

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Farmácia

Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica

Patrícia de Castro Fajardo

**AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE POR PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA QUE
UTILIZAM ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS**

Belo Horizonte

2023

Patrícia de Castro Fajardo

**AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE POR PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA QUE
UTILIZAM ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestra em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Área de concentração: Assistência Farmacêutica

Orientador: Prof. Dr. Helian Nunes de Oliveira

Coorientadores: Dra. Cristina Mariano Ruas

Dra. Edna Afonso Reis

Belo Horizonte

2023

F175a Fajardo, Patrícia de Castro.
Autopercepção de saúde por pacientes com esquizofrenia que utilizam antipsicóticos atípicos [recurso eletrônico] / Patrícia de Castro Fajardo. – 2023.
1 recurso eletrônico (76 f. : il.) : pdf

Orientador: Helian Nunes de Oliveira.
Coorientadoras: Cristina Mariano Ruas.
Edna Afonso Reis.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Exigências do sistema: Adobe Acrobat Reader.

1. Autopercepção – Teses. 2. Autoavaliação – Teses. 3. Esquizofrenia – Teses. 4. Doenças mentais – Teses. 5. Antipsicóticos – Teses. I. Oliveira, Helian Nunes de. II. Ruas, Cristina Mariano. III. Reis, Edna Afonso. IV. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia. V. Título.

CDD: 616.89



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

FOLHA DE APROVAÇÃO

AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE POR PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA QUE UTILIZAM ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS

PATRÍCIA DE CASTRO FAJARDO

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, área de concentração MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.

Aprovada em 07 de dezembro de 2023, pela banca constituída pelos membros:

Helian Nunes de Oliveira - Orientador (Faculdade de Medicina - UFMG)
Cristina Mariano Ruas - Coorientadora (FAFAR-UFMG)
Edna Afonso Reis - Coorientadora (ICEX-UFMG)
Sarah Nascimento Silva (Ministério da Saúde/MS)
Juliana Alvares Teodoro (FAFAR-UFMG)



Documento assinado eletronicamente por **Cristina Mariano Ruas, Professor(a)**, em 13/12/2023, às 16:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Edna Afonso Reis, Professora do Magistério Superior**, em 13/12/2023, às 16:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Juliana Alvares Teodoro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 13/12/2023, às 19:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Helian Nunes de Oliveira, Professor(a)**, em 13/12/2023, às 19:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sarah Nascimento Silva, Usuário Externo**, em 18/12/2023, às 14:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2860046** e o código CRC **ED7671C6**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à Deus, por iluminar o meu caminho e me permitir chegar até aqui. À Nossa Senhora, por ser presença constante em minha vida.

A meus pais Iza e Teófilo, por me ensinarem a importância dos estudos.

À minha irmã Paula pelo incentivo e abrigo, ao meu marido Fabrício e meus filhos Bernardo e Julia pelo apoio e paciência.

A meu orientador Helian, pelos ensinamentos e por não me deixar desistir. A Cristina e Edna, minhas coorientadoras, agradeço pela força, carinho e por todo conhecimento que me foi transmitido.

Aos meus colegas de trabalho por entenderem a minha ausência em certos momentos.

E a todos que de alguma forma participaram dessa jornada.

Muito obrigada!

RESUMO

Introdução: A autopercepção de saúde é uma avaliação global do estado de saúde, podendo ser feita objetivamente como ausência ou presença de doença e subjetivamente pela autopercepção (ou autoavaliação) de saúde, sendo relacionada a diversos aspectos multidimensionais, cujo principal ponto baseia-se no conceito de saúde construído pelo próprio indivíduo. A esquizofrenia é uma doença mental grave, crônica, muitas vezes estigmatizante, onde os pacientes são marginalizados e geralmente não são ouvidos pela sociedade. Assim, entender como esses pacientes percebem sua saúde pode ajudar a melhorar as ações que são destinadas a esses indivíduos. **Objetivo:** Avaliar a autopercepção de saúde e identificar os fatores associados nos indivíduos em uso de antipsicóticos atípicos usuários de uma Farmácia do Componente Especializado do SUS. **Métodos:** Estudo transversal, baseado no recorte de percepção de saúde do projeto Schizophrenia Economics and Effectiveness Assessment (SCHEEA) da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil. A autoavaliação de saúde, obtida pela pergunta “Como está sua saúde hoje?”, foi analisada em relação aos aspectos sociodemográficos, clínicos e de hábitos de vida, sendo realizada análise univariada, bivariada e regressão logística. **Resultados:** Dos 447 entrevistados, 404 responderam à questão sobre percepção de saúde, sendo que esta foi positiva para 69,1%. Na análise bivariada houve associação estatisticamente significativa da autopercepção de saúde com sexo, cor da pele, escolaridade, renda per capita, trabalho, número de filhos, prática de atividade física, religião, apoio familiar, diabetes, uso de antipsicóticos, mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal estar, ansiedade/depressão. O modelo de regressão logística multivariado mostrou que a chance de autopercepção de saúde positiva aumentou em 54,9% se o paciente fosse do sexo masculino, 68,3% se o paciente tivesse ensino superior e pós-graduação, 117,5 % se o paciente tivesse alguma religião, 217,57% se tivesse o apoio da família. E reduziu em 39,9% se o paciente tivesse cor de pele preta ou parda, 48,5% se o paciente tivesse diabetes, 56,94% se o paciente sentisse dor ou mal-estar. **Conclusão:** Este trabalho apresentou uma prevalência maior de autopercepção positiva de saúde entre pacientes com esquizofrenia, que pode ser explicado pelo uso adequado dos medicamentos, uma vez que, a maioria dos pacientes relataram buscar seus

medicamentos há mais de 5 anos na Farmácia do CEAF. Porém mais estudos devem ser elaborados, para confirmar essa associação.

Palavras-chave: autopercepção de saúde; esquizofrenia; antipsicóticos atípicos.

ABSTRACT

Introduction: Self-perception of health is a global assessment of health status, which can be done objectively as the absence or presence of disease and subjectively through self-perception (or self-assessment) of health, being related to several multidimensional aspects, the main point of which is based on the concept of health constructed by the individual himself. Schizophrenia is a serious, chronic, often stigmatizing mental illness where patients are marginalized and generally not heard by society. Therefore, understanding how these patients perceive their health can help improve actions aimed at these individuals. **Objective:** To evaluate self-perceived health and identify associated factors in individuals using atypical antipsychotics and using a Pharmacy in the Specialized Component of the SUS. **Methods:** Cross-sectional study, based on the health perception profile of the Schizophrenia Economics and Effectiveness Assessment (SCHEEA) project at the Federal University of Minas Gerais, Brazil. Self-rated health, obtained by the question "How is your health today?", was analyzed in relation to sociodemographic, clinical and lifestyle aspects, with univariate, bivariate and logistic regression analyses. **Results:** Of the 447 interviewees, 404 answered the question about health perception, which was positive for 69.1%. In the bivariate analysis, there was a statistically significant association between self-perceived health and gender, skin color, education, per capita income, work, number of children, physical activity, religion, family support, diabetes, use of antipsychotics, mobility, personal care, usual activities, pain/malaise, anxiety/depression. The multivariate logistic regression model showed that the chance of positive self-perception of health increased by 54.9% if the patient was male, 68.3% if the patient had higher education and postgraduate education, 117.5% if the patient had some religion, 217.57% if they had family support. And it reduced by 39.9% if the patient had black or brown skin color, 48.5% if the patient had diabetes, 56.94% if the patient felt pain or discomfort. **Conclusion:** This study showed a higher prevalence of positive self-perception of health among patients with schizophrenia, which can be explained by the appropriate use of medications, since the majority of patients reported getting their medications for more than 5 years at the CEAF Pharmacy.

Keywords: self-perception of health; schizophrenia; atypical antipsychotics.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AR	Artrite reumatoide
AF	Assistência Farmacêutica
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CID-10	Código Internacional de Doenças
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EVA	Escala Visual Analógica
FRCM	Fatores de riscos cardiometabólicos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LES	Lúpus Eritematoso Sistêmico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCDT	Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SCHEEA	Schizophrenia Economics and Effectiveness Assessment
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	12
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	15
2.1	Autopercepção em saúde.....	15
2.2	Esquizofrenia.....	23
2.3	Assistência à saúde mental.....	24
2.4	Tratamento medicamentoso.....	26
3	OBJETIVOS.....	28
3.1	Objetivo geral.....	28
3.2	Objetivos específicos.....	28
4	MÉTODOS.....	29
4.1	Delineamento do estudo.....	29
4.2	Projeto Scheea.....	29
4.3	Variáveis.....	30
4.4	Análise estatística.....	32
4.5	Aspectos éticos.....	32
5	ARTIGO DE RESULTADOS.....	33
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
	REFERÊNCIAS.....	51
	APÊNDICES.....	58
	Apêndice A - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	58
	Apêndice B - Formulário de registro do paciente.....	59
	Apêndice C - Formulário de coleta de dados.....	61
	ANEXOS.....	76
	Anexo I - Escala visual analógica.....	76

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A autopercepção de saúde é um importante indicador de saúde da população (DONG *et al.*, 2017), sendo considerada um melhor preditor de mortalidade do que medidas objetivas do estado de saúde, pois prediz consistentemente como o declínio funcional pode influenciar a frequência de procura por serviços de saúde e a aceitação de planos de tratamento (ILDER, 1997). A esquizofrenia é uma doença mental crônica, muitas vezes estigmatizante, para a qual não existem marcadores clínicos e ou bioquímicos bem estabelecidos. Dessa forma, os resultados relatados pelo paciente podem ter potencial na avaliação do impacto da doença e de seu tratamento nos desfechos relacionados à saúde (LODIN *et al.*, 2017).

A avaliação do estado de saúde pode ser feita objetivamente, como ausência ou presença de doença e subjetivamente, pela autopercepção (ou autoavaliação) de saúde, sendo relacionada a aspectos multidimensionais, cujo principal ponto baseia-se no conceito de saúde construído pelo próprio indivíduo (AZEVEDO *et al.*, 2012). Determina como os indivíduos avaliam seu estado geral de saúde por meio de uma questão, que apesar de sua brevidade, fornece informações adicionais àquelas obtidas de outras fontes, incluindo exames médicos (LODIN *et al.*, 2017).

A autopercepção de saúde pode demonstrar também a influência das observações individuais, das necessidades do indivíduo sobre a sua vida, rotina, relações, como as relacionadas com o serviço de saúde. Ao entender o ponto de vista do sujeito, é possível oferecer uma atenção qualificada para as suas reais demandas (SAVASSI, 2010). O uso de resultados de percepção de saúde relatados de forma direta pelo paciente sem interpretação da resposta por um médico ou qualquer outra pessoa, traz informações importantes a respeito da efetividade do tratamento e sobrevida do paciente (LODIN *et al.*, 2017).

A autoavaliação de saúde tem sido utilizada em estudos populacionais como a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). No ano de 2019, das 159,1 milhões de pessoas com 18 anos ou mais de idade, 66,1% autoavaliaram sua saúde como boa ou muito boa, sendo o resultado similar ao de 2013 (66,2%) (BRASIL, 2020).

A esquizofrenia é uma psicopatologia complexa caracterizada por distorções de pensamento, autopercepção e realidade externa, incluindo eco, imposição, disseminação ou roubo do pensamento, com percepções delirantes de controle e influência, alucinações auditivas, distúrbios do pensamento e sintomas negativos (IACOPONI,1999). A etiologia é desconhecida, porém, há fortes evidências de algum componente genético e ambiental. Os sintomas da esquizofrenia geralmente começam na adolescência ou no início da idade adulta (VALLADA; BUSATTO, 1996).

A prevalência mundial aproximada para a esquizofrenia e suas variantes está na ordem de 1% (MARI; LEITÃO, 2000). Sendo que nas últimas décadas, evidências mostraram que a distribuição e o curso da doença na esquizofrenia diferem consideravelmente entre os sexos. Em comparação com as mulheres, os homens tendem a ter uma idade de início mais precoce, pior funcionamento pré-mórbido, sintomas negativos mais graves e uma frequência elevada de abuso de álcool e drogas (GIODANO *et al.*, 2021). A maior incidência está em uma parcela importante da população economicamente ativa (SOUZA; COUTINHO, 2006). No Brasil, foram encontradas prevalências de 0,3%-2,4% da população para psicose em geral em um estudo de 1992 realizado em três capitais brasileiras (BRASIL,2013). De acordo com Theme-Filha *et al.* (2005), no ano 2004, 3,4% do total de internações nos serviços do SUS, entre indivíduos com mais de 20 anos, foi causada por transtornos mentais, enquanto a esquizofrenia foi a principal causa para essas internações (43,0%).

No Brasil, os medicamentos para o tratamento da esquizofrenia estão disponíveis à população pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tanto na atenção primária, quanto na atenção secundária. De acordo com o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica (PCDT) para o tratamento da esquizofrenia são disponibilizados os medicamentos haloperidol e clorpromazina, geridos pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) e os medicamentos risperidona, ziprasidona, olanzapina, quetiapina e clozapina, pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Segundo esse protocolo os medicamentos apresentam eficácias comparáveis, com exceção da clozapina, que é reservada para casos de refratariedade do tratamento (BRASIL, 2022).

O uso prolongado de antipsicóticos geralmente pode causar efeitos adversos. Entre os efeitos primários causados pelos antipsicóticos típicos estão os efeitos motores extrapiramidais, desde o parkinsonismo até os mais permanentes, como a discinesia tardia. Os antipsicóticos atípicos surgiram para evitar os efeitos extrapiramidais e melhorar os sintomas negativos da esquizofrenia. Porém, os antipsicóticos atípicos apresentam outro problema a longo prazo: os efeitos metabólicos (VERAS, 2022).

