a perturbação da personalidade borderline representa 14.13% (n=26), a perturbação da personalidade evitante apresenta uma percentagem de 8.70% (n=16), a perturbação da personalidade paranoide apresenta 5.98% (n=11), a perturbação da personalidade obsessiva-compulsiva 5.98% (n=11), a perturbação da personalidade depressiva 3.80% (n=7), a perturbação da personalidade histriónica 3.80% (n=7), a perturbação da personalidade narcísica 2.17% (n=4), a perturbação da personalidade esquizotípica 2.17% (n=4), a perturbação da personalidade esquizoide .54% (n=1), a perturbação da personalidade sem outra especificação 1.09% (n=2), e sem perturbação da personalidade 47.28% (n=87) do total da amostra n=184 (gráfico 2).

Em suma, as que apresentam uma maior prevalência são as perturbações da personalidade borderline, evitante, paranoide e obsessiva-compulsiva.

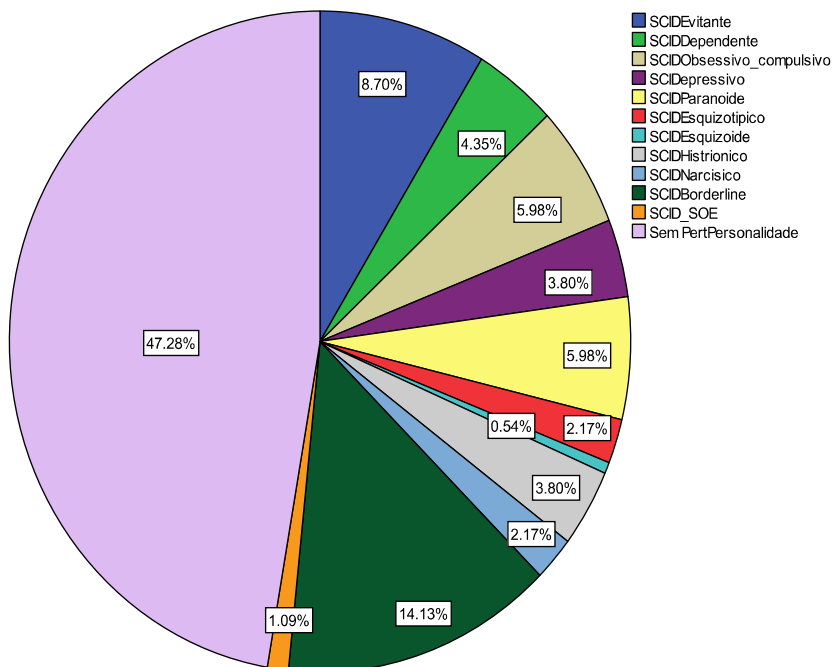


Gráfico 2. Distribuição do diagnóstico principal da perturbação da personalidade (SCID-DP) na amostra (n=184, 100%)

1.4 Número de perturbações da personalidade no total da amostra

Para além do total de critérios apresentados no primeiro ponto deste estudo – refletir a severidade da patologia da personalidade na amostra – neste estudo avaliamos o número de sujeitos que preenchem critérios para mais do que uma perturbação da personalidade.

No gráfico 3, dos 184 sujeitos, 39 indivíduos (21.20%) apresentam critérios para o diagnóstico de uma perturbação da personalidade segundo a SCID-II, 37 indivíduos (20.15%) preenchem critérios para duas perturbações da personalidade, 21 indivíduos (11.4%) para três perturbações da personalidade, ou seja, 31.55% da amostra apresenta critérios para duas ou mais perturbações da personalidade.

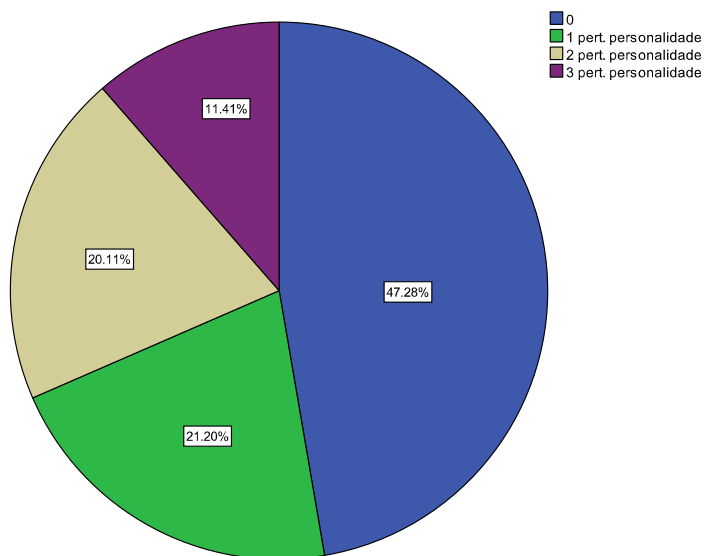


Gráfico 3. Número de diagnósticos de perturbação da personalidade na amostra (n=184, 100%).

2. Estudo II: Prevalências das perturbações da personalidade em função do género, nível sócio-económico e classe etária.

Nestes estudos, pretende-se avaliar as diferenças nas prevalências da perturbação da personalidade (global, específicas e por grupo de perturbação), em função das características sócio-demográficas (especificamente género, nível sócio-económico e classe etária).

2.1 Prevalência da perturbação da personalidade em função do género.

2.1.1 Prevalências globais

a) Comparação nas prevalências globais por género

No quadro 5, são apresentadas, as percentagens dos indivíduos em função do género, com e sem perturbação da personalidade.

Quadro 5. Grupos com e sem perturbação de personalidade em função do género no total da amostra (n=184; 100%).

Diagnóstico	Género				χ^2	p
	Masculino		Feminino			
	n	%	n	%		
sem perturbação de personalidade	15	33.3	72	51.8	4.650	.031
com perturbação de personalidade	30	66.7	67	48.2		

A comparação das distribuições por género foi testada por recurso à estatística do Qui-Quadrado, que revelou existirem diferenças estatisticamente significativas nestas mesmas distribuições. Assim, nos indivíduos do género feminino, cerca de metade apresenta perturbações da personalidade, enquanto a outra metade não preenche critérios para nenhuma perturbação da personalidade. Nos indivíduos do género masculino 2/3 preenchem critérios para pelo menos uma perturbação da personalidade.

b) Severidade da patologia da personalidade global em função do género.

No quadro 6, são apresentadas as médias e desvios-padrão relativos ao total de critérios da SCID e ao total de critérios de 10 perturbações da personalidade da SCID para o género masculino e feminino.

Quadro 6. Severidade das perturbações da personalidade em função do género (n=184; 100%)

	Género				F	p
	Masculino		Feminino			
	M	DP	M	DP		
SCID total de critérios	22.53	8.34	21.86	8.33	2.243	.136
SCID total de 10 critérios PP	18.29	6.66	17.43	7.05	2.105	.149

Nota: SCID total critérios10PP – Total de critérios de perturbação de personalidade, excluindo a perturbação de personalidade depressiva e perturbação de personalidade passiva – agressiva.

A comparação entre os grupos foi feita através de uma análise da covariância (covariada: BDI total), procurando controlar estatisticamente o possível efeito do estado de humor na avaliação da patologia da personalidade.

Como pode ler-se no quadro, seja para o total das 12 perturbações da personalidade avaliadas pela SCID-II, seja para o total das 10 perturbações da

personalidade diagnosticáveis pelo DSM-IV, não existem diferenças significativas entre géneros.

2.1.2 Prevalências por grupos da personalidade em função do género.

No quadro 7, são apresentadas, as percentagens dos indivíduos em função do género, por grupos de diagnóstico principal.

Quadro 7. Diferenças de género por grupos de diagnóstico (n=175; 100%).

Grpo de Diagnóstico	Género				χ^2	p
	Masculino		Feminino			
	n	%	n	%		
	n = 44		n = 131			
Grupo A	8	18.2	8	6.1	13.005	.005
Grupo B	7	15.9	30	22.9		
Grupo C	14	31.8	21	16		
Sem perturbação de personalidade	15	34.1	72	55		

No quadro 7, são então apresentadas, as percentagens dos indivíduos, em função do género e por grupos de diagnóstico principal. O teste Qui-Quadrado mostra que existem diferenças nas distribuições em comparação. Avaliando ambas as distribuições, verifica-se que os indivíduos do género masculino se distribuem em maior percentagem pelas classes “sem perturbação da personalidade” e “grupo C”, enquanto os indivíduos do género feminino se distribuem com percentagens mais elevadas pelas classes “sem perturbação da personalidade” e “grupo B”.

b) Severidade da patologia da personalidade por grupos de diagnóstico

Neste estudo, testou-se se existem diferenças quanto à severidade das perturbações da personalidade no total de critérios para cada um dos grupos de perturbação da personalidade entre indivíduos do género masculino e feminino³.

³ Tal como nas comparações anteriores, neste estudo o BDI total foi considerada como covariável.

Quadro 8. Severidade da patologia de personalidade por grupos de diagnóstico (n=184; 100%).

Grupos de Diagnóstico	Género					
	Masculino		Feminino		F	p
	n = 45		n = 139			
M	DP	M	DP			
Grupo A	6.66	3.19	5.60	3.11	5.223	.023
Grupo B	5.40	3.41	5.63	4.51	.009	.924
Grupo C	6.24	3.52	6.20	2.74	.681	.410

Como pode ler-se no quadro 8, os indivíduos de ambos os géneros, não diferem na média do total de critérios dos grupos B e C. No entanto, na média do total de critérios do grupo A, os homens apresentam maior severidade (maior número de critérios preenchidos) que as mulheres (F=5.223; p=.023).

2.1.3 Prevalências específicas de perturbação da personalidade em função do género.

No quadro 9, são então apresentadas, as percentagens dos indivíduos, em função do género e perturbação da personalidade específica.

Quadro 9. Percentagens das perturbações de personalidade específicas por género na amostra (n=184; 100%).

Diagnóstico	Género					
	Masculino		Feminino		X ²	p
	n = 45		n = 139			
n	%	n	%			
SCID-DP Evitante	5	11.1	11	7.9		
SCID-DP Dependente	3	6.7	5	3.6		
SCID-DP Obsessiva - Compulsiva	6	13.3	5	3.6		
SCID-DP Depressiva	1	2.2	6	4.3		
SCID-DP Paranoide	7	15.6	4	2.9		
SCID-DP Esquizotípico	4	0	4	2.9	30.191	.001
SCID-DP Esquizoide	1	2.2	0	0		
SCID-DP Histrionico	3	6.7	4	2.9		
SCID-DP Narcisico	2	4.4	2	1.4		
SCID-DP Borderline	2	4.4	24	17.3		
SCID-DP SOE	0	0	2	1.4		
Sem perturbação personalidade	15	33.3	72	51.8		

A partir da análise, podemos destacar que, o género masculino apresenta maioritariamente perturbação da personalidade paranoide (7 sujeitos, 15.6%) ,

perturbação obsessiva-compulsiva (6 sujeitos, 13.3%), e a perturbação evitante (5 sujeitos, 11.1%).

O género feminino apresenta maioritariamente perturbação da personalidade borderline (24 sujeitos, 17.3%) e perturbação da personalidade evitante (11 sujeitos, 7.9%).

Assim sendo, podemos observar que existem diferenças estatisticamente significativas na distribuição dos diagnósticos de perturbação da personalidade em função do género ($\chi^2 = 30.191$; $p = .001$).

b) Severidade da patologia da personalidade em função do género e perturbação específica.

Quadro 10- Severidade da patologia de personalidade em função do género e perturbação específica (n=175; 100%).

Diagnóstico	Género				F	p
	Masculino n=44		Feminino n=131			
	M	DP	M	DP		
SCID-DP Evitante	2.52	.22	2.38	.12	.306	.581
SCID-DP Dependente	1.91	.25	1.84	.14	.049	.824
SCID-DP Obsessiva - Compulsiva	2.11	.23	1.88	.13	.735	.393
SCID-DP Paranoide	2.94	.24	2.28	.13	5.611	.019
SCID-DP Esquizotípico	2.05	.22	1.88	.12	.436	.510
SCID-DP Esquizoide	1.82	.19	1.38	.10	4.083	.045
SCID-DP Histrionico	1.44	.25	1.40	.14	.015	.904
SCID-DP Narcisico	2.51	.23	1.65	.13	10.446	.001
SCID-DP Borderline	1.69	.34	2.48	.19	4.019	.046

Como pode ler-se no quadro 10, há diferenças estatisticamente significativas entre géneros no total de critérios das perturbações da personalidade específicas para a perturbação da personalidade paranoide, esquizoide, narcísica e borderline. Nas três primeiras os homens apresentam maior número de critérios que as mulheres, enquanto na perturbação da personalidade Borderline, são as mulheres que tendem a preencher em média um maior número de critérios. Nas restantes perturbações, não existem diferenças entre os géneros quanto à média do número de critérios preenchidos⁴.

⁴ Não existem indivíduos com diagnóstico de perturbação da personalidade antissocial, nem nenhum dos sujeitos preencheu qualquer critério para esta perturbação.

2.2 Prevalências da perturbação da personalidade em função do nível sócio-económico.

Inicialmente tínhamos planeado testar se existiam diferenças nas taxas de prevalência das perturbações da personalidade, em função do nível sócio-económico dos sujeitos. Contudo as características da amostra recolhida não permitiram fazer este tipo de comparação.

2.3 Prevalências da perturbação da personalidade em função da classe etária.

2.3.1 Prevalências globais

a) Prevalências globais em função da classe etária.

Neste estudo, averigua-se se existem diferenças na prevalência global das perturbações da personalidade em função da idade. Para tal, separou-se o total dos sujeitos da amostra a partir da mediana da idade (Mediana = 37 anos). Para manter o tamanho dos grupos idênticos, optou-se por incluir os sujeitos com 37 anos no grupo dos mais novos.

No quadro 11 comparam-se as duas classes etárias quanto à prevalência global das perturbações da personalidade.

O teste do Qui-Quadrado mostrou que não existem diferenças na prevalência global das perturbações da personalidade entre os grupos de indivíduos mais novos e mais velhos.

Quadro 11. Grupos com e sem perturbação de personalidade em função da classe etária no total da amostra (n=184; 100%)

Diagnóstico	Classe etária				χ^2	p
	< 38 anos		≥ 38 anos			
	n	%	n	%		
Sem perturbação de personalidade	44	47.3	43	47.3	.000	.994
Com perturbação de personalidade	49	52.7	48	52.7		

b) Severidade da psicopatologia da personalidade em função da classe etária.

Para comparar os dois grupos quanto à severidade da patologia da personalidade, foi realizado uma ANCOVA.

A variável dependente é o total de critérios preenchidos na SCID-II (para as 12 perturbações da personalidade ou para 10 constituintes do Eixo II da DSM-IV), tendo o total do BDI entrado na análise como covariável. Os resultados destas comparações encontram-se descritos no quadro 12.

Quadro 12. Severidade da patologia em função da classe etária (n=184;100%).

	Classe etária				F	p
	< 38 anos		≥ 38 anos			
	M	DP	M	DP		
SCID total critérios 10 perturbações personalidade	16.98	.65	18.34	.67	2.524	.114
SCID total critérios	21.46	.77	22.63	.79	1.329	.251

Nota: SCID total critérios10PP – Total de critérios de perturbação de personalidade, excluindo a perturbação de personalidade depressiva e perturbação de personalidade passiva – agressiva.

Como pode observar-se, não existem diferenças significativas entre os dois grupos da classe etária em nenhuma das comparações.

2.3.2 Prevalências por grupos de diagnóstico da perturbação da personalidade.

a) Prevalências por grupos de diagnóstico da perturbação da personalidade em função da classe etária.

No quadro 13 comparam-se as duas classes etárias quanto à prevalência por grupos de diagnóstico das perturbações da personalidade.

Quadro 13. Grupos de diagnóstico de perturbação de personalidade em função da classe etária (n=175;100%).

Grupos de Diagnóstico	Classe etária				χ ²	p
	<38 anos		≥ 38 anos			
	n	%	n	%		
Grupo A	8	9.1	8	9.2	1.396	.707
Grupo B	22	23.9	16	18.4		
Grupo C	15	17.0	20	23.0		
Sem perturbação de personalidade	44	50.0	43	49.4		

O teste do Qui-Quadrado mostrou que não existem diferenças nas prevalências por grupos de diagnóstico das perturbações da personalidade entre os grupos de indivíduos mais novos e mais velhos.

b) Severidade das patologias da personalidade por grupos de diagnóstico em função da classe etária.

Quadro 14. Comparação dos grupos no total de critérios em cada grupo de personalidade em função da classe etária (n=184;100%).

Grupos de Diagnóstico	Classe etária				F	p
	<38 anos		≥ 38 anos			
	M	DP	M	DP		
Grupo A	5.77	2.92	5.93	3.39	1.447	.231
Grupo B	5.52	4.45	5.64	4.09	1.659	.199
Grupo C	6.15	2.82	6.27	3.07	.444	.506

No quadro 14, são apresentadas as médias e desvios-padrão do total de critérios relativos aos grupos de diagnóstico da perturbação da personalidade. Como podemos observar, não existem diferenças significativas entre as classes etárias, no que diz respeito às médias do total de critérios em cada grupo de perturbação da personalidade.

2.3.3 Prevalências específicas da perturbação da personalidade em função da classe etária.

Quadro 15. Percentagens das perturbações de personalidade específicas em função da classe etária (n=184;100%).

