

Clareci Silva Cardoso

**Qualidade de Vida na Esquizofrenia:
Fatores associados**

**Belo Horizonte
2005**

Clareci Silva Cardoso

**Qualidade de Vida na Esquizofrenia:
Fatores associados**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de concentração em Epidemiologia, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Dra. Waleska Teixeira Caiaffa

Co-orientadores: Dra. Marina Bandeira

Dr. José Otávio Penido Fonseca

**Belo Horizonte
2005**

Cardoso, Clareci Silva

**C268q Qualidade de vida na esquizofrenia: fatores associados/Clareci
Silva Cardoso. Belo Horizonte, 2005.
178f. enc.**

**Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Medicina.**

Área de concentração: Saúde Pública-Epidemiologia

Orientador: Waleska Teixeira Caiaffa

**1.Esquizofrenia/epidemiologia 2.Qualidade de vida 3.Fatores de
risco 4.Depressão/epidemiologia 5.Perfil de impacto da doença
6.Assistência ambulatorial/tendências 7.Fatores epidemiológicos
7.Identidade de gênero I.Título**

**NLM: WM 203
CDU: 616.895.8**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**Reitora**

Prof^a Ana Lúcia Almeida Gazzola

Vice Reitor

Prof. Marcos Borato Viana

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Jaime Arturo Ramires

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. José Aurélio Garcia Bergmann

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Geraldo Brasileiro Filho

Coordenador do Centro de Pós-Graduação

Prof. Francisco José Penna

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof^a Elza Machado de Melo

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Mark Drew Crosland Guimarães

Sub-coordenadora

Prof^a. Sândhi Maria Barreto

COLEGIADO

Prof^a. Ada Ávila de Assunção

Prof^a. Eli Iola Gurgel de Andrade

Prof^a. Elizabeth França

Prof. Fernando Augusto Proietti

Prof^a. Maria Fernanda Furtado Lima-Costa

Prof^a. Mariângela Leal Cherchiglia

Prof^a. Waleska Teixeira Caiaffa

Representante discente

Elaine Leandro Machado

Lorenza Nogueira Campos

Paulo Cezar Rodrigues Pinto Corrêa

Roberto Marini Ladeira

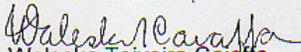


FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 7009
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031)3248.9641 FAX: (31)3248.9640
e-mail: cpg@medicina.ufmg.br

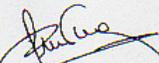


DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores Waleska Teixeira Caiaffa, José Otávio Penido Fonseca, Itiro Shiraka, Fábio Lopes Rocha, Cornelis Johannes Van Stralen e Arminda Lúcia Siqueira aprovou a defesa da tese intitulada **“QUALIDADE DE VIDA NA ESQUIZOFRENIA: FATORES ASSOCIADOS”**, apresentada pela doutoranda **CLARECI DA SILVA CARDOSO** para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 27 de junho de 2005.

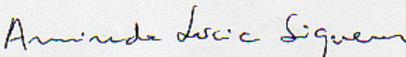

Profa. Waleska Teixeira Caiaffa
Orientadora


Prof. José Otávio Penido Fonseca


Prof. Itiro Shirakawa


Prof. Fábio Lopes Rocha


Prof. Cornelis Johannes Van Stralen


Profa. Arminda Lúcia Siqueira

*Dedico este trabalho à minha família,
principalmente aos meus irmãos, pelo
apóio incondicional...*

AGRADECIMENTOS

Á minha orientadora: Waleska T. Caiaffa, pela orientação sábia e por ter se tornado tão importante na minha formação, no meu trabalho e em minha vida...

A todos os meus Co-orientadores: mais uma vez obrigada pela parceria e sintonia.

Aos meus amigos: por estar sempre ao meu lado, mesmo quando eu não podia... dividir meu tempo.

Ao SERSAM Divinópolis: à equipe de profissionais, pelo *Apóio e Confiança*.

Ao CERSAM PAMPULHA: por abrir espaço para a produção de conhecimento.

Ao grupo de estagiários: Mery Nataly S. Abreu, Cynara L. Bragança, Michelle R. Costa, Renato A. Rodrigues, Vanessa Freitas pela responsabilidade e profissionalismo.

Á Coordenadora de campo : Graziella L. Oliveira, pela dedicação incondicional.

Aos colegas do GPW (Grupo de estudo dos orientandos da prof^a. Waleska): pela construção coletiva do conhecimento.

Ao Grupo de Pesquisa em Epidemiologia GPE: pela estrutura de trabalho e apóio logístico.

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública: em especial ao Fernando Augusto Proietti e ao Mark Drew Crosland Guimarães pelo respeito, amizade e contribuição para minha formação.

Ao psiquiatra Helian Nunes: pelo trabalho de confiabilidade diagnóstica.

Ao Centro de Pós-Graduação: pelo respeito e paciência.

**“ O importante não é o que fazem de nós,
mas o que nós próprios fazemos daquilo que fazem de nós”.**

Sartre

RESUMO

Introdução: A avaliação da qualidade de vida (QV) emergiu nas últimas décadas como um conceito importante. O impacto das doenças crônicas bem como das intervenções terapêuticas passaram a ser avaliadas em termos de sua influência na QV. A partir da validação de uma escala de QV para o Brasil, este estudo teve como objetivo investigar os fatores associados com a QV em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. **Método:** Foi conduzido um estudo seccional para avaliação da QV de pacientes em tratamento ambulatorial, recrutados de dois *Centros de Referência em Saúde Mental* de duas cidades em Minas Gerais. A amostra total incluiu 123 pacientes de Divinópolis e 150 de Belo Horizonte. As entrevistas foram conduzidas tendo o próprio paciente como informante. Foram utilizados os seguintes instrumentos: escala de qualidade de vida QLS-BR, um questionário contendo informações clínicas e sócio-demográficas e a escala Calgary de depressão incluída para o CERSAM de Belo Horizonte. Comparações das características dos pacientes foram feitas por meio do Qui-quadrado, teste exato de Fisher ou teste de Mann-Whitney. Foram conduzidas análises multivariadas utilizando regressão logística binária, ordinal e árvore de decisão pelo algoritmo CHAID e CART. **Resultados:** Considerando os pacientes de Divinópolis, baixa QV na escala global esteve associado com ser do sexo masculino e estar solteiro. Associou-se à baixa QV nos domínios específicos: baixa renda e baixa escolaridade, relato do uso de três ou mais medicamentos e ter se apresentado agitado durante a entrevista. Investigações da QV por sexo mostraram diferenças na QV de homens e mulheres, sobretudo no domínio ocupacional, onde mulheres apresentaram melhor QV quando comparadas aos homens. Homens e mulheres solteiros apresentaram baixa QV quando comparados com seus pares casados. Duração maior da doença (≥ 5 anos) foi o segundo marcador em importância para homens e mulheres, entretanto, no modelo logístico associou-se à baixa QV somente no sexo masculino. Para os pacientes de Belo Horizonte, foi encontrada uma prevalência de 56% de depressão. Pacientes deprimidos apresentaram pior QV na escala global e domínio ocupacional. Em pacientes com pior QV, presença de sintomas da doença, número de medicamentos e ausência de atividades no lar se mostraram associados com a depressão, enquanto para aqueles com melhor QV, apenas duração da doença foi importante. **Conclusão:** As implicações mais importantes desse estudo é que os serviços de saúde devem ser incentivados a identificar estratégias para promover a QV dos pacientes, abordando alguns aspectos específicos levantados nesta investigação, considerando que, manter ou melhorar a QV dos pacientes tem se tornado o principal objetivo da saúde mental.

Palavras chaves: Qualidade de vida; Esquizofrenia; Escala QLS-BR; Fatores associados, diferenças entre sexos; depressão na esquizofrenia.

Quality of Life in Schizophrenia: Associated Factors

Abstract

Introduction: Evaluation of the quality of life (QOL) emerged in the last decades as an important concept. The impact of chronic illnesses as well as therapeutic interventions has been evaluated under the view of QOL. This study aimed to investigate the socio-demographic and clinical variables related to a low QOL in patients with schizophrenia. **Method:** A cross-sectional study was carried out in order to evaluate the QOL in outpatients, attending two Reference Centers for Mental Health Care in two cities located in Minas Gerais State. The sample included 123 outpatients from Divinópolis and 150 from Belo Horizonte City. All patients were interviewed using the QOL-BR scale and a clinical and socio-demographic questionnaire. In one site, a specific scale for depression - the Calgary scale - was also included. Comparisons between patients' characteristics had been made using of the Qui-square, Fisher's or Mann-Whitney test. Multivariate analyses included: binary, ordinal logistic regression and decision's tree using CHAID and CART algorithms. **Results:** Considering the patients from Divinópolis, low QOL in the global scale was associated with: being male and single. The associated factors with low QOL in the specific domains were: low income, low education level, being under the prescription of three or more psychiatric medications, having demonstrated psychomotor agitation during the interview and being under follow-up care. Differences in the QOL for men and women were found, especially in the occupational domain, where women had better QOL than men. Single men and women presented lower QOL than their married pairs. Longer duration of the illness (> 5 years), although significant for both men and women, in the logistic model remained associated only with men. Patients from Belo Horizonte presented a prevalence of 56% of depression. Depressed patients had lower QOL in the global scale and occupational domain. For patients with low QOL, presence of symptoms, number of medicines taken and absence of home activities were associated with depression, while for those with better QOL, only duration of the illness remained associated. **Conclusion:** Improving the QOL of schizophrenic patients has been one of the most important objective in the mental health care. The identification of specific aspects pointed out in this investigation may help health services to build up strategies aiming to promote the QOL of their patients.

Key words: Quality of life; Schizophrenia; QLS-BR Scale; Factors associates, differences between women and men; depression in the Schizophrenia.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS | 13 |
| 2. OBJETIVOS..... | 16 |
| 3. ARTIGO 1: FATORES ASSOCIADOS COM A BAIXA QUALIDADE DE VIDA NA ESQUIZOFRENIA..... | 17 |
| RESUMO..... | 19 |
| ABSTRACT..... | 20 |
| INTRODUÇÃO | 21 |
| MÉTODO | 23 |
| RESULTADOS | 26 |
| DISCUSSÃO | 29 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 37 |
| 4. ARTIGO 2: QUALIDADE DE VIDA E DIMENSÃO OCUPACIONAL NA ESQUIZOFRENIA: UMA COMPARAÇÃO POR SEXO | 45 |
| RESUMO..... | 47 |
| ABSTRACT | 48 |
| INTRODUÇÃO | 49 |
| MÉTODO | 51 |
| RESULTADOS | 54 |
| DISCUSSÃO | 57 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 63 |
| 5. ARTIGO 3: DEPRESSÃO NA ESQUIZOFRENIA: PREVALÊNCIA E RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA..... | 74 |
| RESUMO..... | 76 |
| ABSTRACT | 77 |
| INTRODUÇÃO | 78 |
| MÉTODO | 80 |
| RESULTADOS | 83 |
| DISCUSSÃO | 86 |
| REFERÊNCIAS | 93 |
| 6- CONSIDERAÇÕES FINAIS | 104 |
| 7- APÊNDICES..... | 106 |
| APÊNDICE A. Projeto de doutorado..... | 107 |
| APÊNDICE B. Aprovação do projeto no Comitê de Ética | 129 |
| APÊNDICE C. Consentimento livre e esclarecido | 131 |
| APÊNDICE D: Questionário clínico e sócio-demográfico usado no estudo realizado em Divinópolis..... | 134 |
| APÊNDICE E: Ficha de triagem usada no estudo de Belo Horizonte..... | 139 |
| APÊNDICE F: Questionário clínico e sócio-demográfico usado no estudo realizado em BH | 141 |
| APÊNDICE G: Escala de qualidade de vida QLS-BR..... | 149 |
| 8- ANEXO..... | 170 |
| ANEXO A. Escala Calgary de depressão na esquizofrenia, ECDE | 170 |

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O tema desta investigação surgiu de um interesse durante minha atuação enquanto bolsista de iniciação científica¹. O estudo investigava a competência social de pacientes psicóticos desinstitucionalizados de hospitais psiquiátricos, na região de São João Del Rei, MG. No decorrer do estudo, as condições de vida desses pacientes, chamaram a atenção, tais como, o relato pelo paciente de intenso sofrimento, decorrente das repercussões deteriorantes de uma doença crônica, marcado principalmente pelo isolamento social além de intenso sofrimento dos familiares. Outro fato que despertou a atenção foi o alto índice de tentativas ou de suicídio propriamente dito nesta população. Isto acontecia, na grande maioria das vezes, de forma cruel, causando forte impacto. Estas circunstâncias nos despertaram para a possibilidade de futuras investigações. Neste contexto, a *Qualidade de Vida* foi então pensada.

Dentro desta proposta, deparamos com escassez de estudos no Brasil envolvendo a temática da qualidade de vida, bem como a ausência de instrumentos de avaliação validados no país. Diante deste fato, conduzimos um estudo de validação para o Brasil, de uma escala de QV na esquizofrenia, como tema da dissertação de mestrado.

O resultado deste processo foi um instrumento adaptado e validado para o Brasil², somando-se a dois artigos publicados em periódicos^{3,4}. O estudo de validação foi conduzido de acordo com metodologia internacionalmente recomendada.

O estudo de campo foi realizado em um Serviço de Referência em Saúde Mental da cidade de Divinópolis, MG. A amostra foi composta de 150 pacientes entrevistados. Foram coletadas

¹ BANDEIRA, M; TREMBLEY L. Avaliação da Competência Social de Psicóticos. Um estudo observacional do comportamento verbal e não verbal. **Projeto de pesquisa intercultural Brasil e Canadá**.

² Escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia. Disponível em: http://saudepublica.medicina.ufmg.br/dissert_teses.htm ou <http://www.ufsj.edu.br/Pagina/qualidadevida/>

³ CARDOSO, C. S; CAIAFFA, W.T; BANDEIRA, FONSECA, J.O.P. Escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia - QLS-BR: Adaptação transcultural para o Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 51, p. 31-38, 2002.

⁴ CARDOSO, C. S; CAIAFFA, W.T; BANDEIRA, M; SIQUEIRA, A.L; FONSECA, I.K; FONSECA J.O.P. Qualidades psicométricas da escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia: Escala QLS-BR. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 52, p. 211-222, 2003.

informações clínicas e sócio-demográficas dos pacientes, além de indicadores de qualidade de vida, obtidos por meio da escala QLS-BR (Apêndice G).

Nesta etapa dos trabalhos, a avaliação da QV foi meramente descritiva, uma vez que o objetivo era investigar as propriedades de medidas do instrumento. Entretanto, estas análises já apontaram para a necessidade de uma investigação mais detalhada da QV, como por exemplo, os fatores associados com uma mais baixa QV nos pacientes.

Dentro desta perspectiva surgiu a proposta de continuidade desta investigação para o trabalho de doutorado, com projeto submetido e aprovado pela FAPEMIG⁵, Fundação de Amparo a Pesquisa e Ensino de Minas Gerais.

Utilizando o banco de dados do estudo de validação da escala para o Brasil, foi conduzida a primeira investigação. Seu principal objetivo foi avaliar os fatores associados com a baixa qualidade de vida na esquizofrenia. Este trabalho resultou no primeiro de três artigos propostos para o doutorado ⁶. Apontou fatores importantes associados com a baixa qualidade de vida, abrindo possibilidades para outra investigação mais detalhada, sob o enfoque das diferenças entre os sexos. Este artigo foi publicado pelos *Cadernos de Saúde Pública* e está apresentado no item três desta Tese.

O segundo artigo do doutorado, priorizando a temática das diferenças entre os sexos na qualidade de vida, foi então realizado ⁷. Teve como objetivo principal investigar a QV de homens e mulheres com diagnóstico de esquizofrenia, explorando os fatores associados com a baixa QV no domínio ocupacional da escala QLS-BR. Este trabalho está apresentado no item quatro desta Tese. Foi também publicado nos *Cadernos de Saúde Pública*.

Nas investigações anteriores, embora tivessem levantado questões relevantes, observou-se ausência de variáveis importantes, descritas na literatura, enquanto associadas com a QV, tais como, presença de depressão, satisfação com a saúde e classe dos medicamentos, dentre

⁵ CAIAFFA, W.T; CARDOSO, C.S. Qualidade de Vida Na Esquizofrenia: Fatores associados. **Projeto de Doutorado**. CDS 301/2002.

⁶ CARDOSO, C. S; CAIAFFA, W.T; BANDEIRA, M; SIQUEIRA, A.L; ABREU, M.N.S, FONSECA, J.O.P. Factors Associated with a Low Quality of Life in Schizophrenia. **Cadernos de Saúde Pública**. Em publicação. 2005.

⁷ CARDOSO, C. S; CAIAFFA, W.T; BANDEIRA, M; SIQUEIRA, A.L; ABREU, M.N.S, FONSECA, J.O.P. Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: Uma comparação por sexo. **Cadernos de Saúde Pública**. 2005. Submetido

outras. Dessa forma, propôs-se um novo projeto, com a inclusão de mais um *Centro de Referência em Saúde Mental*, em um centro urbano, Belo Horizonte MG. Esta proposta permitiria a comparação entre os dois serviços com a mesma proposta terapêutica, embora já antecipássemos diferenças relativas não apenas quanto ao porte da cidade, mas também possíveis diferenças culturais e de inserção do paciente.