Pacientes com esquizofrenia sofrem com o estigma da doença, além de conviverem com efeitos adversos dos medicamentos, dentre eles eventos cardiovasculares e metabólicos que aumentam o risco de morte. Dessa forma, entender como esses pacientes percebem sua saúde pode ajudar a melhorar as ações que são destinadas a esses indivíduos.

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar os fatores associados à percepção de saúde em indivíduos com esquizofrenia em uso de antipsicóticos atípicos disponibilizados pela farmácia do CEAF do SUS.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Autopercepção em saúde

A percepção de saúde é uma avaliação global de saúde com base em uma análise dos aspectos objetivos e subjetivos de cada indivíduo (BEZERRA *et al.*, 2011). A subjetividade refere-se ao modo como as pessoas se sentem (NERI, 2007). A percepção precária da própria saúde pode ser vista como resultado de sentimentos provocados pelo mal-estar, dor ou desconforto, em interação com os fatores sociais, culturais, psicológicos e ambientais que modificam a maneira como a vida da pessoa é afetada pelo problema experimentado (BEZERRA *et al.*, 2011).

Não foram encontrados estudos que abordassem a percepção de saúde em esquizofrenia. Assim, foi realizada uma busca nas bases do Medline, SciELO e posteriormente no Google Scholar priorizando estudos que utilizaram a autopercepção de saúde como desfecho principal com o objetivo de exemplificar o método utilizado. A autopercepção de saúde descrita nos estudos tem sido utilizada como indicador válido de qualidade de vida, de morbidade e da funcionalidade, podendo ser considerado um preditor de mortalidade (QUADRO 1).

Estudo realizado por Katz *et al* (2009), analisou dados de três estudos longitudinais de adultos com condições crônicas de saúde, artrite reumatoide (AR), lúpus eritematoso sistêmico (LES) e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), no total de 1821 participantes, verificando o papel das atividades de vida valorizadas, a ampla gama de atividades consideradas importantes para os indivíduos, nas avaliações de percepção de saúde. Em cada grupo a deficiência de atividades de vida valorizadas foi fortemente associada à saúde regular/ruim (KATZ *et al.*, 2009). Chung e colaboradores em 2014, analisou os dados da Quarta Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição da Coreia de 2007 a 2009, com 9.104 indivíduos com o objetivo de investigar as características da síndrome de sobreposição, a qual compartilha características tanto da asma quanto da doença pulmonar obstrutiva crônica e seu efeito na autoavaliação da saúde. Em comparação com indivíduos com obstrução das vias aéreas e sem sibilância, os indivíduos dos grupos de asma e síndrome de sobreposição apresentaram uma pior avaliação de saúde (CHUNG *et al.*, 2014).

Em um estudo realizado em Xangai, dentre os 2001 idosos entrevistados, 40,0% relataram seu estado de saúde como bom. Os principais determinantes para a autoavaliação de saúde incluíram condições de vida, comportamento de risco à saúde, apoio social e situação econômica do bairro (DONG *et al.*, 2017).

Lodin *et al* em 2017, investigaram o comportamento da doença e marcadores inflamatórios específicos da asma como determinantes da autoavaliação da saúde em pacientes da atenção primária com asma alérgica crônica na Suécia com 181 participantes. A autoavaliação de saúde ruim associou-se a um comportamento de doença mais pronunciado, e uma piora no comportamento de doença foi associada a uma piora da autoavaliação de saúde ao longo do tempo (LODIN *et al.*, 2017).

Lara-Cinisomo *et al* em 2018 nos Estados Unidos, testou a associação entre depressão pré-natal e diabetes usando dados de mulheres latinas e explorou se essas condições de saúde estavam associadas à autoavaliação de saúde. Houve uma diferença significativa entre a autoavaliação de saúde antes da gravidez para a gravidez, com piores avaliações relatadas durante a gravidez. Além disso, mulheres com depressão pré-natal ou diabetes relataram pior avaliação de saúde (LARA-CINISOMO *et al.*, 2018).

Estudo realizado em Pelotas, RS, avaliou a autopercepção de saúde entre os usuários da atenção básica. Dentre os 1246 adultos e idosos observou-se prevalência de autopercepção negativa da saúde em 41,6% dos entrevistados. Maior proporção de autopercepção negativa de saúde foi relatada pelas mulheres, indivíduos sem atividade laboral, que referiram diagnóstico de três ou mais doenças crônicas não transmissíveis, que estavam em insegurança alimentar e não praticavam atividade física (LINDEMANN *et al.*, 2019).

Odoh *et al* em 2019, examinaram a associação entre alfabetização em saúde e autoavaliação da saúde entre uma amostra de 575 adultos sem-teto em Oklahoma. Indivíduos sem-teto alfabetizados em saúde relataram melhor autoavaliação em

saúde em comparação com aqueles que se sentiram um pouco/pouco/nada confiantes em preencher formulários médicos sozinhos. As mulheres, pessoas com diagnóstico de diabetes, pressão alta e colesterol elevado apresentaram uma chance menor de classificar a saúde como boa/muito boa/excelente (ODOH *et al.*, 2019).

Em 2021, Gomes *et al.*, utilizou dados da Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013 que constituiu uma amostra ponderada de 11,8 milhões de idosos residentes no Brasil com o objetivo de analisar os determinantes demográficos e socioeconômicos que podem influenciar na autopercepção positiva da saúde. Os resultados mostram que tanto para homens quanto para mulheres, que se autodeclararam brancos, não possuem doenças crônicas ou incapacidades funcionais, possuem um estilo de vida mais saudável e maior escolaridade contribuem para ter uma melhor percepção de saúde (GOMES *et al.*, 2021).

Ferreira *et al.*, 2022, avaliou a prevalência e os fatores individuais e contextuais associados à autoavaliação de saúde ruim entre pacientes com Doença de Chagas de uma região endêmica do Brasil. O estudo incluiu 1.513 pacientes com Doença de Chagas, onde 335 (22,1%) apresentaram autoavaliação de saúde ruim (FERREIRA *et al.*, 2022). Estudo realizado por Umeh (2022) examinou a autoavaliação de saúde em adultos com diabetes tipo 2 em relação à multimorbidade, glicemia e peso corporal a partir dos dados extraídos da Pesquisa de Saúde da Inglaterra de 2017. De acordo com os resultados, pacientes com multimorbidade eram mais propensos a ver sua saúde como 'regular/ruim/muito ruim' em comparação com aqueles sem multimorbidade (UMEH, 2022).

O impacto de doenças incapacitantes sobre a percepção de saúde é consideravelmente marcante e complexo. Os transtornos mentais são considerados os mais incapacitantes do mundo (WHO, 2001). Desta forma, a avaliação da percepção de saúde tem grande relevância para estes pacientes, pois possibilita determinar não apenas a diminuição dos sintomas da doença como também outros fatores relacionados à vida do indivíduo (DE ALMEIDA, 2020).

Quadro 1: Revisão sobre a metodologia utilizada nos estudos de autopercepção de saúde publicados até 2022.

AUTOR (ANO)	EVENTO ESTUDADO	METODOLOGIA	AMOSTRA	VARIÁVEIS UTILIZADAS NA ANÁLISE	RESULTADOS PRINCIPAIS	LIMITAÇÕES
Katz <i>et al</i> (2009)	Examinar o papel das atividades de vida valorizadas, nas autoavaliações de indivíduos com Artrite reumatoide, Lúpus eritematoso sistêmico e DPOC	Avaliada a saúde em quatro pontos (excelente, bom, regular ou ruim; AR) ou cinco pontos (excelente, muito bom, bom, regular ou ruim; LES e DPOC)	Dados de 3 estudos diferentes: AR n=441 LES n= 795 DPOC n=585	Características sociodemográficas fatores de saúde gerais e específicos da doença e medidas gerais de funcionamento físico	Porções substanciais de cada grupo classificaram sua saúde como regular/ruim (RA 37%, LES 47%, DPOC 40%)	
Chung <i>et al</i> (2014)	Investigar o impacto da Síndrome de sobreposição (DPOC e asma) na autoavaliação de Saúde	Percepção de saúde: avaliada com a seguinte pergunta: "Você diria que seu estado geral de saúde é - excelente, muito bom, bom, regular ou ruim?" Regressão logística múltipla	9104 indivíduos	Sexo, idade, histórico de tabagismo, status socioeconômico, DPOC, asma, Síndrome de sobreposição, IMC, espirometria.	Síndrome de sobreposição e asma foram independentemente associados com pior avaliação de saúde	A pesquisa não foi projetada apenas para doenças das vias aéreas e a espirometria não foi realizada em todos. Resultou em viés de seleção

Dong <i>et al</i> (2017)	Autopercepção de saúde entre idosos de Xangai	Questionário com a pergunta sobre autopercepção de saúde categorizada em 5 níveis: muito bom, razoavelmente bom, médio, bastante ruim, ou ruim.	2001 idosos	Local de residência, sexo, faixa etária, e escolaridade. Comportamentos de risco para saúde, apoio social, estado de saúde física, mental e atividades de vida diária	Idade mais jovem, sexo masculino e morando na periferia tiveram melhores pontuações na percepção de saúde.	
Lodin <i>et al</i> (2017)	Autoavaliação da saúde em pacientes com Asma	A saúde subjetiva foi medida em todas as consultas por meio da pergunta "Como você classificaria seu estado geral de saúde?". As alternativas de resposta foram: muito bom (codificado com 1), bastante bom (2), nem bom nem ruim (3), muito ruim (4) e ruim (5).	181 pacientes	Marcadores inflamatórios, FENO, IgE, S-ECP e P-EDN. Comportamento da doença: energia, sono, condicionamento físico, apetite e memória	A autoavaliação de saúde ruim foi associada a níveis elevados de IgE sazonal ($p = 0,05$) e IgE alimentar ($p = 0,04$), mas não IgE total ou marcadores inflamatórios. A autoavaliação de saúde ruim foi associada a um comportamento de doença mais pronunciado.	

Lara-Cinisomo <i>et al</i> (2018)	Associação entre Depressão pós parto, diabetes e autoavaliação de saúde em mulheres latinas	Escala de depressão, histórico médico auto relatado. E avaliação da percepção de saúde através da pergunta: Como você descreve o estado de sua saúde anterior a gravidez? E durante a gravidez. Uso de escala Likert (ruim a excelente) Regressão logística binária	34 mulheres	Status de imigrante, estado civil, nível de educação, emprego, renda familiar, diabetes, depressão, uso de medicamentos	23,5% avaliaram a saúde antes da gravidez como regular ou ruim, 41,2% avaliaram durante a gravidez.	Amostra pequena
Lindeman <i>et al</i> (2019)	Autopercepção negativa de saúde entre usuários da Atenção Primária à Saúde, adultos e idosos.	Nesta análise foi considerada como variável dependente a autopercepção negativa da saúde, gerada a partir das respostas regular e ruim à pergunta Como o (a) Sr.(a) considera o seu estado de saúde?	1246 participantes	Variáveis demográficas e socioeconômicas, situação de saúde, acesso à informação sobre saúde	A autopercepção negativa da saúde foi referida por 41,6% dos entrevistados. Maior proporção, de autopercepção negativa para mulheres, pessoas que não trabalhavam e com diagnóstico de três ou mais doenças crônicas	

Odoh <i>et al</i> (2019)	Alfabetização em saúde e autoavaliação da saúde entre adultos em situação de rua	A autoavaliação da saúde foi avaliada com a leitura de um único item: "Você diria que sua saúde em geral é..." com cinco opções de resposta: 1 = Excelente; 2 = Muito bom; 3 = Bom; 4 = Justo; e 5 = Pobre; Análise descritiva, regressão logística binária	575 indivíduos moradores de rua	Alfabetização em saúde e autoavaliação de saúde. Idade, status social subjetivo, escolaridade, sexo, renda atual, emprego, benefício da previdência, diabetes, hipertensão, colesterol	Os moradores de rua alfabetizados em saúde tiveram maiores chances de endossar a autoavaliação de saúde boa/muito boa/excelente em comparação com aqueles com pouco/um pouco/nada confiantes no preenchimento de formulários médicos.	
Gomes <i>et al</i> (2021)	Analisar os determinantes demográficos e socioeconômicos que podem influenciar a autopercepção positiva de saúde de idosos no Brasil.	Variável dependente autoavaliação da saúde, respondida pela questão: Como você avalia sua saúde? As respostas foram agregadas em duas categorias: (1) positivo - muito bom, bom; (0) negativo - ruim e muito ruim Regressão logística binária	11,8 milhões de idosos residentes no Brasil	Características sócio demográficas, estilo de vida e aspectos de saúde	Branços, sem doenças crônicas ou incapacidades funcionais, que possuem um estilo de vida mais saudável e níveis de escolaridade mais elevados possuem chances de uma melhor percepção de saúde.	