Diagnóstico	Classe etária				χ ²	p
	< 38 anos		≥ 38 anos			
	n	%	n	%		
SCID-DP Evitante	6	6.5	10	11.0	11.268	.421
SCID-DP Dependente	5	5.4	3	3.3		
SCID-DP Obsessiva - Compulsiva	4	4.3	7	7.7		
SCID-DP Depressiva	3	3.2	4	4.4		
SCID-DP Paranoide	5	5.4	6	6.6		
SCID-DP Esquizotípico	3	3.2	1	1.1		
SCID-DP Esquizoide	0	.0	1	1.1		
SCID-DP Histriônico	6	6.5	1	1.1		
SCID-DP Narcísico	3	3.2	1	1.1		
SCID-DP Borderline	12	12.9	14	15.4		
SCID-DP SOE	2	2.2	0	.0		
Sem perturbação personalidade	44	47.3	43	47.3		

No quadro 15, são então apresentadas, as percentagens dos indivíduos por perturbação da personalidade específica, nos dois grupos de classe etária.

Como podemos observar, não existem diferenças estatisticamente significativas nas distribuições por perturbações da personalidade específicas entre os dois grupos de classe etária.

2.4 Prevalências e severidade das perturbações da personalidade em função da classe etária, em cada género.

Como vimos nos estudos anteriores, quer quando comparamos prevalência de perturbação da personalidade (globais, por grupo ou específicas), entre indivíduos mais novos e mais velhos, quer quando comparamos as duas classes etárias na severidade da patologia da personalidade (total de critérios, total de critérios por grupo e número de critérios para cada perturbação), nunca se encontraram diferenças estatisticamente significativas.

No entanto, e no sentido de testar se não existiria um efeito de interação entre género e idade, realizámos também os mesmos estudos de comparação entre indivíduos mais novos e mais velhos, em cada género. Todos os resultados, em todas as comparações, corroboraram os já apresentados para a amostra global. Isto é, não há diferenças entre indivíduos mais novos e mais velhos, quer sejam homens, quer sejam mulheres, em nenhuma das comparações realizadas (prevalências e severidade).

3. Estudo III: Estudo da associação entre a patologia da personalidade e psicopatologia do Eixo I.

Este conjunto de estudos aborda a relação entre a patologia da personalidade e patologia sintomática ou do Eixo I do DSM. A psicopatologia do Eixo I foi avaliada através de diversas medidas de autorrelato, de modo a reduzir o tempo e avaliação de cada sujeito da amostra. Assim, para avaliar a severidade da psicopatologia do Eixo I foi usado o índice geral de sintomas (IGS) do inventário breve de sintomas (BSI). Para avaliar a sintomatologia depressiva foi usado o BDI. E para avaliar a ansiedade foi usado o STAI, que permite obter indicadores de ansiedade-estado e traço.

3.1 Associação entre perturbações da personalidade e psicopatologia do Eixo I na amostra total.

No quadro 16, são apresentadas, as correlações entre o total de critérios das perturbações da personalidade (das 12 e 10 perturbações da personalidade e também para cada grupo de diagnóstico) e indicadores de psicopatologia do Eixo I (depressão, psicopatologia geral, ansiedade-estado e ansiedade-traço).

Quadro 16. Correlações das perturbações de personalidade em função do eixo I no total da amostra (n=184; 100%).

Amostra total	BDI total	BSI IGS	STAI-Estado	STAI-Traço
Grupo A		.149*	.193**	
Grupo B		.215**		
Grupo C	.195**	.258**	.276**	.342**
SCID total critérios	.258**	.376**	.325*	.217**
SCID total critérios10 PP	.183*	.308**	.263**	.161*

** $p < 0,01$

* $p < 0,05$

Nota: SCID total critérios10PP – Total de critérios de perturbação de personalidade, excluindo a perturbação de personalidade depressiva e perturbação de personalidade passiva – agressiva.

Como pode ler-se no quadro as correlações que são estatisticamente significativas são baixas na maioria dos casos. As associações mais expressivas ocorrem entre o total de critérios da SCID-II e as dimensões da psicopatologia sintomática, nomeadamente o IGS.

Quanto à associação entre total de critérios de cada grupo da perturbação da personalidade e as dimensões do Eixo I, a associação mais forte ($r=.342$) ocorre entre a Ansiedade-Traço e total de critérios das perturbações da personalidade do grupo C (ansiosos, temerosos).

3.2 Comparação entre os sujeitos com e sem diagnóstico das perturbações da personalidade nos indicadores de psicopatologia do Eixo I.

Neste estudo, pretendemos avaliar a psicopatologia sintomática nos indivíduos que preenchem os critérios para pelo menos um diagnóstico da perturbação da personalidade por comparação com os que não preenchem nenhum critério da perturbação da personalidade.

No quadro 17, são então apresentados, para os dois grupos (com perturbação e sem perturbação de personalidade), as médias e desvios-padrão das dimensões em estudo, assim como, os valores de F e p nas comparações efetuadas.

Quadro 17. Indivíduos com e sem perturbações de personalidade e psicopatologia do eixo I (n=184; 100%).

	Sem PP n = 87		Com PP n = 97		F	p
	M	DP	M	DP		
BDI total	15.17	1.08	17.3	1.02	2.105	.149
BSI IGS	57.3	3.51	73.37	3.32	11.123	.001
STAI-Estado	46.5	1.18	51.33	1.12	8.749	.004
STAI-Traço	48.89	1.01	50.91	.95	2.212	.139

Nota: Sem PP - sem perturbação de personalidade; Com PP - com perturbação de personalidade

BSI IGS - Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Índice Geral de Sintomas)

BDI - Inventário Depressivo de Beck

STAI- Estado e STAI-Traço - Escala de Ansiedade Estado e Escala de Ansiedade Traço

A análise do quadro, permite-nos observar a existência de diferenças estatisticamente significativas na dimensão BSI-IGS ($F=1.123$; $p=.001$); e na dimensão STAI-estado ($F = 8.749$; $p=.004$), com médias superiores no grupo de indivíduos com perturbação da personalidade em ambas as dimensões.

Relativamente à dimensão da depressão medida pelo BDI e Ansiedade-Traço, verifica-se que os valores médios são idênticos nos dois grupos.

4 Estudo IV: Associação entre a patologia da personalidade e qualidade de vida.

Nestes estudos, avaliamos a relação entre perturbação da personalidade e qualidade de vida. Para avaliar a qualidade de vida foi usada a versão breve do instrumento oficial de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde.

4.1. Associação do número de critérios das perturbações da personalidade e indicadores de qualidade de vida.

No quadro 18, são apresentadas as correlações entre o número total de critérios da perturbação da personalidade e o número de critérios em cada grupo por um lado, e as pontuações obtidas nos domínios específicos da qualidade de vida pelo WHOQOL-bref, por outro.

Quadro 18. correlações entre grupos de perturbação de personalidade em função da qualidade de vida na amostra total (n=184;100%).

	WHOQOL geral	WHOQOL físico	WHOQOL psicológico	WHOQOL relação	WHOQOL ambiente
Grupo A				-.195**	
Grupo B					-.155*
Grupo C			-.223**		
SCID-total critérios	-.176*		-.223**	-.204**	-.168*
SCID-total critérios 10PP	-.150*		-.173*	-.200**	-.154*

***. p < 0,01*

**. p < 0,05*

Nota: SCID total critérios 10PP – Total de critérios de perturbação de personalidade, excluindo a perturbação de personalidade depressiva e perturbação de personalidade passiva – agressiva.

A análise do quadro permitiu verificar que na maioria dos casos as correlações não são significativas. Todas as que atingem significância estatística, embora com baixa magnitude, ocorrem no sentido esperado, isto é, a maior severidade da patologia de perturbação da personalidade corresponde a uma menor qualidade de vida. O único domínio da qualidade de vida que não parece estar associado a nenhum dos indicadores de perturbação da personalidade é o indicador físico.

4.2. Comparação entre os indivíduos com e sem diagnóstico da perturbação da personalidade e indicadores da qualidade de vida.

Pretendemos analisar as diferenças na qualidade de vida, entre os indivíduos, com e sem patologia da personalidade, dos cuidados de saúde primários. Para este efeito, pretendemos avaliar a existência de diferenças na qualidade de vida nos grupos com perturbação da personalidade, no total de critérios da perturbação da personalidade e no total de critérios por 10 perturbações da personalidade.

No quadro 19, são então apresentadas, as comparações entre indivíduos com e sem perturbação da personalidade nos domínios específicos da qualidade de vida pelo WHOQOL-bref.

Quadro 19 - Comparações entre indivíduos com e sem perturbação de personalidade na qualidade de vida (n=184; 100%).

	Sem PP (n = 87)		Com PP (n =97)		F	p
	M	DP	M	DP		
WHOQOL - Geral	4.66	1.37	4.37	1.29	2.457	.119
WHOQOL - Físico	20.62	.45	20.49	4.24	.44	.834
WHOQOL- Psicológico	16.91	.37	15.76	.36	5.024	.026
WHOQOL - Relação	7.77	.20	6.96	.19	8.679	.004
WHOQOL- Ambiente	23.47	.42	21.96	.39	6.995	.009

Nota: Sem PP - sem perturbação de personalidade; Com PP - com perturbação de personalidade

Observa-se, no quadro 19, as médias e desvios-padrão dos domínios da WHOQOL-bref, nos indivíduos com e sem perturbação da personalidade. Como podemos observar, existem diferenças significativas nas dimensões Psicológica, Relação e Ambiente, no que diz respeito às médias das dimensões em cada domínio WHOQOL-bref.

Todas as comparações que atingem significância estatística, ocorrem no sentido esperado, isto é, são os indivíduos com pelo menos uma perturbação da personalidade que possuem pior qualidade de vida nos domínios analisados.

5 Estudo V: Patologia da personalidade, frequência de consultas médicas nos cuidados de saúde primários e qualidade da relação médico-doente.

Pretende-se estudar se os indivíduos com perturbações da personalidade recorrem mais frequentemente aos serviços de saúde primários e avalia-se também se a maior severidade da patologia da personalidade corresponde menor qualidade da relação médico-doente.

5.1 Associação entre severidade da patologia da personalidade, frequência de consultas nos centros de saúde e qualidade da relação médico-doente e vice-versa.

No quadro 20, apresentamos as correlações entre a intensidade da patologia de personalidade (no total das perturbações da personalidade e por grupos de diagnóstico), por um lado e o número de consultas médicas de cada sujeito, bem como, a perceção que doente e médico têm da qualidade da relação entre ambos.

Quadro 20. associação entre a patologia de personalidade, nº de consultas médicas e qualidade relação médico-doente e vice-versa (n=184; 100%).

	Nº consultas médicas	Qualidade relação doente-médico	Qualidade relação médico-doente
Grupo A	.203**		´-.310**
Grupo B		´-.157	´-.304**
Grupo C			
SCID-total critérios	.240*		´-.255**
SCID-total critérios 10PP	.214**		´-.283**

** . $p < 0,01$

* . $p < 0,05$

Nota: SCID total critérios 10PP – Total de critérios de perturbação de personalidade, excluindo a perturbação de personalidade depressiva e perturbação de personalidade passiva – agressiva.

Como pode ler-se no quadro 20, ao maior número de critérios preenchidos na globalidade das perturbações da personalidade corresponde um incremento no número de consultas nos centros de saúde, embora esta relação seja fraca.

Quanto à relação entre patologia da personalidade e a qualidade da relação médico-doente, as associações mais expressivas ocorrem quando a avaliação da relação é feita pelo médico, e assumem o sentido esperado, ou seja, a maior patologia de personalidade (global, para grupo A e B) corresponde pior qualidade na relação médico-doente. Ainda é de salientar que não existem associações entre a qualidade da relação médico-doente e o total de critérios do grupo C, independentemente de quem avalia essa qualidade.

5.2 Comparação dos sujeitos com e sem perturbação da personalidade na frequência de consultas médicas e na qualidade da relação médico-doente.

No quadro 21 apresenta-se a comparação dos grupos de indivíduos com e sem perturbação da personalidade, quanto ao número de consultas e à qualidade da relação médico-doente, avaliado por ambos.

Quadro 21. Grupo com e sem perturbação de personalidade, em função do nº de consultas da qualidade da relação médico-doente e vice versa no total da amostra (n=184; 100%).

	Sem PP (n = 87)		Com PP (n =97)		F	p
	M	DP	M	DP		
Nº consultas médicas	6.43	3.33	8.55	5.08	10.945	.001
Qualidade relação doente-medico	6.08	1.123	5.40	1.579	11.047	.001
Qualidade relação médico-doente	5.18	0.995	4.32	1.295	25.333	.000

Nota: Sem PP – sem perturbação de personalidade; com PP – com perturbação de personalidade

Observa-se, no quadro 21, a existência de diferenças estatisticamente significativas nos grupos com e sem perturbação da personalidade em todas as variáveis em estudo, sendo que os indivíduos com perturbação da personalidade apresentam uma média de número de consultas superior à dos indivíduos sem perturbação da personalidade. Por outro lado, os indivíduos com perturbação da personalidade avaliam como menos positiva a relação estabelecida com o seu médico por comparação com os indivíduos que não apresentam perturbações da personalidade. Esta mesma diferença ocorre quando o avaliador da qualidade da relação médico-doente é o próprio profissional de saúde.

Capítulo IV

Discussão dos resultados

Capítulo IV

Discussão dos resultados

1. Discussão

De acordo com o relatório sobre o custo-eficácia da intervenção psicológica, realizado pela Ordem de Psicólogos Portugueses (2011), a existência de psicólogos nos centros de saúde e hospitais permitiria poupar dinheiro, consultas, tempo de internamento e reduzir o consumo de antidepressivos, que aumentou mais de 50% na última década. Neste sentido, a presença destes profissionais de saúde mental nas equipas dos centros de saúde e hospitais, contribuiria para baixar em 50% o número de consultas médicas e em cerca de 70%, a frequência de hospitalizações e dias de internamento. Outro aspeto pertinente relaciona-se com a mais valia e resultados que a intervenção destes profissionais de saúde pode alcançar, nomeadamente na redução da mortalidade e reincidência de outras doenças, como por exemplo nas doenças cardíacas, em que a redução é de 70 a 84%, nos dois anos seguintes a um primeiro internamento.

Assim, se as políticas de saúde não tiverem em consideração estes dados, vai continuar a existir um desperdício a este nível para o País, além de não permitirem a disponibilização aos cidadãos de formas de ajuda, o que, para além de preferidas pelos doentes, permitiriam diminuir os custos, e resultarem em ganhos significativos a nível do bem-estar geral (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2011).

É no contexto destas recomendações, e tendo em conta a própria experiência profissional do autor desta dissertação que surgiu o interesse de estudar a prevalência das perturbações da personalidade no contexto dos cuidados de saúde primários, bem como a associação deste tipo de patologia com outras variáveis relevantes. O principal objetivo da dissertação é determinar a prevalência e comorbilidades associadas das perturbações da personalidade, numa amostra de utentes, dos cuidados de saúde primários do Agrupamento de Centros de Saúde Dão Lafões-II.

Para além das hipóteses testadas e dos resultados realizados, esta dissertação contemplou também um objetivo de ordem prática e de interesse para a clínica: a elaboração de dois indicadores de avaliação da qualidade da relação médico-doente (versão médico e versão doente) – *A.Q.R.M.D.-V.M* e *A.Q.R.M.D.-V.M* que permitisse avaliar a perceção da qualidade da relação pelo médico e pelo doente.

No capítulo anterior apresentámos e descrevemos os resultados dos cinco estudos realizados nesta dissertação. O presente capítulo discutirá os resultados obtidos, tendo em conta as conceptualizações teóricas que foram sendo abordadas ao longo da primeira parte da dissertação, assim como os resultados de outros estudos nesta área.

No final do presente capítulo serão apresentadas as principais conclusões deste trabalho, bem como as suas limitações. Quando adequado, propõem-se linhas de investigação a realizar no futuro, em consequências dos resultados alcançados.

1. Estudar as prevalências das perturbações da personalidade (prevalência global e específicas), numa amostra alargada de utentes dos cuidados de saúde primários.

O principal objetivo deste estudo era o de estudar a prevalência da psicopatologia do Eixo II na amostra de utentes dos cuidados de saúde primários.

Podemos começar por referir que os indivíduos da amostra tem uma média de idade de 37.09 anos, são casados, e apresentam baixo grau de escolaridade. No que se refere à distribuição da prevalência das perturbações da personalidade, podemos concluir que 52.7% dos indivíduos da amostra, preenchem critérios para pelo menos uma perturbação da personalidade e 31.54% dos sujeitos revela mais do que um diagnóstico de perturbação da personalidade. Estas taxas revelam uma elevada prevalência e grau de severidade das perturbações da personalidade dos indivíduos que frequentam os cuidados de saúde primários.

Estes dados vão de encontro ao que é descrito na literatura, embora a taxa de prevalência global obtida seja superior à encontrada por Porcelli e Huprich (2007), cerca de 24%, e à de Moran et al. (2000), 30%, mas idênticas às de Schneidt (2000), aproximadamente entre 50% a 60%.

Quanto à distribuição por grupos de perturbação da personalidade na amostra global, o grupo B é aquele que alcança maior taxa de prevalência, apesar do grupo A e C também apresentarem taxas de prevalência consideráveis. Estes dados vão de encontro à literatura, pois referem o grupo B como o mais prevalente em populações clínicas (Jackson & Burges, 2004; Coid et al. 2003, 2006, 2009; Tyrer et al., 2003; Samuels et al., 2002; Zimmerman, 1994; Moran et al., 2001).