Em Belo Horizonte, foi conduzido um estudo seccional com uma amostra de 150 pacientes, incluídos de acordo com os mesmos critérios da investigação anterior. Além de um questionário clínico e sócio-demográfico mais ampliado e a escala QLS-BR foi também incluído um outro instrumento, a escala Calgary de depressão na esquizofrenia. Instrumento validado para o Brasil e que apresentava boas características de medidas, no que se referia à validade e confiabilidade⁸.

Sabe-se que a qualidade de vida é influenciada por diversos sintomas da esquizofrenia e a depressão é considerada um sintoma crítico. Neste sentido, propôs-se a realização do terceiro artigo do doutorado⁹, com o objetivo de avaliar a prevalência pontual de depressão investigando os fatores associados e sua relação com a QV em pacientes clinicamente estáveis. Este artigo encontra-se no item cinco desta Tese.

Dentre da temática *Qualidade de Vida na Esquizofrenia* foi conduzida esta Tese, requisito parcial para a obtenção do título de Doutora, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, área de concentração em Epidemiologia, inserida na linha de pesquisa Saúde e Urbanização da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG. Optou-se pela apresentação da Tese em forma de artigos científicos, conforme regulamento deste programa.

⁸ BRESSAN, R.A; CHAVES, A.C; SHIRAKAWA, I; MARI, J.J. Validity study of the Brazilian Version of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia. **Schizophrenia Research**, v. 32, p. 41-49, 1998.

⁹ CARDOSO, C. S; CAIAFFA, W.T; BANDEIRA, M; SIQUEIRA, A.L; ABREU, M.N.S, FONSECA, J.O.P. Depressão na Esquizofrenia: Prevalência e relacionamento com a qualidade de vida. 2005. **A definir submissão**

2. OBJETIVOS

O objetivo geral desta investigação foi conhecer a qualidade de vida de pacientes ambulatoriais com diagnóstico de esquizofrenia, investigando os fatores associados.

2.1- Objetivos específicos

- 1- Investigar os fatores associados com a baixa QV, incluindo as características clínicas e sócio-demográficas;
- 2- Comparar a QV entre homens e mulheres, investigando o domínio ocupacional;
- 3- Estimar a prevalência pontual de depressão e os fatores associados e;
- 4- Analisar a importância da depressão na QV.

3. ARTIGO 1

Fatores associados com a baixa qualidade de vida na esquizofrenia

Factors Associated with Low Quality of Life in Schizophrenia

Publicado nos Cadernos de Saúde Pública, 21 (5): 1338-1348, set- out, 2005.

Páginas: 17-44

Fatores associados com a baixa qualidade de vida na esquizofrenia

Clareci Silva Cardoso^{+}, Waleska Teixeira Caiaffa^{**+}, Marina Bandeira[§], Arminda Lucia Siqueira^{**}, Mery Natali Silva Abreu^{+,**}, José Otávio Penido Fonseca^{**+}.**

* Departamento de Medicina Preventiva e Social, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG -

+ Grupo de Pesquisa em Epidemiologia GPE, Universidade Federal de Minas Gerais -UFMG

§ Departamento de Psicologia, Universidade Federal de São João del Rei - UFSJ -

** Departamento de Estatística, Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG -

Autor responsável:

Clareci Silva Cardoso
Grupo de Pesquisas em Epidemiologia/ FM-UFMG
Av. Alfredo Balena 190/ Sala 8.013
Bairro Santa Efigênia, Belo Horizonte MG
Cep: 30130-100. Telefax (31) 3248-9949
Endereço eletrônico: clareci@medicina.ufmg.br ou clarecicardoso@yahoo.com.br

Resumo

O interesse na qualidade de vida (QV) na saúde mental foi estimulado pelo processo de desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos e um paralelo interesse em conhecer as dimensões de sua vida diária. Esse estudo teve como objetivo investigar as variáveis sócio-demográficas e clínicas relacionadas com uma baixa QV. Foi conduzido um estudo transversal para avaliação da QV através da escala QLS-BR em uma amostra de 123 pacientes ambulatoriais com diagnóstico de esquizofrenia, recrutados do serviço de referência em saúde mental de Divinópolis, MG. Os dados foram analisados utilizando-se regressão logística multivariada. Os resultados indicaram que um pior escore de QV estava associado ao sexo masculino, ser solteiro, ter renda e escolaridade baixas, estar em uso de três ou mais medicamentos, ter apresentado agitação psicomotora na entrevista e estar fazendo acompanhamento ambulatorial. Esse estudo aponta indicadores plausíveis para a atenção e cuidado do portador de sofrimento mental.

Palavras chaves: esquizofrenia; escala QLS-BR; qualidade de vida; saúde mental.

Factors Related to a Lower Quality of Life in Schizophrenia

Abstract

The interest in the quality of life (QOL) in mental health care has been stimulated by the deinstitutionalization of psychiatric patients as well as a parallel interest in understanding the scope of their daily lives. This study aims to investigate the sociodemographic and clinical variables related to a lower QOL, using a cross-sectional design to evaluate the QOL by means of the QLS-BR scale. A sample of 123 outpatients from a reference mental health center, in Divinópolis, in the state of Minas Gerais, clinically diagnosed with schizophrenia, was interviewed. Univariate and multivariate logistic regression analyses were carried out. The results showed that a lower quality of life is associated with one or more of the following: being male, being single, having a low income in addition to a low level of education, being under the prescription of three or more psychiatric medications, having demonstrated psychomotor agitation during the interview and being under follow-up care. This study points out to plausible indicators to the attention and care necessary in order to improve the mental patients' treatment.

Key words: schizophrenia; quality of life; mental health; QLS-BR scale.

INTRODUÇÃO

No Brasil, até a década de 80, a atenção psiquiátrica era principalmente baseada na hospitalização, quando a mudança na política de saúde mental propôs a substituição para serviços alternativos baseados na comunidade ¹. A desinstitucionalização, hoje um processo mundial, iniciado há mais de cinco décadas em outros países, tem apresentado ganhos significativos para a atenção e cuidado psiquiátrico. Paralelo a seus avanços, o processo tem recebido intensas críticas por estar associado à carência de atendimento adequado, vulnerabilidade e isolamento social dos pacientes. As condições precárias de vida, além das dificuldades de acesso, disponibilidade e, qualidade dos serviços tem sido apontada como os principais responsáveis pela dificuldade de integração social do portador de sofrimento mental ^{2,3}.

O resultado dos programas de reabilitação psiquiátrica, associado à evolução dos antipsicóticos, tem tornado possível o tratamento de pacientes com esquizofrenia na comunidade, reduzindo drasticamente as admissões hospitalares. Estudos de avaliação dos serviços para estes pacientes focalizam mais a melhora da qualidade de vida do que o processo de cura ⁴. Da mesma forma, outras investigações apontam a qualidade de vida (QV) como uma importante, se não a mais importante, medida de impacto da esquizofrenia e de seu respectivo tratamento ^{5,6}. Ela tem sido utilizada em diversos estudos, o que vem mostrando ser uma ferramenta essencial para a construção de indicadores na saúde mental ^{6,7,8,9,10,11,12,13}.

Não existe um único e universal conceito de QV. Embora a OMS em sua definição focalize a perspectiva de avaliação subjetiva dos pacientes com relação aos diferentes domínios de sua vida ¹⁴, estudos recentes apontam que ambos indicadores, objetivos e subjetivos, são necessários para a conceituação da QV. Tais investigações consideram esse conceito, embutido de noção social e cultural de saúde e doença, justificando, portanto, a necessidade de estudos interculturais ¹⁵, seja na validação de instrumentos de medida ^{16,17}, ou na investigação dos fatores associados à QV ^{2,15}.

No contexto brasileiro, até o momento, não foram encontrados estudos sobre os fatores associados com a baixa QV em pacientes com esquizofrenia, carência esta que poderia ser atribuída à ausência de instrumento de avaliação validado no país.

A partir de um estudo recente de validação de uma escala de QV para o Brasil ^{16, 17}, este estudo propõe investigar os fatores clínicos e sócio-demográficos associados com a baixa QV medidas pela escala QLS-BR, em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia.

MÉTODO

Amostra

A amostra se compõe de pacientes psiquiátricos, recrutados de um Serviço de Referência em Saúde Mental. Os critérios de elegibilidade para a composição da amostra foram: diagnóstico confirmado de Esquizofrenia (CID 10), com evolução mínima de um ano; estar desinstitucionalizado; faixa etária entre 18 e 55 anos; ausência de desordem neurológica, retardo mental ou história de dependência de substância química e quadro clínico estável nas três semanas precedentes à coleta de dados, indicados por ausência de hospitalização, depoimento de familiares e equipe do serviço.

Foram identificados no serviço, no período de 02/97 a 08/2000, um total de 230 prontuários de pacientes elegíveis. Cinquenta e quatro pacientes (23,5%) não compareceram ao recrutamento, 34 (14,8%) não foram localizados no endereço do prontuário e dois (0,9%) haviam falecidos. Dezenove (8,3%) pacientes não preencheram o critério de inclusão no momento da entrevista, encontrando-se internados ou em crise.

O estudo incluiu um total de 23 pacientes. O cálculo do poder de detecção da amostra foi baseado no modelo final de regressão logística¹⁸, de acordo com os seguintes procedimentos: 1) escolha da variável de maior relevância clínica; 2) estimação da probabilidade de ocorrência do evento entre expostos e não expostos nesta categoria utilizando a distribuição amostral e a *Odds Ratio* do modelo final; 3) estimação da correlação entre a variável principal e as demais variáveis do modelo e 4) cálculo final do poder de detecção baseado nas probabilidades estimadas no passo 2 e 3 utilizando o nível de significância de 0,05. A análise indicou que, para a escala global e os domínios específicos, o poder de detecção da amostra variou de 77 a 99%.

Área do estudo

Os participantes foram recrutados do *Serviço de Referência em Saúde Mental (SERSAM)*, integrante do Sistema Único de Saúde de uma cidade localizada no Centro Oeste de Minas Gerais, Divinópolis, com uma população de 183.708 habitantes, predominantemente urbana⁷.

O SERSAM Divinópolis, fundado em fevereiro de 1997, constitui um serviço de referência para o município e região, oferecendo consulta ambulatorial, atendimento em emergência, permanência dia e serviço de reabilitação.

Procedimento

Foi conduzido um estudo transversal utilizando a escala QLS-BR e um questionário contendo informações sócio-demográficas e clínicas dos pacientes.

Os pacientes foram convidados a participar do estudo, sistematicamente, por até três vezes, através de telegrama ou telefonema, solicitando seu comparecimento no serviço. Após assinar o consentimento informado, cada paciente participou de uma entrevista semi-estruturada, conduzida por três entrevistadores previamente treinados.

Todos os princípios éticos contidos na declaração de Helsinki (1996) foram observados, sendo o projeto aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais/ UFMG, sob parecer 035/01.

Descrição da escala QLS-BR

Trata-se de um instrumento desenvolvido especificamente para pacientes com esquizofrenia²⁰, cuja elaboração foi norteada pela síndrome deficitária, objetivando avaliar os aspectos mais insidiosos da doença. Foi adaptada para o Brasil utilizando metodologia internacionalmente recomendada¹⁶, apresentando validade e confiabilidade adequadas¹⁷. O estudo de suas qualidades de medidas apresentado com detalhes em outra publicação incluiu confiabilidade interavaliador, teste-reteste, confiabilidade das respostas do paciente, confiabilidade diagnóstica, consistência interna e validade de construto¹⁷.

A escala QLS-BR possui em sua estrutura dimensional um total de 21 itens distribuídos em três fatores ou domínios, assim denominados: 1. domínio social, 2. domínio ocupacional, 3. domínio intrapsíquico e relações interpessoais. Os itens incluem informações sobre funcionamento do paciente nas três semanas precedentes à entrevista, abordando aspectos específicos da vida do paciente, tais como, relacionamento familiar, afastamento social,

funcionamento e satisfação ocupacional, motivação, dentro outros. Cada questão é avaliada pelo entrevistador durante a entrevista com o paciente, que após levantar as informações relevantes atribui uma nota padronizada a cada questão, de acordo com as respostas do paciente, por meio de uma grade de cotação de sete pontos. Os escores de 5 e 6 refletem uma QV inalterada, a pontuação de 2 a 4 revela um comprometimento moderado na QV e os escores 0 e 1 indicam uma QV muito comprometida ¹⁷.

Análise de dados

Para avaliar a associação entre os escores da escala QLS-BR e as características clínicas e sócio-demográficas dos pacientes, foi utilizado o modelo de regressão logística. A variável resposta foi o escore de QV mensurado pela QLS-BR, codificada em duas categorias (caso, se escore < 2 e referência, se escore ≥ 2). A escolha dessa codificação foi devido ao fato de haver poucos pacientes na terceira categoria da QLS-BR (escores 5 e 6). Foi realizada análise separadamente para a escala global e para cada domínio específico. As variáveis explicativas eram de natureza sócio-demográfica e clínica.

O procedimento *backward* foi utilizado para a seleção de covariáveis. Tal critério consistiu em selecionar inicialmente todas variáveis que na análise univariada apresentaram valor-p $\leq 0,25$ ¹⁸, com exceção de sexo, idade e tempo de tratamento psiquiátrico que entraram no modelo independentemente do valor-p apresentado, por serem descritas na literatura como importantes preditores da QV ^{21, 22, 23, 24}. Ajustou-se um modelo logístico, eliminando individualmente as variáveis. Foi considerado como critério para permanência das variáveis no modelo final se valor-p $\leq 0,05$. Foi utilizado o *software* estatístico SPSS 11.5.

RESULTADOS

1. Características dos pacientes

A idade média dos pacientes foi de 37,5 anos, sendo a maioria do sexo masculino (60,2%) com menos de três anos de escolaridade (75,6%). Quase metade morava com os pais (48,8%). Um grande percentual era de indivíduos solteiros (74,8%), com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (54,1%) e residindo com cinco ou mais pessoas (68,3%). A maioria possuía diagnóstico de esquizofrenia paranóide (87,8%), com duração da doença acima de seis anos (61,8%). Grande percentual usava três ou mais medicamentos (56,9%) e se mantinha em tratamento ambulatorial (82,1%). Em relação à história de internação, cerca de 27% relatou nunca ter sido internado. A grande maioria se mostrou tranqüilo durante a entrevista (95,1%) e um pequeno número de pacientes apresentou atividade delirante (6,5%). A entrevista durou em média uma hora.

2. Análise de regressão logística univariada

Para a escala global com os 21 itens, como destaque em negrito na Tabela 1, todas as variáveis sócio-demográficas preencheram o critério univariado (valor- $p \leq 0,25$) com exceção do número de pessoas na residência. Das variáveis clínicas, quatro preencheram o mesmo critério: diagnóstico ($p=0,17$), tempo de tratamento ($p=0,22$), estado do paciente na entrevista ($p=0,19$) e presença de atividade delirante ($p=0,04$).

Para os domínios específicos, conforme destacado em negrito na Tabela 2, algumas variáveis preencheram o critério univariado para os três domínios tais como, estado civil, com quem mora, tempo de internação ≥ 6 meses, tratamento ambulatorial e atividade delirante. Outras variáveis somente foram significativas apenas para um domínio específico, como escolaridade ($p=0,02$), tempo de tratamento psiquiátrico ≥ 6 anos ($p=0,07$) e duração da entrevista ($p=0,20$) para o domínio social. Da mesma forma, as variáveis idade ($p<0,01$) e diagnóstico ($p=0,20$), foram significativas apenas para o domínio ocupacional. Para o domínio relacionado às funções intrapsíquicas e relações interpessoais, todas as variáveis que foram significativas neste contexto, já haviam preenchido o critério univariado para outro domínio.

3. Análise de regressão logística multivariada

As variáveis associadas com baixo escore de QV no modelo final estão apresentadas na Tabela 3. Foram incluídas no modelo todas as variáveis que preencheram o critério univariado, juntamente com idade, sexo e tempo de tratamento. Como a variável “com quem mora” apresentou alta colinearidade com “estado civil”, optou-se por manter apenas estado civil. Problema similar foi encontrado entre “tempo total de internação” e “tempo total de tratamento psiquiátrico”, optando-se por manter tempo total de tratamento. Foi também excluída do modelo a variável presença de atividade delirante que, por incluir um pequeno número de pacientes (n=8), gerou um intervalo de confiança com grande amplitude, resultando em baixa precisão na estimativa da *odds ratio*.

Para a o escore global de qualidade de vida, isto é, com todos os 21 itens, observou-se que os homens apresentaram 2,5 vezes mais chance de estar na faixa de baixa QV que as mulheres, enquanto ser solteiro associava-se três vezes a chance de baixa QV (OR= 3,04) quando comparado com os casados. O nível sócio-econômico, apesar de se mostrar limítrofe OR= 2,20 (IC: 0,98; 4,90), indicou que renda familiar menor ou igual a dois salários mínimos aumentava cerca de duas vezes a chance do paciente apresentar pior QV em relação a uma renda superior. Nenhuma variável clínica esteve associada à QV global.

Para a qualidade de vida especificamente referente ao domínio da rede social, apenas duas variáveis estiveram independentemente associadas no modelo final. Escolaridade baixa apresentou 2,9 vezes a chance de um pior escore de QV quando comparada com maior escolaridade, assim como estar fazendo tratamento ambulatorial aumentou cerca de três vezes a chance de uma pior QV (OR= 3,11), quando comparado com outros tipos ou nenhum tratamento.