Ferreira et al (2022)	Autoavaliação de saúde ruim em pacientes com Doença de Chagas	Entrevista com a pergunta: "Como você classificaria sua saúde hoje?", posteriormente dicotomizado em "Ruim" (ruim e muito ruim) vs. "Bom" (bom, muito bom, e média) Regressão logística multinível análise descritiva e bivariada	1513 participantes	Características sócio-demográficas, Comportamento pessoal em relação à saúde, uso do serviço de saúde, compreensão da situação de saúde e tratamento da Doença de Chagas	Este estudo mostrou prevalência de autoavaliação de saúde ruim superior a 22% entre os indivíduos com Doença de Chagas investigados.	
Umeh (2022)	Auto percepção de saúde e comorbidades no Diabetes II	Dados de pesquisa nacional, avaliou a percepção de saúde: 'muito ruim' (0), 'ruim' (1), 'regular' (2), 'bom' (3) e 'muito bom' (4)	280 adultos	Idade, sexo, comorbidades, HbA1c, IMC	Pacientes com multimorbidades apresentam pior autoavaliação de saúde	

2.2 Esquizofrenia

A esquizofrenia é um transtorno mental grave, que afeta cerca de 23 milhões de pessoas em todo o mundo. Está entre uma das dez doenças mais incapacitantes e é a terceira causa de perda da qualidade de vida entre os 15 e 44 anos, considerando-se todas as enfermidades (WHO, 2007). No Brasil afeta cerca de 1,6 milhões de pessoas que, além da patologia, convivem também com o preconceito. A falta de informação causa a piora do quadro, pois dentre os sintomas comuns está o desafio de se socializar, o que gera sentimento de negação e pode até levar a crises longas e severas (OMS, 2021).

A esquizofrenia e os denominados transtornos esquizofrênicos constituem um grupo de distúrbios sem sintomas patognomônicos, mas caracterizados por distorções do pensamento e da percepção, por inadequação e embotamento do afeto sem prejuízo da capacidade intelectual (embora ao longo do tempo possam aparecer prejuízos cognitivos) (APA, 2000). Esta doença está associada ao aumento da mortalidade, com uma expectativa de vida mais curta e taxa de mortalidade padronizada duas a quatro vezes maiores que a da população em geral (APA, 2019).

A esquizofrenia é de origem multifatorial sendo que os fatores genéticos e ambientais parecem estar associados a um aumento no risco de desenvolver a doença. Possuir um familiar próximo com esquizofrenia é o fator de risco mais consistente e significativo para o desenvolvimento da doença (SILVA, 2006). De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), para o diagnóstico, o paciente deve relatar a presença de pelo menos dois sintomas, como delírios, alucinações, fala ou comportamento desorganizado e sintomas negativos (embotamento afetivo, pobreza discursiva, anedonia, insociabilidade) por um espaço significativo de tempo durante o período de um mês (APA, 2013).

Os primeiros sinais e sintomas aparecem mais comumente durante a adolescência ou início da idade adulta. Apesar de poder surgir de forma abrupta, o quadro mais frequente se inicia de maneira insidiosa. Sintomas pouco específicos, incluindo perda de energia, iniciativa e interesses, humor depressivo, isolamento, comportamento inadequado, negligência com a aparência pessoal e higiene, podem surgir e

permanecer por algumas semanas ou até meses antes do aparecimento de sintomas mais característicos da doença. Familiares e amigos em geral percebem mudanças no comportamento do paciente, nas suas atividades pessoais, contato social e desempenho no trabalho e/ou escola (VALLADA & BUSATTO, 1996).

2.3 Assistência à saúde mental

Até o início da década de cinquenta, os recursos de que se dispunha para tratar os pacientes com esquizofrenia eram muito limitados e a principal proposta era confinar em grandes hospitais e asilos (SILVA, 2006). O fator principal dessa mudança foi a introdução dos medicamentos antipsicóticos. A utilização da clorpromazina, primeiro antipsicótico, resultou em melhora considerável para muitos pacientes, que puderam até mesmo retornar ao convívio social (SILVA, 2006). O número de leitos dedicados a pacientes crônicos passou a diminuir a partir da década de 1950, nos países mais desenvolvidos. Onde, o uso do tratamento farmacológico abriu portas para intervenções sociais e psicológicas, que trazem benefício adicional ao paciente (GRAEFF; GUIMARÃES, 1999).

O tratamento de pacientes com esquizofrenia anteriormente baseado no modelo hospitalocêntrico, onde os pacientes eram retirados do ambiente familiar, passou a partir da década de 1960, na Itália, por uma revolução com as práticas do psiquiatra Franco Basaglia, desenvolvendo uma abordagem de reinserção territorial e cultural do paciente na comunidade, ao invés de isolá-lo num manicômio com vigilância ininterrupta, choques elétricos e camisa de força (FERREIRA *et al*, 2013). Devido aos resultados positivos que alcançou na Itália, a abordagem de Basaglia passou a ser recomendada pela Organização Mundial de Saúde (FERREIRA *et al*, 2013).

No Brasil, a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica e o Movimento pela Luta Antimanicomial possibilitaram mudanças profundas na assistência ao sofrimento mental grave, começando por restituir aos sujeitos o direito de viver e tratar-se em liberdade (SANTOS; CASETO, 2022). Porém acarretou um impacto importante no ambiente familiar com uma sobrecarga relacionada às consequências da presença do familiar adoecido, como acúmulo de tarefas, aumento das despesas, fragilidade

das relações interpessoais e as modificações das atividades diárias, bem como a responsabilidade pelos cuidados com o mesmo. (ELOIA *et al.*, 2014).

A Reforma Psiquiátrica foi orientada pelo paradigma psicossocial, o qual possui como foco de sua atenção o ser humano e sua subjetividade, percebe a pessoa em sofrimento psíquico enquanto protagonista no processo de cuidado e não objeto do saber. Ademais, envolve diferentes formas de cuidado, atuação de equipes multiprofissionais e a assistência acontece prioritariamente em serviços abertos de base comunitária (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018). O convívio do paciente com esquizofrenia com a família é essencial e a psicoeducação torna-se fundamental aos mesmos, a fim de trabalhar questões sobre identificação de sinais de alerta para possível recidiva, estratégias de manejo psicossocial de momentos de desorganização de pensamento, estratégias de manejo de intensa alucinação, modos de lidar com situações de estresse, técnicas de solução de conflitos e manejo de episódios de agressividade (CORDIOLI, 2008).

A assistência à Saúde Mental no Brasil está amparada na Lei n. 10.216/2001, que defende a desconstrução dos hospitais psiquiátricos, a criação de serviços comunitários em Saúde Mental e a garantia de direitos às pessoas com problemas mentais. Sua operacionalização está articulada à Portaria n. 3.088/2011 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que corresponde a um conjunto articulado de diferentes pontos de atenção à saúde, instituída para acolher pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. A Rede de Atenção Psicossocial é formada pelos seguintes pontos de atenção: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Atenção Básica, Urgência e Emergência, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e Unidades de Acolhimento (BRASIL, 2011).

Os principais atendimentos em saúde mental são realizados nos CAPS, constituindo-se em um serviço de caráter aberto e comunitário, propondo-se a uma atenção humanizada e centrada no usuário. No combate ao estigma e ao preconceito, o serviço tem como base pensar o território, a comunidade e a rede social dos usuários, fazendo parte da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2015).

2.4 Tratamento medicamentoso

Os antipsicóticos são um dos principais recursos terapêuticos, sendo divididos em típicos e atípicos, com base em sua atividade e afinidade com receptores específicos dos neurotransmissores. Os antipsicóticos convencionais ou típicos agem primariamente bloqueando o receptor de dopamina do tipo II (bloqueadores D2 da dopamina), podendo causar efeitos adversos, particularmente alguns relacionados com cognição e movimentos extrapiramidais (p. ex., distonia, tremor e/ou discinesia tardia). Já os antipsicóticos atípicos bloqueiam os receptores de dopamina de maneira mais seletiva do que os antipsicóticos convencionais, diminuindo a probabilidade de efeitos adversos extrapiramidais (SILVA, 2006).

Segundo a teoria dopaminérgica da esquizofrenia, os sintomas positivos da psicose – delírios, alucinações, incoerência do pensamento, alterações afetivas e psicomotoras – partem de hiperestimulação da atividade de dopamina em receptores D2. Por outro lado, os sintomas negativos, definidos como embotamento afetivo, alogia, abulia-apatia e anedonia, seriam decorrentes de redução na ativação de receptores dopaminérgicos no córtex pré-frontal. Assim, a função dos medicamentos antipsicóticos é reduzir a atividade dopaminérgica no núcleo *accumbens*, para atenuar os sintomas positivos; e intensificar esta atividade no córtex pré-frontal, a fim de atenuar os sintomas negativos (MOREIRA, 2007).

Contudo, são observados efeitos colaterais importantes com o uso crônico de medicamentos, incluindo alterações motoras, tais como bradicinesia e acatisia. (ALVES, 2001). Os antipsicóticos também são conhecidos por favorecerem anormalidades metabólicas, com destaque para obesidade, diabetes e dislipidemia, que aumentam o risco de doenças cardiovasculares, incluindo doença cardíaca coronariana e doença cerebrovascular, associadas ao aumento da morbimortalidade (NEWCOMER, 2009).

Apesar de possuírem diferentes estruturas químicas, os medicamentos antipsicóticos clássicos produzem efeitos farmacológicos bastante semelhantes. Diminuem ou eliminam os sintomas positivos da esquizofrenia, atuando por exemplo na agitação psicomotora dos pacientes, deixando-os menos impulsivos e agressivos. Aliviam

também outros sintomas como delírios, alucinações e desorganização do pensamento (GRAEFF *et al*, 1999).

Segundo STĘPNICKI, 2018 os medicamentos antipsicóticos apresentam limitações que incluem:

- falta de resposta ao tratamento: cerca de 30% dos pacientes não respondem e são classificados como “resistentes ao tratamento”;
- baixa eficácia no controle dos sintomas negativos (isolamento social, embotamento emocional) e disfunções cognitivas;
- efeitos extrapiramidais, sedativos e endócrinos que podem limitar a adesão do paciente;
- diminuição da sobrevida por meio de efeitos cardíacos.

De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (APA) os pacientes devem ser tratados com antipsicóticos e monitorados em termos de eficácia e efeitos colaterais. Mesmo depois de os sintomas melhorarem, o tratamento com antipsicótico deve ser mantido. Para os pacientes cujos sintomas melhorarem, o tratamento deve ser mantido com o mesmo antipsicótico e o medicamento não deve ser trocado. Essa diretriz ainda destaca o papel da clozapina e recomenda sua utilização para os pacientes com esquizofrenia refratária e para os pacientes com risco de cometer suicídio. A clozapina também é recomendada para pacientes com risco substancial de comportamento agressivo, independentemente do uso de outros medicamentos. (APA, 2019).

No Brasil os medicamentos estão disponíveis pelo Sistema Público de Saúde através do Componente Básico e Especializado da Assistência Farmacêutica (CBAF e CEAF). No CBAF, são disponibilizados antipsicóticos típicos, de baixa potência como a clorpromazina e de alta potência como o haloperidol. Já no CEAF, são disponibilizados os medicamentos atípicos, como a clozapina, olanzapina, risperidona, quetiapina e ziprasidona, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica. (BRASIL, 2013).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a autopercepção de saúde em pacientes com esquizofrenia em uso de antipsicóticos atípicos disponibilizados pela farmácia do CEAF do SUS em Belo Horizonte.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever a autopercepção de saúde de acordo com as características sociodemográficas, clínicas, hábitos de vida e medicamento utilizado;
- Analisar a influência de comorbidades na autoavaliação de saúde;
- Avaliar a associação da autopercepção de saúde com os parâmetros de qualidade de vida.

4 MÉTODOS

4.1 Delineamento do estudo

Estudo observacional, analítico, transversal, realizado a partir de um recorte da coorte do projeto *Schizophrenia Economics and Effectiveness Assessment* (SCHEEA), da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil, considerando-se a autopercepção de saúde como desfecho principal. O SCHEEA é uma coorte prospectiva e aberta, cujo objetivo é avaliar os aspectos econômicos e de efetividade em esquizofrenia (ZUPPO, 2021).

4.2 Projeto Scheea

Foram analisados os dados coletados entre setembro de 2017 e março de 2018 em uma farmácia estadual do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) em Belo Horizonte, Minas Gerais. Foram incluídos pacientes acima de 18 anos que estavam em uso de risperidona, olanzapina, quetiapina, clozapina e ziprasidona para o tratamento de esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme ou transtorno esquizoafetivo, considerando-se o diagnóstico de solicitação de medicamento. Outro critério de inclusão foi ter respondido ao questionário de qualidade de vida (EQ-5D-3L), ter consentido em participar do estudo e ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O recrutamento dos indivíduos ocorreu na farmácia estadual do CEAF, antes da dispensação dos medicamentos antipsicóticos, por abordagem e convite para participação no estudo. Todos os pacientes que concordaram em participar foram conduzidos a uma sala para realização de entrevista face a face. Na coleta de dados, os pacientes responderam a um formulário que abordava informações sociodemográficas, comportamentais e clínicas, aplicado por alunos de pós-graduação e profissionais de saúde treinados. Os dados coletados foram digitados no formulário online do Google[®] (Google Forms[®]) e exportados para o Excel[®] na forma de planilhas. Foram entrevistados 447 pacientes. Destes, 404 responderam à questão sobre como avaliavam sua saúde.

4.3 Variáveis

Para o presente estudo, a variável resposta/dependente escolhida foi a autopercepção de saúde, medida pela resposta na Escala Visual Analógica (EVA) do EQ-5D-3L. O EQ-5D-3L é um instrumento desenvolvido para fornecer uma medida genérica de qualidade de vida relacionada à saúde em adultos e foi validado no Brasil (WHOQOL GROUP, 1995). A primeira parte do EQ-5D-3L é composta por um sistema descritivo que engloba cinco dimensões (mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão) com três níveis em cada (nenhum problema, problemas moderados e problemas extremos) (SZEND, 2014). A segunda parte deste instrumento contém uma EVA vertical, calibrada de 0 a 100 - sendo 0 o pior e 100 o melhor estado de saúde imaginável - na qual o paciente escolhe qual é o valor que melhor define sua saúde naquele momento (ANEXO I).