No que se refere às prevalências específicas das perturbações da personalidade na amostra global, a perturbação de personalidade borderline (14.3%), evitante (8.70%), paranoide (5.98%) e obsessiva-compulsiva (5.98%) apresentam valores mais elevados, o que vai de encontro à literatura e aos resultados esperados (Porcelli & Huprich, 2007; Coid et al., 2003, 2006; Moran, 2002, 2004; Moran, Coffey, Mann, Carlin, & Patton, 2006; DSM-IV, 2002).

Estes resultados poderão indicar que as perturbações da personalidade nos cuidados de saúde primários são patologias sub-diagnosticadas relativamente às perturbações do Eixo I do DSM, que revelam um estado sintomatológico mais intenso e explícito no doente (Gross et al., 2002; Moran, 2004; Moran & Hayward, 2007; Ward, 2004; Bornstein, 1995, 2005; Porcelli & Huprich, 2007).

Estas diferenças na prevalência global em diversos estudos, podem traduzir diferenças reais na prevalência global das perturbações da personalidade em diferentes populações, e podem resultar da utilização de instrumentos de avaliação diferentes, ou podem ainda significar que em determinados contextos estes doentes são melhor encaminhados para cuidados de saúde especializados (reduzindo a sua presença em cuidados de saúde primários) e noutros contextos a um menor encaminhamento para unidades de saúde mental.

2. Estudar as diferenças nas prevalências de perturbação da personalidade (prevalência global, específicas e por grupo de perturbação) em função das características sócio-demográficas.

Neste estudo procurou-se diferenças específicas em função de cada uma das características sócio-demográficas estudadas.

Relativamente ao género, verifica-se que o género masculino apresenta um maior número de indivíduos com perturbações da personalidade (66.7%), em comparação com o género feminino (48.2%). O género masculino também apresenta maior severidade da patologia da personalidade do que as mulheres, pois 2/3 dos homens preenchem critérios para pelo menos uma perturbação da personalidade. Estes resultados corroboram a literatura (Moran, Jenkis, Tylee, Blizard, & Mann, 2000; Moran, 2002; Coid et al., 2006; Coid et al., 2009; Tyrer et al., 2007).

Verificou-se que o género masculino apresenta maior taxa de prevalência no grupo C (31,8%) e o género feminino no grupo B (22,9%). Contudo, estes resultados vêm contrariar de certa forma, os revelados pela literatura, uma vez que a maioria dos estudos demonstra a existência de maior prevalência do grupo B nos homens (Porcelli & Huprich, 2007; Coid, et al., 2006; Coid et al., 2009; Moran et al., 2000; Fedder, Robins & Ostermeyer, 2003; Gross et al., 2002).

No que concerne à taxa de prevalência de perturbações da personalidade específicas, o género masculino apresenta maioritariamente perturbação da personalidade paranoide, (15.6%), seguida da perturbação da personalidade obsessiva-compulsiva (13.3%), enquanto o género feminino apresenta maioritariamente perturbação da personalidade borderline (17.3%) e perturbação da personalidade evitante (7.9%). Estes dados são consonantes com os encontrados (Moran et al., 2000; Coid et al., 2003, Coid, et al., 2006 ; Coid et al., 2009; Tyrer et al., 2004; Gross et al., 2002; Skodol, et al., 2005).

Os resultados obtidos em função da classe etária e do género não vão de encontro ao esperado nem à revisão da literatura (Moran, et al., 2000; Coid et al., 2006; Tyrer et al., 1997), no que se refere à flexibilização de algumas características em faixas médias e extremas de idade. Não se encontram diferenças significativas entre indivíduos mais velhos e mais novos, quer sejam homens ou mulheres.

No entanto, os resultados relativos às perturbações da personalidade específicas, revelam que a percentagem de indivíduos do género masculino, mais novos, apresentam uma taxa de prevalência de 15% para a perturbação da personalidade histriónica. Este é um indicador curioso, pois não encontramos dados na revisão da literatura relativos a esta perturbação da personalidade específica no género masculino.

3. Associação entre a patologia da personalidade e indicadores da psicopatologia do Eixo I.

Este estudo procurou testar se o sub-grupo de sujeitos que preenchem pelo menos um diagnóstico de perturbação da personalidade, apresentam maiores indicadores de psicopatologia sintomática, por comparação com doentes sem diagnóstico do Eixo II.

No que se refere à associação entre perturbação da personalidade e psicopatologia sintomática, verifica-se que a associação mais expressiva ocorre entre o total de critérios da SCID-II e a dimensão IGS. Por sua vez, o grupo C (ansiosos e temerosos) apresenta uma associação mais forte com a dimensão psicopatológica Ansiedade-Traço. O que vai de acordo com a literatura encontrada, relativamente à coocorrência de perturbações ansiosas nos indivíduos com perturbação da personalidade (Reich & Vasile, 1993; Moran et al., 2003; Fossati et al., 2003; Widiger, 2003; Mennin & Heimberg, 2000; Newton, Tyrer, & Johnson, 2006; Mulder, Joyce, & Luty, 2003; Millon & Martinez, 1995; Gouveia, 2000; Moran et al., 2003; Coid, et al., 2006).

O facto de não termos encontrado diferenças nas prevalências entre indivíduos com e sem perturbação da personalidade da dimensão BDI, leva-nos a considerar como possíveis hipóteses:

a) O facto de os sujeitos da amostra estarem medicados com antidepressivos e este nível de sintomatologia estar controlado em ambos os grupos (com e sem perturbação da personalidade).

b) Por outro lado os indivíduos com perturbação da personalidade, nos cuidados de saúde primários, apresentam formas menos graves de perturbações da personalidade, encontrando-se as mais severas nos cuidados de saúde mental especializados.

4.Diferenças na qualidade de vida entre doentes dos cuidados de saúde primários com e sem patologia da personalidade.

Neste estudo pretendeu-se verificar se os doentes com pelo menos uma perturbação da personalidade endossam menos qualidade de vida. Esperou-se também que a maior severidade da patologia da personalidade correspondesse a pior qualidade de vida.

No que concerne à associação entre perturbação da personalidade e a qualidade de vida, conclui-se que existe uma associação no domínio psicológico, ambiente e relação, o que vai de encontro ao esperado e à literatura (Skodol et al., 2005; Newton et al., 2006; Moran et al., 2007; Fossati et al., 2003; Mulder, 2004; Cramer et al., 2006).

Por sua vez, no que se refere aos grupos de perturbação da personalidade, verifica-se uma associação mais expressiva entre o domínio relações e o grupo A (Mulder, 2004; Narud, Myketun, & Dahl, 2005; Cramer et al., 2006), entre o domínio ambiente e o grupo B (Cramer et al., 2006) e por último, entre o domínio psicológico e o grupo C (Hoffman et al., 2005; Cramer et al., 2006; Moran et al., 2007).

No contexto deste estudo, e tendo em consideração a prática clínica do autor desta dissertação, verifica-se que os indivíduos com perturbações da personalidade, dos diferentes grupos de diagnóstico, apresentam características distintas de qualidade de vida. O grupo A apresenta mais queixas associadas às relações interpessoais, família e amigos. O grupo B apresenta uma maior dificuldade de controlo de impulso e agressividade, e o grupo C revela mais queixas psicossomáticas, flutuações de humor e ansiedade. A literatura aponta a existência de uma associação entre o grupo C e o domínio da relação, que não é encontrada no presente estudo (Hoffman et al., 2005; Rapaport, Clary, Fayyad, & Endicott, 2005; Cramer et al., 2006).

5. Diferenças no padrão de utilização dos serviços de saúde primários e na qualidade da relação médico-doente, nos sujeitos com e sem patologia do Eixo II.

Neste estudo procurou-se verificar se os indivíduos com perturbação da personalidade recorrem mais frequentemente aos serviços, do que os indivíduos sem perturbação da personalidade. Testou-se ainda se a maior severidade da patologia da personalidade se associa à menor qualidade da relação médico-doente (versão doente e versão médico).

Os dados obtidos revelam uma associação entre número de critérios de perturbação da personalidade e maior nº de consultas, entre o número de critérios de perturbação da personalidade e qualidade da relação médico-doente.

Os grupos A e B associam-se fortemente ao indicador qualidade da relação médico-doente, avaliado pelo médico. Apesar de não encontrarmos dados na literatura sobre este assunto, este resultado pode estar relacionado com uma maior dificuldade no relacionamento interpessoal, típico dos indivíduos com perturbação da personalidade.

Relativamente ao grupo C, não se verifica qualquer associação. Mais uma vez, a revisão da literatura não encontrou dados que corroborem este aspeto, contudo pode estar relacionado com um maior evitamento no relacionamento interpessoal destes

indivíduos, levando-nos a esperar uma maior dificuldade por parte dos profissionais de saúde na avaliação e encaminhamento.

No que ao número de consultas diz respeito, os dados corroboram a literatura (Rendu, Moran, Patel, Knapp, & Mann, 2002), na medida que as perturbações da personalidade estão significativamente associadas com maior custos totais, especialmente se os doentes com perturbação da personalidade apresentarem perturbações comórbidas do Eixo I.

2. Limitações

Foram encontradas algumas limitações para os estudos desenvolvidos, nomeadamente o facto de ser uma amostra de conveniência, seleccionada da consulta de psicologia clínica dos cuidados de saúde primários e pelos profissionais de psicologia clínica. O contexto da recolha dos dados poderá ser uma limitação, pois embora o autor do estudo explicasse devidamente aos sujeitos o objetivo do estudo, algumas características de personalidade de alguns sujeitos levava-os a enviesarem as respostas no sentido da desejabilidade social. Por exemplo, no inventários e escalas de autorresposta, como no caso do indicador de avaliação da qualidade da relação doente-médico.

Por outro lado, como já foi referido anteriormente, o baixo nível sócio-económico da maioria da amostra recolhida (75.5%) impediu a obtenção de resultados estatisticamente significativos do estudo da existência de alterações nas taxas de prevalência de perturbação da personalidade, em função desta variável sócio-demográfica.

Uma outra limitação, deve-se ao tamanho da amostra, o que, ainda que próxima dos 200 sujeitos, nos parece diminuta quando estudamos as prevalências específicas das perturbações da personalidade. Por este motivo, alguns dos resultados obtidos devem ser interpretados com cuidado. Samuels et al. (2002) argumenta também, que o progresso na compreensão da prevalência das perturbações da personalidade beneficiariam de estudos com amostras com maior número de pessoas com perturbações da personalidade específicas, quer pelo tamanho das amostras, quer pelo desenvolvimento de melhores instrumentos de triagem e encaminhamento para enriquecer a amostra para perturbações específicas (Lenzenweger et al., 1997).

Futuros estudos, como anteriormente já foi referido, beneficiariam de uma amostra ainda maior, bem como diversidade geográfica da recolha da mesma. Uma outra sugestão seria avaliar a psicopatologia sintomática do Eixo I por entrevista de diagnóstico e não nos basearmos por escalas dimensionais.

Por fim, salientar ainda que não foi controlado, nem o tipo nem a dosagem, da medicação. Pelo que, alguns resultados podem estar camuflados por efeitos diretos dos psicofármacos. Futuros estudos devem ter em conta o impacto da toma da medicação por parte dos sujeitos das amostras.

Capítulo V

Conclusões

Capítulo V

Conclusões

Com a presente investigação, foi nosso objetivo principal determinar a prevalência e comorbilidades associadas às perturbações da personalidade, numa amostra de utentes dos cuidados de saúde primários.

Um importante contributo deste estudo prende-se com os resultados que apontam uma elevada prevalência de perturbações da personalidade nesta amostra (mais de metade dos sujeitos apresentam pelo menos uma perturbação da personalidade), sendo esta prevalência claramente superior à encontrada em amostras da população geral (amostras não clínicas).

Desta forma, estes resultados permitem compreender a necessidade de se continuar a investigar as características da personalidade desta população específica, no sentido de se prevenir, triar e encaminhar mais precocemente este tipo de psicopatologia nos cuidados de saúde primários. Assim, permitir-nos-à prevenir a reincidência nos serviços, o aumento da prescrição médica para as perturbações do Eixo I, o número de consultas efetuadas e os custos para os serviços de saúde (na reabilitação/tratamentos e reintegração destes sujeitos na sociedade e no mundo laboral).

Adotar como uma das intervenções neste tipo de psicopatologia, a intervenção cognitivo-comportamental. Esta abordagem procura ajudar o doente a perceber o seu modo de funcionamento cognitivo-emocional e a focar-se nas suas capacidades, de modo a ser proactivo no processo terapêutico (Pretzer & Beck, 1996; Beck & Freeman, 1990; Rijo, 2009).

Assim sendo, e uma vez que o diagnóstico de uma perturbação da personalidade revela dificuldades marcadas numa ou mais áreas do funcionamento do indivíduo, não só devido ao carácter inflexível, rígido e duradouro das características da personalidade, mas também, porque estas tendem a contribuir para comportamentos e atitudes individuais e familiares desadaptativos, acentuando a psicopatologia sintomática, e excluindo-os cada vez mais da sociedade, condenando por defeito à partida as intervenções terapêuticas a que os indivíduos são alvo. Podemos então compreender que, a uma maior severidade da perturbação da personalidade corresponde a valores

elevados na dimensão ansiedade-estado, na dimensão IGS, e a uma menor qualidade de vida. Também, e de acordo com a literatura, quanto mais grave for a perturbação da personalidade, maior será a utilização de serviços de saúde (Reich et al., 1989; Reich, et al., 1993; Ranger et al., 2004; Dhossche & Shevitz, 1999).

Neste sentido, as perturbações da personalidade deveriam ter uma importância vital como área de intervenção em saúde pública, nomeadamente com consultadoria de psicólogos especialistas na intervenção neste tipo de psicopatologia, pois têm um impacto significativo sobre os serviços de saúde primários, mesmo quando eles não são o foco principal do tratamento.

Bibliografia

Bibliografia

Almeida V., & Machado P. (2004). Somatização e Alexitimia: Um estudo nos cuidados de saúde primários. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (2), 285-298.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders* (3rd ed. rev.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*(4th ed., rev). Washington DC: Author.

American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4^a ed. rev.). Lisboa: Climepsi editora.

Batista, A. (1988). Ansiedade, Natureza e Classificação. *Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos*, 1, 149-164.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

Beck, A. T., Freeman, A., & Associates (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Beck, A.T., Steer, R.A. & Garbin, M. (1988). Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-Five Years of Evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, (77), 100.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, G. (1961). An Inventory for measuring sepression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.

- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Beiling, P.J., Antony, M. M., & Swinson, R.P. (1998). The state-trait anxiety inventory, trait version: structure and content reexamined. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 777-788.
- Bender, D.S., Dolan, R.T., & Skodol, A.E., (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 295-302.
- Bennasar, M. R., & Arroyo, M. B. (1998). Epidemiologia. In M. B. Arroyo & M. R. Bennasar (Eds.), *Trastornos de la personalidad. Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Masson, S. A.
- Bernstein, D. P., Useda, D., & Siever, L. J. (1995). Paranoid personality disorder. In W. J. Livesley (Eds.), *The DSM-IV personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- Bernstein, D. P., Arntz, A., & Vos, M. (2007). Schema focused therapy in forensic settings: theoretical model and recommendations for best clinical practice. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6 (2), 169-183.
- Bieling, P. J., & Kuyken, W. (2003). Is cognitive case formulation science or science fiction? *Clinical Psychology-Science and Practice*, 10, 52-69.
- Blashfield, R. K., & McElroy, R. A. (1995). Confusions in terminology used for classificatory models. In W. J. Livesley (Eds.), *The DSM-IV personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- Bornstein, F. (1995). Comorbidity of dependent personality disorder and other psychological disorders: an integrative review. *Journal of Personal Disorder*, 9, 286-303.
- Bornstein, F. (2005). *The dependent patient: a practitioner's guide*. Washington DC: American Psychological Association.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos-BSI. In M.R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (Vol. II, pp.95-109). Braga: APPORT/SO.
- Canavarro, M. C. (1999). *Relações afetivas e saúde mental- uma abordagem ao longo do ciclo da vida*. Coimbra. Quarteto editora.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI). Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M.R. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L.S. Almeida (Eds). *Avaliação Psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa* (3, 305-331). Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização

Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.

Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J., Paredes, T. (2006). Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 15-23.

Casey, P. R. (1989). Personality disorder and suicide intent. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79(3), 290-295.

Casey, P. R., Dillon, S., & Tyrer, J. (1984). The diagnostic status of patients with conspicuous psychiatric morbidity in primary care. *Psychological Medicine*, 14, 673-681.

Casey, P. R., & Tyrer, P. (1986). Personality, functioning and symptomatology. *Journal of Psychiatric Research*, 20, 363-374.

Casey, P. R., & Tyrer, P. (1990). Personality disorder and psychiatric illness in general practice. *British Journal of Psychiatry*, 156, 261-265.

Clark, L. A. (1995). The Challenge of alternative perspectives in classification: a discussion of basic issues. In W. J. Livesley (Ed), *The DSM-IV personality disorders*. New York: The Guilford Press.

Classificação de Transtornos Mentais e de comportamento da CID-10 (1993): *Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Organização Mundial de Saúde (org.). Portalegre: Artes Médicas.