Para a qualidade de vida relativa ao domínio ocupacional, o sexo masculino apresentou 4,0 vezes mais chance de ter pior QV em relação ao sexo feminino. Já o estado civil solteiro associou-se cerca de seis vezes com maior chance de baixa QV neste domínio em relação aos pacientes casados (OR= 6,02).

No que se refere à qualidade de vida no domínio intrapsíquico e relações interpessoais, três variáveis estiveram independentemente associadas a um baixo escore de QV. Ser solteiro e estar usando três ou mais medicamentos aumentava significativamente em mais de duas vezes a chance de um pior escore, *odds ratio* respectivos de 2,83 e 2,43. Já os pacientes que se apresentaram agitados durante a entrevista apresentaram 3,6 vezes maior chance de ter pior QV neste domínio em relação ao grupo que se apresentou tranquilo.

Das variáveis que foram incluídas no modelo, devido à sua relevância clínica, apenas sexo permaneceu no modelo final. A idade e tempo total de tratamento, não foram significativos para um baixo escore de QV no modelo ajustado.

DISCUSSÃO

Esse estudo apontou que, ser do sexo masculino, ser solteiro, ter escolaridade e renda baixas foram importantes variáveis sócio-demográficas associadas com baixo escore de QV em pacientes com esquizofrenia. Além destas, três variáveis clínicas estiveram também associadas à baixa QV, que foram: estar em uso de três ou mais medicamentos, estar fazendo tratamento ambulatorial e ter apresentado agitação psicomotora à entrevista. Um outro achado desse estudo é que distintas variáveis estiveram associadas à baixa QV na escala global e nos domínios específicos.

Estes resultados confirmam que na esquizofrenia, apesar das diferentes áreas estarem inter-relacionadas as disfunções podem funcionar de forma independente, tendo como consequência diferentes fatores preditores²⁵. Paralelamente a estes achados, outras investigações sugerem que o escore global de QV tem se mostrado inconsistente com o escore em áreas específicas²⁶, justificando, portanto, a realização de uma análise separada dos fatores associados à baixa QV nos domínios específicos e na escala global. Outras investigações apontam que o melhor modelo preditivo da QV é obtido quando se combina características sócio-demográficas e clínicas²⁵, assim como indicadores objetivos e subjetivos²⁷.

Os resultados das associações encontradas neste estudo parecem estar coerentes com achados da literatura. O sexo masculino é descrito como preditor da pior QV e sua importância tem sido apontada em vários estudos^{8, 15, 23}. Entre mulheres, o curso da doença e a situação de vida são vistas como mais favoráveis, e desta forma, elas se mostram mais satisfeitas do que os homens²⁵.

A presença significativa do sexo masculino em comparação ao feminino no domínio ocupacional e na escala global indicou cerca de duas a quatro vezes maior chance de o homem apresentar pior QV, podendo sugerir um melhor envolvimento feminino e/ou compromisso com as responsabilidades do lar, diferentemente dos homens que, devido à doença, permanecem em casa exercendo pouca ou nenhuma responsabilidade. De fato, um estudo brasileiro, investigando as diferenças entre os sexos na esquizofrenia, apontou

melhor desempenho das mulheres na questão ocupacional, mesmo excluindo o trabalho doméstico. Associa-se a esse fato, que homens apresentam início mais precoce da doença, maior incapacitação no funcionamento social, maior inatividade, isolamento social, maior lentidão e menor proporção de casados quando comparados às mulheres²³. Em relação à menor proporção de homens casados, o presente estudo, de forma descritiva, confirma essa informação. Foi encontrada uma maior proporção de mulheres casadas (30,6%) comparativamente aos homens (21,6%).

Neste contexto, ser solteiro parece ser uma variável importante para baixa QV, há relatos que homens com diagnóstico de esquizofrenia apresentam maior probabilidade de permanecerem solteiros²³. Neste estudo, esta variável associou-se a uma baixa QV tanto na escala global, quanto no domínio ocupacional e no domínio intrapsíquico e relações interpessoais, mesmo quando ajustado por sexo.

Estado civil também é apontado como um dos melhores preditores da evolução na esquizofrenia. Ser casado e ter uma adaptação psicossocial pré-mórbida adequada estão relacionados com prognóstico mais favorável. Tem sido descrito que o risco de ser hospitalizado em pacientes solteiros aumenta com a idade. Contudo, em pacientes casados esse efeito não é observado²⁵.

O fato de o estado civil solteiro se associar a uma baixa QV no domínio intrapsíquico e relações interpessoais pode sugerir que as relações afetivo-sexuais nesse grupo de pacientes são precárias. Este domínio inclui itens relacionados à atividade sexual, objetivo de vida, curiosidade, empatia e interação. Nesse contexto, o paciente solteiro com diagnóstico de esquizofrenia quase nunca tem envolvimento sexual ou mesmo relação afetiva com outra pessoa. Este dado foi confirmado pelo escore da QLS-BR no item relações afetivo-sexual, quando a mediana foi 1,00 tanto para homens quanto para mulheres, indicando uma QV muito empobrecida para o item em questão. Na escala global e no domínio ocupacional, por outro lado, o estado civil solteiro carregava uma conotação de inserção social e ocupacional, inclusive pela natureza dos itens avaliados.

A baixa escolaridade apresentou-se significativa apenas para o domínio da rede social (OR=2,86). Outros estudos também encontraram associação entre baixa escolaridade na

esquizofrenia e QV, sendo que o melhor nível educacional associou-se com melhor estado psicopatológico na evolução da doença ²⁹, no melhor nível de ajustamento, no funcionamento social ²¹ e na maior satisfação com a vida ³⁰. Entretanto, divergências existem na literatura quanto à relação entre qualidade de vida e baixa escolaridade na esquizofrenia. Em países subdesenvolvidos, os pacientes com níveis educacionais mais altos teriam uma pior evolução da doença, devido às demandas e expectativas sociais mais altas comparativamente aos pacientes com baixa escolaridade. Um estudo brasileiro sobre ajustamento social na esquizofrenia, área extremamente relacionada com qualidade de vida, a baixa escolaridade foi preditora de pior funcionamento social ²¹, assim como no presente estudo, onde ela se manteve associada à baixa QV no domínio social.

É possível que pacientes inseridos no serviço de Divinópolis, por não terem adquirido conhecimento educacional mínimo, apresentassem poucas habilidades para lidar com as demandas e expectativas sociais de uma cidade em desenvolvimento, refletindo em uma maior probabilidade do paciente relatar baixa QV em itens que requerem envolvimento e interação social. Outros estudos conduzidos no Brasil têm indicado que o nível educacional está associado com padrões de utilização dos serviços, comportamentos e capacidade de compreender mensagens de educação e saúde ^{21, 31}, o que em última instância poderá associar-se a uma definição de qualidade de vida, seja alta ou baixa.

No presente estudo, a renda abaixo de dois salários mínimos associou-se a um baixo escore de QV somente na escala global (OR=2,20). Pode-se notar que indivíduos com renda menor que 3 salários apresentavam duas vezes mais chance de ter baixa QV. A avaliação da QV tem mostrado que os pacientes psiquiátricos estão menos satisfeitos com suas finanças do que com outros domínios ^{7, 32}, apesar de outros estudos terem encontrado resultados contraditórios relacionando condições objetivas de vida e percepção subjetiva dessas condições. Ou seja, de acordo com a percepção do paciente, um bom padrão de vida pode não refletir em boa QV ^{33, 34}.

As variáveis clínicas referentes ao número de medicamentos, ao tratamento atual e ao estado do paciente na entrevista associaram-se significativamente apenas em dois domínios específicos: o da rede social e o das funções intrapsíquicas e relações interpessoais.

Um modelo proposto para avaliar os fatores associados com QV de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia em uso de medicação concluiu que a maior variância da QV foi explicada pela gravidade dos sintomas (32%) e o efeito adverso da medicação antipsicótica e o nível de funcionamento do paciente (17%)³⁵. Apesar de não possuímos a informação da classificação dos medicamentos, nem mesmo das reações adversas, nossos achados parecem coerentes com a literatura. Quanto maior o número de medicamentos usados pelo paciente, pior o escore de QV no domínio intrapsíquico, sugerindo uma maior gravidade da doença; aproximadamente 60% dos pacientes que apresentaram atividade delirante ou agitação psicomotora durante a entrevista relataram usar três ou mais medicamentos.

Em uma análise bivariada dos dados foi encontrada uma associação significativa entre número de medicamentos e renda, onde o maior percentual dos pacientes que tomavam três ou mais medicamentos (60%) possuía melhor renda familiar. Como, praticamente, todos os medicamentos são disponibilizados pelo SUS, esta associação não pode ser facilmente explicada pela facilidade de aquisição da medicação. Uma possibilidade seria que indivíduos de maior renda familiar poderiam apresentar maior nível de informação e/ou maior envolvimento familiar no tratamento medicamentoso, podendo inclusive estar gerando um maior número de medicamentos prescritos.

Estar em tratamento ambulatorial (consulta ambulatorial e uso regular de medicamento), neste estudo associou-se três vezes à baixa QV. Este resultado tem respaldo na literatura, não pelo tipo de tratamento em si, mas pelo fato de o paciente mais grave e, portanto, com baixa QV, estar utilizando mais frequentemente o serviço, através do acompanhamento ambulatorial, comparativamente ao paciente menos grave. De fato, publicações contendo revisão de estudos nesta área nos últimos 15 anos, mostraram tendências similares, onde a melhor QV foi percebida pelos pacientes com maior autonomia e menos contato com os serviços de saúde mental^{27,36}.

A utilização dos serviços é uma variável muito utilizada em estudos de QV. Um estudo mostrou que quanto maior era a autonomia do paciente, menos uso ele fazia do serviço, sugerindo melhora do quadro clínico². Esses resultados se assemelham a esta investigação,

pois os pacientes que não faziam nenhum tipo de tratamento, nem relatavam uso de medicamentos, apresentaram uma melhor QV.

Conforme esperado, duas variáveis clínicas estiveram associadas com baixa QV no domínio intrapsíquico e relações interpessoais: tomar três ou mais medicamentos (OR=2,43) e apresentar agitação psicomotora na entrevista (OR=2,43). Outra variável clínica importante foi apresentar atividade delirante durante entrevista, o que se mostrou significativo na análise univariada para baixo escore de QV global e para todos os outros domínios. No modelo multivariado gerou medidas imprecisas devido ao pequeno número de pacientes, optando-se por retirá-la do modelo final. Esse fato, não exclui sua importância para uma baixa QV nos pacientes, confirmando o que é mostrado em vários outros estudos sobre a importância da sintomatologia na determinação da QV ^{26, 37, 38}.

A comparação de resultados de pesquisas, envolvendo qualidade de vida a nível internacional, tem apresentado limitações consideráveis do ponto de vista metodológico, principalmente no que se refere à comparabilidade dos pacientes, adequação cultural do conceito, diferença nos instrumentos utilizados e inclusão de diferentes variáveis ¹⁵. Este é o primeiro estudo realizado no Brasil com o objetivo de investigar os fatores associados com a baixa QV na esquizofrenia. Utilizou-se o conceito multidimensional da QV incluindo indicadores objetivos e subjetivos, dado que a escala QLS-BR possui ambos indicadores, além de informações clínicas e sócio-demográficas.

Este estudo apresenta limitações metodológicas, devido à sua natureza transversal, em que o evento e a exposição são mensurados simultaneamente. O estudo foi planejado buscando garantir e controlar a qualidade da informação, por meio de treinamento e acompanhamento dos entrevistadores, e análises de confiabilidade interavaliador e confiabilidade das respostas dos pacientes, descrito com detalhes em outra publicação ¹⁷, com o objetivo de amenizar o viés de informação. Por outro lado, a possibilidade do paciente oferecer respostas desejáveis não pode ser descartado, neste caso, poderia levar a uma possível subestimação da exposição e conseqüente subestimação do risco. Além do mais, a extrapolação desses resultados para outros pacientes com esquizofrenia deve ser cautelosa, uma vez que esse estudo incluiu pacientes estáveis como critério de elegibilidade, deixando, portanto de analisar pacientes possivelmente mais graves. Com a

mesma cautela, dever-se-á analisar o percentual de perdas (42%), não diferencial quanto ao sexo, idade e diagnóstico, embora semelhantes a outras investigações envolvendo esta população³⁶.

É importante considerar ainda, que se trata de um estudo comparativo em que a QLS-BR foi dividida em apenas duas categorias (Escore de QV < 2 e escore de QV ≥ 2), devida a pouca freqüência de pacientes na categorização de QV normal ou inalterada, representado pelos escores 5 e 6. Dessa forma, o estudo envolveu uma proximidade de classificação do evento, comparando dois grupos de pacientes com algum grau de comprometimento. Esse procedimento pode ter levado a uma subestimação da medida de associação (*odds ratio*), podendo representar uma maneira conservadora de se interpretar a magnitude da associação.

Quanto à confiabilidade das informações, este e outros estudos têm demonstrado que pacientes com esquizofrenia podem relatar sua QV com grande confiabilidade^{17, 23, 39, 40}, desde que o estudo seja realizado com metodologia apropriada.

Por fim, levando-se em conta as limitações acima mencionadas, esse estudo sugere que alguns indicadores objetivos tais como sexo e estado civil, poderiam estar funcionando como marcadores de inserção social, como indicada pela quase inexistência de laços de relacionamento para a maioria destes pacientes. A escolaridade baixa, também importante no processo de inserção social, poderá ser melhor observada pelos programas de saúde mental, utilizando por exemplo, informações de saúde mais claras e objetivas, incluindo um treinamento da capacidade de interação com o ambiente, no sentido de oferecer suporte para os objetivos e necessidades dos pacientes. A baixa renda, enquanto indicador de pior QV, aponta para a necessidade de implementação efetiva da política de saúde mental, no que refere à assistência financeira ao portador de sofrimento mental. Esse ponto já representa um avanço no Brasil com a portaria 10708 de 31/07/2003⁴¹, que regulamenta o auxílio financeiro aos pacientes com transtornos mentais egressos de internações.

Já os marcadores clínicos evidenciados poderão ser alvo de intervenção pelos serviços de saúde mental, através de uma verdadeira escuta desses pacientes e de seus familiares, levando em consideração que as áreas mais afetadas pela atuação do serviço de saúde são

os contatos interpessoais e experiências internas do paciente, tais como pensamento e emoções²⁷.

Dado o aporte destes resultados, o tema qualidade de vida na esquizofrenia merece maiores investigações, considerando que este estudo não foi inicialmente delineado para testar associações. Em particular, a atividade ocupacional, detalhada sob o enfoque das diferenças entre sexos, preliminarmente encontrada neste estudo, deverá ser melhor investigada.

Uma avaliação permanente da qualidade de vida dos pacientes poderá contribuir de maneira fundamental para o planejamento dos serviços psiquiátricos para essa população.

COLABORADORES

C.S.C coordenou os trabalhos, participou do estudo de campo, supervisionou a entrada, a análise e consistência dos dados e redigiu o manuscrito. Os co-autores W. T. C, M. B. e J. O P. F supervisionaram os trabalhos enquanto orientadores e co-orientadores do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, UFMG. A. L. S prestou assessoria e acompanhamento estatístico. M. N. S. A. atuou como bolsista de IC do CNPq, auxiliando na entrada e análise de dados. Todos os autores ajudaram na redação do artigo, aprovando sua versão final.

Os autores agradecem a FAPEMIG, pelo financiamento, processo nº CDS-301/02 e também ao CNPq e CAPES pelas bolsas aos pesquisadores: Waleska Teixeira Caiaffa, Marina Bandeira, Mery N. S. Abreu e Clareci Silva Cardoso. Agradecem também ao Grupo de Pesquisa em Epidemiologia - GPE/UFMG, pela estrutura de trabalho. Um agradecimento especial ao SERSAM Divinópolis e a todos os pacientes e familiares pelo apoio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Lei nº 10216. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União 2002; 09 de abril.
2. Mercier C, King S. A latent variable causal model of the quality of life and community tenure of psychotic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994; 89: 72-77.
3. Bandeira M, Gelinas D, Lesage A. Desinstitucionalização: O Programa de acompanhamento intensivo na comunidade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1998; 47 (12): 627-640.
4. Bachrach LL, Lamb HR. Conceptual issues in the evaluation of the deinstitutionalization movement. In: Staler GJ, Tash WR. *Innovative approaches to mental health evaluation* 1982; New York: Academic Press.
5. Goeree R. Evaluation of programs for the treatment of schizophrenia, part II: a review of selected programs in Canada. Ottawa: Minister of Supply and Services 1996.
6. Tempier R, Mercier C, Leouffre P, Caron J. Quality of life and social integration of severely mentally ill patients: a longitudinal study. *Journal Psychiatry & Neuroscience* 1997; 22: 249-55.
7. Sullivan G, Wells KB, Leak B. Clinical factors associated with better quality of life in a seriously mentally ill population. *Hospital Community Psychiatry* 1992; 43: 794-798.
8. Roder-Wanner UU, Priebe S. Schizophrenia and quality of life-sex-specific aspects. [Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie](#) 1995; 63:393-401.
9. Spiridonow K, Kasperek B, Meder J. Subjective quality of life in patients with chronic schizophrenia and in healthy persons. *Psychiatria Polska* 1998; 32:297-306.