A variável resposta foi dicotomizada em autopercepção negativa (EVA de 0 a 50) e autopercepção positiva (EVA 51 a 100) da saúde. Esta divisão está em conformidade com a literatura que classicamente divide a percepção de saúde em dois grupos. (ALVES; RODRIGUES, 2005), (NUNES *et al*, 2012). As demais variáveis foram classificadas como explicativas/independentes como listadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Variáveis explicativas/independentes

Qual o seu estado civil?

Qual sua escolaridade?

Qual a renda total aproximada na sua casa (soma de todos os salários da residência)?

Quantas pessoas dependem dessa renda (incluindo o paciente)?

Você trabalha?

Como você define sua cor de pele?

Você tem filhos?

Há quanto tempo você recebe medicamentos aqui na Farmácia? (Ano aproximado)

Você faz atividade física?

Qual a sua religião?

Você se sente apoiado pela sua família?

Alguma vez na vida, você fez uso de álcool (cerveja, vinho ou outras bebidas alcoólicas) ou cigarro?

Nos últimos seis meses, você fez uso de álcool (cerveja, vinho ou outras bebidas alcoólicas) ou cigarro?

Alguma vez na vida, você fez uso de drogas, como maconha, cocaína, ...?

Nos últimos seis meses, você fez uso de drogas, como maconha, cocaína, ...?

Você tem alguma outra doença? Hipertensão? Diabetes?

Quais antipsicóticos você está usando?

Você faz uso de algum outro medicamento psicofármaco?

Faz uso de algum outro medicamento?

Em geral, alguns medicamentos causam, além dos efeitos benéficos, alguns efeitos inesperados. Você já apresentou algum desses efeitos com alguns dos medicamentos utilizados?

Mobilidade

Cuidados Pessoais

Atividades habituais (ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, em família ou de lazer)

Dor/ Mal-estar

Ansiedade/ Depressão

4.4 Análise estatística

A análise descritiva dos dados incluiu distribuições de frequências absolutas e relativas das variáveis qualitativas. O teste Qui-quadrado com cálculo do valor-p por simulação de Monte Carlo foi utilizado para avaliar a associação entre a variável resposta dicotomizada (EVA de 0 a 50: percepção negativa; EVA 51 a 100: percepção positiva) e as possíveis variáveis explicativas individualmente. Para avaliar a associação conjunta entre as variáveis independentes e a percepção de saúde dicotomizada foi ajustado um modelo de regressão logística multivariado. O nível de significância adotado para a entrada das variáveis explicativas no modelo inicial foi de 20% e de 5% para a permanência no modelo final. A magnitude da associação foi expressa pela razão de chances (RC) e seu intervalo de confiança de 95% (IC95). As análises estatísticas foram realizadas utilizando o software R Core Team (2020).

4.5 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa SCHEEA teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG) no dia 23/08/2016, sob o parecer nº 1.691.265, CAAE 57420616.9.0000.5149. O estudo foi conduzido de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo os entrevistados esclarecidos a respeito do estudo, seus objetivos e os responsáveis por sua condução.

Os pacientes responderam às entrevistas após concordarem em participar e assinar o TCLE, em duas vias, que consente a participação na pesquisa. Para cumprir o princípio de confidencialidade e garantir o sigilo das informações dos participantes do estudo, foi atribuído a cada entrevistado um número de identificação.

A participação dos indivíduos no estudo foi voluntária, sem incentivos financeiros e os participantes foram esclarecidos que caso não concordassem em participar, o acesso aos medicamentos não seria afetado.

Não há conflitos de interesse que possam influenciar nos resultados da pesquisa.

5 ARTIGO DE RESULTADOS

Título: Autopercepção de saúde por pacientes com esquizofrenia que utilizam antipsicóticos atípicos em uma Farmácia do Componente Especializado do SUS, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Autores: Patrícia de Castro Fajardo¹, Cristina Mariano Ruas ², Edna Afonso Reis³, Helian Nunes de Oliveira⁴.

¹Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

²Departamento de Farmácia Social, UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil.

³Departamento de Estatística, UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil.

⁴Departamento de Medicina Preventiva e Social, UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil.

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar a autopercepção de saúde e identificar fatores associados em indivíduos usuários de antipsicóticos atípicos usuários de uma Farmácia do Componente Especializado do SUS.

MÉTODOS: Estudo transversal baseado no perfil de percepção de saúde do projeto Schizophrenia Economics and Effectiveness Assessment (SCHEEA) da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil. A autoavaliação de saúde, por meio da questão “Como está sua saúde hoje?”, foi analisada em relação às variáveis selecionadas, por meio de análise univariada e bivariada e regressão logística.

RESULTADOS: Dos 447 entrevistados, 404 responderam à questão sobre percepção de saúde, o que foi positivo para 69,1%. Na análise bivariada, houve associação estatisticamente significativa com as variáveis explicativas sexo, cor da pele, escolaridade, renda per capita, trabalho, número de filhos, prática de atividade física, religião, apoio familiar, diabetes, uso de antipsicóticos, mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/desconforto, ansiedade/depressão. O modelo de regressão logística multivariado mostrou que a chance de autopercepção positiva de saúde aumentou em: 54,9% se o paciente fosse do sexo masculino, 68,3% se o paciente tivesse ensino superior e pós-graduação, 117,5% se o paciente tivesse alguma religião, 217,57% se tivesse apoio familiar. E reduziu 39,9% se o paciente tivesse cor de pele preta ou parda, 48,5% se o paciente tivesse diabetes, 56,94% se o paciente sentisse dor ou desconforto.

CONCLUSÃO: O conhecimento da percepção de saúde das pessoas com esquizofrenia é fundamental para o planejamento de ações adequadas à sua situação. Compreender quais variáveis podem interferir na autopercepção de saúde desses pacientes pode permitir a construção de intervenções que visem uma melhor qualidade de vida.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Evaluate self-perception of health and identify associated factors in individuals using atypical antipsychotics who are users of a Pharmacy in the Specialized Component of the SUS.

METHODS: Cross-sectional study based on the health perception profile of the Schizophrenia Economics and Effectiveness Assessment (SCHEEA) project at the Federal University of Minas Gerais, Brazil. The self-assessment of health, through the question "How is your health today?", was analyzed in relation to the selected variables, using univariate and bivariate analysis and logistic regression.

RESULTS: Of the 447 respondents, 404 answered the question about health perception, which was positive for 69.1%. In the bivariate analysis, there was a statistically significant association with the explanatory variables sex, skin color, education, per capita income, work, number of children, physical activity, religion, family support, diabetes, use of antipsychotics, mobility, personal care, usual activities, pain/discomfort, anxiety/depression. The multivariate logistic regression model showed that the chance of positive self-perception of health increased by: 54.9% if the patient was male, 68.3% if the patient had higher education and postgraduate education, 117.5% if the patient had some religion, 217.57% if they had family support. And it reduced by 39.9% if the patient had black or brown skin color, 48.5% if the patient had diabetes, 56.94% if the patient felt pain or discomfort.

CONCLUSION: Knowledge of the health perception of people with schizophrenia is essential for planning appropriate actions for their situation. Understanding which variables can interfere with these patients' self-perception of health can allow the construction of interventions aimed at a better quality of life.

Keywords: Self-perception of health, Schizophrenia, Atypical antipsychotics.

1 INTRODUÇÃO

A autopercepção de saúde é um importante indicador de saúde da população, sendo considerada um melhor preditor de mortalidade do que medidas objetivas do estado de saúde, pois prediz consistentemente como o declínio funcional pode influenciar a frequência de procura por serviços de saúde e a aceitação de planos de tratamento.¹ A avaliação do estado de saúde pode ser feita objetivamente como ausência ou presença de doença e subjetivamente pela autopercepção (ou autoavaliação) de saúde, sendo relacionada a aspectos multidimensionais, cujo principal ponto baseia-se no conceito de saúde construído pelo próprio indivíduo². Refere-se a como os indivíduos avaliam seu estado geral de saúde por meio de uma questão, que apesar de sua brevidade, fornece informações adicionais àquelas obtidas de outras fontes, incluindo exames médicos.³

A esquizofrenia é uma psicopatologia complexa caracterizada por distorções de pensamento, autopercepção e realidade externa, incluindo eco, imposição, disseminação ou roubo do pensamento, com percepções delirantes de controle e influência, alucinações auditivas, distúrbios do pensamento e sintomas negativos.⁴ A etiologia é desconhecida, porém, há fortes evidências de algum componente genético e ambiental. Os sintomas geralmente começam na adolescência ou no início da idade adulta.⁵ A prevalência mundial aproximada para a esquizofrenia e suas variantes está na ordem de 1%.⁶ Sendo que nas últimas décadas, evidências mostraram que a distribuição e o curso da doença da esquizofrenia diferem consideravelmente entre os sexos. Em comparação com as mulheres, os homens tendem a ter uma idade de início mais precoce, pior funcionamento pré-mórbido, sintomas negativos mais graves e uma frequência elevada de abuso de álcool e drogas.⁷

No Brasil os medicamentos para o tratamento da esquizofrenia estão disponíveis à população no Sistema Único de Saúde, tanto na atenção primária quanto na atenção secundária. De acordo Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica (PCDT) para o tratamento da esquizofrenia são disponibilizados os medicamentos haloperidol e clorpromazina, geridos pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) e os medicamentos risperidona, ziprasidona, olanzapina, quetiapina e clozapina, pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

Segundo esse protocolo os medicamentos apresentam eficácias comparáveis, com exceção da clozapina, que é reservada para casos de refratariedade.⁸

Pacientes com esquizofrenia sofrem com o estigma da doença, além de conviverem com efeitos adversos dos medicamentos, dentre eles eventos cardiovasculares e metabólicos que aumentam o risco de morte. Dessa forma, entender como esses pacientes percebem sua saúde, pode ajudar a melhorar as ações que são destinadas a esses indivíduos, uma vez que estes são muitas vezes marginalizados e geralmente não são ouvidos pela sociedade.

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar os fatores associados à percepção de saúde em indivíduos com esquizofrenia em uso de antipsicóticos atípicos disponibilizados por uma farmácia do CEAF do Sistema Único de Saúde (SUS).

2 MÉTODOS

Este estudo faz parte do programa *SCHizophrenia Economics and Effectiveness* (SCHEEA), realizado no âmbito da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. O SCHEEA é uma coorte prospectiva e aberta, cujo objetivo é avaliar os aspectos econômicos e de efetividade em esquizofrenia.³⁸ O projeto foi realizado em uma farmácia estadual do CEAF, que dispensa antipsicóticos atípicos aos pacientes do SUS residentes na região metropolitana de Belo Horizonte. A coorte incluiu 447 pacientes maiores de 18 anos, que consentiram em participar do estudo, utilizando os seguintes medicamentos por via oral: clozapina, olanzapina, ziprasidona, quetiapina ou risperidona.³⁸

2.1 Delineamento do estudo

2.1.1 Critérios de inclusão

O presente estudo é uma análise transversal das características basais da coorte SCHEEA. Os pacientes foram incluídos entre setembro de 2017 e março de 2018. Um total de 404 pessoas com diagnóstico de esquizofrenia em uso de antipsicóticos atípicos que responderam à questão sobre como avaliavam sua saúde foram incluídos nesta amostra.

2.1.2 Seleção de pacientes e coleta de dados

O recrutamento dos indivíduos ocorreu na farmácia estadual do CEAF quando os pacientes vinham buscar os medicamentos. Eles foram abordados e convidados para participar do estudo. Os interessados receberam informações sobre o estudo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinar. Uma vez assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eles foram entrevistados para a coleta de dados que abordou informações pessoais, sociodemográficas, comportamentais e clínicas. Profissionais de saúde treinados conduziram as entrevistas.

2.1.3 Variáveis

Para o presente estudo a variável resposta/dependente escolhida foi a autopercepção de saúde, medida pela resposta na Escala Visual Analógica (EVA) do EQ-5D-3L. O EQ-5D-3L é um instrumento desenvolvido para fornecer uma medida genérica de qualidade de vida relacionada à saúde em adultos e foi validado no Brasil.⁹ O EQ-5D-3L é composto por um sistema descritivo que engloba cinco dimensões (mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão) com três níveis em cada (nenhum problema, problemas moderados e problemas extremos).¹⁰ A segunda etapa deste instrumento contém uma EVA vertical, calibrada de 0 a 100 - sendo 0 o pior e 100 o melhor estado de saúde imaginável - na qual o paciente escolhe qual é o valor que melhor define sua saúde naquele momento.¹¹ A variável resposta foi dicotomizada em autopercepção negativa (EVA de 0 a 50) e autopercepção positiva (EVA 51 a 100) da saúde.

Verificamos a associação da autopercepção de saúde com as seguintes variáveis independentes: características sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, cor/raça, escolaridade, trabalho), características comportamentais (uso de álcool, cigarros e drogas, prática de atividade física, religião) e ainda o apoio da família, tempo de retirada dos medicamentos na Farmácia do CEAF, presença de hipertensão e diabetes, antipsicóticos e outros medicamentos em uso, e dados sobre qualidade de vida coletados com o questionário EQ-5D-3L incluindo cinco domínios de saúde (mobilidade, autocuidado, atividades habituais, dor/desconforto, ansiedade/depressão).