Coid, J.W.(2003). Formulating strategies for the primary prevention of adult antisocial behaviour: “high risk” or “population” strategies? In D.P. Farrington & J.W. Coid (Eds.), *Early Prevention of Adult Antisocial Behaviour* (pp.32-78). Cambridge University Press.

Coid, J.W., Moran, P., Bebbington, P., Brugha, T., Jenkins, R., Farrell, M., Lewis, G., & Singleton, N. (2009). The comorbidity of personality disorder and clinical syndromes in prisoners. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 19, 321-333.

Coid, J.W., Yang, M., Bebbington, P., Moran, P., Brugha, T., Jenkins, R., Farrell, M., Singleton, N., & Ullrich, S. (2009). Borderline personality disorder: health service use and social functioning among a national household population. *Psychological Medicine*. 39 (10), 1721-1731.

Coid, J.W., Yang, M., Roberts, A., Ullrich, S., Moran, P., Bebbington, P., Brugha, T., Jenkins, R., Farrell, M., Lewis, G., & Singleton, N. (2006). Violence and Psychiatric Morbidity in the National Household Population of Britain: Public Health Implications. *British Journal of Psychiatry*, 189, 12-19.

Cramer, V., Torgersen, S., & Kringlen, E. (2006). Personality disorders on quality of life: A population study. *Comprehensive Psychiatry Journal*, 47, 178-184.

Crawford, N., Cohen, P., Johnson, G., Kasen, S., First, B., Gordon, K., & Brook, S. (2005). Self-reported personality disorder in the children in the community sample: convergent and prospective validity in late adolescence and adulthood. *Journal of Personality Disorders*, 19, 30-52.

Dahl, A. (1995). Borderline disorders. The validity of the diagnostic concept. *Psychiatric Development Journal*, 3, 109-152.

Degoratis, L.R. (1982). *BSI: Brief Symptom Inventory*. Versão portuguesa de Canavarro, 1996, manuscrito não publicado.

Degoratis, L. R. (1993). The Brief Symptom Inventory (BSI): *Administration, scoring, and procedures manual-III*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.

Dias, P., & Gonçalves, M. (1999). A avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAI-C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): estudo normativo para a população portuguesa. In A.P.Soares, S. Araújo & S. Caíres (Eds), *Avaliação Psicológica: formas e contextos*, 6 (pp. 553-564).

Dinwiddie, S. (1992). Psychiatric disorders among wife batterers. *Comprehensive Psychiatry Journal*, 33, 411-416.

Dhossche, M., & Shevitz, A. (1999). Assessment and importance of personality disorders in medical patients: an update. *South Medical Journal*, 92(6), 546-556.

Eaton, W., Anthony, C., & Gallo, J. (1997) Natural history of Diagnostic Interview Schedule/DSM-IV major depression: The Baltimore Epidemiologic Catchment Area follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 54, 993 -999.

Feder, A., Robbins, S. W., & Ostermeyer, B. (2003). Personality disorders. In Feldman MD, Christensen JF (2nd ed), *Behavioral medicine in primary care* (pp. 231-252). New York: McGraw-Hill Medical.

First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., & Benjamin, L.S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II)*. Washington, D.C.. American Psychiatric Press.

Fossati, A., Feeney, J., Donati, D, Donini, M., Novella, L., Bagnato, M., Carreta, I., Leonardi, B., Mirrabelli, S., & Maffei, C. (2003). Personality disorders and adult attachment dimensions in a mixed psychiatric sample: a multivariate study. *Journal of Nervous And Mental Disease*, 191, 3-70.

Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., & Simon, K.M. (1990). *Clinical application of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.

Gorestein, C., & Andrade, L. (1998). Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian Subjects. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 29, 453-457.

Gorlin, R., & Zucker, H.D. (1983). Physicians reactions to patients: a key to teaching humanistic medicine. *New England Journal of Medicine*, 308, 1059-1063.

Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillons de population. *Courrier*, 6 (8), 455-459.

Gross, R., Olfson, M., Gameroff, M., Shea, S., Feder, A., Fuentes M, Lantigua R., & Weissman M., (2002). Borderline personality disorder in primary care. *Archives International Medicine*, 162, 53-60.

Gunderson, J. G., Ronningstam, E., & Smith, L. (1995). Narcissistic personality disorder. In W. J. Livesley (Eds.), *The DSM-IV personality disorders*. New York: The Guilford Press.

Gunderson, J. G., Zanarini, M. C., & Kisiel, C. L. (1995). Borderline personality disorder. In W. J. Livesley (Eds.), *The DSM-IV personality disorders*. New York: The Guilford Press.

Heimberg, G. (1996). Social phobia, avoidant personality disorder and multiaxial conceptualization of interpersonal anxiety. In P. Salkouski (Eds.), *Trends in cognitive and behavioural therapies* (pp.43-62). Sussex: Johnwilley & Sons Eds.

Hodgins, S., Mednick A., Brennan, A., Schulsinger, F., & Engberg, M. (1996). Mental disorder and crime. Evidence form Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 53 (6), 489-496.

Hoffmann, W., Gschwendner, T., & Schmitt, M. (2005). On implicit explicit consistency: the moderating role of individual differences in introspection and adjustment. *European Journal of Personality*, 19, 25-49.

Hueston, W.J., Mainous, A.G., & Schilling, R. (1996). Patients with personality disorders: functional status, health care utilization, and satisfaction with care. *Journal of Family Practice*, 42, 54-60.

Hueston, W.J., Werth, J., & Mainous, A.G. (1999). Personality disorder traits: prevalence and effects on health status in primary care patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29(1), 63-74.

Jackson, H.J., & Burgess, P.M. (2004). Personality disorders in the community: Results from the Australian National Survey of mental Health and Well-Being, part III. Relationships between specific types of personality disorder, axis I mental disorders and physical conditions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 765-767.

- Kalus, O., Bernstein, P., & Siever, J. (1993). Schizoid personality disorder. A review of current status and implications for DSM-IV. *Journal of Personality Disorders, 7* (1), 43-52.
- Katon, W., & Shulberg, H. (1992). Epidemiology of depression in primary care. *General Hospital Psychiatry Journal, 14*, 237-247.
- Kendall, M. J., Lobo, J., Jack, D. B., & Main, A. H. (1987). The influence of age on the pharmacokinetics of nitrendipine. *Journal of Cardiovascular Pharmacology, 9*, 96-100.
- Kendall, P.C., & Hollon, S.D. (1989). Anxious self-talk: development of the Anxious Self-Statements Questionnaire (ASSQ). *Cognitive Therapy and Research, 13*, 81-93.
- Lenzenweger, M.F., Loranger, A.W., Korfine, L. & Neff, C. (1997). Detecting personality disorders in a nonclinical population. Application of a 2-stage procedure for case identification. *Archives of General Psychiatry, 54*, 345-351.
- Lobbelstael, J., Van Vreeswijk, F., & Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behavioral Research and Therapy, 46*, 854-860.
- Maier, W., Lichterman, D., Mingos, J., Hallmayer, J., & Benkert, O. (1992). Schizoaffective disorder and affective disorders with mood-incongruent psychotic postures: keep separate or combine evidence from a family study. *American Journal of Psychiatry, 149*, 1666-1673.
- Maier, W., Lichtermann, D., Klinger, T., Heun, R., & Hallmayer, J. (1992). Prevalences of personality disorder (DSM-IV-R) in the community. *Journal of Personality Disorders, 6*, 187-196.
- Maja, R., Methuen, C., Rutter, D., Rao, B., & Tyrer, P. (2004). Prevalence of personality disorder in the case-load of an inner-city assertive outreach team. *Psychiatric Bulletin, 28*, 441-443.
- Martin, J.J.D., & Fenández, M.A.M. (1998). Comorbilidad. In M.B. arroyo & M.R. Bannasar (Eds.), *Transtornos de la Personalidad. Evaluación Y Tratamiento*. Barcelona: Masson, S.A.
- Mattia, J., & Zimmerman, M. (2001). Epidemiology. In W. Livesley (ed), *Handbook of Personality Disorders: Theory, Research and Treatment* (pp. 107-123). New York: Guildford Press.
- McGlashan, H. (1986). Schizotypal personality disorder: chestnut lodge follow-up study: long term follow-up perspectives. *Archives of General Psychiatry, 43* (4), 327-334.

- Mennin, S., & Heimberg, G. (2000). The impact of comorbid mood and personality disorders in the cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Clinical Psychology Review, 20*, 339-357.
- Millon, T. (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II manual*. Minneapolis, MN: National Computer System.
- Millon, T., & Davis, D. (1996). *Disorders of personality. DSM-IV and beyond*. New York: Wiley.
- Millon, T., Davis, D., & Millon, C. (1997). *Clinical multiaxial inventory-III (MCMI-III)*. Minneapolis, MN: National computer systems.
- Millon, T., & Martinez, A. (1995). Avoidant personality disorder. In W. J. Livesley (Eds.), *The DSM-IV personality disorders* (pp. 218-233). New York: Guilford Press.
- Millon, T., & Radovanov, J. (1995). Passive-aggressive personality disorder. In W. J. Livesley (Eds.), *The DSM-IV personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- Moran, P. (1999). The epidemiology of antisocial personality disorder. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 34*, 231-242.
- Moran, P. (2002). Dangerous Severe Personality Disorder-bad tidings from the UK. *International Journal of Social Psychiatry, 48* (1), 6-10.
- Moran, P. (2002). The Epidemiology of Personality Disorders. *Psychiatry, 1*(1), 8-11.
- Moran, P. (2004). Personality disorder in the community. *Psychiatry, 3* (10), 63-66.
- Moran, P. (2005). Developments in the epidemiological study of personality disorders. *Psychiatry, 4* (3), 4-7.
- Moran, P., Coffey, C., Mann, A., Carlin, J., & Patton, G. (2006). Dimensional characteristics of DSM-IV Personality disorders in a large epidemiological sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 13*, 233-236.
- Moran, P., Coffey, C., Mann, A., Carlin, J., & Patton, G. (2006). Personality and substance use disorders in young adults. *British Journal of Psychiatry, 188*, 374-379.
- Moran, P., & Hayward, M. (2007). Personality disorders. *Psychiatry, 6* (9), 385-389.
- Moran, P., Jenkins, R., Tylee, A., Blizard, R., & Mann A. (2000). The prevalence of personality disorders among UK primary care attender. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102*, 52-57.
- Moran, P., & Hodgins, S. (2004). The correlates of comorbid antisocial personality disorder in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 30* (4), 791-802.

Moran, P., Jenkins R., Tylee, A., Blizard, R., & Mann, A. (2000). The Prevalence of Personality Disorder amongst UK Primary Care Attenders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 1-6.

Moran P., Klinteberg B., Batty D., & Vågerö, D. (2009). Childhood intelligence predicts hospitalisation with personality disorders in adulthood: Evidence from a population-based study in Sweden. *Journal of Personality Disorders*, 23(5), 535–540.

Moran, P., Leese, M., Lee, T., Walters, P., Thornicroft, G., & Mann, A. (2003). The Standardised Assessment of Personality-abbreviated scale (SAPAS): preliminary validation of a brief screen for personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 183(3), 228-232.

Moran, P., Rendu, A., Jenkins, R., Tylee, A., & Mann, A. (2001). The impact of personality disorder in UK primary care: a one-year follow-up of attenders. *Psychological Medicine*, 31, 1447-1454.

Moran, P., Stewart, R., Brugha, T., Bebbington, P., Bhugra, D., Jenkins, R., & Coid, J. (2007). Personality disorder and cardiovascular disease: results from a national household survey. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 1, 69-74.

Moran, P., Walsh, E., Tyrer, P., Burns, T., Creed, F., & Fahy, T. (2003). Does comorbid personality disorder increase the risk of suicidal behaviour in psychosis? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(6), 441-448.

Moran, P., Walsh, E., Tyrer P., Burns, T., Creed, F., & Fahy, T. (2003) The impact of comorbid personality disorder on violence in psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 182, 129-134.

Mulder, T., Joyce, R., & Luty, E. (2003). The relationship of personality disorder to treatment outcome in depressed outpatients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 259-264.

Narud, K., Mykletun, A., & Dahl, A. (2005). Quality of life in patients with personality disorders seen at an ordinary psychiatric outpatient clinic. *BioMedicine Central Psychiatry*, 5 (10), 1-12.

Newton G., Tyrer P., & Johnson T. (2006). Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 13-20.

Oldham, J. M. (1994). Personality disorders. Current perspectives. *Journal of the American Medical Association*, 272 (22), 1770–1776.

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). *Evidência científica sobre custo-efetividade de intervenções psicológicas em cuidados de saúde*, 16-40.

- Patience, D.A., McGuire, R.J., Scott, A.I., & Freeman, C.P. (1995). The Edinburgh Primary Care Depression Study: personality disorder and outcome. *British Journal of Psychiatry*, *167*, 324–330.
- Petrocelli, V., Glaser, A., Calhoun, B., & Campbell, F. (2001). Cognitive schemas as mediating variables of the relationship between the self-defeating personality and depression. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *23*, 183-191.
- Pinto Gouveia, J. (2000). *Ansiedade social: da timidez à fobia social*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pinto Gouveia, J. (2000). Fatores etiológicos e desenvolvimentais nos distúrbios alimentares. In I. Soares (ed.), *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajetórias (in) Adaptativas ao Longo da Vida*. Coimbra: Quarteto.
- Pinto Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A., & Cunha, M. (2006). Early Maladaptive Schemas and Social Phobia. *Cognitive Therapy and Research*, *30*, 571-584.
- Pinto Gouveia, J., Matos, A. P., Rijo, D., Castilho, P., & Salvador, M. C. (1999). *Entrevista Clínica Estruturada para os Distúrbios de Personalidade do Eixo II do DSM-IV* (Versão portuguesa autorizada). Não publicado.
- Pinto Gouveia, J., & Rijo, D. (2001). Terapia Focada nos Esquemas: questões acerca da sua validação empírica. *Psicologia*, *15*(2), 309-324.
- Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2012). *Coordenação Nacional para a Saúde Mental* (2008). Lisboa.
- Porcelli, J., & Huprich, S. (2007). Approach to personality disorders in primary care. *Hospital Physician*, *43*, 3-11.
- Pretzer, J. L., & Beck, A. T. (1996). A cognitive theory of personality disorders. In J. F. Clarkin & M. F. Lenzenweger (Eds.), *Major theories of personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Randy, K., & Ward, R. (2004). Assessment and management of personality disorders. *American Family Physician*, *70*, 1505-1512.
- Ranger M., Methuen C., Rutter D., Rao B., & Tyrer P. (2004). Prevalence of personality disorder in a case-load of an inner-city assertive outreach team. *Psychiatric Bulletin*, *28*, 441-443.
- Rapport, M., Clary, C., Fayyad, R., & Endicott, J. (2005). Quality of life impairment in depressive and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 1171-1178.
- Reich, J.H., Boerstler, H., Yates, W., & Nduaguba, M. (1989). Utilization of medical resources in persons with DSM-III personality disorders in a community sample. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *19*, 1–9.

Reich, J.H., & Vasile, R.G. (1993). Effect of personality disorders on the treatment outcome of axis I conditions: an update. *The Journal of Nervous and mental Disease*, 181, 475–484.

Reichborn, T., Lzaj, K., Czajkowski, N., Torgersen, S., Neale, C., Ørstavik, E., Tambs, K., & Kendler, S. (2007). The relationship between avoidant personality disorder and social phobia: a population-based twin study. *American Journal of Psychiatry*, 164(11), 1722-1728.

Rendu, A., Moran, P., Patel, A., Knapp, M., & Mann, A. (2002). Economic impact of personality disorders in UK primary care attenders. *British Journal Psychiatry*, 181, 62–66.

Rijo, D. (2000). *Avaliação de esquemas mal-adaptativos precoces e psicopatologia. Exploração de diferentes metodologias de avaliação*. Dissertação de Mestrado em Psicologia na Área de Especialização em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental e Sistémica. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Rijo, D. (2009). *Esquemas mal-adaptativos precoces. Validação do conceito e dos métodos de avaliação*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39,472-480.

Saarento, O., Niemintem, P., Hakko, H., Isohanni, M., & Vaisanen, E. (1997). Utilization of psychiatric in patient care among new patients in a comprehensive community-care system: a 3 year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 132-139.

Samuels, J., Nestadt, G., & Romanoski, Folstein M.F., & Mchugh, PR. (1994). DSM-III personality disorders in the community. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1055-1062.

Samuels, J., Eaton, W., Bienvenu, J., Brown, H., Costa, T., & Nestadt, G. (2002). Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 180, 536-542.

Schafer, S., & Nowlis, D. P. (1998). Personality disorders among difficult patients. *Archives of Family Medicine*, 7, 126–9.

Schilling R. (1999). Patients with personality disorders: functional status, health care utilization, and satisfaction with care. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29, 63–74.

Schmidt, N., Joiner, T., Young, J. E., & Telch, M. (1995). The schema questionnaire: investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research, 19*, 295-322.

Schneidt, K. S. (2000). Borderline personality disorder in primary care: recognizing signs and symptoms. *Journal of the American Academy of Physician Assistants, 13*, 19-39.

Schotte, K., Donker, D., Dmitruck, D., Van Mulders, I., D'Haenen, H., & Cosyns, P. (2004). The ADP-IV questionnaire: differential validity and concordance with semistructured interview. *Journal of Personality Disorders, 18*, 405-419.