10. Bengtsson-Tops A, Hansson L. Clinical and social needs of schizophrenic outpatients living in the community: The relationship between needs and subjective quality of life. *Society of Psychiatry Epidemiology* 1999; 34: 513 –518.
11. Hanson L, Middelboe T, Merinder L, Bjarnason O, Bengtsson-Tops A, Nilsson L, et al. Predictors of subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community. A Nordic multicentre study. *International Journal of Society Psychiatry* 1999; 45: 247-58.
12. Angermeyer MC. Schizophrenia and the quality of life. [Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie](#) 2000; 68 Suppl 1; 2-6.
13. Kasckow JW, Twamley E, Mulchahey JJ, Carroll B, Sabai M, Strakowski SM, et al. Health-related quality of well-being in chronically hospitalized patients with schizophrenia, comparison with matched outpatients. *Psychiatry Research* 2001; 103: 69-78.
14. WHOQOL Group. The development of the WHO quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W (eds). *Quality of life assessment: International Perspectives*. Heilelberg: Springer-Verlag 1994: 41-60.
15. Gaité L, Vásquez-Barquero JL, Bota C, Ballesteros J, Schene A, Welcher B, et al. Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002; 105:283-292.
16. Cardoso CS, Bandeira M, Caiaffa WT, Fonseca JOP. Escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia - QLS-BR: Adaptação transcultural para o Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2002; 51: 31-38.
17. Cardoso CS, Bandeira M, Caiaffa WT, Siqueira AL, Fonseca IK, Fonseca JOP. Qualidades psicométricas da escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia: Escala QLS-BR. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2003; 52:211-222.
18. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied Logistic regression*. Second edition. New York: J. Wiley; 2000.

19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. 2002. Acessado em 17/10/2003 de <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>.
20. Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT. The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin* 1984; 10: 388-98.
21. Menezes PR, Nascimento AF. Curso e prognóstico da esquizofrenia após hospitalização. In: Shirakawa I, Chaves AC, Mari JJ. *O Desafio da Esquizofrenia*. São Paulo: Lemos Editorial; 1998. p.67-83.
22. Chaves AC. Diferença entre os sexos na esquizofrenia. In: Shirakawa I, Chaves AC, Mari JJ. *O Desafio da Esquizofrenia*. São Paulo: Lemos Editorial; 1998. p.85-101.
23. Chaves AC, Mari JJ, Shirakawa I. Gênero, sintomas e desempenho social na esquizofrenia. In: Shirakawa I, Chaves AC, Mari JJ. *O Desafio da Esquizofrenia*. São Paulo: Lemos Editorial; 1998. pp.103-117.
24. Shirakawa I, Chaves AC, Mari JJ. *O desafio da esquizofrenia*. Lemos Editorial, 1998.
25. Strauss JS & Carpenter WT. The prognosis of schizophrenia: rationale for a multidimensional concept. *Schizophrenia Bulletin* 1978; 1: 61-69.
26. Dickerson FB, Ringel NB, Parente F. Subjective quality of life in out-patients with schizophrenia: clinical utilization correlates. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998; 98:124-127.
27. Skantze K. Subjective quality of life and standard of living: a 10-year follow-up of out-patients with schizophrenia. *Acta psychiatrica Scandinavica* 1998; 98: 390-399.
28. Sytema S. Social indicators and psychiatric admission rates: A case register study in Netherlands. *Psychological Medicine* 1991; 21: 177-184.
29. Huber G, Gross G, Schuttler R. A long-term follow-up study of schizophrenia: psychiatric course of illness and prognosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1975; 52:49-57.

30. Koivumaa-Honkanen HT, Viinamaki H, Honkanen R, Tanskanen A, Antikainen R, Niskanen L et al. Correlates of life satisfaction among psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1996; 94: 372-78.
31. Osis MJ, Hard E, Faundes A, Alves G. Factors associated with prenatal care among low income women in the State of São Paulo, Brazil. *Revista de Saúde Pública* 1993; 27:49-53.
32. Barry MM, Crosby C. Quality of life as an evaluative measure in assessing the impact of community cares on people with long-term psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry* 1996; 168:210-216.
33. Skantze K, Malm U, Dencker SJ, May PRA, Corrigan P. Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients. *British Journal of Psychiatry* 1992; 161:797-801.
34. Browne S, Roe M, Lane A. Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1996; 94:118-124.
35. Awad AG, Voruganti LNP. Intervention research in psychosis: Issues related to the assessment of quality of life. *Schizophrenia Bulletin* 2000; 26: 557-64.
36. Mercier C. Improving the quality of life of people with chronic mental disorders. *Social Indicators Research* 1994; 33: 165-192.
37. Ruggeri M, Warner R, Bisoffi G, Fontecedro L. Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: a factor analytical approach. *British Journal Of Psychiatry* 2001; 178: 268-275.
38. Brow-Thomas CC, Velligan DI, Miller AL, Olsen J. Predicting quality of life from symptomatology in schizophrenia at exacerbation and stabilization. *Psychiatry Research* 1999; 86: 131-142.

39. Voruganti L, Heslegrave R, Awad AG, Seeman MV. Quality of life measurement in schizophrenia: reconciling the quest for subjectivity with the question of reliability. *Psychological Medicine* 1998; 28: 165-172.
40. Lehman AF, Postrado LT, Rachoba LT. Convergent validation of quality of life assessment for persons with severe mental illness. *Quality life research* 1993; 2: 327-333.
41. BRASIL. Portaria nº 10708, de 31 de julho de 2003. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, pg. 03 (31/07/2003).

Tabela 1: Distribuição de frequências e resultados da análise de regressão logística univariada para baixa QV no escore global* da escala QLS-BR (n=123).

| Variáveis | Escore < 2 (n=45) % | Escore ≥ 2 (n=78) % | Odds ratio IC [95%] |
|---|---------------------------|---------------------------|------------------------|
| Sócio-demográficas | | | |
| Sexo | | | |
| Feminino | 24,5 | 75,5 | 1,00 |
| Masculino | 44,6 | 55,4 | 2,48 [1,19-5,50] |
| Idade | | | |
| ≥ 38 anos | 30,0 | 70,0 | 1,00 |
| < 38 anos | 42,8 | 57,2 | 1,75 [0,83-3,68] |
| Escolaridade | | | |
| ≥ 4 anos | 26,7 | 73,3 | 1,00 |
| < 4 anos | 39,8 | 60,2 | 1,82 [0,73-4,51] |
| Estado civil⁺ | | | |
| Casado | 19,4 | 80,6 | 1,00 |
| Solteiro | 42,4 | 57,6 | 3,07 [1,15-8,19] |
| Renda familiar | | | |
| ≥ 3 salários | 28,6 | 71,6 | 1,00 |
| < 3 salários | 42,4 | 57,6 | 1,84 [0,86-3,93] |
| Nº de pessoas na residência | | | |
| ≥ 5 | 30,8 | 69,2 | 1,00 |
| < 5 | 39,3 | 60,7 | 1,46 [0,65-3,27] |
| Com quem mora⁺ | | | |
| Outros | 25,4 | 74,6 | 1,00 |
| Pais | 48,3 | 51,6 | 2,75 [1,28-5,88] |
| Clínicas | | | |
| Diagnóstico (CID10) | | | |
| Outros subtipos | 20,0 | 80,0 | 1,00 |
| Esquizofrenia Paranóide | 38,9 | 61,1 | 2,54 [0,68-9,56] |
| Tempo de tratamento psiquiátrico[§] | | | |
| ≤ 5 anos | 29,8 | 70,2 | 1,00 |
| ≥ 6 anos | 40,8 | 59,2 | 1,62 [0,75-3,52] |
| Tempo total de internação psiquiátrica[§] | | | |
| Nunca foi internado | 36,4 | 63,6 | 1,00 |
| ≤ 6 meses | 32,8 | 67,2 | 0,85 [0,35-2,07] |
| > 6 meses | 44,8 | 55,1 | 1,42 [0,51-3,94] |
| Tratamento médico atual | | | |
| Outros ^{**} | 27,3 | 72,7 | 1,00 |
| Tratamento ambulatorial ^{**} | 38,6 | 61,4 | 1,68 [0,60-4,65] |
| Nº de medicamentos | | | |
| De 0 a 2 medicamentos | 39,6 | 60,4 | 1,00 |
| Nº medicamentos ≥ 3 | 34,3 | 65,7 | 0,79 [0,38-1,66] |
| Estado do paciente na entrevista | | | |
| Tranquilo | 34,0 | 66,0 | 1,00 |
| Agitado | 50,0 | 50,0 | 1,94 [0,74-5,14] |
| Interrupção da entrevista | | | |
| Sim | 33,3 | 66,7 | 1,00 |
| Não | 36,8 | 63,2 | 1,16 [0,20-6,61] |
| Atividade delirante | | | |
| Não | 33,9 | 66,1 | 1,00 |
| Sim | 75,0 | 25,0 | 5,85 [1,13-30,33] |
| Tempo total da entrevista | | | |
| 1 hora | 36,0 | 64,0 | 1,00 |
| Mais de 1 hora | 39,1 | 60,9 | 1,15 [0,45-2,90] |

* Escore global: inclui todos os 21 itens da escala QLS-BR.

⁺ § Variáveis que apresentaram colinearidade entre si.

^{**} Estão incluídos nessa categoria os seguintes itens: sem tratamento algum, uso de medicamento sem acompanhamento, acompanhamento mas sem medicação e uso irregular de medicamento.

⁺⁺ Estão incluídos nesta categoria: consultas periódicas e uso regular de medicação.

Tabela 2: Resultados da análise de regressão logística univariada para baixa QV nos três domínios ^{*,+,§§} da escala QLS-BR (n=123).

| Variáveis | <i>Rede Social</i> [*] | <i>Nível ocupacional</i> ⁺ | <i>Funções intrapsíquicas e relações interpessoais</i> [§] |
|--|---------------------------------|---------------------------------------|---|
| | <i>Odds Ratio [IC 95%]</i> | <i>Odds Ratio [IC 95%]</i> | <i>Odds Ratio [IC 95%]</i> |
| Sócio-demográficas | | | |
| Sexo (Masculino) | 1,96 [0,94-4,99] | 4,12 [1,89-8,94] | 1,23 [0,57-2,66] |
| Idade (Idade < 38 anos) | 1,18 [0,58-2,39] | 2,62 [1,27-5,44] | 1,16 [0,55-2,25] |
| Escolaridade (Escolaridade < 4 anos) | 2,83 [1,17-6,84] | 1,60 [0,69-3,69] | 1,51 [0,61-3,77] |
| Estado civil (Solteiro) | 1,73 [0,75-3,96] | 5,92 [2,22-15,82] | 2,56 [0,95-6,85] |
| Renda familiar (Renda < 3 salários) | 1,50 [0,73-3,08] | 1,01 [0,50-2,06] | 1,23 [0,57-2,63] |
| Nº de pessoas na residência (Nº pessoas < 5) | 0,86 [0,40-1,83] | 0,74 [0,35-1,59] | 1,41 [0,62-3,24] |
| Com quem mora (País) | 1,63 [0,80-3,32] | 5,83 [2,68-12,69] | 1,80 [0,84-3,85] |
| Clínicas | | | |
| Diagnóstico (CID.10) (Esquizofrenia Paranóide) | 1,01 [0,37-3,25] | 2,07 [0,66-6,48] | 0,72 [0,24-2,18] |
| Tempo de tratamento psiquiátrico (Tempo ≥ 6 anos) | 1,99 [0,95-4,18] | 1,14 [0,55-2,35] | 0,95 [0,44-2,05] |
| Tempo de internação psiquiátrica (Tempo > 6 meses) | 1,54 [0,56-4,25] | 0,97 [0,36-2,66] | 2,21 [0,74-6,54] |
| Tratamento atual (Ambulatorial) | 3,06 [1,11-8,47] | 2,37 [0,89-6,29] | 1,88 [0,64-5,53] |
| Nº de medicamentos (Nº medicamentos ≥ 3) | 0,86 [0,80-5,58] | 0,50 [0,18-1,25] | 2,05 [0,85-9,03] |
| Estado do paciente na entrevista (Aagitado) | 1,06 [0,41-2,76] | 2,89 [1,03-8,12] | 3,83 [1,42-10,32] |
| Interrupção da entrevista (Não) | 0,95 [0,18-4,90] | 0,95 [0,18-4,90] | 0,48 [0,09-2,50] |
| Atividade delirante (Sim) | 3,38 [0,65-17,44] | 8,18 [0,98-68,54] | 3,66 [0,83-16,14] |
| Tempo total da entrevista (Mais de 1 hora) | 1,83 [0,72-4,60] | 0,62 [0,24-1,56] | 1,37 [0,53-3,49] |

* Itens do fator: relações familiares, relações íntimas, amizades ativas, atividade social, rede social, iniciativa social, afastamento social. (Escore < 2 = 60; Escore ≥ 2 = 63).

+ Itens do fator: funcionamento ocupacional, nível de realização, sub-emprego, satisfação ocupacional e utilização do tempo. (Escore < 2 = 60; Escore ≥ 2 = 63).

§ Itens do fator: relações afetivo-sexuais, sentido de objetivos de vida, curiosidade, objetos comuns, atividades comuns, empatia, interação na entrevista. (Escore < 2 = 41; Escore ≥ 2 = 82).

Tabela 3: Resultados da regressão logística multivariada para baixa QV no escore global e nos três fatores da escala QLS-BR: estimativa do *odds ratio*, intervalo de 95% de confiança (IC) e valor-p (n=123).

| Variáveis explicativas ** | Escala Global (21 itens) | <i>Rede Social</i> * | <i>Nível ocupacional</i> + | <i>Funções Intra-psíquicas e relações interpessoais</i> § |
|----------------------------------|------------------------------------|------------------------|----------------------------|---|
| | <i>Odds Ratio</i> [IC] | <i>Odds Ratio</i> [IC] | <i>Odds Ratio</i> [IC] | <i>Odds Ratio</i> [IC] |
| Sócio-demográficas | | | | |
| Sexo | | | | |
| (Masculino) | 2,52 [1,09 - 5,78] | ----- | 4,18 [1,83 - 9,52] | ----- |
| Estado civil | | | | |
| (Solteiro) | 3,04 [1,10 - 8,40] | ----- | 6,02 [2,16 - 16,95] | 2,83 [1,01 - 8,00] |
| Escolaridade | | | | |
| (Escolaridade < 4 anos) | ----- | 2,86 [1,17 - 7,04] | ----- | ----- |
| Renda | | | | |
| (Renda < 3 salários) | 2,20 [0,98 - 4,90] | ----- | ----- | ----- |
| Clínicas | | | | |
| Nº de medicamentos | | | | |
| (Nº medicamentos ≥ 3) | ----- | ----- | ----- | 2,43 [1,05 - 5,64] |
| Tratamento atual | | | | |
| (Ambulatorial) | ----- | 3,11 [1,10 - 8,77] | ----- | ----- |
| Estado do paciente | | | | |
| (Agitado) | ----- | ----- | ----- | 3,58 [1,28 - 10,00] |
| Valor-p⁺⁺ | | | | |
| | 0,90 | 0,98 | 0,75 | 0,88 |

* Itens do domínio: relações familiares, relações íntimas, amizades ativas, atividade social, rede social, iniciativa social, afastamento social.

+ Itens do domínio: funcionamento ocupacional, nível de realização, sub-emprego, satisfação ocupacional, utilização do tempo.

§ Itens do domínio: relações afetivo-sexuais, sentido de objetivos de vida, curiosidade, objetos comuns, atividades comuns, empatia, interação na entrevista.

** Todas as variáveis entraram no modelo simultaneamente.

++ Teste da qualidade do ajuste de Hosmer e Lemeshow (2000).

4. ARTIGO 2

Qualidade de Vida e Domínio Ocupacional na Esquizofrenia:

Uma comparação por sexo.

Publicado nos Cadernos de Saúde Pública, 22 (6): 1303-1314, jun, 2006.

Páginas: 45-73

QUALIDADE DE VIDA E DIMENSÃO OCUPACIONAL NA ESQUIZOFRENIA:**UMA COMPARAÇÃO POR SEXO¹**

QUALITY OF LIFE AND OCUPATIONAL DOMAIN IN SCHIZOPHENIA:**A COMPARATION BY GENDER**

Clareci Silva Cardoso^{1,2,3}, Waleska Teixeira Caiaffa^{2,3}, Marina Bandeira⁴, Arminda Lucia Siqueira⁵, Mery Natali Silva Abreu^{3,5}, José Otávio Penido Fonseca^{2,3}

¹ Parte integrante da tese de doutorado no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública - Epidemiologia. Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. Trabalho financiado pela FAPEMIG, MG. CDS 301/2002.

² Departamento de Medicina Preventiva e Social, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Bolsa de Produtividade do CNPq.

³ Grupo de Pesquisas em Epidemiologia GPE, Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.

⁴ Departamento de Psicologia, Universidade Federal de São João del Rei – UFSJ.

⁵ Departamento de Estatística, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG.