2.1.4 Análise estatística

A análise descritiva dos dados incluiu distribuições de frequência absolutas e relativas das variáveis qualitativas. O teste Qui-quadrado com cálculo do valor-p por simulação de Monte Carlo foi utilizado para avaliar a associação entre a variável resposta dicotomizada (EVA de 0 a 50: percepção negativa; EVA 51 a 100: percepção positiva) e as possíveis variáveis explicativas individualmente. Essa divisão está em conformidade com a literatura que classicamente divide a percepção de saúde em dois grupos.^{29,30} Para avaliar a associação conjunta entre as variáveis independentes e a percepção de saúde dicotomizada foi ajustado um modelo de regressão logística multivariado. O nível de significância adotado para a entrada das variáveis explicativas no modelo inicial foi de 20% e de 5% para a permanência no modelo final. A magnitude da associação foi expressa pela razão de chances (RC) e seu intervalo de confiança de 95% (IC95).

As análises estatísticas foram realizadas utilizando o software R Core Team (2020).

3 RESULTADOS

Compuseram este estudo 404 pacientes. A autopercepção de saúde foi positiva para a maioria dos entrevistados (69,1%). Do total da amostra, 54,7% eram do sexo masculino e a maioria (43,5%) dos participantes tinha idade entre 40 e 59 anos. Do total, 77,4% referiram estarem sem companheiro e 67,2% estudaram até o ensino médio. A renda familiar média per capita foi de um salário mínimo para 67,5% e 83,4% não trabalhavam.

A cor da pele foi declarada como preta/parda para 57,1% dos entrevistados e quando questionados se tinham filhos 58,2% afirmaram que não. A maioria dos participantes recebia os medicamentos na Farmácia do CEAF há mais de cinco anos (88,9%). A grande maioria referiu ser religiosa (93,8%) e 77,2% se sentiam apoiados pela família.

Em relação à prática de atividades físicas, 55,6% não praticavam; 78,7% disseram que já fizeram uso de álcool ou cigarro e 59,9% não haviam consumido nos últimos 6 meses. Já quando questionados a respeito de drogas ilícitas, 78,2% afirmaram que não fizeram uso.

Na investigação sobre o uso de antipsicóticos, 26,9% disseram usar olanzapina, 13,8% usavam clozapina, 13,6% afirmaram fazer uso de quetiapina, ziprasidona 12,1% e risperidona 8,6%. Enquanto, 24,7% faziam uso de mais de um antipsicótico. Em relação à utilização de outros medicamentos, a maioria das pessoas (60,5%) respondeu que utilizava vários; 18,3% afirmaram possuir diabetes; e 20,8% hipertensão.

A relação entre a variável resposta e as explicativas evidenciou na análise bivariada que autopercepção de saúde teve associação significativa com: sexo, cor da pele, escolaridade, renda per capita, trabalho, número de filhos, prática de atividade física, religião, apoio familiar, diabetes, uso de antipsicóticos, mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal estar, ansiedade/depressão. TABELA 1

Tabela 1: Autopercepção de saúde dos usuários de antipsicóticos em uma Farmácia do Componente Especializado do SUS, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Variáveis explicativas	Autopercepção de saúde				Total		Valor p
	Positiva		Negativa		n	%	
	n	%	n	%			
Sexo							
Feminino	117	41,4	66	52,8	183	45,3	0,043
Masculino	162	58,0	59	47,2	221	54,7	
Faixa etária							
20-39 anos	51	18,2	24	19,2	75	18,5	0,328
40-59 anos	128	45,8	48	38,4	176	43,5	
60-79 anos	83	29,7	40	32,0	123	30,4	
+80 anos	17	6,1	13	10,4	30	7,4	
Cor da pele							
Preta/parda	144	53,3	78	65,5	222	57,0	0,025
Branca/amarela	126	46,6	41	34,4	167	42,9	
Não informado	9		6				
Situação marital							
Com companheiro	58	20,9	33	26,4	91	22,6	0,219
Sem companheiro	220	79,1	92	73,6	312	77,4	

Variáveis explicativas	Autopercepção de saúde				Total		Valor p
	Positiva		Negativa		n	%	
	n	%	n	%			
Não informado			1				
Escolaridade							
Até o Ensino médio	178	63,8	92	74,8	270	67,2	
Ensino Superior e Pós	101	36,2	31	25,2	132	32,8	
Não informado	0		2				0,030
Renda per capita							
0,0-0,5 SM	89	38,5	60	57,1	149	44,3	
0,5-1,0 SM	53	22,9	25	23,8	78	23,2	
1,0-2,0 SM	49	21,2	9	8,6	58	17,3	0,004
2,0-4,0 SM	31	13,4	10	9,5	41	12,2	
4,0-11,0 SM	9	3,9	1	0,9	10	3,0	
Não informado	48		20				
Situação laboral							
Aposentado	96	35,0	65	52,8	161	40,5	0,001
Não trabalha	127	46,3	47	38,2	174	43,8	
Trabalha	51	18,6	11	8,9	62	15,6	
Não informado	5		2				
Filhos							
Sim	108	38,7	61	48,8	169	41,8	
Não	171	61,3	64	51,2	235	58,2	0,057
Atividade Física							
4x ou mais	60	21,5	18	4,4	78	19,3	
1 a 3x na semana	74	26,5	27	26,5	101	25,0	0,069
Não faz	145	52,0	80	64,0	225	55,7	
Religião							
Sim	264	95,3	112	90,3	376	93,7	
Não	13	4,7	12	9,7	25	6,2	0,056
Não informado	2		1				

Variáveis explicativas	Autopercepção de saúde				Total		Valor p
	Positiva		Negativa		n	%	
	n	%	n	%			
Apoio familiar							
Às vezes	22	7,9	31	25,0	53	13,2	0,000
Não	19	15,3	19	6,9	38	9,5	
Sempre	235	85,1	74	59,7	309	77,2	
Não informado	3		1				
Uso de álcool/cigarro							
							0,700
Não	61	21,7	25	20,2	86	21,3	
Sim	218	78,1	99	79,8	317	78,7	
Uso de álcool/cigarro 6 meses							
Não	162	59,1	76	61,8	238	59,9	0,616
Sim	112	40,9	47	38,2	159	40,0	
Não informado	5		2				
Drogas ilícitas							
Não	210	76,3	98	82,3	308	78,2	0,186
Sim	65	23,4	21	17,6	86	21,8	
Não informado	4		6				
Drogas ilícitas 6 meses							
Não	262	95,2	120	97,5	382	96,0	0,283
Sim	13	4,7	3	2,4	16	4,0	
Não informado	4		2				
Hipertensão							
Sim	58	20,8	26	20,8	84	20,7	0,998
Não	221	79,2	99	79,2	320	79,2	
Diabetes							
Sim	42	15,1	32	25,6	74	18,3	
Não	237	84,9	93	74,4	330	81,7	0,011

Variáveis explicativas	Autopercepção de saúde				Total n	Valor p
	Positiva		Negativa			
	n	%	n	%		
Tempo que recebe os medicamentos						
1-5 anos	28	11,2	11	10,5	39	0,855
+5 anos	221	88,8	93	89,4	314	
Antipsicóticos em uso						
Clozapina	48	17,2	8	6,4	56	
Múltiplos	51	18,3	49	39,2	100	
Olanzapina	85	30,5	24	19,2	109	<0,001
Quetiapina	39	14,0	16	12,8	55	
Risperidona	24	8,6	11	8,8	35	
Ziprasidona	32	11,5	17	13,6	49	
Efeitos colaterais						
Sim	130	48,6	64	53,3	194	0,398
Não	137	51,3	56	46,7	193	
Não informado	12		5			
Mobilidade						
Não tem problemas	223	80,2	70	56,0	293	<0,001
Tem alguns problemas	48	17,3	46	36,8	94	
Está limitado	7	2,5	9	7,2	16	
Cuidado pessoais						
Não tem problemas	247	88,5	90	72,0	337	<0,001
Tenho alguns problemas	26	9,3	32	25,6	58	
Incapaz	6	2,1	3	2,4	9	
Atividade habituais						
Não tem problemas	176	63,3	39	31,2	215	<0,001
Problemas moderados	76	27,3	52	41,6	128	
Incapaz	26	9,3	34	27,2	60	

Variáveis explicativas	Autopercepção de saúde				Total		Valor p
	Positiva		Negativa		n	%	
	n	%	n	%			
Dor/ Mal estar							
Não tem dores	186	66,9	53	42,4	239	59,3	<0,001
Dores moderadas	68	24,5	45	36,0	113	28,0	
Ansiedade/Depressão							
Não tem problemas	101	36,6	18	14,5	119	29,7	<0,001
Moderadamente ansioso	118	42,7	52	41,9	170	42,5	
Extremamente ansioso	57	20,6	54	43,5	111	27,7	
Não informado	3		1				

Fonte: Elaborado pela autora

Autopercepção de saúde positiva teve maior proporção no sexo masculino (58,0%), em pessoas que possuíam alguma religião (95,3%), que tinham o apoio da família (85,1%), que não possuíam diabetes (84,9%), que não apresentavam problemas de mobilidade (80,2%), que não apresentavam problemas com os cuidados pessoais (88,5%), que não apresentavam dificuldades para realizar as atividades habituais (63,3%) e que não apresentavam dor/mal estar (66,9%).

A partir dos resultados do modelo ajustado pela técnica de regressão logística binária observamos que a chance de autopercepção de saúde positiva aumentou em 54,9% se o paciente fosse do sexo masculino, 68,3% se o paciente tivesse ensino superior e pós-graduação, 117,5% se o paciente tivesse alguma religião, 217,57% se tivesse o apoio da família. E reduziu em 39,9% se o paciente tivesse cor de pele preta ou parda, 48,5% se o paciente tivesse diabetes e 56,94% se o paciente sentisse dor ou mal-estar (TABELA 2).

Tabela 2: Modelo final de análise de regressão logística - Autopercepção de saúde por usuários de antipsicóticos em uma Farmácia do Componente Especializado do SUS de Belo Horizonte, MG, Brasil.

Variáveis explicativas	OR	IC de 95%
Sexo – masculino	1,5489	1,0135; 2,3670
Cor da pele – preta/parda	0,6007	0,3841; 0,9396
Escolaridade – ensino superior/PG	1,6839	1,0476; 2,7068
Religião – sim	2,1758	0,9630; 4,9163
Apoio da Família – sim	3,1757	1,5969; 6,3154
Diabetes – sim	0,5150	0,3066; 0,8652
Dor ou mal-estar – sim	0,4306	0,2652; 0,6992

Fonte: Elaborado pela autora

4 DISCUSSÃO

A esquizofrenia é uma doença complexa, caracterizada por comprometimento grave em muitas áreas da vida diária, incluindo a capacidade de manter relacionamentos sociais, manter um emprego e viver de forma independente.¹² Dessa forma poderíamos supor que pacientes com esquizofrenia apresentassem uma autopercepção de saúde negativa, entretanto, nosso estudo mostrou que a maioria dos entrevistados relataram uma percepção de saúde positiva (69,1%), assim como obtido por Hoshino (2021)³¹ no qual a saúde foi percebida como positiva por 60,9% dos usuários de Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte, MG . Nessa mesma linha, Agostinho *et al.* (2010) obtiveram que 78,3% (IC95%: 74,9-81,3%) dos avaliados responderam que avaliavam sua própria saúde como boa.¹⁷ Em nosso estudo esse percentual pode ser justificado pelo uso adequado dos medicamentos, melhorando assim a qualidade de vida dessas pessoas, uma vez que a maioria dos pacientes retirava seus medicamentos na Farmácia do Componente Especializado há mais de 5 anos.

Este estudo evidenciou que a prevalência de autopercepção de saúde variou entre os sexos. Pesquisas como SZWARCWALD (2005) e RAMOS (2003)^{13,14} relataram maior frequência de pior autoavaliação de saúde entre as mulheres, apesar de viverem, em média, mais que os homens. A principal explicação apontada para essa pior percepção do estado de saúde, pela mulher, é o papel desempenhado por elas na

sociedade, que as leva a reconhecer a dor e o desconforto com mais facilidade do que os homens.³⁰ De acordo com Bezerra (2011), alguns fatores são identificados como preditores da diferença entre os gêneros na avaliação do estado de saúde.³³ As mulheres têm maior preocupação, conhecimento e compromisso quanto ao cuidado da sua saúde e da família. Além disso, apresentam maior busca e adesão ao tratamento de doenças do que os homens, uma vez que as mudanças comportamentais, de estilo de vida e de saúde pelas quais elas têm passado nos últimos anos podem ter favorecido o aparecimento de doenças crônicas.^{34,35,36}

Nossos resultados sugerem que as relações sociais influenciam a autopercepção de saúde, uma vez que a autopercepção de saúde positiva aumentou significativamente para aqueles que tinham apoio familiar e que possuíam alguma religião. Isso demonstra que está envolvido em mais atividades sociais (como comunicação interpessoal e apego emocional com os outros) resulta em uma melhor percepção de saúde assim como demonstrado nos estudos de Homes (2011) e Lu (2006).^{15,16}

Não foram observadas diferenças para a idade, da mesma forma que em outros estudos realizados em usuários da Atenção Primária à Saúde.^{17,18} Porém, a maioria das pesquisas com a população geral aponta que com uma idade mais avançada aumenta autopercepção negativa da saúde.^{19,20,21} A probabilidade da autopercepção positiva de saúde foi maior entre aqueles com maior escolaridade, assim como em outros grupos populacionais estudados.^{17,20,22,23} Mantovanni, De Lucca e Neri (2015)²⁴ observaram que aqueles que avaliaram a própria saúde positivamente tinham nove ou mais anos de escolaridade.