Schwartz, M. A., Wiggins, O. P., & Noriko, M. A. (1995). Prototypes, ideal types, and personality disorders: the return to classical phenomenology. In W. J. Livesley (Eds.), *The DSM-IV personality disorders*. New York: The Guilford Press.

Scovern, A. (2000). The role of common factors in medicine. In M.A. Hubble, B.L. Duncan & Miler, S.D. (Eds.), *The role of common factors in medicine: the heart and soul of change* (pp. 259-275). Washington DC: American Psychological Association.

Scrimaldi, T., & Grimaldi, L. (1996). Schizophrenia and cluster A personality disorders. From a psychological and ethiological approach, towards cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 3*, 182-186.

Seivewright H., Tyrer P. & Casey P., (1991). A three-year follow-up of psychiatric morbidity in urban and rural primary care. *Psychological Medicine, 21* (2), 495-503.

Seivewright, H., Tyrer, P., & Johnson, T. (2002). Change in personality status in neurotic disorders. *Lancet, 359*, 2253-2254.

Siever, L.S., Bernstein, D.P., & Silverman, J.M. (1995). Schizotypal personality disorder. In W.J. Livesley (Eds.), *The DSM-IV personality disorders* (pp. 71-90). New York: Guilford Press.

Silva, D., Simões, M., Almeida, L., & Machado, C. (2003). O Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI). *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*. Quarteto editora. Coimbra.

Simeon, D., & Hollander, E. (2004). Treatment of personality disorders. In Schatzberg AF, Nemeroff CB (3rd ed.), *The American Psychiatric Publishing textbook of psychopharmacology* (pp.1049-1066). Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Skodol, E., Pagano, E., Bender, S., Shea, T., Gunderson, G., Yen, S., Stout, L., Morey, C., Sanislow, A., Grilo, M., Zanarini, C., & McGlashan, H. (2005). Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant or obsessive-

compulsive personality disorder over two years. *Psychological Medicine Journal*, 35(3), 443-451.

Skodol, E.A., Oldham, M.J., Bender, S.D., Dyck, R.I., Stout, L.R., Morey, C.L., Shea, M.T., Zanarini, C.M., Sanislow, A.C., Grilo, M.C., Macglashan, H.T., & Gunderson, G.J. (2005). Dimensional representations of DSM-IV personality disorders: relationships to functional impairment. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1919-1925.

Smith, K., Shah, A., & Wright, K. (1995). The prevalence and costs of psychiatric disorders and learning disabilities. *British Journal of Psychiatry*, 166, 9-18.

Spielberger, C.D. (1973). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Spielberger, C.D. (1985). Anxiety, cognition and affect: A state-trait perspective. In A. Tuma & J.D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, NJ: Earlbaum.

Spielberger, C.D. (1973). *State-trait anxiety inventory for children (How I feel questionnaire)*. California: Consulting Psychologists Press.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970). *The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) test manual form X*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E., Vagg, P.R., & Jacobs, G.A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Spitzer, R. L., Williams, J., Gibbon, B.W., & First, M.B. (1990). *Structured Interview for DSM-III-R Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Washington DC: American Psychiatric Press.

SPSS statistics 19.0 core system user's guide. Copyright SPSS inc. 1989, 2010. Chicago.

Steinmetz, D., & Tabenkin, H. (2001). The 'difficult patient' as perceived by family physicians. *Family Practice*, 18, 495-500.

Swartz, M., Blazer, D., George, L., & Winfield, I. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of Personality Disorders*, 4, 257-272.

Torgersen, S., Czajkowski, N., Jacobson, K., Reichborn, T., Røysamb E., Neale, M.C., & Kendler, K.S. (2008). Dimensional representations of DSM-IV cluster B personality disorders in a population-based sample of Norwegian twins: a multivariate study. *Psychological Medicine Journal*, 38, 1617-1625.

- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, *58*, 590-596.
- Tyrer, P. (1995). Are personality disorders well classified in DSM-IV? In W.J. Livesley (Eds.), *The DSM-IV personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- Tyrer, P. (2000). *Personality Disorders: Diagnosis, Management and Course* (2nd ed). Oxford: Butter Worth-Heinemann.
- Tyrer, P., & Batem, A.N. (2004). Drug treatment for Personality Disorders. *Advances in Psychiatric Treatment*, *10*, 389-398.
- Tyrer, P., Gunderson, J., Lyons, M., & Tohen, M. (1997). Special Feature estent or comorbidity between mental state and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, *11*, 242-259.
- Tyrer, P., Thompson, S., & Schmit, U. (2003). Randomised controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recruitment deliberant self-harm. The Popmact study. *Psychological Medicine*, *33*, 969-976.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, *27*(1), 41-49.
- Ward, K. (2004). Assessment and management of personality disorders. *American Family Physician Journal*, *70*, 1505-1512.
- Weissman, M. (1993). The epidemiology of personality disorders: A 1990 update. *Journal of Personality Disorders*, *7* (1), 44-62.
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, *41* (10), 1403-1409.
- WHOQOL-Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, *23*(3), 24-56.
- WHOQOL-Group (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, *46*(12), 1569-1585.
- Widiger, A. (2003). Personality disorders and Axis I psychopatology: the problematic boundary of Axis I and Axis II. *Journal of Personality Disorders*, *17* (2), 90-108.
- Widiger, A., & Shea, J. (1992). Differentiation of Axis I and Axis II disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*, 399-406.

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

World Health Organization (1993). WHOQOL GR. *Measuring quality of life: the development of the world Health Organization Quality of Life Instrument*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2000). *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*. Geneva: World Health Organization.

Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema - focused approach* (3^o ed.). Sarasota (USA): Professional Resource Press.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy. A practioner`s guide*. New York: the Guilford Press.

Zanarini, C., Frankenburg, F., Deluca, J., Hennen, J., Khera, S., & Gunderson, G. (1998). The pain of being borderline: Dysphoric states specific to borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 6, 201-207.

Zanarini, C., Frankenburg, R., Hennen, J., Hennen J., Reich D., & Silk R. (2006). Prediction on the 10-year course borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 827-832.

Zimmerman, M. (1994). Diagnosing personality disorders: A review of issues and research methods. *Archives of General Psychiatry*, 51, 225-245.

Zimmerman, M., & Coryell, W. H. (1990). Diagnosing personality disorders in the community. *Archives of General Psychiatry*, 47, 527-531.

Zimmerman, L., Olsen, G., & Bosworth, F. (2000). Stages of change approach to helping patients change behavior. *American Family Pshysician*, 61, 1409-1416.

Anexos

Anexo 1

Declaração de Consentimento

Declaração de Consentimento

Eu, _____,
abaixo-assinado, tomei conhecimento dos objetivos, métodos e resultados previstos do estudo em que irei participar, bem como da possibilidade de abandonar o mesmo, sem qualquer implicação.

Fui notificado(a) quanto à confidencialidade das informações contidas no estudo e autorizo que os dados sejam exclusivamente utilizados no âmbito desta investigação, sujeita a segredo médico.

_____, ____ de _____ de 2011

(De acordo com a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Adotada na 18ª Assembleia Geral da World Medical Association e retificada pela última vez em outubro 2000, Edimburgo).

Anexo 2

Ficha clínica de identificação (doente)

Agrupamento de Centros de Saúde ACES Dão Lafões II

Consulta de Psicologia Clínica e da Saúde

Ficha Clínica de Identificação (doente)

1. Identificação

Doente/Código nº _____

Sexo: _____

Data :

Idade:

Estado civil:

Profissão:

Habilitações

Literárias:

2. PRINCIPAL motivo de referenciação médica para a consulta de Psicologia Clínica e da Saúde:

Taquicardia	<input type="checkbox"/>	Problemas familiares	<input type="checkbox"/>
Dores musculares	<input type="checkbox"/>	Vertigens/tonturas	<input type="checkbox"/>
Enxaquecas	<input type="checkbox"/>	Problemas de sono	<input type="checkbox"/>
Dores somáticas (dores de costas, cabeça, etc)	<input type="checkbox"/>	Cansaço	<input type="checkbox"/>
Depressão	<input type="checkbox"/>	Hipertensão	<input type="checkbox"/>
Ansiedade	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
Álcool	<input type="checkbox"/>	Impulsividade/irritabilidade	<input type="checkbox"/>
Tabaco	<input type="checkbox"/>	Auto - mutilações	<input type="checkbox"/>
Outras drogas	<input type="checkbox"/>	Comportamentos suicidas	<input type="checkbox"/>
Problemas alimentares	<input type="checkbox"/>	Sentimentos crónicos de vazio	<input type="checkbox"/>
Problemas conjugais	<input type="checkbox"/>	Problemas sexuais	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

3. Medicação atual:

Ansiolitos	<input type="checkbox"/>	Anti-inflamatórios	<input type="checkbox"/>
Antidepressivos	<input type="checkbox"/>	Antiestamínicos	<input type="checkbox"/>
Antibióticos	<input type="checkbox"/>	Anti - piréticos	<input type="checkbox"/>
Analgésicos	<input type="checkbox"/>	Anti-hipertensivos	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>		

4. Nº de Consultas Médicas efetuadas no último ano: _____

Obrigado pela sua colaboração.

Anexo 3

Ficha Clínica de referenciação médica

Agrupamento de Centros de Saúde ACES Dão Lafões II

Consulta de Psicologia Clínica e da Saúde

Ficha Clínica de Referência Médica

1. Identificação

Doente/Código nº _____

Sexo: _____

Data :

Idade:

Estado civil:

Profissão:

Habilitações

Literárias:

2. PRINCIPAL motivo de referência médica para a consulta de Psicologia Clínica e da Saúde:

Taquicardia	<input type="checkbox"/>	Problemas familiares	<input type="checkbox"/>
Dores musculares	<input type="checkbox"/>	Sintomas dissociativos (amnésias, vertigens, desmaios, tonturas)	<input type="checkbox"/>
Enxaquecas	<input type="checkbox"/>	Problemas de sono	<input type="checkbox"/>
Sintomas conversivos (psicossomáticos)	<input type="checkbox"/>	Cansaço	<input type="checkbox"/>
Depressão	<input type="checkbox"/>	Hipertensão	<input type="checkbox"/>
Ansiedade	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
Álcool	<input type="checkbox"/>	Impulsividade/irritabilidade	<input type="checkbox"/>
Tabaco	<input type="checkbox"/>	Auto - mutilações	<input type="checkbox"/>
Outras drogas	<input type="checkbox"/>	Comportamentos suicidas	<input type="checkbox"/>
Problemas conjugais	<input type="checkbox"/>	Sentimentos crónicos de vazio	<input type="checkbox"/>
Problemas alimentares	<input type="checkbox"/>	Problemas sexuais	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

3. Medicação atual:

Ansiolitos	<input type="checkbox"/>	Anti-inflamatórios	<input type="checkbox"/>
Antidepressivos	<input type="checkbox"/>	Antiestamínicos	<input type="checkbox"/>
Antibióticos	<input type="checkbox"/>	Anti - piréticos	<input type="checkbox"/>
Analgésicos	<input type="checkbox"/>	Anti-hipertensivos	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>		

Nº de Consultas Médicas efetuadas no último ano: _____

Obrigado pela sua colaboração

Anexo 4

Avaliação da qualidade da relação médico-doente – versão doente (AQRMD-VD)

Agrupamento de Centros de Saúde ACES Dão Lafões II

Consulta de Psicologia Clínica e da Saúde

Avaliação da Qualidade da Relação Médico-Doente - Versão Doentes

(AQRMD-VD)

(Carraça e Rijo, 2010)

Doente/código N° _____ Data: _____

Tendo em conta a experiência que tem tido no atendimento pelo seu médico de família, como avalia a qualidade da relação estabelecida consigo?

Responda com base na escala apresentada abaixo, traçando um círculo em redor do valor correspondente. A sua resposta é absolutamente **CONFIDENCIAL** e destina-se apenas a fins de tratamento estatístico.

Quão boa é a relação estabelecida com o seu Médico de Família?

1	2	3	4	5	6	7	
Muito má	Má	Insatisfatória	Nem nem má	boa,	Razoável	Boa	Muito boa

Muito obrigado pela sua colaboração!

Anexo 5

Avaliação da qualidade da relação médico-doente – versão médico (AQRMD-VM)

Avaliação da Qualidade da Relação Médico-Doente - Versão Médico

(AQRMD-VM)

(Carraça e Rijo, 2010)

Doente/código N° _____ Data: _____

Tendo em conta o conhecimento que tem deste seu doente e a sua experiência no atendimento e acompanhamento do mesmo, como avalia a qualidade da relação que conseguiu estabelecer com ele (Relação Médico-Doente)?

Responda com base na escala apresentada abaixo, traçando um círculo em redor do valor correspondente. A sua resposta é absolutamente **CONFIDENCIAL** e destina-se apenas a fins de tratamento estatístico.

Como classificaria a relação que conseguiu estabelecer com este doente?

1	2	3	4	5	6	7
Muito má	Má	Insatisfatória	Nem nem má	boa, Razoável	Boa	Muito boa

Muito obrigado pela sua colaboração!

Anexo 6

SCID II – Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações da Personalidade do Eixo II do DSM-IV

**ENTREVISTA
CLÍNICA
ESTRUTURADA
PARA AS
PERTURBAÇÕES DE PERSONALIDADE
DO EIXO II DO DSM-IV**

SCID - II

Michael B. First, M. D.
Miriam Gibbon, M. S. W.
Robert L. Spitzer, M. D.
Janet B. W. Williams, D. S. W.
Lorna Smith Benjamin, Ph. D.

Versão Portuguesa Autorizada:
José Pinto Gouveia
Ana Paula Matos
Daniel Rijo
Paula Castilho
Marta do Céu Salvador

ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUTURADA
PARA AS PERTURBAÇÕES DE PERSONALIDADE
DO EIXO II DO DSM-IV

SCID-II

Michael B. First, M. D.
Miriam Gibbon, M. S. W.
Robert L. Spitzer, M. D.
Janet B. W. Williams, D. S. W.

Biometrics Research Department
New York State Psychiatric Institute
Department of Psychiatry
Columbia University
New York, New York

Lorna Smith Benjamin, Ph. D.

Department of Psychology
University of Utah
Salt Lake City, Utah

Versão portuguesa autorizada:

José Pinto Gouveia, Ana Paula Matos, Daniel Rijo, Paula Castilho, Maria do Céu Salvador

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
Universidade de Coimbra

Estudo: _____	Estudo Nº.: _____	1
Sujeito: _____	BI Nº.: _____	2
Entrevistador: _____	Entrevistador Nº.: _____	3
Data da entrevista: _____		4
	Ano Mês Dia	
Fontes de informação: _____	<input type="checkbox"/> Sujeito	5
(assinalar as utilizadas)	<input type="checkbox"/> Família/amigos/colegas	6
	<input type="checkbox"/> Profissionais de saúde/processo hospitalar/relatório	7
	<input type="checkbox"/> Questionário de Personalidade da SCID-II	8

Editado e verificado por: _____ Data: _____

COTAÇÃO SUMÁRIA

1

FOLHA DE COTAÇÃO SUMÁRIA

Qualidade geral e quantidade de informação:

1 = pobre, 2 = satisfatória, 3 = boa, 4 = excelente

9

Duração da entrevista (minutos) ___ ___ ___

10

Perturbação da Personalidade

Número de Itens cotados com "3"

(As caixas indicam o limiar necessário para o diagnóstico)

01 Evitante (pp. 3-5)	1	2	3	4	5	6	7			11
02 Dependente (pp. 6-8)	1	2	3	4	5	6	7	8		12
03 Obsessivo-Compulsiva (pp. 9-11)	1	2	3	4	5	6	7	8		13
04 Passivo-Agressiva (pp. 12-13)	1	2	3	4	5	6	7			14
05 Depressiva (pp. 14-15)	1	2	3	4	5	6	7			15
06 Paranóide (pp. 16-17)	1	2	3	4	5	6	7			16
07 Esquizotípica (pp. 18-21)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	17
08 Esquizóide (pp. 22-23)	1	2	3	4	5	6	7			18
09 Histrionica (pp. 24-25)	1	2	3	4	5	6	7	8		19
10 Narcísica (pp. 26-29)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	20
11 Estado-Limite (pp. 30-33)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	21
12 Anti-Social (pp. 34-41)	1	2	3	4	5	6	7			22
13 Sem Outra Especificação (SOE) (p.42)				1						23

PRINCIPAL DIAGNÓSTICO DO EIXO II (i.e., a Perturbação da Personalidade que é — ou deveria ser — o principal foco de atenção clínica).

Registe o número de código aqui (coluna à esquerda dos diagnósticos): ___ ___

Nota: Registe 99 se não existir Perturbação da Personalidade.

24

Anexo 7

BDI- Inventário de Depressão de BECK

Inventário de Depressão de BECK

(Beck, Ward, Mendelsen, Mock & Erbaugh, 1961; Versão Portuguesa: Vaz Serra, A. & Pio Abreu, J.L., 1973)

Nome _____

Data ____/____/____

Avaliador _____

Este questionário é constituído por vários grupos de afirmações. Sublinhe a resposta que melhor descreva a forma como hoje se sente

A – 0. Não me sinto triste.

1. Ando “neura” ou triste.
2. Sinto-me “neura” ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo.
2. Estou tão triste ou infeliz que se torna penoso para mim.
3. Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo mais suportar.

B – 0. Não estou demasiado pessimista, nem me sinto desencorajado(a) em relação ao futuro.