Autor responsável: Clareci Silva Cardoso

Avenida Alfredo Balena 190/8013. Bairro Santa Efigênia

Belo Horizonte MG. Cep 30130-100. Telefax (31) 3248-9949

Endereço eletrônico: clarecicardoso@yahoo.com.br

RESUMO

A esquizofrenia, considerada uma das mais graves doenças psiquiátricas, afeta desfavoravelmente a qualidade de vida (QV) dos pacientes, mas seu impacto pode variar de acordo com o sexo. Diferenças relatadas têm orientado o planejamento de intervenções específicas. O objetivo deste estudo foi investigar a QV por sexo em pacientes com esquizofrenia, explorando o domínio ocupacional. Foi conduzido um estudo transversal com pacientes em acompanhamento ambulatorial, mensurando a QV por meio da Quality of Life Scale (QLS-BR). Comparações dos escores de QV foram feitas, seguidas de análises multivariadas usando a árvore de classificação (CHAID) e a regressão logística ordinal. De forma geral, os resultados apontam melhor QV para mulheres ($p < 0,05$). No domínio ocupacional, o estado civil apresentou-se como a variável mais relevante: mulheres e homens solteiros apresentaram baixa QV quando comparados com os casados, respectivamente $OR=4,5$ (IC: 1,2-16,6) e $OR=10,0$ (IC: 2,9- 33,3). Duração da doença (≥ 5 anos) foi o segundo marcador em importância, porém no modelo logístico, esta variável associou à baixa QV somente para os homens ($OR=3,2$; IC: 1,1-9,0). Mulheres apresentaram melhor QV, sugerindo maior envolvimento ocupacional, possivelmente resultante de uma maior demanda social e em atividades do lar.

Palavras chaves: Qualidade de Vida; Esquizofrenia; Escala QLS-BR; Domínio Ocupacional; Gênero.

ABSTRACT

Schizophrenia has been associated with low quality of life (QOL) of patients in several and distinct domains, especially by gender. Knowing gender differences may help in driven specific intervention. This study aims to investigate the QOL in males and females patients with schizophrenia, looking especially at the occupational domain. A cross-sectional study in a sample of outpatients using the Quality of Life Scale (QLS-BR) was carried out. Comparisons between the QLS-BR scores by gender were done using uni and multivariate analyses by means of classification trees through CHAID algorithm and ordinal logistic regression. Differences in QOL were found between male and female. Women presented higher scores of QOL ($p < 0.05$). In the occupational domain, marital status was a relevant variable, being single (either for men or women) was associated with lower QOL scores when compared to being married, respectively $OR = 10.0$ (CI: 2.9-33.3) for men and $OR = 4.5$ (CI: 1.2-16.6) for female. Duration of illness (> 5 years) was the second more significant associated factor for lower scores. In this study, women had better scores of QOL than men suggesting that they may be playing more occupational activities possible related to a greater insertion in domestic and social activities.

Key Words: Quality of life; Schizophrenia; QLS-BR Scale; Occupation domain; Gender.

INTRODUÇÃO

A qualidade de vida (QV) emergiu nas últimas décadas como um conceito essencial na avaliação do impacto das doenças crônicas, bem como das intervenções terapêuticas, associando-se a indicadores tradicionais como morbidade e mortalidade.¹

Um dos aspectos fundamentais nas investigações sobre QV é a satisfação com o trabalho. Pessoas envolvidas com algum tipo de atividade profissional têm se mostrado mais satisfeitas, o que é verdade para a população geral, para pacientes com esquizofrenia e outras formas de doenças mentais.²⁻⁴ A participação em uma atividade ocupacional é vista pelos pacientes como uma possibilidade de distração dos sintomas, contribuindo para um melhor estado mental.⁵

A esquizofrenia é considerada uma das mais graves doenças psiquiátricas, que afeta desfavoravelmente a vida dos pacientes em vários domínios. Porém, estudos têm apontado que seus efeitos podem variar de acordo com o sexo,⁶ mostrando maior comprometimento nos homens, quando comparado às mulheres.^{4,6-9}

A partir dessas descobertas, investigações por sexo na esquizofrenia têm recebido atenção especial. Diferenças foram detectadas quanto à sua distribuição, características, evolução¹⁰ e, mais recentemente, na QV.^{4,6-9,11,12} A maioria desses estudos indica que homens e mulheres possuem diferentes experiências com a esquizofrenia, mas pouco se conhece sobre o reflexo dessas diferenças na percepção do paciente sobre sua QV e, principalmente, sobre as suas implicações para a prática clínica e para o planejamento dos serviços de saúde mental.¹⁰

Vários países utilizam os indicadores de QV como ponto central para avaliação da efetividade de tratamentos na saúde mental.¹ No Brasil, estudos de QV na esquizofrenia são recentes,^{13,14} e seus resultados evidenciam pior qualidade de vida para homens, tanto quando se analisa o escore global de QV, quanto no que se refere especificamente ao domínio ocupacional, apontando a necessidade de uma melhor investigação dessas diferenças.⁹

Este conhecimento é particularmente pertinente, considerando que estudos por gênero poderão contribuir para a compreensão do curso da doença e das estratégias de tratamento e

planejamento dos serviços de saúde para esta população.⁸ No Reino Unido, por exemplo, o planejamento de intervenções é distinto para homens e mulheres.¹⁵

Este estudo tem como objetivo investigar a qualidade de vida em homens e mulheres com diagnóstico de esquizofrenia, explorando os fatores associados com a baixa QV no domínio ocupacional. A QV foi definida como a percepção da própria pessoa de seu bem estar, nível de satisfação e insatisfação com importantes áreas da vida,¹⁶ mensurada pela Quality of Life Scale (QLS-BR) validada para o Brasil.^{13,14}

MÉTODO

Sujeitos

Participou deste estudo um total de 123 pacientes, incluídos na amostra de acordo com os seguintes critérios: estar desinstitucionalizado; ter diagnóstico confirmado de Esquizofrenia (CID 10), com evolução mínima de um ano; estar na faixa etária de 18 e 55 anos; apresentar quadro clínico estável nas três semanas precedentes à coleta de dados. Foram excluídos os pacientes que apresentavam desordem neurológica, retardo mental ou história de dependência de substância química.

Procedimento

Foi conduzido um estudo transversal, com pacientes selecionados de um *Serviço de Referência em Saúde Mental (SERSAM, Divinópolis MG)*. A investigação foi realizada por meio de entrevistas individuais, conduzidas por psicólogos previamente treinados na condução de entrevistas. Foi aplicado um questionário contendo informações sócio-demográficas e clínicas e a escala de qualidade de vida, QLS-BR. Para a confiabilidade do diagnóstico dos pacientes, 15% da amostra foi selecionada de forma aleatória e a história clínica do paciente foi construída a partir dos registros do prontuário e encaminhada a dois psiquiatras para avaliação independente. Detalhes metodológicos podem ser encontrados em outras publicações^{9,13,14}.

A QLS-BR é específica para pacientes com esquizofrenia,¹⁷ tendo sido validada para o Brasil.^{13,14} Possui 21 itens distribuídos em três domínios: 1. social, 2. ocupacional e 3. intrapsíquico e relações interpessoais. Os itens contêm informações sobre sintomatologia e funcionamento do paciente nas três semanas precedentes à entrevista. Cada item é pontuado pelo entrevistador em uma escala tipo Likert de sete pontos, sendo que os maiores escores refletem uma melhor QV.¹⁴

Análise de dados

Inicialmente homens e mulheres foram comparados, usando o teste qui-quadrado de Pearson, o teste exato de Fisher ou o teste não-paramétrico de Mann-Whitney, quando apropriado.¹⁸

Para avaliar a associação entre o escore de QV no domínio ocupacional, e as características clínicas e sócio-demográficas, foi empregada análise multivariada utilizando a árvore de decisão por meio do algoritmo CHAID (“Chi-squared Automatic Interaction Detector”). Este método consiste em sucessivas divisões no conjunto de dados, de forma a torná-lo cada vez mais homogêneo em relação à variável resposta.¹⁹ Posteriormente, os dados foram analisados pela regressão logística ordinal, dentro do modelo de chances proporcionais²⁰, possibilitando uma comparação dos resultados nos diferentes métodos.

A variável resposta foi definida como o escore de QV, codificado em três categorias: QV muito comprometida (escore de 0 e 1,99), QV comprometida, (escore de 2,00 a 4,99) e QV inalterada (escore de 5,00 a 6,00). As variáveis explicativas foram de natureza sócio-demográfica e clínica, tratadas de forma dicotômica.

Para o CHAID, todas as variáveis sócio-demográficas e clínicas entraram inicialmente na árvore de regressão. O valor- $p \leq 0,05$ da estatística qui-quadrado usando a correção de Bonferroni foi o principal critério de parada adotado. O procedimento *cross-validation* utilizando 10 sub-amostras para comparação foi adotado para a validação dos resultados. O ajuste do modelo final foi avaliado por meio da estatística de risco que compara a diferença entre o valor esperado e o observado pelo modelo, indicando em que medida a árvore corretamente prediz os resultados.¹⁹

Na regressão logística, o procedimento consistiu em selecionar inicialmente as variáveis que na análise univariada apresentaram valor- $p \leq 0,25$, exceção feita para idade e duração da doença, que entraram no modelo independentemente do valor- p apresentado, devido à sua relevância clínica.^{1,11,21-23} A premissa de chances proporcionais foi testada para todas as variáveis individualmente e para modelo final.^{20,26}

Ajustou-se o modelo logístico eliminando individualmente as variáveis. Foram considerados como critério para permanência das variáveis no modelo final, o valor- $p \leq 0,05$ e a relevância clínica.

Com base nas equações do modelo logístico final, foram calculadas as probabilidades de um paciente com determinadas características ser classificado em cada uma das categorias de QV.

Partindo da primeira equação, $\log\left(\frac{p_1}{1-p_1}\right) = \alpha_1 + \beta'x$, onde α_1 é a constante e β' o vetor dos

coeficientes associados às covariáveis (x), calculou-se a probabilidade do paciente ter a QV muito comprometida (p_1). Com base neste, calculou-se a probabilidade do paciente ter QV

comprometida (p_2) por meio da equação $\log\left(\frac{p_1 + p_2}{1-p_1-p_2}\right) = \alpha_2 + \beta'x$. Baseando-se na

primeira equação, a categoria QV muito comprometida foi comparada com a junção das outras duas categorias (QV comprometida + QV inalterada) enquanto que na segunda equação, pacientes com algum grau de comprometimento (QV muito comprometida + QV comprometida) são comparados àqueles com QV inalterada. Finalmente a probabilidade do paciente ter QV inalterada, que é o complementar das probabilidades nas primeiras duas categorias foi calculada como $1 - (p_1 + p_2)$.²⁷

Foram utilizados os *softwares* SPSS 11.5, Answertree 3.0 e Excel.

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais/ UFMG, sob parecer 035/01.

RESULTADOS

A amostra consistiu de 123 pacientes portadores de esquizofrenia, sendo 74 (60,2%) homens e 49 (39,8%) mulheres cujas comparações sócio-demográficas e clínicas estão apresentadas na Tabela 1. Na comparação entre sexos, observou-se diferença significativa quanto às seguintes variáveis: idade ($p=0,02$), estado civil ($p=0,03$), número de pessoas na residência ($p=0,01$) e com quem o paciente vive ($p<0,01$). Os homens eram mais jovens, com maior proporção de solteiros, morando com os pais e em residências com maior número de pessoas. Quanto às variáveis clínicas, essa diferença foi detectada para diagnóstico ($p<0,01$) e número de medicamentos ($p=0,02$); maior proporção de homens apresentou o diagnóstico de esquizofrenia paranóide e relatou uso de menor número de medicamentos.

A distribuição dos escores de QV por sexo, nos domínios e escala global está apresentada na tabela 2. No domínio ocupacional, a mediana dos escores de QV das mulheres foi de 3,40 comparativamente a 1,62 dos homens ($p<0,01$). Em todos os cinco itens desse domínio, a diferença entre homens e mulheres permaneceu significativa. Vale ressaltar que a diferença neste domínio refletiu em uma melhor QV global para as mulheres, que apresentaram mediana de 2,94, enquanto que os homens apenas 2,17 ($p=0,02$). A mesma diferença foi também observada no item motivação, com mediana de 4,00 para as mulheres e 2,00 para homens ($p=0,01$), ou seja, as mulheres se mostraram com maior motivação quando comparada aos homens.

Nas Figuras 1.a e 1.b estão apresentados os resultados da análise multivariada através da árvore de decisão para homens e mulheres no domínio ocupacional da escala QLS-BR. A análise para as mulheres (Figura 1.a) mostra o nó raiz com a amostra inteira ($n=49$), onde 57% das pacientes estão na categoria da QV comprometida, 29% delas com QV muito comprometida e 14% apresentaram funcionamento inalterado. A variável que melhor discriminou este grupo foi o estado civil ($p=0,04$), mostrando a clara separação da árvore.

Para as mulheres solteiras, o medicamento foi importante na árvore, independente do número de medicamentos, o maior percentual delas está na categoria de QV comprometida (50 a 67%). Nesta mesma categoria de QV, estão as mulheres casadas e com idade inferior a 38

anos, correspondendo a 60%. Entre as mulheres casadas, acima de 39 anos e duração da doença menor que cinco anos, todas apresentaram QV inalterada. Por outro lado, as mulheres casadas, com mais de 39 anos e duração da doença superior a cinco anos, 75% delas apresentaram QV comprometida. O procedimento CHAID mostrou que 61% das mulheres foram corretamente classificadas (Estimativa de risco=0,39), enquanto o ajuste obtido por meio da validação cruzada apontou que apenas 39% delas foram classificadas corretamente (Estimativa de risco=0,61).

Na Figura 1.b estão apresentados os resultados da análise para o sexo masculino. Dos 74 homens, cerca de 62% apresentaram QV muito comprometida, 32% com QV comprometida e apenas 5% com QV inalterada ou funcionamento normal. Assim como para o sexo feminino, a variável que melhor discriminou este grupo foi o estado civil, com uma clara diferença na distribuição das categorias de QV. Dos homens casados, 62,5% apresentaram QV comprometida, enquanto os solteiros com duração da doença acima de cinco anos, a maioria tinha QV muito comprometida (84%). Entre homens solteiros com duração da doença de até cinco anos, um menor percentual apresentou QV muito comprometida (59%). A árvore por meio do CHAID classificou corretamente 70% dos homens (Estimativa de risco=0,30) e na validação cruzada houve 64% de classificações corretas (Estimativa de risco=0,36).

Na Tabela 3 estão apresentados os resultados da regressão logística univariada para o domínio ocupacional por sexo. Observa-se que as mesmas variáveis sócio-demográficas preencheram o critério univariado para entrar no modelo (valor-p \leq 0,25) para homens e mulheres, ou seja, idade, estado civil e com quem vive. Dentre as características clínicas, duração da doença preencheu o critério univariado para o sexo masculino, relato de tratamento médico atual para o sexo feminino e número de medicamentos para ambos. A suposição de chances proporcionais foi confirmada para todas as variáveis explicativas individualmente, com p-valor variando de 0,12 a 0,98.

Os resultados do modelo multivariado estão na Tabela 4. Apenas três variáveis estiveram associadas com baixa QV no domínio ocupacional. Para os homens, ser solteiro representa 10 vezes mais chance de estar em uma categoria de mais baixa QV, quando comparado com os casados. Doença com duração superior a 5 anos também esteve associada à baixa QV. Homens com duração da doença maior de 5 anos apresentaram cerca de três vezes mais

chance de estar em uma mais baixa categoria de QV, quando comparados com aqueles com menor duração da doença.

Entre mulheres, ser solteira apresenta 4,5 vezes mais chance de estar em uma categoria de mais baixa QV, quando comparada com as casadas. O número de medicamentos, apesar de significância limítrofe, indicou que mulheres usando três ou mais medicamentos apresentavam 3,5 vezes mais chance de estarem em uma categoria mais baixa de QV no domínio ocupacional (OR=3,45; IC: 0,94 -12,5). A premissa de chances proporcionais foi também atendida para o modelo final, com valor-p entre 0,55 a 0,87.

A probabilidade de baixa QV foi calculada com base no modelo logístico final, os resultados são apresentados na Tabela 5. Observou-se que homens solteiros, com duração da doença superior a cinco anos têm probabilidade de 0,82 de estarem em uma categoria de QV muito comprometida, enquanto para homens casados essa probabilidade é de 0,32. Da mesma forma, mulheres solteiras usando três ou mais medicamentos têm probabilidade de 0,44 de estar na categoria de QV muito comprometida, enquanto a chance para uma mulher casada é de 0,15.

De forma geral, para o sexo masculino, as duas análises multivariadas apontaram consistentemente as mesmas variáveis associadas a uma mais baixa QV: estado civil e duração da doença. Para as mulheres, a árvore de decisão mostrou quatro variáveis: estado civil, idade, nº de medicamentos e duração da doença, porém, apenas estado civil e nº de medicamentos permaneceram no modelo logístico final.

DISCUSSÃO

Este estudo evidencia diferenças importantes na qualidade de vida entre mulheres e homens, sobretudo no domínio ocupacional. O estado civil apresentou-se como a variável mais relevante para QV. Ser solteiro associou-se consistentemente a uma mais baixa QV tanto para homens quanto para as mulheres. Maior duração da doença (> 5 anos) foi o segundo marcador em importância principalmente para homens.