Nosso estudo evidenciou que a chance de percepção positiva de saúde diminuiu 39,9% se o paciente tivesse cor de pele preta ou parda, assim como em estudo brasileiro baseado em um inquérito telefônico (VIGITEL)²⁵, que demonstrou uma prevalência de autoavaliação de saúde ruim maior entre homens e mulheres que referiram cor de pele preta, parda ou morena, comparados aos que se autoavaliaram como brancos (razão de prevalência – RP = 1,15 em homens e RP = 1,31 em mulheres).¹⁹

A variável dor manteve-se associada à autopercepção de saúde após a análise multivariada, na qual a autopercepção de saúde positiva reduziu em 56,9% se o

paciente sentisse dor ou mal-estar. Esse resultado era esperado, pois Mantyselka et al. (2003) ²⁶ demonstraram em uma forte associação entre autopercepção de saúde e dor crônica, independente de doenças crônicas, sexo e idade.

A prevalência de diabetes tipo 2 entre pessoas com esquizofrenia varia entre os estudos e é 2 a 5 vezes maior do que na população em geral, considerando que a etiologia é complexa e multifatorial.²⁷ Em relação à hipertensão arterial, CHEN e colaboradores (2020)²⁸ demonstraram que pacientes com esquizofrenia têm 1,93 mais chances de apresentar a doença do que o restante da população. De acordo com Filardes (2021), ao comparar a prevalência de comorbidades dessa população com a população do Brasil, observou que 52,87% dos pacientes do estudo apresentaram pelo menos uma doença crônica, enquanto na população em geral é aproximadamente 45%. Em relação às condições específicas, como diabetes e hipertensão, a porcentagem também é maior que na população em geral.³⁷ Neste estudo 18,3% dos pacientes apresentaram diabetes e 20,8% hipertensão. Sendo que a chance de autopercepção de saúde reduziu em 48,5% se o paciente tivesse diabetes.

Em relação ao uso dos antipsicóticos aqueles que apresentaram uma melhor percepção de saúde foram os pacientes em uso de clozapina, seguido de olanzapina, quetiapina, risperidona e ziprasidona respectivamente. A eficácia superior da clozapina em comparação com o outros antipsicóticos foi demonstrada em alguns estudos.^{39,40} A olanzapina foi associada a menos efeitos colaterais e melhor estado de saúde em estudo realizado no Rio Grande do Sul, Brasil, 2014.⁴¹

Dentre as limitações do estudo está sua natureza transversal, o que permite apenas a identificação da associação entre fatores e desfecho, o fato de que os participantes responderam à questão apenas uma vez, além da possibilidade de causalidade reversa para algumas variáveis. Destaca-se ainda que a amostra foi coletada por conveniência, pois apenas foram incluídos pacientes com adesão ao tratamento e estáveis o suficiente para fornecer consentimento informado.

5 CONCLUSÃO

Os resultados encontrados reforçam a estrutura multidimensional da autopercepção da saúde, englobando fatores sociodemográficos, aspectos relacionados à saúde e

às relações sociais. Este trabalho apresentou uma prevalência maior de autopercepção positiva de saúde entre pacientes com esquizofrenia, porém demonstrou que a chance de percepção positiva reduziu caso o paciente tivesse cor de pele preta ou parda, possuísse diabetes e sentisse dor ou mal-estar. Além disso demonstrou também uma melhor percepção de saúde com o uso da clozapina. Investigações futuras são necessárias para entender melhor essas relações.

O conhecimento sobre como as pessoas com esquizofrenia percebem sua saúde é fundamental para o planejamento de ações adequadas à situação delas. Compreender quais variáveis podem interferir na percepção de saúde desses pacientes pode permitir a construção de intervenções voltadas para uma melhor qualidade de vida.

6 REFERÊNCIAS

1. Idler EI, Benyamini Y. Autoavaliação de saúde e mortalidade: uma revisão de vinte e sete estudos comunitários. *J Health Soc Behav*, 38:21-37, 1997.
2. Azevedo, G.P.G.C.; Friche, A. A. L.; Lemos, S. M. A. Autopercepção de saúde e qualidade de vida de usuários de um Ambulatório de Fonoaudiologia. *Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, v. 17, n. 2, p. 119-27, 2012.
3. Lodin K, Lekander M, Syk J, Alving K, Andreasson A. Associations between self-rated health, sickness behaviour and inflammatory markers in primary care patients with allergic asthma: a longitudinal study. *NPJ Prim Care Respir Med*. v. 27, n. 1, p. 67, 2017.
4. Iacoponi E. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 – Diretrizes Diagnósticas e de Tratamento para Transtornos Mentais em Cuidados Primários. *Braz. J. Psychiatry*, 21:132, 1999.
5. Vallada Filho, H; Busatto Filho, G. Esquizofrenia. In P. Almeida, L. Dractu & R. Laranjeira (Orgs.), *Manual de psiquiatria*, p. 127-150, 1996.
6. Mari Jj, Leitão Rj. A epidemiologia da esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr*, 22(Suppl 1):15-7, 2000.
7. Giordano Gm; Bucci P; Mucci A, et al. Gender differences in clinical and psychosocial features among persons with schizophrenia: a mini review. *Front Psychiatry*. 2021.
8. Brasil, Ministério da Saúde. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais — Rename 2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
9. Whoqol Group et al. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.
10. Szend A, Janssen B, Cabasés J, Editors. *Self-Reported Population Health: an international perspective based on EQ-5D-3L*. London: Springer Open; 2014.
11. Rennen MV, Oppe M. EQ-5D-3L-3L. Version 5.1. Rotterdam: EuroQol Group; 2015.

12. Gutiérrez-Rojas, Luis et al. Functioning and happiness in people with schizophrenia: analyzing the role of cognitive impairment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 18, n. 14, p. 7706, 2021.
13. Szwarcwald CI, Souza Pr, Esteves Map, Damacena Gn, Viacava F. Sociodemographic determinants of selfhealth in Brazil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21S: 55-64.
14. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3); 783-9.
15. Holmes WR, Joseph J. Social participation and healthy ageing: a neglected, significant protective factor for chronic non communicable conditions. *Glob Health*. 2011;7(43):1–11.
16. Lu S, Shu-Zhuo L. The effect of intergenerational support on rural elderly people's SRH. *Chin J Gerontol*. 2006; 26:1453–5.
17. Agostinho Mr, Oliveira Mc, Pinto Meb, Balardin Gu, Harzheim E. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. *Rev Bras Med Fam e Comum* 2010; 5(17):9-15.
18. Pagotto V, Nakatani Ayk, Silveira EA. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(8):1593-1602.
19. Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saude Publica* 2009; 43(Supl. 2):27-37.
20. Baruth M, Becofsky K, Wilcox S, Goodrich K. Health characteristics and health behaviors of african american adults according to self-rated health status. *Ethn Dis* 2014; 24(1):97-103.
21. Lim WY, Ma S, Heng D, Bhalla V, Chew SK. Gender, ethnicity, health behaviour & self-rated health in Singapore. *BMC Public Health* 2007; 7:184.
22. Dachs JNW, Santos APR. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. *Cien Saude Colet* 2006; 11(4):887-894.
23. Peres MA, Masiero AV, Longo GZ, Rocha GC, Matos IB, Najnie K, Oliveira MC, Arruda Mp, Peres Kg. Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. *Rev Saude Publica* 2010; 44(5):901-911.
24. Mantovani, P.E.; De Lucca, S.R.; Neri, A.L. Autoavaliação negativa de saúde em idosos de cidades com diferentes níveis de bem-estar econômico: dados do Estudo FIBRA. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.20, n.12, p.3653-3668, 2015.
25. Vigitel Brasil 2020. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2020 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
26. Mäntyselkä PT, Turunen JH, Ahonen RS, Kumpusalo EA. Chronic pain and poor self-rated health. *Jama*. 2003 novembro 12;290(18):2435-42.
27. Mamakou, V. et al. Schizophrenia and type 2 diabetes mellitus. *Psychiatriki*, [S.L.], v. 29, n. 1, p. 64-73, abr. 2018.
28. Chen, Y. L. et al. Physical Illnesses Before Diagnosed as Schizophrenia: a nationwide case-control study. *Schizophrenia Bulletin*, [S.L.], v. 46, n. 4, 2020.
29. Alves LS, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5/6):333–41.

30. Nunes APN, Barreto SM, Gonçalves LG. Relações sociais e autopercepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. *Rev bras epidemiol* [Internet]. 2012Jun;15(2):415–28.
31. Hoshino, Magno Nobumoto. Autopercepção da Saúde por usuários das Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte, MG, Brasil. Dissertação. Faculdade de Medicina da UFMG, 2021.
32. Ascef, B. O.; Haddad, J. P. A.; Álvares, J.; Guerra Junior, A. A.; Costa, E. A.; Acurcio, F. A.; Guibu, I. A.; Costa, K. S.; Karnikowski, M. G. O.; Soeiro, O. M.; Leite, S. N.; Silveira, M. R. Qualidade de vida relacionada à saúde dos usuários da atenção primária no Brasil. *Revista Saúde Pública*. v.51, n. suppl.2, p.22s, 2017.
33. Bezerra PC de L, Opitz SP, Koifman RJ, Muniz PT. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011Dec;27(12):2441–51.
34. Sousa ALL. Educando a pessoa hipertensa. In: Pierin AMG, organizador. *Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar*. Barueri: Manole; 2004. p.165-84.
35. Pires CGS, Mussi FC. Crenças em saúde para o controle de hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13 Suppl 2:2257-67.
36. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, Díaz EML, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública* 2005; 17:353-61.
37. Filardi, Juliana Kern Cadian. Comorbidades em pacientes usuários de antipsicóticos atípicos atendidos em uma Farmácia do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, MG-BR-2021.
38. Zuppo, Isabella De Figueiredo; Ruas, Cristina Mariano; De Oliveira, Helian Nunes; Godman, Brian; Castel, Saulo; Wainberg, Milton L.; Reis, Edna Afonso. Health equity and the usage of atypical antipsychotics within the Brazilian national health system: findings and implications. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, v. 21, n. 4, p. 743-751, 2021.
39. Siskind D, McCartney L, Goldschlager R, et al. Clozapine v. first- and second-generation antipsychotics in treatment-refractory schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2016;(February 2015):385–392.
40. Leucht S, Cipriani A, Spineli L, et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*. 2014;951–962.
41. De Araújo AA, De Araújo Dantas D, Do Nascimento GG, et al. Quality of life in patients with schizophrenia: the impact of socio-economic factors and adverse effects of atypical antipsychotics drugs. *Psychiatr Q*. 2014;85(3):357–367.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, concluímos que muitos fatores associados à autopercepção de saúde na literatura, também são aplicados a nossa amostra. Isso demonstra uma importante relevância uma vez que observamos a consistência da variável autopercepção de saúde, que se mantém associada a uma boa parte dos fatores que indicam evolução de saúde e reforçam a estrutura multidimensional desta, englobando fatores sociodemográficos, aspectos relacionados à saúde e às relações sociais.

Acreditamos que estudos dessa natureza são necessários em grupos populacionais, como o estudado, para se obter um panorama da realidade de saúde destas populações, possibilitando, assim, uma melhor orientação para a atenção integral à saúde desses pacientes.

REFERÊNCIAS

- AGOSTINHO MR, OLIVEIRA MC, PINTO MEB, BALARDIN GU, HARZHEIM E. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. **Rev Bras Med Fam e Comum** 2010; 5(17):9-15.
- ALMEIDA FILHO N; MARI JJ; COUTINHO E; FRANÇA J; FERNANDES J; ANDREOLI S, et al. Estudo multicêntrico de morbidade mental psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo e Porto Alegre). **Revista ABP/APAL**, 14:93-104, 1992.
- ALVES LS, RODRIGUES RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2005;17(5/6):333–41.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), 2013. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5 / [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento [et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli [et al.]. – 5. ed. – **Dados eletrônicos**. – Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diretrizes do tratamento da esquizofrenia. Formulação e implementação de um plano terapêutico. Porto Alegre: **Artes Médica**, 2000.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), 2019. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia. Third Edition. **American Psychiatric Publishing**, 2021.
- ALVES CRR; SILVA MTA. A esquizofrenia e seu tratamento farmacológico. **Rev. Estudos de Psicologia**, PUC-Campinas, v. 18, n. 1, p. 12-22, 2001.
- AZEVEDO, G.P.G.C.; FRICHE, A. A. L.; LEMOS, S. M. A. Autopercepção de saúde e qualidade de vida de usuários de um Ambulatório de Fonoaudiologia. **Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 17, n. 2, p. 119-27, 2012.
- BARROS MBA, ZANCHETTA LM, MOURA EC, MALTA DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. **Rev Saude Publica** 2009; 43(Supl. 2):27-37.
- BARUTH M, BECOFSKY K, WILCOX S, GOODRICH K. Health characteristics and health behaviors of african american adults according to self-rated health status. **Ethn Dis** 2014; 24(1):97-103.
- BEZERRA PC de L; OPITZ SP; KOIFMAN RJ; MUNIZ PT. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. **Cad Saúde Pública** [Internet]. 2011 Dec;27(Cad. Saúde Pública, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa nacional de saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões / IBGE. **Coordenação de Trabalho e Rendimento**. Rio de Janeiro: IBGE, 113p, 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais — Rename 2022. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 3088, de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: **Ministério da Saúde**, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria N° 364, de 9 de abril de 2013. Diário Oficial da União, 31 de outubro de 2002. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas – esquizofrenia. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2015.