1. Sinto-me com medo do futuro.
2. Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro.
2. Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas.
3. Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar.

C – 0. Não tenho a sensação de ter fracassado.

1. Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas.
1. Sinto que realizei muita pouca coisa que tivesse valor ou significado.
2. Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.
3. Sinto-me completamente falhado(a) como pessoa (pai, mãe, marido, mulher).

D – 0. Não me sinto descontente com nada em especial.

1. Sinto-me aborrecido(a) a maior parte do tempo.
1. Não tenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente.
2. Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for.

3. Sinto-me descontente com tudo.
- E – 0. Não me sinto culpado(a) de nada em particular.
1. Sinto, grande parte do tempo, que sou mau/má, ou que não tenho qualquer valor.
 2. Sinto-me bastante culpado(a).
 2. Agora, sinto, permanentemente, que sou mau/má, ou que não tenho qualquer valor.
 3. Considero que sou muito mau/má e não valho absolutamente nada.
- F – 0. Não sinto que esteja a ser vítima de qualquer castigo.
1. Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal.
 2. Sinto que estou a ser castigado(a) ou que em breve serei castigado(a).
 3. Sinto que mereço ser castigado(a).
 3. Quero ser castigado(a).
- G – 0. Não me sinto descontente comigo.
1. Estou desiludido(a) comigo mesmo(a).
 1. Não gosto de mim.
 2. Estou bastante desgostoso(a) comigo.
 3. Odeio-me.
- H – 0. Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa.
1. Critico-me a mim mesmo(a), pelas minhas fraquezas ou erros.
 2. Culpo-me das minhas próprias faltas.
 3. Acuso-me por tudo de mal que me aconteça.
- I – 0. Não tenho qualquer ideia de fazer mal a mim mesmo(a).
1. Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar.
 2. Sinto que seria melhor morrer.
 2. Creio que seria melhor para a família que eu morresse.
 2. Tenho planos concretos sobre a forma como hei de pôr termo à vida.
 3. Matar-me-ia se tivesse oportunidade.
- J – 0. Atualmente não choro mais do que o costume.
1. Choro mais agora do que costumava.
 2. Atualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo.
 3. Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo quando tenho vontade.

K – 0. Não ando mais irritado(a) do que do costume.

1. Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
2. Sinto-me permanentemente irritado(a).
3. Já não consigo ficar irritado(a) por coisas que me irritavam antigamente.

L – 0. Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas.

1. Atualmente sinto menos interesse pelo outros do que costumava ter.
2. Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas.
3. Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente nada.

M – 0. Sou capaz de tomar decisões, tão bem como antigamente.

1. Atualmente sinto-me menos seguro(a) de mim mesmo(a) e procuro evitar tomar decisões.
2. Não sou capaz de tomar decisões sem ajuda das outras pessoas.
3. Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão.

N – 0. Não acho que tenha pior aspeto do que o costume.

1. Estou aborrecido(a) porque estou a parecer velho(a) ou pouco atraente.
2. Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornam pouco atraentes.
3. Sinto que sou feio(a) ou que tenho um aspeto repulsivo.

O – 0. Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente.

1. Agora preciso de um esforço maior do que dantes para começar a trabalhar.
1. Não consigo trabalhar tão bem como costumava.
2. Tenho de despender um grande esforço para fazer seja o que for.
3. Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja.

P – 0. Consigo dormir tão bem como dantes.

1. Acordo mais cansado(a) de manhã do que era habitual.
2. Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer.
3. Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que cinco horas.

Q – 0. Não me sinto mais cansado(a) do que é habitual.

1. Fico cansado(a) com mais facilidade do que antigamente.

2. Fico cansado(a) quando faço seja o que for.

3. Sinto-me tão cansado(a) que sou incapaz de fazer o que quer que seja.

R – 0. O meu apetite é o mesmo de sempre.

1. O meu apetite não é tão bom como costumava ser.

2. Atualmente o meu apetite está muito pior do que antigamente.

3. Perdi completamente todo o apetite que tinha.

S – 0. Não tenho perdido muito peso, se é que ultimamente perdi algum.

1. Perdi mais do que 2,5 quilos de peso.

2. Perdi mais de 5 quilos de peso.

3. Perdi mais de 7,5 quilos de peso.

T – 0. A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.

1. Sinto-me preocupado(a) com dores ou sofrimentos, ou má disposição do estômago, ou prisão de ventre ou ainda outras sensações físicas desagradáveis, no meu corpo.

2. Estou tão preocupado(a) com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil pensar noutra coisa.

3. Encontro-me totalmente preocupado(a) pela maneira como me sinto.

U – 0. Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual.

1. Encontro-me menos interessado(a) na vida sexual do que costumava estar.

2. Atualmente sinto-me muito menos interessado(a) pela vida sexual.

3. Perdi completamente o interesse pela vida sexual.

TOTAL:

Anexo 8

BSI-Inventário Breve de Sintomas

BSI

(L. R. Derogatis; 1993; Versão: M.C. Canavarro; 1995)

Em que medida foi afetado pelos seguintes sintomas:

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o grau em que cada problema o afetou durante a última semana. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi afetado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Muitíssimas Vezes
1. Nervosismo ou tensão interior.....					
2. Desmaios ou tonturas.....					
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos.....					
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas.....					
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes.....					
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente.....					
7. Dores sobre o coração ou no peito.....					
8. Medo na rua ou praça públicas.....					
9. Pensamentos de acabar com a vida.....					
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas.....					
11. Perder o apetite.....					
12. Ter um medo súbito sem ter razão para isso.....					
13. Ter impulsos que não se podem controlar.....					
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com outras pessoas.....					

15.Dificuldade em fazer qualquer trabalho.....					
16.Sentir-se sozinho.....					
17.Sentir-se triste.....					
18.Não ter interesse por nada.....					
19.Sentir-se atemorizado.....					
20.Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos.....					
21.Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si.....					
22.Sentir-se inferior aos outros.....					
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago.....					
24.Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si.....					
25.Dificuldade em adormecer					
26.Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz.....					
27.Dificuldade em tomar decisões.....					
28.medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro.....					
29.Sensação de que lhe falta o ar.....					
30.Calafrios ou afrontamentos.....					
31.Ter de evitar certas coisas, lugares ou atividades por lhe causarem medo.....					
32.Sensação de vazio na cabeça.....					
33.Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo.....					

34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados.....					
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro.....					
36. Ter dificuldade em se concentrar.....					
37. Falta de forças em partes do corpo.....					
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição.....					
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer.....					
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém.....					
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas.....					
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas.....					
43. Sentir-se mal no meio de multidões.....					
44. Grande dificuldade em sentir-se “próximo” de outra pessoa.....					
45. Ter ataques de terror ou pânico.....					
46. Entrar facilmente em discussão.....					
47. Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho.....					
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades.....					
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado ou quieto					
50. Sentir que não tem valor.....					
51. A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si.....					
52. Ter sentimentos de culpa.....					
53. ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça.....					

Anexo 9

STAI- Forma X1 (Escala de Ansiedade-Estado)

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

de C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch e R. Lushene

STAI - Forma X-1

Nome _____ Data _____

INSTRUÇÕES: Encontram-se em baixo um certo número de expressões que as pessoas usam para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e a seguir assinale o círculo apropriado à direita indicando como se sente *agora*, neste preciso momento. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste demasiado tempo em cada pergunta, dê a resposta que lhe parece descrever melhor a maneira como actualmente se sente.

		MODERADAMENTE UM POUCO NÃO	MODERADAMENTE	MUITO
1. Sinto-me calmo	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Sinto-me seguro	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Estou tenso	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Sinto-me com "culpas"	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Sinto-me à vontade	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Sinto-me aborrecido	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Sinto-me presentemente preocupado com possíveis contratempos	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Sinto-me descausado	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Sinto-me ansioso	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Sinto-me confortável	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Sinto-me com confiança em mim próprio	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Sinto-me nervoso	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Sinto-me uma pilha de nervos	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Sinto-me prestes a rebentar	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Estou descontraído	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Sinto-me contente	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Estou preocupado	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Sinto-me muito excitado e aturdido	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Sinto-me alegre	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Sinto-me bem disposto	(1)	(2)	(3)	(4)

(Edição Experimental - Tradução e adaptação de Emanuel Porciano)

Anexo 10

STAI- Forma X2 (Escala de Ansiedade-Traço)

QUESTIONARIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

STAI Forma X-2

Nome _____ Data ____/____/____

INSTRUÇÕES: Encontram-se em baixo um certo número de expressões que as pessoas usam para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e a seguir assinale o círculo apropriado à direita indicando como *habitualmente* se sente. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste demasiado tempo em cada pergunta, dê a resposta que lhe parece descrever melhor a maneira como habitualmente se sente.

	QUASE NUNCA	FREQUENTEMENTE ALGUMAS VEZES	QUASE SEMPRE	
21 Sinto-me bem disposto	①	②	③	④
22. Canso-me com facilidade	①	②	③	④
23. Apetece-me chorar	①	②	③	④
24. Gostava de poder ser tão feliz como os outros parecem ser	①	②	③	④
25. Perco oportunidades pois não consigo decidir com rapidez	①	②	③	④
26. Sinto-me descansado	①	②	③	④
27. Sou "calmo, indiferente e sereno"	①	②	③	④
28. Sinto que as dificuldades se amontoam de maneira que não consigo ultrapassá-las	①	②	③	④
29. Inquieto-me com coisas que na realidade não têm importância	①	②	③	④
30. Sou feliz	①	②	③	④
31. Levo as coisas muito a sério	①	②	③	④
32. Tenho falta de confiança em mim próprio	①	②	③	④
33. Sinto-me seguro	①	②	③	④
34. Tento evitar fazer frente a uma crise ou dificuldade	①	②	③	④
35. Sinto-me "neura"	①	②	③	④
36. Estou satisfeito	①	②	③	④
37. Alguns pensamentos sem importância passam pela minha cabeça e aborrecem-me	①	②	③	④
38. Tomo as contrariedades tão a sério que não consigo deixar de pensar nelas	①	②	③	④
39. Sou uma pessoa imperturbável	①	②	③	④
40. Quando penso nos assuntos que tenho entre mãos fico tenso e a "ferver por dentro"	①	②	③	④

(Edição Experimental - Tradução e adaptação de Emanuel Ponciano)

Anexo 11

WHOQOL- BREF **Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida** **Forma Breve**

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			

DADOS PESSOAISA1 Idade anos

A2 Data de Nascimento ____ / ____ / ____

A3 Sexo Masculino
 FemininoA4 Escolaridade
Não sabe ler nem escrever
Sabe ler e/ou escrever
1º-4º anos
5º-6º anos
7º-9º anos
10º-12º anos
Estudos Universitários
Formação pós-graduada A5 Profissão A6.1 Freguesia A6.2 Concelho A6.3 Distrito A7 Estado Civil
Solteiro(a)
Casado(a)
União de facto
Separado(a)
Divorciado(a)
Viúvo(a) B1a Está actualmente doente? Sim Não B1b Que doença é que tem? B2 Há quanto tempo? B3 Regime de tratamento? Internamento Consulta Externa Sem tratamento **C. Forma de administração do questionário**

1. Auto-administrado
2. Assistido pelo entrevistador
3. Administrado pelo entrevistador

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Anexo 12

Estudo II

Prevalências das perturbações da personalidade em função do género, nível sócio-económico e classe etária.

Prevalências e severidade das perturbações da personalidade em função da classe etária, em cada género.

1 Prevalências globais

a) Prevalências globais por género e classe etária.

Neste ponto pretendemos avaliar primeiramente, se existem diferenças na SCID total de critérios entre sujeitos do género masculino e feminino, e entre os diferentes grupos de classes etárias.

Tendo em conta, que o humor depressivo pode interferir com a avaliação de vários dos critérios da SCID-II, tentou-se contornar esta interferência de duas formas:

1a) Retirando os sujeitos da amostra com perturbações depressiva e perturbação da personalidade passivo-agressiva, do total de critérios da SCID-II;

2b) Optando por uma comparação entre grupos em que o total da BDI entrou como covariável (associação entre total da BDI e total critérios de SCID-II, estatisticamente significativo).

Assim, foi realizada uma ANCOVA para comparar os dois grupos (masculino e feminino) no total de critérios para 10 PP da SCID-II, controlando os efeitos do total da BDI. Os resultados são apresentados no quadro 1.

Quadro 1. prevalências globais em função do género e classe etária (n=184;100%).

Classe etária	Género				χ^2	p
	Masculino n=45		Feminino n=139			
< 38 anos	n	%	n	%	.886	.346
≥ 38 anos	20	44.4	73	52.5		
	25	55.6	66	47.5		

No quadro 1, são apresentadas, as percentagens dos indivíduos em função do género e classe etária. Observa-se que 20 sujeitos (44.4%), da classe etária <38 anos, do género masculino, e 73 sujeitos (52.5%), da classe etária <38 anos, do género feminino. Também verifica-se que 25 sujeitos (55.6%), da classe etária ≥ 38 anos, do género masculino, e 66 sujeitos (47.5%), da classe etária > 38 anos, do género feminino.

Observa-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o diagnóstico de perturbação da personalidade e género ($\chi^2 = .886$; $p = .346$).

b) Severidade da patologia da personalidade em função da classe etária, em cada género.

No quadro 2, são apresentadas as médias e desvios-padrão relativos à idade (< 38 ; ≥ 38 anos) em cada género, bem como os valores de F e p.

Quadro 2. Severidade da patologia da personalidade em função do género e classe etária (n=184; 100%).

Classe etária	Género							
	Masculino n=45				Feminino n=139			
	M	DP	F	p	M	DP	F	p
< 38 anos	19.26	1.41	.851	.362	16.91	.82	.872	.352
≥ 38 anos	17.51	1.26			18.01	.86		

1.1 Prevalências específicas de perturbação da personalidade em função da classe etária e género masculino.

No quadro 3, são apresentadas, as percentagens da perturbação da personalidade específica por classe etária (<38 e ≥ 38 anos) no género masculino.

Quadro 3. Percentagens das perturbações de personalidade específicas em função do género masculino e classe etária e classe etária (n=45; 100%).

Diagnóstico	Género Masculino				X ²	p
	< 38 anos n=20		≥ 38 anos n=25			
	n	%	n	%		
SCID-DP Evitante	2	10.0	3	12.0	8.029	.531
SCID-DP Dependente	2	10.0	1	4.0		
SCID-DP Obsessiva - Compulsiva	3	15.0	3	12.0		
SCID-DP Depressiva	1	5.0	0	.0		
SCID-DP Paranoide	2	10.0	5	20.0		
SCID-DP Esquizoide	0	.0	1	4.0		
SCID-DP Histriónico	3	15.0	0	.0		
SCID-DP Narcísico	1	5.0	1	4.0		
SCID-DP Borderline	1	5.0	1	4.0		
Sem perturbação personalidade	5	25.0	10	40.0		

1.2 Prevalências específicas de perturbação da personalidade em função da classe etária e género feminino.

No quadro 4, são apresentadas, as percentagens da perturbação da personalidade específica por classe etária (<38 e ≥ 38 anos) no género feminino.

Quadro 4. Percentagens das perturbações de personalidade específicas em função do género feminino e classe etária (n=45; 100%).

Diagnóstico	Género Feminino				χ^2	p
	< 38 anos		≥ 38 anos			
	n	%	n	%		
	n=73		n=66			
SCID-DP Evitante	4	5.5	7	10.6		
SCID-DP Dependente	3	4.1	2	3.0		
SCID-DP Obsessiva - Compulsiva	1	1.4	4	6.1		
SCID-DP Depressiva	2	2.7	4	6.1		
SCID-DP Paranoide	3	4.1	1	1.5		
SCID-DP Esquizotípico	3	4.1	1	1.5	10.826	.371
SCID-DP Histriónico	3	4.1	1	1.5		
SCID-DP Narcísico	2	2.7	0	.0		
SCID-DP Borderline	11	15.1	13	19.7		
SCID-SOE	2	2.7	0	.0		
Sem perturbação de personalidade	39	53.4	33	50.0		

Apêndices

Apêndice 1 (proposta de artigo)

Perturbações da Personalidade nos Cuidados de Saúde Primários: Prevalências e qualidade da relação médico-doente

Bruno O. Carraça⁵, Daniel M. Rijo⁶ e Maria E. Areias⁷
Instituto Superior de Ciências da Saúde- Norte e Universidade de Coimbra

Resumo

No presente artigo é estudado a prevalência das perturbações da personalidade e qualidade da relação com os profissionais, como aspetos essenciais para as políticas de saúde mental nos cuidados de saúde primários.

A caracterização da prevalência das perturbações da personalidade, foi realizada através de análises descritivas, comparativas, e estudos multivariados. Utilizou-se a entrevista de diagnóstico SCID II para as perturbações da personalidade do Eixo II do DSM-IV, assim como, um indicador para a avaliação da qualidade da relação médico-doente (versões doente e médico - AQRMD-VD e VM).

Verificou-se, que dos 184 sujeitos da amostra (24.5% do género masculino, e 75.5% do género feminino), 52.7% apresenta pelo menos uma perturbação da personalidade, sendo o grupo B o mais comum (21.14%). A perturbação da personalidade borderline é a mais prevalente (14.13%), seguida da evitante (8.70%), paranoide (5.98%), e obsessiva-compulsiva (5.98%). O género masculino apresenta taxas de prevalências mais elevadas. O grupo A apresenta uma pior qualidade da relação médico-doente e maior número de consultas.