Investigações, consistentemente, apontam o estado conjugal como preditor de melhor evolução da esquizofrenia. Este marcador é visto como indicador de competência social, repercutindo na QV de forma diferenciada entre os sexos.⁶ Neste contexto, as diferenças encontradas entre homens e mulheres em relação ao estado conjugal, com maior magnitude do OR em homens solteiros (OR= 10,0 versus 4,54), pode sugerir que homens com esquizofrenia apresentam maior comprometimento no funcionamento global, associado com maior sintomatologia pré-morbida e início mais precoce da doença.^{7,22,28} Este quadro, possivelmente, reflete maior prejuízo na competência social dos homens, devido à expectativa social de que eles devem se mostrar mais ativos no relacionamento com o sexo oposto. Dessa forma, pode ser hipotetizado que, homens com esquizofrenia, em relação às mulheres, apresentam menor capacidade para construir ou manter uma relação. Por outro lado, as mulheres, independente de seu estado conjugal, apresentam-se mais satisfeitas, com melhor integração social, interpessoal e maior envolvimento com trabalho, o que certamente estará favorecendo sua QV.^{6,8,29,30}

Da mesma forma, o fato do estado conjugal solteiro estar associado a uma mais baixa QV em ambos os sexos, pode estar apontando para a possível ocorrência de uma menor estimulação social destes pacientes.⁹ Neste contexto, é possível que homens e mulheres solteiros vivam menos independentemente, em situações de baixa estimulação social, com pouca participação em atividade diária que, por sua vez, encontra-se associada com pior ajustamento funcional na esquizofrenia.⁶ Em contraposição, os pacientes casados, talvez favorecidos por seus

parceiros, podem apresentar maior estimulação e, conseqüentemente, maior envolvimento social, resultando em melhor QV.

Quanto à idade, apesar de resultados controversos na literatura de sua associação com a QV,^{31,32} nesta investigação, revelou-se importante na análise por meio da árvore de decisão, entre mulheres, sugerindo que as mais novas apresentam pior comprometimento na QV. No mesmo sentido, as mulheres que relataram usar três ou mais medicamentos estão também com mais baixa QV no domínio ocupacional. Este dado, quando associado ao relato da ocorrência de mal estar físico, referido como efeito adverso da medicação, sugere uma associação entre estas três variáveis, que por sua vez, poderia estar interferindo nas atividades cotidianas das mulheres diferentemente dos homens, que apresentam baixa participação nestas atividades. Da mesma forma, a baixa QV em mulheres usando 3 ou mais medicamentos poderia refletir a ocorrência da síndrome extra-piramidal associada ao uso dos antipsicóticos.

A duração da doença, variável de relevância clínica^{11,21-23}, associou-se à baixa QV para homens em ambas análises multivariadas e para as mulheres, na análise da árvore de decisão, indicando que quanto maior a duração da doença, pior o comprometimento na QV. Os dados desta investigação apontam que os homens eram mais novos quando comparados às mulheres, embora a mediana da duração da doença seja a mesma, (7anos) para ambos os sexos. Estes achados apontam para um início mais precoce da doença nos homens, o que é consistente com dados da literatura, quando aponta uma associação entre início mais precoce da doença nos homens e pior evolução da esquizofrenia neste sexo.³³

Os resultados desta investigação nos remetem a um estudo anterior⁹ investigando os fatores associados com a baixa QV na esquizofrenia, avaliando a escala global e todos os domínios da QV. Somente duas variáveis estiveram associadas com baixa QV no domínio ocupacional; sexo masculino e estado civil solteiro. Homens apresentaram mais chance de baixa QV quando comparados às mulheres, assim como os pacientes solteiros. Comparativamente, nesta investigação, trabalhando especificamente a QV no domínio ocupacional por sexo e utilizando uma categorização mais ampla da escala QLS-BR, foi possível confirmar o estado civil e observar outras variáveis associadas com uma mais baixa QV, tais como número de medicamentos, idade e duração da doença.

A baixa QV no domínio ocupacional para homens, conforme sugerida neste estudo, remete à temática ocupacional que aponta para uma estreita relação do trabalho com a satisfação em atividades de lazer e com o sentimento de bem-estar.^{4,34} Os programas de reabilitação psiquiátrica reforçam a importância da atividade ocupacional, não apenas pelo trabalho em si, mas pelo que ele pode proporcionar ao paciente, tais como habilidade física, independência, relacionamento social e atividades de lazer.³⁵ Da mesma forma, a ocupação diária, mesmo fora do âmbito do trabalho formal, é vista como importante dimensão para QV e para outros aspectos relacionados com a saúde.⁴ Dentro desta perspectiva, estreita relação com depressão tem sido encontrada em pacientes desinstitucionalizados, com relato de baixa participação na rede de trabalho. Tais achados são notadamente relevantes para pacientes com esquizofrenia.³⁶ Apesar de ainda reduzida a participação destes pacientes no trabalho formal, cerca de 15% para países desenvolvidos,² investigações apontam que a presença de alguma atividade ocupacional está marcadamente associada com melhor QV, mesmo considerando as divergências culturais.³

Mesmo não levando em consideração o trabalho formal e sim a inserção do paciente em atividades ocupacionais diárias, este estudo vem contribuir com informações relevantes, dado a escassez de investigações sobre a importância do trabalho na esquizofrenia e, mais raro ainda, estudos que focalizam a ocupação diária.⁴ Tal aspecto foi privilegiado no domínio ocupacional da escala utilizada, conforme descrito no processo de adaptação transcultural do instrumento para o contexto brasileiro.¹³

Por fim, nesta investigação, é importante ser considerada as limitações de um estudo seccional, envolvendo a questão da temporalidade. Neste contexto, não é possível dizer se o fato de permanecer solteiro é uma consequência da doença para homens e mulheres ou se o estado civil solteiro seria um fator causal da baixa QV. Por outro lado, poderá ainda haver a confusão residual, dado que nem tudo foi mensurado. Este estudo não foi desenhado para testar associações. Por exemplo, não foram incluídas variáveis classicamente associadas com a QV, destacam-se variáveis relativas ao trabalho formal, presença de depressão, sintomatologia e satisfação com a saúde.

Considerando as análises realizadas, a regressão logística e a árvore de decisão, são técnicas alternativas e complementares, ambas apresentam vantagens e desvantagens. O modelo

logístico, método de análise tradicional, é utilizado com bastante frequência em vários estudos, por meio dele é possível estimar as probabilidades, além de ser um método mais parcimonioso, o que não acontece no CHAID, método mais descritivo e de uso recente na área de saúde, porém, de fácil compreensão.

Os diferentes procedimentos, para os dois métodos, poderiam justificar os diferentes resultados nas análises para as mulheres. Este fato pode ser exemplificado pela seqüência de eliminação das variáveis no modelo logístico para este sexo, dado que, duração da doença e idade, que permaneceram na árvore para as mulheres, foram as últimas variáveis a saírem do modelo logístico.

A inexistência de outros estudos sobre o mesmo tema no Brasil, envolvendo pacientes ambulatoriais, impede a comparação dos resultados aqui encontrados. Quanto à comparação transcultural, esta deve ser conduzida com cautela, uma vez que poderão existir interações complexas de fatores múltiplos nas várias culturas, reforçando a necessidade de pesquisas nesta área.¹ Da mesma forma, comparações com outras investigações nos remetem a uma dificuldade inerente ao tema, devido à presença de amostras e técnicas de seleção heterogênea, com grande variedade de instrumentos. Muitos estudos falham em descrever adequadamente seus participantes, com exceção do diagnóstico, tornando a comparação difícil, mesmo com uma revisão sistemática da literatura.^{1,25}

Sabe-se que a esquizofrenia é uma doença característica de adultos jovens, que tem seu início quando os pacientes estão se tornando produtivos, em processo de formação educacional, procurando companheiro e constituindo família. Para muitos, os anos subseqüentes são marcados pelo isolamento social e grande prejuízo ocupacional,^{7,37} assim como é evidenciado neste estudo, principalmente para os homens.

Os serviços de saúde mental devem ser incentivados a identificar estratégias para promover a QV dos pacientes de uma forma geral e, mais especificamente, do ponto de vista ocupacional. Este enfoque deve ser direcionado principalmente em relação aos homens, considerando ser a atividade ocupacional, em seu sentido amplo, uma conexão para a integração social. Neste contexto, não se trata apenas das atividades em terapia ocupacional, muitas vezes colocadas pelos serviços de saúde mental como uma imposição ao paciente. Trata-se aqui de uma escuta

clínica flexibilizada, com programas e estratégias individualizadas, visando à autonomia do paciente e a tão desejada inserção social.

Outra possibilidade poderia ser a verdadeira implementação do acompanhante terapêutico³⁸ nos serviços de reabilitação, ainda incipiente na prática atual. A proposta do acompanhante terapêutico é de funcionar como mediador entre as estratégias do serviço e as necessidades e dificuldades dos pacientes no cotidiano. Dessa forma, indicadores de QV poderiam oferecer subsídios para o planejamento dos serviços, com intervenções orientadas.

COLABORADORES

Cardoso CS elaborou o projeto, coordenou os trabalhos, participou do estudo de campo, supervisionou a entrada, a análise e consistência dos dados e redigiu o manuscrito. Caiaffa WT atuou como orientadora da tese de doutorado, participou no desenho do estudo, em todo o processo de campo, auxiliou na entrada e análise de dados. Bandeira M participou também no desenho do estudo, acompanhou o trabalho de campo e as análises. Fonseca JO participou na avaliação clínica. A assessoria estatística foi feita por Siqueira AL, Abreu MN atuou como bolsista de IC do CNPq, auxiliando na entrada e análise de dados. Todos os autores ajudaram na redação do artigo, aprovando sua versão final.

Os autores agradecem a FAPEMIG, pelo financiamento, processo nº CDS-301/02 e também ao CNPq e CAPES pelas bolsas aos pesquisadores: Waleska Teixeira Caiaffa, Mery N. S. Abreu e Clareci Silva Cardoso. Agradecem também ao Grupo de Pesquisa em Epidemiologia - GPE/UFMG pela estrutura de trabalho. Um agradecimento especial a toda equipe do SERSAM Divinópolis, a todos os pacientes e familiares pelo apoio na produção científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Pinikahana J, Happell B, Hope J, Keks N. Quality of life in schizophrenia: A review of the literature from 1995 to 2000. *Int J Ment Health Nurs* 2002; 11: 103-111.
- 2- Mueser T, Becker R, Torrey C, Xie H, Bond R, Drake E, Dain J. Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: A longitudinal analysis. *J Nerv Ment Dis.*1997; 185: 419-26.
- 3- Priebe S, Warner R, Hubschid T, Eckele I. Employment, attitudes towards work, and quality of life among people with schizophrenia in three countries. *Schizophr. Bull.* 1998b; 24: 469-77.
- 4- Eklund M, Hansson L, Bejerholm U. Relationships between satisfaction with occupational factors and health-related variables in schizophrenia outpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36: 79-85.
- 5- Van Dougen CJ. Quality of life and self-esteem in working and nonworking persons with mental illness. *Community Ment. Health J.* 1996; 32: 535-48.
- 6- Salokangas R, Honkonen T, Stegard E, Koivisto M. To be or not to be married – that is the question of quality of life in men with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36: 381-90.
- 7- Walkup J & Gallagher K. Schizophrenia and the life course: National findings on gender differences in disability and service use. *Int. J. Aging Hum. Dev* 1999; 49: 79-105.
- 8- Roder-Wanner U, Priebe S. Objective and subjective quality of life of first-admitted women and men with schizophrenia. [Eur Arch Psychiatry Clin Neurosc](#) 1998; 248: 250-8.

- 9- Cardoso CS, Caiaffa WT, Bandeira M, Siqueira AL, Abreu MA, Fonseca JO. Factors associated with a low quality of life in schizophrenia. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1338- 1348.
- 10- Thornicroft G, Leese M, Tansella M, Howard L, Toulmin H, Herran A et al. Gender differences in living with schizophrenia. A cross-sectional European multi-site study. *Schizophr Re.* 2002; 57: 191-200.
- 11- Moriarty P, Lieber D, Ashley B, White L, Parrella M, Harvey P et. Al. Gender differences in poor outcome patients with lifelong schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 2001; 27:103-13.
- 12- Vandiver VL. Quality of life, Gender and Schizophrenia: A Cross-National Survey in Canada, Cuba, and U.S.A. *Community Ment. Health J* 1998; 34: 501-11.
- 13- Cardoso CS, Bandeira M, Caiaffa WT, Fonseca JO. Escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia - QLS-BR: Adaptação transcultural para o Brasil. *J bras psiquiatr.* 2002; 51: 31-8.
- 14- Cardoso CS, Caiaffa WT, Bandeira M, Siqueira AL, Fonseca IK, Fonseca JOP. Qualidades psicométricas da escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia: Escala QLS-BR. *J bras psiquiatr.* 2003; 52: 211-22.
- 15- Department of Health. The National Service Framework for Mental Health. Modern Standards and Service Models. Department of Health, London 1999. Disponível em <http://www.mentalhealth.org.uk/html/content/updatev02i08.cfm#3>. (acessado em 20/11/2004).
- 16- Becker M, Diamond R, Saifort F. A new patient focused index for measuring quality of life in persons with several and persistent mental illness. *Qual Life Res.* 1993; 2: 239-51.
- 17- Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT. The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull.* 1984; 10: 388-98.

- 18- Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. *Epidemiologia*. São Paulo. Editora Atheneu; 2003.
- 19- Marketing Department SPSS Inc. *AnswersTree 3.0. User's Guide*. Chicago; 2001.
- 20- Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied Logistic regression*. Second edition. New York: J. Wiley; 2000.
- 21- Menezes PR, Nascimento AF. Curso e prognóstico da esquizofrenia após hospitalização. In: Shirakawa I, Chaves AC, Mari JJ. *O Desafio da Esquizofrenia*. São Paulo: Lemos Editorial; 1998. p.67-83.
- 22- Chaves AC. Diferença entre os sexos na esquizofrenia. In: Shirakawa I, Chaves AC, Mari JJ. *O Desafio da Esquizofrenia*. São Paulo: Lemos Editorial; 1998. p.85-101.
- 23- Chaves AC, Mari JJ, Shirakawa I. Gênero, sintomas e desempenho social na esquizofrenia. In: Shirakawa I, Chaves AC, Mari JJ. *O Desafio da Esquizofrenia*. São Paulo: Lemos Editorial; 1998. pp.103-17.
- 24- Shirakawa I, Chaves AC, Mari JJ. *O desafio da esquizofrenia*. Lemos Editorial, 1998.
- 25- Gaité L, Vásquez-Barquero J, Bota C, Ballesteros J, Schene A, Welcher B, et al. Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: The EPSILON study. *Acta Psychiatr Scand*. 2002; 105: 283-92.
- 26- Lall R, Campbell MJ. A review of ordinal regression models applied on health-related quality of life assessments. *Stat. Methods Med Res*. 2002; 11: 49-67.
- 27- Ordered/ordinal logistic regression with SAS and STATA. Disponível em <http://staff.Washington.edu/~glynn/orl.pdf>. (acessado em 01/12/2004).
- 28- Goldstein, JM, Tsuang, MT, Faraone SV. Gender and Schizophrenia: Implications for understanding the heterogeneity of the illness. *Psychiatry Res*. 1989; 28: 243-53
- 29- Meltzer HY, Burnett S, Bastani B, Ramires IF. Effects of six months of clozapine treatment on the quality of life of chronic schizophrenia patients. *Hos Commun Psych* 1990; 41:892-97.

- 30- Skantze K, Malm U, Dencker SJ, May P, Corrigan P. Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients. *Br J Psychiatry* 1992; 161:797-801.
- 31- Browne S, Roe M, Lane A, Gervin M, Morris M, Kinsella A et al. Quality of life in schizophrenia: Relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiat Scand.* 1996; 94: 118-24.
- 32- Corrigan PW & Buican B. The construct validity of subjective quality of life for the several mental ill. *J Nerv Ment Dis.* 1995; 183: 281-85.
- 33- Shepherd M, Watt D, Fallon I, Smeeton N. The natural history of schizophrenia: a five-year follow-up study of outcome and prediction in a representative sample of schizophrenics. *Psychol Med, Monograph Suppl* 20. 1989.
- 34- Zemke R, Clark F. *Occupational science: The evolving discipline.* FA Davis, Philadelphia. 1996.
- 35- Holzner B, Kemmer G, Meise V. The impacts of work-related rehabilitation on the quality of life of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998; 33: 624-31.
- 36- Cohen C, Talavera N, Hartung R. Depression among aging persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 1996; 47: 601-07.
- 37- Cohen C. & Sokolovsky J. Schizophrenia and social networks: Ex- patient in the inner city. *Schizophr Bull.* 1978; 4:601-07.
- 38- Bandeira M, Gelinas D, Lesage A. Desinstitucionalização: O Programa de acompanhamento intensivo na comunidade. *J bras. psiquiatr.* 1998; 47: 627-40.