CHEN, Y. L. et al. Physical Illnesses Before Diagnosed as Schizophrenia: a nationwide case-control study. **Schizophrenia Bulletin**, [S.L.], v. 46, n. 4, p. 785-794, fev. 2020

CORDIOLI, ARISTIDES VOLPATO. Psicoterapias: Abordagens Atuais. Porto Alegre: **Artmed**, 2008.

CRILLY J. A história da clozapina e seu surgimento no mercado dos EUA: uma revisão e análise. **Hist. Psiquiatria**, 18 :39–60, 2007.

CHUNG JW; KONG KA; LEE JH; LEE SJ; RYU YJ; CHANG JH. Characteristics and self-rated health of overlap syndrome. **Int J Chron Obstruct Pulmon Dis**, v. 21, n. 9, p. 795-804, 2014.

DACHS JNW, SANTOS APR. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. **Cien Saude Colet** 2006; 11(4):887-894.

DE ALMEIDA, JULIANA L. *et al.* Health-related quality of life in patients treated with atypical antipsychotics. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 42, n. 6, p. 599-607, 2020.

DE ARAÚJO AA, DE ARAÚJO DANTAS D, DO NASCIMENTO GG, *et al.* Quality of life in patients with schizophrenia: the impact of socio-economic factors and adverse effects of atypical antipsychotics drugs. **Psychiatr Q**. 2014;85(3):357–367

DONG W; WAN J; XU Y; CHEN C; BAI G; FANG L; SUN A; YANG Y; WANG Y. Determinants of self-rated health among shanghai elders: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 17, p. 807, 2017.

ELOIA, SARA CORDEIRO ET AL. Sobrecarga do cuidador familiar de pessoas com transtorno mental: Uma revisão integrativa. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 996-1007, out-dez. 2014.

FERREIRA, ARIELA MOTA ET AL. Contextual influence on poor self-rated health in patients with Chagas disease: multilevel study. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 7, p. 2827-2842, 2022.

FERREIRA, A.L.; PADILHA, L.; STAROSKY. A questão da liberdade nos processos de reforma psiquiátrica Italiana: entre a resistência e os modos de governo liberal. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, [S. l.], v. 4, n. 10, p. 12–29, 2013.

GIORDANO GM; BUCCI P; MUCCI A, et al. Gender differences in clinical and psychosocial features among persons with schizophrenia: a mini review. **Front Psychiatry**. 2021.

GRAEFF, F. G., GUIMARÃES, F. S., & ZUARDI, A. W. Medicamentos antipsicóticos. In F. G. Graeff & F. S. Guimarães (Eds.). **Fundamentos de psicofarmacologia**, p. 69-91. São Paulo: Atheneu, 1999.

GOMES, MARÍLIA MIRANDA FORTE ET AL. Marcadores da autopercepção positiva de saúde de pessoas idosas no Brasil. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, 2021.

GUTIÉRREZ-ROJAS, Luis *et al.* Functioning and happiness in people with schizophrenia: analyzing the role of cognitive impairment. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 14, p. 7706, 2021.

HOLMES WR, JOSEPH J. Social participation and healthy ageing: a neglected, significant protective factor for chronic non communicable conditions. **Glob Health**. 2011;7(43):1–11.

HOSHINO, MAGNO NOBUMOTO. Autopercepção da Saúde por usuários das Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte, MG, Brasil. Dissertação. **Faculdade de Medicina da UFMG**, 2021.

IACOPONI E. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 – Diretrizes Diagnósticas e de Tratamento para Transtornos Mentais em Cuidados Primários. **Braz. J. Psychiatry**, 21:132, 1999.

IDLER EL, BENYAMINI Y. Autoavaliação de saúde e mortalidade: uma revisão de vinte e sete estudos comunitários. **J Health Soc Behav**, 38:21-37, 1997.

KATZ P; MORRIS A; GREGORICH S; YAZDANY J; EISNER M; YELIN E; BLANC P. Valued life activity disability played a significant role in self-rated health among adults with chronic health conditions. **J Clin Epidemiol**, 2009.

LARA-CINISOMO S, SWINFORD C, MASSEY D, HARDT H. Diabetes, Prenatal Depression, and Self-Rated Health in Latina Mothers. **Diabetes Spectr**, v. 31, n. 2, p. 159-165, 2018.

LEUCHT S, CIPRIANI A, SPINELLI L, *et al.* Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia : a multiple-treatments meta-analysis. **Lancet**. 2014;951–962.

LINDEMANN, IVANA LORAINÉ *et al.* Autopercepção da saúde entre adultos e idosos usuários da Atenção Básica de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 45-52, 2019.

LIM WY, MA S, HENG D, BHALLA V, CHEW SK. Gender, ethnicity, health behaviour & self-rated health in Singapore. **BMC Public Health** 2007; 7:184.

LODIN K, LEKANDER M, SYK J, ALVING K, ANDREASSON A. Associations between self-rated health, sickness behaviour and inflammatory markers in primary care patients with allergic asthma: a longitudinal study. **NPJ Prim Care Respir Med**. v. 27, n. 1, p. 67, 2017.

LU S, SHU-ZHUO L. The effect of intergenerational support on rural elderly people's SRH. **Chin J Gerontol**. 2006; 26:1453–5.

MAMAKOU, V. *et al.* Schizophrenia and type 2 diabetes mellitus. **Psiquiatriki**, [S.L.], v. 29, n. 1, p. 64-73, abr. 2018.

MÄNTYSELKÄ PT, TURUNEN JH, AHONEN RS, KUMPUSALO EA. **JAMA**. 2003 novembro 12;290(18):2435-42.

MANTOVANI, P.E.; DE LUCCA, S.R.; NERI, A.L. Autoavaliação negativa de saúde em idosos de cidades com diferentes níveis de bem-estar econômico: dados do Estudo FIBRA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.12, p.3653-3668, 2015.

MARI JJ, LEITÃO RJ. A epidemiologia da esquizofrenia. **Rev Bras Psiquiatr**, 22(Suppl 1):15-7, 2000.

MOREIRA FA, GUIMARÃES FS. Mechanisms of antipsychotic medications: Dopaminergic hypotheses. Ribeirão Preto: **Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**, p. 63-71, 2007.

NERI AL. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: Neri AL, organizador. Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. Campinas: **Alínea**; p. 13-59, 2007.

NEWCOMER, JW. Comparing the safety and efficacy of atypical antipsychotics in psychiatric patients with comorbid medical illnesses. **J Clin Psychiatry**, v. 70, n. 3, p. 30-6, 2009.

NUNES APN, BARRETO SM, GONÇALVES LG. Relações sociais e autopercepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. **Rev bras epidemiol** [Internet]. 2012Jun;15(2):415–28.

ODOH C, VIDRINE JI, BUSINELLE MS, KENDZOR DE, AGRAWAL P, REITZEL LR. Health Literacy and Self-Rated Health among Homeless Adults. **Health Behav Res**. v. 2, n. 4, p. 13, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Dia Nacional da Pessoa com Esquizofrenia: doença, que tem tratamento, ainda é cercada de tabus. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde**: OMS, 24 maio de 2021.

PAGOTTO V, NAKATANI AYK, SILVEIRA EA. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. **Cad Saude Publica** 2011; 27(8):1593-1602.

PEETERS Y, VLIET VLIELAND TP, STIGGELBOUT AM. Focusing illusion, adaptation and EQ-5D health state descriptions: the difference between patients and public. **Health Expect**, v. 15, n. 4, p. 367-378, 2012.

PERES MA, MASIERO AV, LONGO GZ, ROCHA GC, MATOS IB, NAJNIE K, OLIVEIRA MC, ARRUDA MP, PERES KG. Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. **Rev Saude Publica** 2010; 44(5):901-911.

RAMOS LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad Saúde Pública** 2003; 19(3); 783-9.

SAVASSI, L. C. M. A satisfação do usuário e a autopercepção da saúde em atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.5, n.17, p.3-5, 2010.

SANTOS AB dos CASSETTO SJ. O Caps como espaço potencial: diálogos com a teoria winnicottiana. **Saúde debate** [Internet]. 2022Oct;46 (Saúde debate, 2022 46(135)). Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213508>

SCHIZOPHRENIA WORKING GROUP OF THE PSYCHIATRIC GENOMICS CONSORTIUM: Biological insights from 108 schizophrenia-associated genetic loci. **Nature**, v. 511, p. 421-427, 2014.

SILVA RCB. Esquizofrenia: uma revisão. **Psicologia USP**, v. 17, n. 4, p.263-285, 2006.

SISKIND D, MCCARTNEY L, GOLDSCHLAGER R, et al. Clozapine v. first- and second-generation antipsychotics in treatment-refractory schizophrenia: systematic review and meta-analysis. **Br J Psychiatry**. 2016;(February 2015):385–392.

SOUZA LA & COUTINHO ESF. Associated factors to quality of life of patients with schizophrenia. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 28, n. 1, p. 50-58, 2006.

STEPNICKI P, KONDEJ M, KACZOR AA. Current Concepts and Treatments of Schizophrenia. **Molecules**, 2018.

SZWARCWALD CL, SOUZA PR, ESTEVES MAP, DAMACENA GN, VIACAVA F. Sociodemographic determinants of selfhealth in Brazil. **Cad Saúde Pública** 2005; 21S: 55-64.

SZEND A, JANSSEN B, CABASÉS J, EDITORS. Self-Reported Population Health: an international perspective based on EQ-5D-3L. London: **Springer Open**; 2014.

THEME-FILHA, Mariza Miranda; SZWARCOWALD, Célia Landmann; SOUZA-JÚNIOR, Paulo Roberto Borges de. Características sociodemográficas, cobertura de tratamento e auto-avaliação da saúde dos indivíduos que referiram seis doenças crônicas no Brasil, 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, suppl 1, p. S43-S53, 2005.

TUMIEL E, WICHNIAK A, JAREMA M, LEW-STAROWICZ M. Nonpharmacological Interventions for the Treatment of Cardiometabolic Risk Factors in People with Schizophrenia-A Systematic Review. **Front Psychiatry**, v. 16; n. 10, p. 566, 2019.

UMEH K. Self-rated health and multimorbidity in patients with type 2 diabetes. **J Health Psychol**, v. 27, n. 7, p. 1659-1678, 2022.

VALLADA Filho, H; BUSATTO Filho, G. Esquizofrenia. In P. Almeida, L. Dractu & R. Laranjeira (Orgs.), **Manual de psiquiatria**, p. 127-150, 1996.

VANCAMPFORT D, CORRELL CU, GALLING B, PROBST M, DE HERT M, WARD PB, ROSENBAUM S, GAUGHRAN F, LALLY J, STUBBS B. Diabetes mellitus in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and large scale meta-analysis. **World Psychiatry**, v. 15, n. 2, p. 166-174, 2016.

VERAS, André Barciela. O dilema da prescrição de antipsicóticos para esquizofrenia e os esforços para desenvolver uma abordagem mais abrangente da psicose. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 71, n. 3, 2022.

VIGITEL BRASIL 2020. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2020 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

WHOQOL GROUP et al. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social science & medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 1, n. Suppl. 1, 1948.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health report 2007: a safer future: global public health security in the 21st century: overview, p. 1-24, 2007.

YASUI, S; LUZIO, C A; & AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: A vida como ela é no território. **Revista Polis e Psique**, 8(1), 173-90, 2018.

ZUKOWSKA Z, ALLAN S, EISNER E, LING L, GUMLEY A. Fear of relapse in schizophrenia: a mixed-methods systematic review. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 57, n. 7, p. 1305-1318, 2022.

ZUPPO, Isabella de Figueiredo; RUAS, Cristina Mariano; DE OLIVEIRA, Helian Nunes; GODMAN, Brian; CASTEL, Saulo; WAINBERG, Milton L.; REIS, Edna Afonso. Health equity and the usage of atypical antipsychotics within the Brazilian national health system: findings and implications. **Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research**, v. 21, n. 4, p. 743-751, 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa "Avaliação dos aspectos econômicos e de efetividade em Esquizofrenia". Nesta pesquisa pretendemos "Realizar uma análise de efetividade do tratamento da esquizofrenia no Sistema Único de Saúde". Para esta pesquisa iremos realizar uma entrevista presencial e quatro entrevistas rápidas por telefone. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem no desconforto em responder algumas perguntas, porém os entrevistadores foram treinados para lidar com a situação e ajuda-los na entrevista. Caso sejam detectadas alterações importantes de saúde durante a entrevista, o Sr.(a) será encaminhado(a) para atenção em um serviço de saúde. A pesquisa contribuirá para conhecer a efetividade e qualidade de vida dos pacientes portadores da esquizofrenia.

Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O Sr.(a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido (a) pela farmácia e pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao Sr.(a). Os dados utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos na sala 4126 da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais e, após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa "Avaliação dos aspectos econômicos e de efetividade em Esquizofrenia", de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

() Concordo que os meus dados sejam utilizados somente para esta pesquisa.

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Nome completo do participante _____ Data _____

Assinatura do participante

Nome completo do Pesquisador Responsável: Cristina Mariano Ruas Brandão
Endereço: Avenida Pres. Antônio Carlos, 6627. Faculdade de Farmácia
CEP: 31270-901 / Belo Horizonte – MG
Telefones: (31) 34096908
E-mail: crisruasbrandao@gmail.com

Assinatura do pesquisador responsável _____ Data _____

Nome completo do Pesquisador:
Endereço: Avenida Pres. Antônio Carlos, 6627. Faculdade de Farmácia
CEP: 31270-901 / Belo Horizonte – MG
Telefones: (31) 34096908
E-mail:

Assinatura do pesquisador (mestrando ou doutorando) _____ Data _____

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG
 Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005.
 Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901.
 E-mail: coep@prpq.ufmg.br. Tel: 34094592.