Constatou-se assim, uma elevada prevalência de perturbações da personalidade nos cuidados de saúde primários, sendo que, a maior severidade da psicopatologia da personalidade corresponde a uma pior qualidade da relação médico-doente e a um maior número de consultas, sugerindo a necessidade de uma triagem e encaminhamento adequados das perturbações da personalidade nos cuidados de saúde primários.

Introdução

Segundo o DSM-IV (1994), as perturbações da personalidade são padrões inflexíveis e duradouros, da perceção, relação e pensamento, causando tanto comprometimento funcional significativo como sofrimento subjetivo. Estas

⁵ Mestrando em Psicologia Clínica e da Saúde do Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte/CESPU

⁶ Professor Auxiliar da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

⁷ Professora Associada-Diretora do Departamento de Psicologia do Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte/CESPU

perturbações da personalidade manifestam-se mais intensamente na vida adulta, embora muitas vezes se tornem menos óbvias nas faixas médias ou extremas da idade (APA, 1994).

As perturbações da personalidade tem sido alvo de estudo em diversos contextos (Moran, Jenkins, Tylee, Blizard, & Man, 2000; Coid et al., 2009; Cramer, Torgersen, & Kringlen, 2006; Young, Klosko, & Weishaar, 2003; Rijo, 2009). Contudo no que concerne aos cuidados de saúde primários, a sua escassez e pouco suporte empírico, revelam que 50% a 60% destes doentes não são detetados, nem encaminhados enquanto tal, para os serviços especializados de saúde mental (Schneidt, 2000).

Em Portugal, e do que foi possível constatar da revisão bibliográfica realizada, não foram encontrados estudos em que relacionem as taxas de prevalência das perturbações da personalidade, psicopatologia sintomática, padrão de uso dos serviços de saúde e qualidade da relação médico-doente, nos cuidados de saúde primários.

De acordo com o anteriormente referido e de forma a estudar as prevalências e comorbilidades associadas às perturbações da personalidade, utilizou-se uma amostra de conveniência, na qual se aplicou a Entrevista Clínica Estruturada de Avaliação da Personalidade (SCID-II) da DSM-IV, formulou-se três hipóteses. Primeira, estudar as prevalências das perturbações das personalidades (global e específicas). Segunda hipótese, estudar as diferenças nas prevalências (global, específicas e por grupo de perturbação), em função das características sócio-demográficas (género e idade). Por último, estudar as diferenças no padrão de utilização dos serviços de saúde primários e na qualidade da relação médico-doente, nos sujeitos com e sem patologia do Eixo II.

De acordo com as hipóteses em estudo, esperávamos que a prevalência da psicopatologia do Eixo II na amostra de utentes dos cuidados de saúde primários seja claramente superior a encontrada em amostras da população global (amostras não clínicas) e inferior às taxas encontradas em amostras de utentes de cuidados de saúde mental especializadas. Esperava-se também encontrar algumas diferenças específicas em função de cada uma das características sócio-demográficas estudadas. Especificamente, espera-se que as perturbações da personalidade borderline, histriónica e dependente, surjam mais frequentemente em sujeitos de género feminino, do que os do género masculino, e por outro lado espera-se que as perturbações da personalidade

antissocial, narcísica, paranoide e obsessiva-compulsiva surjam com maior prevalência em indivíduos do género masculino.

Esperava-se que indivíduos adultos, mais novos, tendessem a pontuar mais em indicadores de severidade da psicopatologia do Eixo II comparativamente a indivíduos mais velhos.

Os indivíduos com perturbação da personalidade recorrem mais frequentemente aos serviços, do que aqueles que não tem perturbação da personalidade.

Espera-se também que maior severidade da patologia da personalidade se associe a menor qualidade da relação médico-doente, quer a partir de indicadores obtidos pelo doente, quer quando esta relação é avaliada pelo profissional de saúde.

Método

Sujeitos

A amostra é composta por 184 utentes, com idades compreendidas entre os 21 e os 50 anos. Os sujeitos da amostra foram seleccionados do ficheiro clínico a partir da referência dos profissionais de saúde (médicos de família) para a consulta de psicologia clínica e da saúde dos cuidados primários dos seis centros de saúde do ACES Dão Lafões II, trata-se, portanto de uma amostra de conveniência.

Os dados foram obtidos através do autopreenchimento e entrevista clínica presencial SCID-II, no período entre outubro de 2010 e julho de 2011, com consentimento informado e autorizado de todos os participantes.

Instrumentos de avaliação

A *SCID-II – Entrevista Clínica Semi-Estruturada para as Perturbações da Personalidade do Eixo II* do DSM-IV foi utilizada para avaliar as perturbações da personalidade nos sujeitos da amostra.

Este instrumento avalia as dez perturbações da personalidade do eixo II do DSM-IV, assim como a perturbação da personalidade depressiva e a perturbação da personalidade passiva - agressiva (incluídos no Apêndice B do DSM-IV). A SCID-II pode ser utilizada para elaborar diagnósticos do Eixo II, quer categorialmente (presente ou ausente) quer dimensionalmente (registando o número do critérios que, para cada diagnóstico, foi preenchido). Cada critério é avaliado por uma ou mais questões, sendo as respetivas respostas cotadas com ? (informação inadequada), 1 (ausente ou falso), 2

(insuficiente) e 3 (suficiente ou verdadeiro). A SCID-II inclui também um questionário de autorresposta, que pode ser utilizado no sentido de economizar o tempo de aplicação da entrevista, uma vez que o terapeuta, durante a entrevista, apenas questionará as respostas assinaladas com “sim” no questionário.

Os resultados da avaliação com esta entrevista permitem a recolha de diferentes indicadores: presença ou ausência de perturbações da personalidade, o número de diagnósticos de cada sujeito, o total de critérios preenchidos para todas as perturbações da personalidade e /ou em cada um dos grupos de perturbações.

Os indicadores elaborados pelos autores para este estudo (*Avaliação da Qualidade da Relação Médico-Doente, Versão Médico e Avaliação da Qualidade da Relação Médico-Doente, Versão Doente*), surgem para avaliar a qualidade da relação médico-doente. Estas duas medidas breves foram desenvolvidas (uma preenchida pelo doente e outra preenchida pelo médico), para que os respondentes avaliem a sua perceção da qualidade da relação assinalando de 1-muito má a 7-muito boa.

Estes indicadores mais do que caracterizarem um processo tão complexo como a relação médico-doente visam avaliar a perceção que cada um dos intervenientes tem da qualidade dessa mesma relação de ajuda e foram recolhidos em ambos os elementos da díade. Assim, para cada sujeito da amostra foi passado a medida ao próprio sujeito e ao médico de família que respondeu para cada um dos seus doentes que participou no estudo.

Por se tratar de uma medida especificamente desenvolvida para esta investigação foi estudada a sua estabilidade temporal no total dos 184 sujeitos da amostra, sendo que o intervalo médio entre teste e reteste foi de cerca de um mês. Este estudo foi feito nas duas versões da medida (médico e doente).

Quanto à versão dos doentes o coeficiente teste-reteste foi de $r = .982$ ($p = .000$), o que demonstra uma elevada correlação entre os dois momentos em que foi colhida a medida. Quando comparadas as médias de ambas as avaliações, a estatística t mostrou não existirem diferenças entre teste e reteste ($t = -.277$; $p = .782$).

No indicador correspondente a versão dos médicos a média obtida no teste é semelhante à obtida no reteste, sendo o desvio padrão idêntico em ambos os momentos. O coeficiente teste-reteste, assumiu o valor de correlação perfeita, pelo que ficou

demonstrado a estabilidade temporal dos dois formatos destas medidas na amostra de doentes e médicos na amostra.

Dados relativos às *características sócio-demográficas*, como idade, estado civil, nível de escolaridade, avaliação dos motivos, sintomatologia primária do doente, tipo de medicação atual e a avaliação da perceção do número de consultas de clínica geral e familiar realizadas no último ano, foram obtidos através duas fichas (ficha de referenciação médica e ficha clínica do doente).

Procedimento

Num 1º momento, os sujeitos com idades entre os 21 e 50 anos, são encaminhados pelo médico de família com o preenchimento da ficha clínica de referenciação médica e indicador de Avaliação da Qualidade da Relação Médico-Doente-Versão Médico, para a consulta de psicologia clínica. A cada utente foi atribuído um código de forma a manter a sua confidencialidade. Todos os sujeitos da amostra estão em seguimento terapêutico na consulta de psicologia clínica, preencheram os mesmos questionários e indicadores de autorresposta e foram avaliados com a mesma entrevista de diagnóstico SCID-II para o DSM-IV.

Num segundo momento, os sujeitos, preenchem a ficha clínica, e um indicador de Avaliação da Qualidade da Relação Médico-Doente-Versão Doente, e os médicos de família preenchem novamente o indicador de Avaliação da Qualidade da Relação Médico-Doente-Versão Médico.

Relativamente às questões éticas do estudo, o autor do estudo fez um primeiro esclarecimento e pedido de colaboração aos utentes, sendo também solicitada a colaboração dos médicos de medicina geral e familiar.

Foi perguntado previamente a idade dos sujeitos a entrar no estudo. Cada participante assinou o formulário de consentimento informado. Antes do preenchimento dos indicadores e entrevista clínica de diagnóstico, garantiu-se o anonimato e confidencialidade. Os participantes foram também informados que poderiam desistir da investigação em qualquer altura do processo.

Foi efetuado um pré-teste, isto é, os protocolos de avaliação foram aplicados antes do início da recolha de forma a obter um tempo médio de resposta, tentando garantir a

compreensão e clareza de todos os itens. Salienta-se também a total confidencialidade dos dados fornecidos pelos participantes, bem como o facto da participação no estudo ser voluntária.

Os procedimentos estatísticos foram realizados recorrendo ao software para tratamento estatístico de dados SPSS, versão 19.0.

Para tratamento dos dados foram utilizados indicadores estatísticos descritivos, como medidas de localização e de dispersão, assim como frequências, adaptados a cada variável em análise. Estipulou-se para todos os testes estatísticos utilizados o nível de significância de $p \leq .05$.

Amostra

A partir dos procedimentos anteriores, a amostra total é constituída por 184 indivíduos. As características da presente amostra estão descritas no quadro 1.

Quadro 1 - Características da amostra (n=184; 100%)

Características sócio-demográficas	Geral n = 184	
	M	DP
Idade	37.09	7.70
Anos de Escolaridade	8.90	3.61
	n	%
Sexo		
Masculino	45	24.5
Feminino	139	75.5
Estado Civil		
Solteiro	31	16.8
Casado	117	63.6
Divorciado/separado	32	17.4
Viúvo	4	2.2
Estatuto Sócio-Económico		
Baixo	139	75.5
Médio	36	19.6
Alto	2	1.1
Estudantes	7	3.8
Centros de Saúde		
S. Pedro do Sul	50	27.2
Castro Daire	35	19.0
Vouzela	27	14.7
Oliveira de Frades	21	11.4
Sátão	25	13.6
Vila Nova de Paiva	26	14.1

O estudo contempla uma amostra de 184 sujeitos, 45 indivíduos são do género masculino (24.5%) e 139 (75.5%) do género feminino. Apresentam uma média de idades de 37.09 anos, maioritariamente casados e revelam um baixo grau de escolaridade. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre géneros nas variáveis idade ($t= 1.425$; $p= .156$), e anos de escolaridade ($t= -.490$; $p= .624$).

Resultados

Prevalências das perturbações da personalidade

Neste estudo pretendemos avaliar se a prevalência da psicopatologia do Eixo II na amostra de utentes dos cuidados de saúde primários, é claramente superior à encontrada em amostras da população global (amostras não clínicas) e inferior às taxas encontradas em amostras de saúde mental especializadas.

Os resultados revelam 52.7% dos indivíduos da amostra ($n=184$) apresentam pelo menos uma forma de patologia da personalidade, como se pode verificar no quadro 2, com um maior número de indivíduos do género masculino a preencher pelo menos uma perturbação da personalidade 66.7%, ou seja, 2/3 preenchem critérios, em comparação com o género feminino 48.2%, ou seja, metade preenchem critérios, como pode ser observado no quadro 3.

A percentagem de perturbações da personalidade entre aqueles que preenchem os critérios para diagnóstico foi de 21.20% para o diagnóstico de uma perturbação da personalidade segundo a SCID-II, de 20.15% para duas perturbações da personalidade, e 11.4% para três perturbações da personalidade, ou seja, 31.55% da amostra apresenta critérios para duas ou mais perturbações da personalidade.

Tomando o total de critérios preenchidos na SCID-II como indicadores de severidade da patologia da personalidade, o total de sujeitos da amostra apresenta uma média de 22.03 (DP= 8.32) critérios de perturbação da personalidade, quando somados os critérios para as 12 perturbações avaliadas na entrevista, e uma média de 17.64 (DP= 6.95), se consideradas apenas as 10 perturbações da personalidade diagnosticáveis no DSM-IV.

A classificação por grupos de perturbação da personalidade indicam que o grupo B (21.14%) é aquele que alcança maior taxa de prevalência, e o grupo C (20%) e A

(9.14%) são menos prevalentes. A média do total de critérios do grupo A revela que os homens apresentam maior severidade que as mulheres ($F=5.223$; $p=.023$).

Os indivíduos do género masculino também se distribuem em maior percentagem pelas classes “sem perturbação da personalidade” e “grupo C”, enquanto os indivíduos do género feminino se distribuem com percentagens mais elevadas pelas classes “sem perturbação da personalidade” e “grupo B”.

As perturbações da personalidade borderline (14.13%), evitante 8.70%, paranoide 5.98% e obsessiva-compulsiva. 5.98% são as que apresentam uma maior prevalência.

Quanto ao género masculino, apresenta maioritariamente perturbação da personalidade paranoide (15.6%), perturbação obsessivo-compulsivo (13.3%), e perturbação evitante (11.1%). O género feminino apresenta maioritariamente perturbação da personalidade borderline (17.3%) e perturbação da personalidade evitante (7.9%), como pode ser visto no quadro 4.

Assim sendo, podemos observar que existem diferenças estatisticamente significativas entre o diagnóstico específico de perturbação da personalidade e o género entre diagnóstico específico de perturbação da personalidade e o género ($\chi^2=30.191$; $p=.001$).

Quadro 2- Prevalência global das perturbações de personalidade na amostra (n=184; 100%).

Diagnóstico	n	%
Sem perturbação de personalidade	87	47.3
Com perturbação de personalidade	97	52.7

Quadro 3. Grupos com e sem perturbação de personalidade em função do género no total da amostra (n=184; 100%).

Diagnóstico	Género				χ^2	p
	Masculino n = 45		Feminino n = 139			
	n	%	n	%		
Sem perturbação de personalidade	15	33.3	72	51.8	4.650	.031
Com perturbação de personalidade	30	66.7	67	48.2		

Quadro 4. Percentagens das perturbações de personalidade específicas por género na amostra (n=184; 100%).

Diagnóstico	Género				χ^2	p
	Masculino n = 45		Feminino n = 139			
	n	%	n	%		
SCID-DP Evitante	5	11.1	11	7.9	30.191	.001
SCID-DP Dependente	3	6.7	5	3.6		
SCID-DP Obsessiva - Compulsiva	6	13.3	5	3.6		
SCID-DP Depressiva	1	2.2	6	4.3		
SCID-DP Paranoide	7	15.6	4	2.9		
SCID-DP Esquizotípico	4	0	4	2.9		
SCID-DP Esquizoide	1	2.2	0	0		
SCID-DP Histrionico	3	6.7	4	2.9		
SCID-DP Narcisico	2	4.4	2	1.4		
SCID-DP Borderline	2	4.4	24	17.3		
SCID-DP SOE	0	0	2	1.4		
Sem perturbação personalidade	15	33.3	72	51.8		

Qualidade da relação médico-doente

Pretendeu-se estudar se os indivíduos com perturbações da personalidade recorrem mais frequentemente aos serviços de saúde primários e avalia-se também se a maior severidade da patologia da personalidade corresponde menor qualidade da relação médico-doente.

A relação entre patologia da personalidade e a qualidade da relação médico-doente, demonstra associações mais expressivas quando a avaliação da relação é feita pelo médico, e assumem o sentido esperado, ou seja, à maior patologia da personalidade (global, para grupo A e B) corresponde pior qualidade na relação médico-doente. Ainda é de salientar, que não existem associações entre a qualidade da relação médico-doente e o total de critérios do grupo C, independentemente de quem avalia essa qualidade, como se verifica no quadro 5.

Os indivíduos com perturbação da personalidade apresentam uma média de número de consultas superior à dos indivíduos sem perturbação da personalidade, embora esta relação seja fraca. Por outro lado, os indivíduos com perturbação da personalidade avaliam como menos positiva a relação estabelecida com o seu médico do que os indivíduos que não apresentam perturbações da personalidade. Esta mesma diferença ocorre quando o avaliador da qualidade da relação médico-doente é o próprio profissional de saúde. Estes dados são apresentados no quadro 6.

Quadro 5. Associação entre a patologia de personalidade, nº de consultas médicas e qualidade relação médico-doente e vice-versa (n=184; 100%).