Tabela 1: Características clínicas e sócio-demográficas dos pacientes por sexo e teste de comparação entre os grupos

| Características | Homens (n=74) % | Mulheres (n=49) % | Valor-p* |
|------------------------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------|
| Sócio-demográficas | | | |
| Idade | | | |
| > 38 anos | 40,5 | 61,2 | 0,02 |
| ≤ 38 anos | 59,5 | 38,8 | |
| Estado civil | | | |
| Solteiro | 78,4 | 69,4 | 0,03 |
| Casado | 21,6 | 30,6 | |
| Escolaridade | | | |
| ≥ 4 anos | 17,6 | 34,7 | 0,261 |
| < 4 anos | 82,4 | 65,3 | |
| Renda familiar | | | |
| ≤ 2 salários mínimos | 50,7 | 59,2 | 0,35 |
| > 2 salários mínimos | 49,3 | 40,8 | |
| Nº de pessoas na residência | | | |
| ≤ 4 | 59,5 | 81,6 | 0,01 |
| > 4 | 40,5 | 18,4 | |
| Com quem vive | | | |
| Pais | 60,8 | 30,6 | <0,01 |
| Outros | 39,2 | 69,4 | |
| Clínicas | | | |
| Diagnóstico (CID10) | | | |
| Esquizofrenia Paranóide | 94,6 | 77,6 | <0,01 |
| Outros tipos | 5,4 | 22,4 | |
| | | | |
| Duração da doença | | | |
| ≤ 5 anos | 41,9 | 32,7 | 0,302 |
| > 5 anos | 58,1 | 67,3 | |
| História de Internação | | | |
| Não | 28,4 | 24,5 | 0,634 |
| Sim | 71,6 | 75,5 | |
| Tratamento atual | | | |
| Ambulatorial** | 83,8 | 79,6 | 0,553 |
| Outros*** | 16,2 | 20,4 | |
| Nº de medicamentos | | | |
| 0 a 2 | 51,4 | 30,6 | 0,02 |
| > 2 | 48,6 | 69,4 | |

* Qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher quando apropriado

** Tratamento ambulatorial: medicação e consulta periódica

*** Estão incluídos: sem tratamento algum, acompanhamento ambulatorial, mas sem medicação e uso irregular da medicação.

Tabela 2: Mediana dos escores de qualidade de vida na escala QLS-BR entre homens e mulheres e teste de comparação entre grupos

| Domínios, itens e escala global | Mediana dos homens (n=74) | Mediana das mulheres (n=49) | Valor-p* |
|---|--------------------------------------|--|-----------------|
| <i>Domínio social</i> | 1,86 | 2,57 | 0,10 |
| 1- Relações familiares | 2,00 | 4,00 | 0,16 |
| 2- Relações íntimas | 2,00 | 3,00 | 0,99 |
| 3- Amizades ativas | 2,00 | 2,00 | 0,24 |
| 4- Atividade social | 2,00 | 2,00 | 0,11 |
| 5- Rede social | 2,00 | 2,00 | 0,21 |
| 6- Iniciativa social | 1,00 | 2,00 | 0,21 |
| 7- Afastamento social | 2,00 | 2,00 | 0,06 |
| Domínio ocupacional | 1,62 | 3,40 | <0,01 |
| 9- Funcionamento ocupacional | 1,00 | 4,00 | <0,01 |
| 10- Nível de realização | 2,00 | 3,00 | <0,01 |
| 11- Sub-emprego | 1,00 | 3,00 | 0,03 |
| 12- Satisfação ocupacional | 1,62 | 3,00 | <0,01 |
| 17- Utilização do tempo | 2,00 | 4,00 | <0,01 |
| Domínio intrapsíquico e relações interpessoais | 2,71 | 2,86 | 0,85 |
| 8- Relações afetivo-sexuais | 1,00 | 1,00 | 0,82 |
| 13- Sentido de objetivos de vida | 2,00 | 3,00 | 0,36 |
| 15- Curiosidade | 2,00 | 2,00 | 0,84 |
| 18- Objetos comuns | 4,00 | 4,00 | 0,88 |
| 19- Atividades comuns | 2,50 | 3,00 | 0,78 |
| 20- Empatia | 4,00 | 4,00 | 0,79 |
| 21- Interação na entrevista | 4,00 | 4,00 | 0,58 |
| Escala global (21 itens) | 2,17 | 2,94 | 0,02 |
| 14- Motivação | 2,00 | 4,00 | 0,01 |
| 16- Anedonia | 3,00 | 3,00 | 0,62 |

* Teste de Mann-Whitney

Tabela 3: Regressão logística ordinal univariada* para uma mais baixa QV entre homens e mulheres no domínio ocupacional** da escala QLS-BR

| Características sócio-demográficas | Sexo masculino (n=74) | | Sexo feminino (n=49) | |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------|----------------------|-------------|
| | Odds Ratio | Valor-p | Odds Ratio | Valor-p |
| Idade | | | | |
| > 38 anos | 1,00 | | 1,00 | |
| ≤ 38 anos | 2,08 | 0,13 | 2,33 | 0,15 |
| Escolaridade | | | | |
| ≥ 4 anos | 1,00 | | 1,00 | |
| < 4 anos | 1,07 | 0,91 | 1,49 | 0,50 |
| Estado civil*** | | | | |
| Casado | 1,00 | | 1,00 | |
| Solteiro | 6,87 | <0,01 | 3,65 | 0,05 |
| Renda familiar | | | | |
| > 2 salários mínimos | 1,00 | | 1,00 | |
| ≤ 2 salários mínimos | 1,41 | 0,47 | 0,76 | 0,63 |
| Nº de pessoas na residência | | | | |
| > 4 | 1,00 | | 1,00 | |
| ≤ 4 | 0,70 | 0,47 | 1,74 | 0,45 |
| Com quem vive*** | | | | |
| Outros | 1,00 | | 1,00 | |
| Pais | 5,00 | <0,01 | 3,30 | 0,06 |
| Características clínicas | | | | |
| Diagnóstico (CID.10) | | | | |
| Outros tipos | 1,00 | | 1,00 | |
| Esquizofrenia Paranóide | 2,46 | 0,36 | 0,88 | 0,85 |
| Duração da doença | | | | |
| ≤ 5 anos | 1,00 | | 1,00 | |
| > 5 anos | 1,85 | 0,20 | 0,82 | 0,73 |
| História de Internação | | | | |
| Não | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 1,65 | 0,33 | 1,22 | 0,76 |
| Tratamento atual | | | | |
| Outros | 1,00 | | 1,00 | |
| Ambulatorial | 1,82 | 0,33 | 2,59 | 0,18 |
| Nº de medicamentos | | | | |
| 0 a 2 | 1,00 | | 1,00 | |
| ≥ 3 | 0,30 | 0,02 | 2,63 | 0,13 |

* Teste de chances proporcionais (valor-p entre 0,55 a 0,87)

** Itens do domínio: Funcionamento ocupacional, Nível de realização, Sub-emprego, Satisfação ocupacional e Utilização do tempo.

*** Variáveis que apresentaram colinearidade entre si

Tabela 4: Resultados da Regressão Logística Ordinal multivariada por sexo no domínio ocupacional da escala QLS-BR: estimativa da *odds ratio*, intervalo de 95% de confiança (IC) coeficiente, valor-p, coeficiente das constantes e ajuste do modelo

| Variáveis explicativas (categoria de referência) | Homens (n=74) | Mulheres (n=49) |
|--|-------------------------|---------------------------|
| Variáveis sócio-demográficas | | |
| Estado civil (Solteiro) | | |
| <i>Odds ratio</i> (IC) | 10,00 (2,86 - 33,33) | 4,54 (1,20 - 16,67) |
| Coeficiente (valor-p) | 2,30 (p < 0,01) | 1,52 (p = 0,02) |
| Variáveis clínicas | | |
| Duração da doença (Duração > 5 anos) | | |
| <i>Odds ratio</i> (IC) | 3,23 (1,10 - 9,09) | ----- |
| Coeficiente (valor-p) | 1,15 (p = 0,03) | ----- |
| Número de medicamentos (N° ≥ 3) | | |
| <i>Odds ratio</i> (IC) | ----- | 3,45 (0,94 - 12,5) |
| Coeficiente (valor-p) | ----- | 1,22 (p = 0,06) |
| Coefficientes das constantes | | |
| Constante 1 (valor-p) | 0,39 (p = 0,29) | -1,45 (p = 0,01) |
| Constante 2 (valor-p) | 3,18 (p < 0,01) | 1,65 (p < 0,01) |
| Ajuste do modelo* | 0,925 | 0,941 |
| Teste de chances proporcionais** | 0,878 | 0,558 |

* Teste de ajuste do modelo (Estatística *Deviance*).

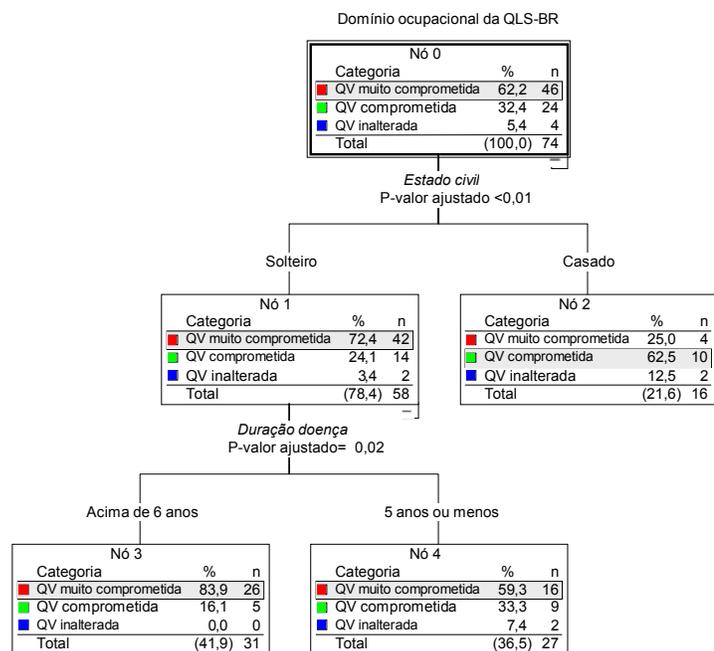
** Teste de suposição de chances proporcionais (Qui-quadrado)

Tabela 5: Probabilidade* de um paciente ser classificado em cada uma das categorias de QV de acordo com suas características

| HOMENS | | | | |
|---------------------|--------------------------|------------------------------|------------------------|----------------------|
| | Variáveis | QV muito comprometida | QV comprometida | QV inalterada |
| Estado civil | Duração da doença | | | |
| Solteiro | ≤ 5 anos | 0,60 | 0,36 | 0,04 |
| <i>Solteiro</i> | > 5 anos | 0,82 | 0,16 | 0,01 |
| Casado | ≤ 5 anos | 0,13 | 0,58 | 0,29 |
| <i>Casado</i> | > 5 anos | 0,32 | 0,56 | 0,12 |
| MULHERES | | | | |
| | Variáveis | QV muito comprometida | QV comprometida | QV inalterada |
| Estado civil | Nº medicamentos | | | |
| Solteira | 0-2 | 0,19 | 0,65 | 0,16 |
| <i>Solteira</i> | ≥ 3 | 0,44 | 0,50 | 0,05 |
| Casada | 0-2 | 0,05 | 0,48 | 0,47 |
| <i>Casada</i> | ≥ 3 | 0,15 | 0,65 | 0,20 |

* Probabilidades estimadas a partir do modelo logístico ajustado.

Fig. 1.b – Análise multivariada através da árvore de decisão (CHAID) para os homens no domínio ocupacional da escala QLS-BR (n=74)



5. ARTIGO 3

Depressão na Esquizofrenia:

Prevalência e relação com a qualidade de Vida.

Aceito para publicação nos Cadernos de Saúde Pública, 2007.

Páginas: 74-103

**DEPRESSÃO NA ESQUIZOFRENIA:
PREVALÊNCIA E RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA ¹**

**DEPRESSION IN SCHIZOPHRENIA:
PREVALENCE AND RELATION WITH THE QUALITY OF LIFE**

Clareci Silva Cardoso^{1,2,3}, Waleska Teixeira Caiaffa^{2,3}, Marina Bandeira⁴, Arminda Lucia Siqueira⁵, Jussara Teixeira da Silva³, José Otávio Penido Fonseca^{2,3}

¹ Parte integrante da tese de doutorado no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública - Epidemiologia. Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. Trabalho financiado pela FAPEMIG, MG. CDS 301/2002.

² Departamento de Medicina Preventiva e Social, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.

³ Grupo de Pesquisas em Epidemiologia, GPE e Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte, OSU-BH. Universidade Federal de Minas Gerais -UFMG.

⁴ Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental - LAPSAM - Departamento de Psicologia, Universidade Federal de São João del Rei – UFSJ.

⁵ Departamento de Estatística, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG.

Autor responsável: Clareci Silva Cardoso

Avenida Alfredo Balena 190/8013. Bairro Santa Efigênia

Belo Horizonte MG. Cep 30130-100. Telefax (31) 3248-9949

Endereço eletrônico: clarecicardoso@yahoo.com.br

Resumo

Os sintomas depressivos, além de prevalentes e subdiagnosticados, têm impacto considerável na qualidade de vida (QV) do paciente com esquizofrenia. Este estudo teve como objetivo mensurar a prevalência de depressão na esquizofrenia, investigando os fatores associados e sua relação com a QV. Foi conduzido um estudo transversal com 150 pacientes ambulatoriais com diagnóstico de esquizofrenia. A depressão foi mensurada pela escala ECDE e a QV por meio da escala QLS-BR, ambas validadas para o Brasil. Foram conduzidas análises descritivas e multivariadas. Foi encontrada uma prevalência de 56% de depressão maior (DM). Pacientes com DM apresentaram pior QV na escala global e domínio ocupacional. A QV global foi importante para a separação dos grupos na árvore de decisão. Em pacientes com pior QV, presença de sintomas da doença, número de medicamentos e ausência de atividades no lar se associaram à depressão, enquanto para aqueles com melhor QV, apenas duração da doença foi importante. Esta investigação sugere alta prevalência de depressão, além de mostrar sua repercussão na qualidade de vida. Recomenda-se a investigação de sintomas depressivos associados à QV no cuidado terapêutico destes pacientes.

Palavras chaves: Qualidade de vida; esquizofrenia; fatores associados; prevalência de depressão; escala QLS-BR.

Abstract

Depressive symptoms are frequent, although underestimated they have considerable impact in the quality of life (QOL) of the patients with schizophrenia. This study aimed to investigate the prevalence of depression in the schizophrenia and its associated factors, including the QOL. A cross-sectional study was carried out with 150 outpatients. The CDSS measured the depression and the QOL-BR measured the QOL, both scales were validated to Brazil. Descriptive and multivariate analyses were done. A prevalence of 56% of major depression (MD) was found. Patients with MD had low QOL in the global scale and in the occupational subscale. The global score of QOL was important for the separation of the decision tree statistical analyses. In patients with low scores of QOL, three factors were associated with depression: presence of schizophrenic symptoms, number of medications taken and absence of home activities. For patients with better scores of QOL only duration of the illness was important. This study suggests high prevalence of depression, besides showing its repercussion in the QOL. In the evaluation of the QOL, the presence of depression must be taken into consideration.

Key Words: Quality of life; schizophrenia; factors associated; prevalence of depression; QOL-BR scale.

INTRODUÇÃO

Sabe-se que a presença de sintomas depressivos tem estreita associação com a baixa qualidade de vida (QV) em pacientes com esquizofrenia.¹ Nestes pacientes, estudos têm dado atenção especial a esta morbidade, que se apresenta como indicador de prognóstico desfavorável,² associado a vários aspectos negativos do desfecho clínico, tais como aumento do risco de suicídio,^{3,4} piora no funcionamento psicossocial,⁵ aumento de recaídas, hospitalizações mais prolongadas, pior resposta à medicação e cronicidade.⁶

Estudos de QV relatam uma importante associação entre depressão e QV na esquizofrenia.^{1,7-}⁹ Pacientes deprimidos apresentam-se menos satisfeitos com suas atividades diárias, com a saúde física e mental, além de pior QV global, independente da presença de sintomatologia da doença.^{1,10}

Em estudos internacionais, a prevalência de depressão na esquizofrenia varia de 7% e 70%,¹¹ com média de 25%.¹² Para o Brasil foram encontradas taxas em torno de 27% a 29,8%.¹³⁻¹⁵ Outros dados da literatura relatam que, cerca de 60% dos pacientes com esquizofrenia desenvolveriam pelo menos um episódio depressivo maior, ao longo de sua doença.¹⁶ Embora de grande relevância clínica, estudos indicam que a metade dos casos de depressão em nível primário de saúde não são detectados.⁹

A avaliação dos sintomas depressivos na esquizofrenia esteve, por muito tempo, restrito exclusivamente ao período pós-psicótico. Entretanto, estudos mais recentes demonstram que eles podem ocorrer em qualquer fase da doença.¹⁷⁻¹⁹ Seu diagnóstico foi, por muito tempo, dificultado pela sobreposição com os sintomas negativos ou extrapiramidais induzidos pelos neurolépticos, constituindo um problema freqüente. Entretanto, devido à alta prevalência da depressão e seu impacto psicossocial, foram surgindo instrumentos especificamente planejados para mensurar sua gravidade e auxiliar na identificação desta condição, reduzindo consideravelmente as dificuldades diagnósticas. Dentro desta perspectiva, a Escala Calgary de Depressão na Esquizofrenia (ECDE) tem sido amplamente utilizada, possibilitando a avaliação da depressão independentemente da sintomatologia negativa ou dos sintomas

induzidos pelos neurolépticos. Esta escala foi validada para o Brasil e apresentou características adequadas de validade e confiabilidade.^{14,20}

Embora a literatura tenha mostrado evidências do impacto da sintomatologia depressiva na QV dos pacientes com esquizofrenia, não foram identificados trabalhos brasileiros investigando a qualidade de vida sob a ótica da depressão. Este conhecimento é considerado pertinente, tendo em vista que as intervenções terapêuticas e medicamentosas podem melhorar a QV desta população, quando a sintomatologia depressiva é previamente identificada.²¹ Portanto, além de prevalente e subdiagnosticada, a depressão na esquizofrenia tem sido relatada como de impacto considerável na QV do paciente, e que, com seu tratamento correto, a morbimortalidade associada a ela seria reduzida em torno de 70%.²²

O objetivo deste artigo foi estabelecer a prevalência pontual de depressão na esquizofrenia investigando os fatores associados e sua relação com a qualidade de vida.