APÊNDICE B: Formulário de registro do paciente

Projeto SCHEEA - Registro

Registro de pacientes

* Required

1. ID *

2. Qual o seu nome? *

3. Qual a sua data de nascimento? *

Example: December 15, 2012

4. Qual o seu telefone de contato? *

5. Você tem Email?

6. Observações:

Dados do Acompanhante 1

7. Nome

8. Relação com paciente*Check all that apply.*

- Mãe
- Pai
- Irmã (e)
- Marido/Esposa – Namorado/Namorada
- Cuidador remunerado
- Outro similar
- Não informou
- Other: _____

9. Telefones / E-mail

APÊNDICE C: Formulário de coleta de dados sociodemográficos, comportamentais e clínicos.

Projeto SCHEEA - Primeira Onda

Primeira Onda

* Required

1. ID *

2. Data

Example: December 15, 2012

3. Hora de início:

Example: 8:30 AM

4. Avaliador *

Mark only one oval.

- Quesia Ferreira
- Marcela Sampaio
- Juliana Lacerda
- André Santos
- Cristina Ruas
- Isabella Zuppo
- Frederico
- Játio
- Rafaela
- Guília

Dados Sociodemográficos do paciente

5. Qual o seu Estado Civil? *

Mark only one oval.

- Solteiro
- Casado / União estável
- Vúvo (a)
- Separado / Divorciado
- Não respondeu

6. Qual a sua Escolaridade? **Mark only one oval.*

- Nunca Estudou
- Fundamental Incompleto
- Fundamental Completo
- Médio Incompleto
- Médio Completo
- Superior Incompleto
- Superior Completo
- Pós-graduação incompleto
- Pós-graduação completo
- Não sabe
- Não respondeu

7. Qual a Renda aproximada total na sua casa (soma de todos os salários da residência)? **Mark only one oval.*

- Até 1 Salário Mínimo - R\$ 937,00
- De 1 a 2 salários - de R\$ 936,00 a R\$ 1.874,00
- De 2 a 4 salários - de R\$ 1.875,00 a R\$ 3.748,00
- De 4 a 6 salários - de R\$ 3.749,00 a R\$ 5.622,00
- de 6 a 8 salários - de R\$ 5.623,00 a R\$ 7.496,00
- de 8 a 10 salários - de R\$ 7.497,00 a R\$ 9.370,00
- mais de 10 salários - acima de R\$ 9.371,00
- Não sabe
- Não informou

8. Quantas pessoas dependem dessa renda (incluindo o paciente)? **Mark only one oval.*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7 ou mais
- Não sabe ou não informou

9. Você trabalha? **Mark only one oval.*

- Formalmente
- Informalmente
- Aposentado
- Afastado
- Não, mas procurou emprego nos últimos 30 dias
- Não e não procurou emprego nos últimos 30 dias
- Não sabe
- Não respondeu
- Não se aplica

10. Qual é/foi a sua profissão?

11. Como você define sua cor de pele? **Mark only one oval.*

- Branca
- Preta
- Parda
- Amarela
- Indígena
- Não sabe
- Não respondeu

12. Você tem filhos? **Mark only one oval.*

- Sim *After the last question in this section, skip to question 15.*
- Não *After the last question in this section, skip to question 15.*
- Não sabe *After the last question in this section, skip to question 15.*
- Não respondeu *After the last question in this section, skip to question 15.*

13. Quantos filhos? **Mark only one oval.*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7 ou mais
- não respondeu
- Não se aplica

14. Quais as idades?

Skip to question 17.

Para mulheres**15. Se mulher, você já teve aborto? ***

Mark only one oval.

- Não
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 ou mais
- não sabe
- não quis responder
- Não se aplica

16. Se mulher, em relação a sua menstruação: *

Mark only one oval.

- Menstrua regularmente
- Menstrua irregularmente
- Já entrou em menopausa
- Não se aplica
- Other: _____

Skip to question 17.

Dados Comportamentais**17. Você sabe há quanto tempo foi diagnosticado com a doença? (ano aproximado) ***

18. Há quanto tempo você recebe medicamentos aqui na Farmácia para todos? (ano aproximado) *

19. Você faz atividade física? *

Mark only one oval.

- Uma vez por semana
 Duas ou três vezes por semana
 Quatro ou cinco vezes por semana
 Mais de cinco vezes por semana
 Não faz
 Não respondeu

20. Se sim, qual atividade?

21. Qual a sua religião? *

Check all that apply.

- Católica
 Evangélica
 Testemunha de Jeová
 Espírita
 Umbanda
 Candomblé
 Judaísmo
 Budismo
 Hinduísmo
 Islamismo
 Tradições indígenas
 Agnóstico
 Ateu
 Sem religião
 Não sabe
 Não informou
 Other: _____

22. Você se sente apoiado pela sua família? *

Mark only one oval.

- Sempre
 Na maioria das vezes
 Às vezes
 Raramente
 Não
 Não sabe
 Não respondeu

23. Alguma vez na vida, você fez uso de álcool (cerveja, vinho ou outras bebidas alcoólicas) ou cigarro? *

Check all that apply.

- Álcool
 Tabagismo
 Ambos
 Não fez uso
 Não sabe
 Não respondeu

24. Nos últimos seis meses, você fez uso de álcool (cerveja, vinho ou outras bebidas alcoólicas) ou cigarro? *

Check all that apply.

- Álcool
 Tabagismo
 Ambos
 Não fez uso
 Não sabe
 Não respondeu

25. Alguma vez na vida, você fez uso de Drogas, como Maconha, cocaína,...? *

Check all that apply.

- Maconha (back)
 Cocaína
 Crack
 Heroína
 LSD
 Êxtase
 Coça
 Tinner
 Benzina
 Lança-perfume
 Lelô
 Meda
 Specialk
 Baile
 Ácido
 Chá de Cogumelo
 THC
 Qualquer uma que conseguir
 Não Usa
 Não sabe
 Não respondeu
 Other: _____

26. Nos últimos seis meses, você fez uso de Drogas, como Maconha, cocaína,...? *

Check all that apply.

- Maconha (weed)
- Cocaína
- Crack
- Heroína
- LSD
- Êxtase
- Coça
- Tinner
- Benzina
- Lança-perfume
- Lolô
- Merja
- Specialk
- Bala
- Ácido
- Chá de Cogumelo
- THC
- Qualquer uma que conseguir
- Não Usa
- Não sabe
- Não respondeu
- Other: _____

27. Por quem sente-se atraído sexualmente? *

Mark only one oval.

- Homens
- Mulheres
- Ambos
- Nenhum
- Não respondeu
- Não sabe
- Other: _____

28. Quantos parceiros sexuais teve nos últimos seis meses? *

29. Com que frequência você usa preservativos? *

Check all that apply.

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Raramente
- Nunca
- Não sabe
- Não respondeu
- Não se aplica

30. Você já foi preso alguma vez? *

Mark only one oval.

- Sim
- Não
- Não sabe
- Não respondeu

31. Se sim, quando?

32. Se sim, Por quanto tempo?

33. Você já foi morador de rua? *

Mark only one oval.

- Sim
- Não
- Não sabe
- Não quis responder

34. Se sim, quando?

35. Se sim, Por quanto tempo?

36. Você já tentou suicídio alguma vez? *

Mark only one oval.

- Não
- Uma vez
- Duas vezes
- Três vezes ou mais
- Não sabe
- Não respondeu

37. Se sim, há quanto tempo?

Dados Clínicos / Uso de serviços

38. Já fez ou faz uso dos serviços da CAPS/CERSAM? *

Mark only one oval.

- Já fez
- Faz
- Não faz
- Não sabe
- Não quis responder

39. Qual foi a frequência de uso? *

Check all that apply.

- Consultas agendadas ou atividades em grupo
- Dia inteiro
- Pernoite ou internação (maior que 24 horas)
- Não se aplica

40. Foi internado alguma vez por motivos psiquiátricos? *

Mark only one oval.

- Não
- Uma vez
- Duas Vezes
- Três vezes
- Quatro vezes ou mais
- Não sabe
- não respondeu

41. Se sim, qual tipo de internação? *

Check all that apply.

- Voluntária - com o seu consentimento
- Involuntária - à força
- Compulsória - decisão judicial
- Não sabe
- Não respondeu
- Não se aplica

42. Você tem alguma outra doença? *

Check all that apply.

- Hipertensão
- Diabetes
- Cardiopatia
- HIV
- Disfunção tireóide (hipo/hipertireoidismo)
- Doenças respiratórias (asma, bronquite, DPOC...)
- Doenças Hepáticas crônicas (Hepatite, Cirrose, Esteatose...)
- Doenças renais crônicas
- Nenhuma
- Não informou
- Other: _____

43. Onde você realiza suas consultas médicas? *

Check all that apply.

- Serviço Público (SUS) - Centro de Saúde ou hospitais
- Privado - Consultas particulares (Desembolso direto)
- Plano de saúde
- Ambos
- Não sabe
- Não respondeu
- Other: _____

44. Se plano de saúde, qual?

45. Quais antipsicóticos você está usando? *

Check all that apply.

- Haloperidol
- Clorpromazina
- Risperidona
- Quetiapina
- Ziprasidona
- Olanzapina
- Clozapina
- Trifluoperazina
- Paliperidona
- Sertindol
- Levomepromazina
- Aripiprazol
- Lurasidona
- Droperidol
- Flupentixol
- Flufenazina
- Pipotazina
- Sulpirida
- Levosulpirida
- Tioridazina
- Zuclopentixol
- Amisulprida
- Penfluridol
- Pimozida
- Acepromazida
- Não sabe
- Não respondeu
- Other: _____

46. Você faz uso de algum outro medicamento psicofármaco? *

Check all that apply.

- Alprazolam
 Lorazepam
 Clonazepam
 Nitrazepam
 Diazepam
 Midazolam
 Biperideno
 Prometazina
 Carbamazepina
 Carbonato de lítio
 Clomipramina
 Valproato de sódio
 Amitríptilina
 Imipramina
 Nortríptilina
 Sertralina
 Fluoxetina
 Venlafaxina
 Fenobarbital
 Fenitoína
 Não sabe
 Não respondeu
 Não faz uso
 Other: _____

47. Faz uso de algum outro medicamento?

Eventos adversos

48. Em geral, alguns medicamentos causam, além dos efeitos benéficos, alguns efeitos inesperados. Você já apresentou algum desses efeitos com algum dos medicamentos utilizados? *

Mark only one oval.

- Sim
- Não
- Não sabe
- Não respondeu

49. Relaciona o evento ao medicamento?

50. Se sim, qual reação?

SATIS - BR

Escala de avaliação da satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental

51. Qual a sua opinião sobre a maneira como você foi tratado, em termos de respeito e dignidade?

Mark only one oval.

- 1 - Nunca me senti respeitado
- 2 - Geralmente não me senti respeitado
- 3 - Mais ou menos
- 4 - Geralmente me senti respeitado
- 5 - Sempre me senti respeitado

52. Em geral, como você classificaria a acolhida dos profissionais da Farmácia de Minas?

Mark only one oval.

- 1 - Nada amigável
- 2 - Pouco amigável
- 3 - Mais ou menos
- 4 - Amigável
- 5 - Muito amigável

53. Você ficou satisfeito com o conforto e a aparência da Farmácia de Minas?

Mark only one oval.

- 1 - Muito insatisfeito
- 2 - Insatisfeito
- 3 - Indiferente
- 4 - Satisfeito
- 5 - Muito satisfeito

54. De que você mais gostou na Farmácia?

55. Na sua opinião, o serviço na Farmácia poderia ser melhorado?

Mark only one oval.

- 1 - Sim
- 2 - Não
- 3 - Não sei

56. Se sim, de que maneira?

APÊNDICE D: Questionário EQ-5D

EQ-5D

Descrição (opcional)

A1. Mobilidade

1. Não tenho problemas em andar
2. Tenho alguns problemas em andar
3. Estou limitado a ficar na cama

A2. Cuidados pessoais

- 1. Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais
- 2. Tenho alguns problemas para me lavar ou me vestir
- 3. Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho

A3. Atividades habituais (ex: trabalho, estudos, atividades domésticas, em família ou de lazer)

- 1. Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais
- 2. Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais
- 3. Sou incapaz de em desempenhar as minhas atividades habituais

A4. Dor / Mal-estar

- 1. Não tenho dores ou mal-estar
- 2. Tenho dores ou mal-estar moderadas
- 3. Tenho dores ou mal-estar extremos

A5. Ansiedade / Depressão

- 1. Não estou ansioso(a) ou deprimido(a)
- 2. Estou moderadamente ansioso(a) ou deprimido(a)
- 3. Estou extremamente ansioso(a) ou deprimido(a)

ANEXOS

Escala Visual Analógica (EVA)

A melhor saúde
que você pode imaginar

1. Nós gostaríamos de saber como está sua saúde HOJE.

2. Esta escala está marcada de 0 a 100.

3. 100 significa a melhor saúde que você pode imaginar.
0 significa a piores saúde que você pode imaginar.

4. Marque um X na escala para indicar como está sua saúde HOJE.

5. Agora, por favor, anote o número que você marcou na escala
na caixa abaixo.

SUA SAÚDE HOJE =

100
95
90
85
80
75
70
65
60
55
50
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0

A pior saúde
que você pode imaginar