	Nº consultas médicas	Qualidade relação doente-médico	Qualidade relação médico-doente
Grupo A	.203**		^- .310**
Grupo B		^- .157*	^- .304**
Grupo C			
SCID-total critérios	.240*		^- .255**
SCID-total critérios 10PP	.214**		^- .283**

***p* < 0,01

**p* < 0,05

Nota: SCID total critérios 10PP-Total de critérios de perturbação da personalidade, excluindo a perturbação de personalidade depressiva e perturbação da personalidade passiva-agressiva.

Quadro 6. Grupo com e sem perturbação de personalidade, em função do nº de consultas da qualidade da relação e vice versa no total da amostra (n=184; 100%).

	Sem PP (n = 87)		Com PP (n = 97)		F	p
	M	DP	M	DP		
Nº consultas médicas	6.43	3.33	8.55	5.08	10.945	.001
Qualidade relação doente-medico	6.08	1.123	5.40	1.579	11.047	.001
Qualidade relação médico-doente	5.18	0.995	4.32	1.295	25.333	.000

Discussões

Este é um primeiro estudo português sobre prevalências das perturbações da personalidade e qualidade da relação médico-doente nos cuidados de saúde primários, e que demonstra, que um número substancial de indivíduos, que frequentam estes serviços, tem pelo menos uma perturbação da personalidade.

Esta taxa elevada de prevalência de perturbações da personalidade vai de encontro ao que é descrito na literatura, embora a taxa de prevalência global obtida (52.7%) seja superior à encontrada por Porcerelli e Huprich (2007), cerca de 24%, à e de Moran, Jenkins, Tylee, Blizard, e Man (2000), 30%, e relativamente semelhante à de Schneidt (2000), aproximadamente entre 50% a 60%. As diferenças de prevalência podem ser explicadas por diferentes métodos de recolha da amostra, procedimentos adotados, instrumentos de diagnóstico e o número de categorias de perturbação da personalidade incluídas, mais do que diferenças efetivas entre as populações.

Encontrámos também resultados robustos que replicam outros trabalhos. O grupo B é aquele que alcança maior taxa de prevalência, em comparação ao grupo A e C, o que vai de encontro à literatura, pois referem o grupo B como o mais prevalente em populações clínicas (Coid et al., 2009; Tyrer et al., 2007; Jackson & Burgess, 2004; Coid, 2003; Moran, Walsh, Tyrer, Brown, Costa, & Nestadt, 2003; Samuels, Eaton, Bienvenu et al., 2002; Zimmerman, 1994).

No que se refere às prevalências específicas das perturbações da personalidade na amostra global, a perturbação borderline (14.3%), evitante (8.70%), paranoide (5.98%) e obsessiva-compulsiva (5.98%) apresentam valores mais elevados, o que vai de encontro à literatura e aos resultados esperados (Porcerelli & Huprich, 2007; Coid et al., 2006; Moran, Coffey, Mann, Carlin, & Patton, 2006; Coid, 2003; Moran, 2002, 2004; Moran, Jenkins, Tylee, Blizard, & Mann, 2000; APA, 1994).

Relativamente ao género, verifica-se que o género masculino apresenta o maior número de critérios de perturbações de personalidade (66.7%). Apresenta também maior severidade da patologia da personalidade do que as mulheres, pois 2/3 preenchem critérios para pelo menos uma perturbação da personalidade

Os dados obtidos revelam uma forte associação entre indivíduos com perturbação da personalidade e maior nº de consultas, na qualidade da relação médico-doente, no total da amostra e por comparação com os sujeitos sem perturbações da personalidade.

Os grupos A e B associam-se fortemente ao indicador qualidade da relação médico-doente, versão médico. Apesar de não encontrarmos dados na literatura, este resultado pode estar relacionado com uma maior dificuldade no relacionamento interpessoal e nos fatores ambientais.

Relativamente ao grupo C, não se verifica qualquer associação. A revisão da literatura não encontrou dados que corroborem este aspeto, contudo pode estar relacionado com o tipo de terapêutica farmacológica prescrita para o Eixo I do DSM que este grupo de diagnóstico apresenta, e pelas características menos severas da sua psicopatologia do Eixo II, levando-nos a esperar uma maior dificuldade por parte dos profissionais de saúde na avaliação e encaminhamento.

No que ao número de consultas diz respeito, os dados corroboram a literatura (Rendu, Moran, Patel, Knapp, & Mann, 2002), na medida que as perturbações de personalidade estão significativamente associadas com maior custos totais, especialmente se os doentes com perturbação da personalidade apresentarem perturbações comórbidas do Eixo I.

Relativamente às limitações do presente estudo, referimos, o facto de ser uma amostra de conveniência, seleccionada da consulta de psicologia clínica dos cuidados de saúde primários e pelos profissionais de psicologia clínica.

Uma outra limitação, deve-se ao tamanho da amostra, o que, ainda que próxima dos 200 sujeitos, nos parece diminuta quando estudamos as prevalências específicas das perturbações da personalidade. Por este motivo, alguns dos resultados obtidos devem ser interpretados com cuidado. Samuels et al. (2002) argumenta também, que o progresso na compreensão da prevalência das perturbações da personalidade beneficiariam de estudos com amostras com maior número de pessoas com perturbações da personalidade específicas, quer pelo tamanho das amostras, quer pelo desenvolvimento de melhores instrumentos de triagem e encaminhamento para enriquecer a amostra para perturbações específicas (Lenzenweger, Loranger, Korfine, & Neff, 1997).

Futuros estudos, como anteriormente já foi referido, beneficiariam de uma amostra ainda maior. Futuras investigações deveriam ainda aumentar o tamanho da amostra, bem como diversidade geográfica da recolha da mesma. Por fim, salientar ainda que não foi controlado, nem o tipo nem a dosagem, da medicação. Pelo que,

alguns resultados podem estar camuflados por efeitos diretos dos psicofármacos. Futuros estudos devem ter em conta o impacto da toma da medicação por parte dos sujeitos das amostras.

Os resultados apontam assim, uma elevada prevalência de sujeitos, mais de metade, com pelo menos uma perturbação da personalidade, nos cuidados de saúde primários portugueses, o que sugere como implicação futura, que estratégias preventivas e de tratamento nesta população podem ter uma grande influência na saúde pública.

Podemos então compreender, e de acordo com a literatura, que quanto mais grave for a perturbação da personalidade, maior será a utilização de serviços de saúde (Reich et al., 1989). Neste sentido, as perturbações da personalidade deveriam ter uma importância vital como área de intervenção em saúde pública, nomeadamente com consultadoria de psicólogos especialistas na intervenção neste tipo de psicopatologia, pois têm um impacto significativo sobre os serviços de saúde primários, mesmo quando eles não são o foco principal do tratamento.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4^o ed. rev.). Lisboa: Climepsi editora.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- Bennasar, M. R., & Arroyo, M. B. (1998). Epidemiologia. In M. B. Arroyo & M. R. Bennasar (Eds.), *Trastornos de la personalidad. Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Masson, S. A.
- Casey, P. R., & Tyrer, P. (1986). Personality, functioning and symptomatology. *Journal of Psychiatric Research*, 20, 363-374.
- Casey, P. R., & Tyrer, P. (1990). Personality disorder and psychiatric illness in general practice. *British Journal of Psychiatry*, 156, 261-265.
- Coid, J.W.(2003). Formulating strategies for the primary prevention of adult antisocial behaviour: "high risk" or "population" strategies? In D.P. Farrington & J.W. Coid (Eds.), *Early Prevention of Adult Antisocial Behaviour* (pp.32-78). Cambridge University Press.
- Coid, J.W., Moran, P., Bebbington, P., Brugha, T., Jenkins, R., Farrell, M., Lewis, G., & Singleton, N. (2009). The comorbidity of personality disorder and clinical syndromes in prisoners. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 19, 321-333
- Coid, J.W. , Yang, M., Roberts, A., Ullrich, S., Moran, P., Bebbington, P., Brugha, T., Jenkins, R., Farrell, M., Lewis, G., & Singleton N. (2006). Violence and Psychiatric

Morbidity in a National Household Population - A Report from the British Household Survey. *American Journal of Epidemiology*, 64(12), 1199-1208.

Coid J.W., Yang, M., Bebbington, P., Moran, P., Brugha, T., Jenkins, R., Farrell, M., Singleton, N., & Ullrich, S. (2009). Borderline personality disorder: health service use and social functioning among a national household population. *Psychological Medicine*, 39 (10), 1721-1731.

Cramer. V., Torgersen, S., & Kringle, E. (2006). Personality disorders on quality of life: A population study. *Comprehensive Psychiatry Journal*, 47, 178-184.

Crawford, N., Cohen, P., Johnson, G., Kasen, S., First, B., Gordon, K., & Brook, S. (2005). Self-reported personality disorder in the children in the community sample: convergent and prospective validity in late adolescence and adulthood. *Journal of Personality Disorders*, 19, 30-52.

Dhossche, M., & Shevitz, A. (1999). Assessment and importance of personality disorders in medical patients: an update. *South Medical Journal*, 92(6), 546-556.

Eaton, W., Anthony, C., & Gallo, J. (1997). Natural history of Diagnostic Interview Schedule/DSM-IV major depression: The Baltimore Epidemiologic Catchment Area follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 54, 993 -999.

Fossati, A., Feeney, J., Donati, D, Donini, M., Novella, L., Bagnato, M., Carreta, I., Leonardi, B., Mirrabelli, S., & Maffei, C. (2003). Personality disorders and adult attachment dimensions in a mixed psychiatric sample: a multivariate study. *Journal of Nervous And Mental Disease*, 191, 3-70.

Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillons de population. *Courrier*, 8, 455-459

Gross, R., Olfson, M., Gameroff, M., Shea, S., Feder, A., Fuentes, M., Lantigua, R., & Weissman, M., (2002). Borderline personality disorder in primary care. *Archives International Medicine*, 162, 53–60.

Hueston, W.J., Werth, J., & Mainous, A.G. (1999). Personality disorder traits: prevalence and effects on health status in primary care patients. *International Journal of Psychiatry Medicine*, 29(1), 63–74.

Jackson, H.J., & Burgess, P.M.(2004). Personality disorders in the community: Results from the Australian National Survey of mental Health and Well-Being, part III. Relationships between specific types of personality disorder, axis I mental disorders and physical conditions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 765-767.

Lenzenweger, M.F., Loranger, A.W., Korfine, L. & Neff, C. (1997). Detecting personality disorders in a nonclinical population. Application of a 2-stage procedure for case identification. *Archives of General Psychiatry*, 54, 345-351.

Millon, T., & Martinez, A. (1995). Avoidant personality disorder. In W. J. Livesley (Ed.), *The DSM-IV personality disorders* (pp. 218-233). New York: Guilford Press.

Moran, P. (2002). The Epidemiology of Personality Disorders. *Psychiatry*, 1(1), 8-11.

Moran, P. (2002). *The Prevalence and One-Year Outcome of Personality Disorder in Primary Care* (MD thesis), London University, London.

Moran, P. (2004). Personality disorder in the community. *Psychiatry*, 3 (10), 63-66.

Moran, P. (2005). Developments in the epidemiological study of personality disorders. *Psychiatry*, 4 (3), 4-7.

Moran, P., Coffey, C., Mann, A., Carlin, J., & Patton, G. (2006). Dimensional characteristics of DSM-IV Personality disorders in a large epidemiological sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 13, 233-236.

- Moran, P., & Hodgins, S. (2004). The correlates of comorbid antisocial personality disorder in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 30 (4), 791-802.
- Moran, P., Jenkins, R., Tylee, A., Blizard, R., & Mann, A. (2000). The Prevalence of Personality Disorder amongst UK Primary Care Attenders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 1-6.
- Moran, P., Klinteberg, B., Batty, D., & Vågerö, D. (2009). Childhood intelligence predicts hospitalisation with personality disorders in adulthood: Evidence from a population-based study in Sweden. *Journal of Personality Disorders*, 23(5), 535–540
- Moran, P., Walsh, E., Tyrer P., Burns, T., Creed, F., & Fahy, T. (2003). The impact of comorbid personality disorder on violence in psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 182, 129-134.
- Moran, P., Jenkins, R., Tylee, A., Blizard, R. & Mann, A. (2000). The prevalence of personality disorders among UK primary care attenders. *Acta Psychiatry Scandinavia*, 102, 52–7.
- Narud, K., Mykletun, A., & Dahl, A. (2005). Quality of life in patients with personality disorders seen at an ordinary psychiatric outpatient clinic. *BioMedical Central Psychiatry*, 5 (10), 1-12.
- Pinto Gouveia, J., Matos, A. P., Rijo, D., Castilho, P., & Salvador, M. C. (1999). *Entrevista Clínica Estruturada para os Distúrbios de Personalidade do Eixo II do DSM-IV* (Versão portuguesa autorizada). Não publicado.
- Pinto Gouveia, J., Matos, A. P., Rijo, D., Castilho, P., & Salvador, M. C. (1999). *Questionário de Personalidade da SCID II* (Versão portuguesa autorizada). Não publicado.
- Porcelli, J., & Huprich, S. (2007). Approach to personality disorders in primary care. *Hospital Physician*, 43, 3-11.
- Reich, J.H. & Vasile, R.G. (1993). Effect of personality disorders on the treatment outcome of axis I conditions: an update. *The Journal of Nervous and mental Disease*, 181, 475–484.
- Reich, J., Boerstler, H., Yates, W. & Nduaguba, M. (1989). Utilization of medical resources in persons with DSM-III personality disorders in a community sample. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 19, 1–9.
- Rendu, A., Moran, P., Patel, A., Knapp, M., & Mann, A. (2002). Economic impact of personality disorders in UK primary care attenders. *British Journal Psychiatry*, 181, 62–66.
- Reichborn, T., Lzaj, K., Czajkowski, N., Torgersen, S., Neale, C., Ørstavik, E., Tambs, K., & Kendler, S. (2007). The relationship between avoidant personality disorder and social phobia: a population-based twin study. *American Journal of Psychiatry*, 164(11), 1722-1728.
- Rijo, D. (2009). *Esquemas mal-adaptativos precoces. Validação do conceito e dos métodos de avaliação* (Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental) Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Samuels, J., Eaton, W., Bienvenu, J., Brown, H., Costa, T., & Nestadt, G. (2002). Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 180, 536-542.
- Schilling, R. (1999). Patients with personality disorders: functional status, health care utilization, and satisfaction with care. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29, 63–74.

- Schneidt, K. S. (2000). Borderline personality disorder in primary care: recognizing signs and symptoms. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, *13*, 19-39.
- Skodol, E., Pagano, E., Bender, S., Shea, T., Gunderson, G., Yen, S., Stout, L., Morey, C., Sanislow, A., Grilo, M., Zanarini, C., & McGlashan, H. (2005). Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant or obsessive-compulsive personality disorder over two years. *Psychological Medicine Journal*, *35*(3), 443-451.
- SPSS statistics 19.0 core system user's guide. Copyright SPSS inc. 1989, 2010. Chicago.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, *58*, 590-596.
- Tyrer, P. (1995). Are personality disorders well classified in DSM-IV? In W.J. Livesley (Ed.), *The DSM-IV personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- Tryer, P., Thompson, S., Schmit, U., et al. (2003). Randomised controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recruitment delibrant self-harm. The Popmact study. *Psychological Medicine*, *33*, 969-976.
- Tryer, P., & Batem, A.N. (2004). Drug treatment for Personality Disorders. *Advances in Psychiatric Treatment*, *10*, 389-398.
- World Health Organization (2000). *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*. Geneva: World Health Organization.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy. A practioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Zanarini, C., Frankenburg, R., Hennen, J., Hennen J., Reich D., & Silk R. (2006). Prediction on the 10-year course borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 827-832.
- Zimmerman, M. (1994). Diagnosing personality disorders: A review of issues and research methods. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 225-245.

Apêndice 2
Proposta de comunicação oral (*Abstract*)

Personality Disorders in Primary Health Care Attenders: Prevalence rates and comorbidity with symptomatic psychopathology

Introduction: Data on the prevalence of personality disorders, psychopathological comorbidity, quality of relationship with health care professionals, are essential aspects of mental health policies in primary health care. However, are rarely targets of study or clinical intervention.

Objectives: The objective is to determine the prevalence rate of personality disorders among a sample of Portuguese primary health care attenders. Associations between a diagnosis of personality disorder, symptomatic severity of psychopathology, sociodemographic background, attenders quality of life, and quality of the relationship between doctor-attender.

Methods: Carried out comparative and descriptive analyses, in order to obtain information on the characterization of personality disorders in a sample of 184 individuals (24.5% male, 75.5% female).

There have been described comparative analysis with the aim of characterizing personality disorders in the sample, and multivariate analysis to test hypotheses of association between personality pathology on the one hand, and intensity of symptomatic disease, quality of life and quality the doctor-patient relationship, on the other.

Results: Personality disorders were diagnosed in 52.7% of the sample. "Cluster B" personality disorders were the most common (21:14%). The most prevalent personality disorder was the borderline type (14.13%), followed by avoidant (8.70%), paranoid (5.98%) and obsessive-compulsive disorders (5.98%). Men had higher prevalence rates (66.7%). The worse quality of the relationship between doctors and patients were in Cluster "A and B". Subjects with personality disorder have higher severity of Axis I psychopathology, higher attendance to primary health services, and worse quality of life.

Conclusion: The high overall prevalence of personality disorders found in our study suggests the careful assessment in terms of mental health in primary health care, will allow the appropriate treatment of these patients, as well as prevent recurrence of the excessive query general and family medicine psychotropic, would certainly contribute to a better cost-efficient service of the Portuguese National Health System.