MÉTODO

Sujeitos

Pacientes em acompanhamento ambulatorial foram recrutados de um *Serviço de Referência em Saúde Mental* de Belo Horizonte, MG. Os critérios de elegibilidade foram: diagnóstico confirmado de Esquizofrenia (CID 10) com evolução mínima de um ano, ter idade entre 18 a 55 anos, não apresentar transtorno neurológico, retardo mental ou história de dependência de substância química, além de apresentar quadro clínico estável nas três semanas precedentes à entrevista, indicados por ausência de hospitalização, depoimento de familiares e equipe do serviço.

Procedimento

Foi conduzido um estudo de delineamento transversal, em que os pacientes foram convidados a participar por meio de telefonema, convite pessoal na ocasião das consultas ou telegrama. Informações sócio-demográficas e clínicas foram coletadas. A QV do paciente foi avaliada por meio da escala QLS-BR^{23,24} e a depressão avaliada pela escala ECDE.^{14,20}

As escalas foram aplicadas por avaliadores independentes, previamente treinados para o uso dos instrumentos (concordância $\geq 80\%$). O primeiro entrevistador avaliou os pacientes aplicando o questionário com informações clínicas e sócio-demográficas e a escala QLS-BR. O segundo entrevistador, sem nenhuma informação da entrevista anterior, aplicava a escala Calgary de depressão. Foi realizado um estudo de confiabilidade interavaliador em que, 20 pacientes foram avaliados simultaneamente por dois entrevistadores, em uma mesma entrevista, de forma independente.

De 10% dos pacientes incluídos no estudo foi elaborada a história clínica baseada no prontuário e enviada a um psiquiatra externo para avaliação do diagnóstico de esquizofrenia, de forma independente.

Instrumentos

Foi utilizado um questionário contendo informações sócio-demográficas e clínicas tais como: sexo, idade, estado civil, renda, escolaridade, diagnóstico, duração da doença, número e classe de medicamentos, reação adversa, atividade ocupacional e satisfação com a saúde.

A depressão foi avaliada pela escala Calgary de depressão na esquizofrenia (ECDE),^{14,20} composta por nove itens, inicialmente derivados do exame do estado psíquico²⁵ e da escala Hamilton para depressão.²⁶ Ela permite avaliar a presença de depressão mensurando a gravidade da sintomatologia, discriminando os sintomas depressivos dos sintomas negativos e extrapiramidais.²⁷ Para cada item, o sintoma é pontuado em ausente, leve, moderado ou grave. A amplitude dos escores varia de 0 a 27, quanto maior o escore, maior a gravidade do quadro depressivo. A ECDE foi validada para o contexto brasileiro, apresentando boas características de validade e confiabilidade.^{14,20}

A QV foi avaliada por meio da escala QLS-BR, desenvolvida especificamente para pacientes com esquizofrenia,²⁸ e validada para o Brasil tendo apresentado validade e confiabilidade adequadas.^{23,24} Possui um total de três domínios: 1. domínio social, 2. domínio ocupacional e 3. domínio intrapsíquico e relações interpessoais, sendo que a QV global corresponde à média dos escores nos 21 itens da escala. O instrumento inclui informações sobre sintomatologia e funcionamento do paciente nas três semanas precedentes à entrevista, sendo pontuado em uma escala de sete pontos, onde os maiores escores refletem uma melhor QV.

Análise estatística

A prevalência de depressão maior (DM) foi determinada usando o ponto de corte do escore \geq a 6 na ECDE, valor apropriado para o melhor contraponto entre sensibilidade e especificidade.^{14,20} Dois grupos foram formados: pacientes com DM (escore \geq 6) e pacientes sem DM (escore $<$ 6). Comparações das características clínicas, sócio-demográficas e dos escores de QV foram feitas entre os grupos usando o teste de qui-quadrado de Pearson ou o teste não-paramétrico de Mann-Whitney. Quando apropriado, foi estimado o *odds ratio* (OR).

Foi também conduzida uma análise multivariada por meio da árvore de decisão utilizando o algoritmo CART, abreviação de “Classification And Regression Tree”. Trata-se de um método desenvolvido por Breiman et al.,²⁹ tendo como objetivo estabelecer uma relação entre variáveis preditoras e uma única variável resposta. A árvore é obtida através de sucessivas divisões binárias no conjunto de dados, de forma a tornar os subconjuntos cada vez mais homogêneos em relação à variável resposta.

Para as análises univariadas e multivariadas, a variável resposta foi a presença (escore ≥ 6) ou ausência de depressão maior (escore < 6) e as variáveis explicativas foram de natureza sócio-demográficas, clínicas e de QV, incluindo o escore global e os três domínios da QLS-BR em sua forma dimensional. Na análise multivariada, por meio da árvore de classificação, após a construção do nó raiz, foi incluída a estratificação da árvore pelos escores de QV.

Para a análise através do CART, todas as variáveis explicativas entraram inicialmente na árvore de regressão, com exceção da classe dos medicamentos, devido a sua alta correlação com a própria depressão. A importância relativa do nó foi avaliada pela diminuição na heterogeneidade do galho, quando comparado com o nó raiz, fornecido pela medida denominada *Improvement*, utilizando o índice Gini de 0,001.²⁹ O ajuste do modelo final foi avaliado por meio da estimativa de risco, que identifica casos que foram incorretamente classificados. Ou seja, ela avalia em que medida o método corretamente prediz os resultados, analisando a diferença entre o valor esperado e o observado pelo modelo.³⁰

Os dados foram também analisados por meio de uma regressão logística binária, com o principal objetivo de validar os resultados da árvore de decisão. Seu procedimento consistiu em eliminar individualmente as variáveis. Foi considerado como critério para permanência no modelo final se variáveis com valor-p $\leq 0,05$ e IC de 95% para a *odds ratio*.³¹ Foram utilizados os *softwares* SPSS 11.5 e o Answertree 3.0.

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais/ UFMG, sob parecer 035/01.

RESULTADOS

Foram encontrados no serviço 329 pacientes elegíveis para o estudo. Destes, 150 foram entrevistados. Os principais motivos relacionados à não participação dos pacientes foram: não localização no endereço do prontuário (22%); em processo de vinculação com outros serviços (8%); não preenchimento dos critérios de inclusão no momento da entrevista (12%) ou com dificuldades em estabelecer contato (10%). Não houve diferenças estatisticamente significativas entre pacientes elegíveis e pacientes entrevistados quanto a sexo, idade, diagnóstico e local de residência ($p>0,05$).

A prevalência de depressão maior (DM) diagnosticada pela ECDE no grupo foi de 56% (IC: 47,7- 64,0), totalizando 84 pacientes. Os resultados da análise univariada para a presença de depressão maior, e a distribuição dos pacientes nas características sócio-demográficas e clínicas, estão apresentadas nas tabelas 1 e 2.

Para as características sócio-demográficas, observou-se diferença significativa entre os grupos apenas para a realização de atividades no lar ($p=0,01$). Os pacientes com DM apresentaram maior chance de não relatarem atividades no lar (OR= 2,80; IC: 1,24- 6,30). Nenhuma outra variável foi significativa para a presença de transtorno depressivo na análise (Tabela 1).

Dentre as características clínicas, um número maior de variáveis estiveram associadas à DM (Tabela 2). Pacientes com DM tiveram maior chance de apresentar sintomas (OR= 5,26; IC: 2,50-11,11), cerca de 70% deles relataram alguma sintomatologia nas três últimas semanas. Os principais sintomas referidos foram: tristeza, alucinações, cefaléia, impregnação neuroléptica, insônia, dor no corpo e delírios. Pacientes com depressão maior também apresentaram maior chance de usar três ou mais medicamentos (OR= 1,55; IC: 1,16- 2,06) e de relatarem reação adversa à medicação (OR= 1,85; IC: 0,96-3,57), ainda que limítrofe ($p=0,06$). Quanto à classe da medicação, relataram mais frequentemente o uso de benzodiazepínicos (OR= 3,57; IC: 1,69-7,69), antidepressivo ($p<0,01$) e neurolépticos de depósito (OR= 5,88; IC: 1,61-20,00).

Na Tabela 3, encontra-se a distribuição dos sintomas depressivos para os dois grupos de pacientes nos itens da ECDE. Observa-se diferença estatisticamente significativa para todos os itens ($p<0,01$). No grupo de pacientes com DM, 68 deles (80,9%) apresentaram humor deprimido e o entrevistador observou depressão em 71 (84,5%). O item suicídio foi pontuado

como presente em 62 pacientes com DM, dentre esses, 26 (42%) relataram pensamentos ou planos, enquanto 36 pacientes (58%) chegaram a tentativa de suicídio propriamente dita em algum momento de suas vidas. Para pacientes sem depressão maior, o principal sintoma detectado pela ECDE foi a depressão matutina, observada em 23 pacientes deste grupo (34,8%). Diferença significativa entre o escore médio da ECDE para os dois grupos, foi observada, com média de 10,9 para pacientes com depressão maior e 2,7 para aqueles sem depressão maior ($p < 0,01$).

A distribuição dos escores de QV esta apresentada na tabela 4. No domínio social da QLS-BR, apenas um item, representado pelas relações familiares, foi significativo, apontando diferença entre pacientes com e sem depressão maior ($p < 0,01$). Por outro lado, o domínio ocupacional foi significativo, incluindo quatro de seus cinco itens: nível de realização ($p < 0,01$), sub-emprego ($p = 0,06$); ainda que limítrofe; satisfação ocupacional ($p < 0,01$) e utilização do tempo ($p < 0,01$). O domínio referente às funções intrapsíquicas e relações interpessoais não mostrou diferença entre os grupos. A escala global, que corresponde à média dos 21 itens, apresentou diferença significativa entre pacientes com e sem depressão maior ($p < 0,01$), além dos itens motivação ($p < 0,01$) e anedonia ($p < 0,01$).

Na Tabela 5, estão apresentados os resultados da análise univariada do escore dimensional da QLS-BR na presença de depressão maior. O escore global de QV ($p = 0,01$) e o domínio ocupacional ($p < 0,01$) estiveram associados com transtorno depressivo, sugerindo que a cada diminuição de um ponto no escore global de QV tem-se 1,5 mais chance do paciente apresentar DM (OR=1,51; IC: 1,09-2,13), enquanto esta mesma chance para o domínio ocupacional foi de 1,3 (OR=1,37; IC: 1,09-1,72). O domínio social, das funções intrapsíquicas e relações interpessoais não foram significativos.

A Figura 1 apresenta os resultados da análise multivariada pela árvore de classificação. Observa-se o nó raiz com a amostra total dos pacientes, dos quais 56% deles apresentaram depressão maior. O escore de QV discriminou bem este grupo de pacientes, diminuindo a heterogeneidade do nó (Improvement = 0,03). Para aqueles pacientes com escore de QV maior que 3,81 e duração da doença acima de seis anos apenas 8,3% deles apresentaram DM, enquanto, aqueles pacientes com escore de QV maior que 3,81, mas com duração da doença menor que 6 anos, 46% deles apresentaram maior gravidade da sintomatologia depressiva, sugerindo depressão maior.

Por outro lado, os pacientes com escore de QV menor ou igual a 3,81, que relataram presença de sintomas da doença e usavam mais de três medicamentos, 90% deles apresentaram depressão maior, comparados com 60% para aqueles usando até dois medicamentos. Ainda com níveis similares nos escores QV, pacientes que não relataram sintomas da doença e que não desenvolviam atividade do lar, 60% apresentaram DM, para o mesmo grupo que realizava alguma atividade no lar, 35% apresentou DM. O ajuste da árvore de classificação indicou que 73% dos pacientes foram corretamente classificados na árvore (Risco=0,27), ou seja, com risco de 27% de classificação incorreta.

A regressão logística multivariada apresentou resultados similares aos encontrados na árvore de classificação, indicando as seguintes variáveis associadas à presença de transtorno depressivo maior: relato de sintomas (OR=5,50; IC: 2,56-12,50), ausência de atividades do lar (OR=2,98; IC: 1,15-7,66) e uso de três ou mais medicamentos (OR=2,71; IC: 1,25-5,90).

A confiabilidade diagnóstica por meio da avaliação do psiquiatra independente foi de 95%. Apenas para um paciente, não se obteve dados suficientes da história clínica no prontuário para confirmação do diagnóstico de esquizofrenia. O coeficiente kappa ponderado foi superior a 90% indicando excelente confiabilidade interavaliador para as duas escalas.

DISCUSSÃO

Neste estudo foi encontrada alta prevalência de depressão em pacientes ambulatoriais com diagnóstico de esquizofrenia e quadro estável. Indicadores clínicos e ocupacionais, como presença de sintomas, maior duração da doença, uso de maior número de medicamentos e ausência de atividades no lar, mostraram-se associadas com a maior gravidades da sintomatologia depressiva nestes pacientes.

Foi evidenciada importante relação entre depressão e baixa qualidade de vida, principalmente no domínio ocupacional, onde pacientes com depressão mostraram-se, menos realizados, insatisfeitos, sub-utilizados no tempo e em sua capacidade para trabalho. Também apresentaram-se com baixos escores de QV nas relações familiares, menos motivados e com baixa capacidade de sentir prazer na vida, quando comparados com pacientes sem depressão.

A prevalência da depressão encontrada neste estudo encontra-se dentro da amplitude relatada por uma revisão sistemática sobre o tema ¹¹ embora, estudos conduzidos no Brasil utilizando diferentes abordagens metodológicas apresentem taxas inferiores às encontradas nesta investigação. ¹³⁻¹⁵ Entretanto, sabe-se que sintomas depressivos podem estar presentes em qualquer fase da esquizofrenia, seja como pródomo de um novo episódio psicótico, na fase aguda da doença, no período pós-psicótico ou na fase residual. ^{15,32} Nesta investigação, embora seja difícil a identificação da fase da doença em que os sintomas depressivos estavam ocorrendo, foi encontrado um grande número de pacientes apresentando sintomatologia depressiva, ressaltando a importância desta morbidade e seu considerável impacto na gravidade do quadro clínico.

Analisando a distribuição dos escores da escala de depressão aqui utilizada (ECDE) observou-se que, no grupo de pacientes com depressão maior, a presença de humor deprimido, tentativa de suicídio, desesperança, autodepreciação e depressão matutina foram frequentes e coerentes com outros resultados da literatura. ^{13-15,27,33} Chama a atenção o grande percentual de pacientes com tentativa de suicídio encontrado neste estudo, 58% da amostra investigada. Este achado é relevante, ^{35,36} tendo em vista a morbi-mortalidade nesta população associado a esta causa. ³⁴⁻³⁸ Apesar da escassez de estudos sobre tentativas de suicídio em pacientes com esquizofrenia, as taxas descritas variam de 18 a 55%, dependendo da natureza do estudo. ³⁹

Tem sido relatado que tentativas de suicídio são observadas com maior frequência nos primeiros anos da doença ou durante os períodos de exacerbação da sintomatologia.⁴⁰

Em relação ao suicídio propriamente dito, estudos epidemiológicos relatam que, de 2 a 13% de todos os pacientes com esquizofrenia cometem suicídio, risco 20% maior que o da população geral.⁴¹ Estão associadas a este episódio, além de ser do sexo masculino e idade mais jovem, outros fatores, tais como: ser solteiro, vivenciar isolamento social, estar desempregado, ter expectativa de bom prognóstico da doença, ter estado deprimido no passado e no presente, além do próprio relato de tentativas de suicídio.^{38,41}

Dentre as variáveis sócio-demográficas associadas com a depressão, apenas ausência de atividades no lar foi significativa na análise multivariada. Indicando maior gravidade da sintomatologia depressiva para pacientes com menores escores de QV. Soma-se a este resultado, o achado de menor QV no domínio ocupacional para estes pacientes, além de baixos escores para os itens motivação e anedonia. Ausência de atividades no lar revelou-se enquanto marcador ocupacional importante, e fortemente correlacionado com a dimensão ocupacional da escala de QV. Fato é que, no decorrer das análises, “o escore de QV” e a variável “presença atividades no lar” não permaneciam juntas no modelo multivariado. Da mesma forma, investigações anteriores de QV na esquizofrenia apontaram para uma mais baixa QV na dimensão ocupacional principalmente para homens solteiros.^{42,43} Embora seja relatado pior funcionamento ocupacional em pacientes com depressão,^{7,10} investigações comparando pacientes com e sem depressão, não encontraram diferenças com relação às características sócio-demográficas.^{14,44}

Com relação às variáveis clínicas, a presença de sintomas esteve associada com a depressão, podendo ser apontada como indicador da própria doença, uma vez que os sintomas referidos pelos pacientes têm estreita relação com quadro depressivo.^{45,46} Na árvore de decisão, antes da estratificação pela QV, foi a variável que melhor discriminou os dois grupos de pacientes, mostrando distintas variáveis associadas com a depressão na presença ou ausência de sintomatologia (dados não mostrados). Após a estratificação pela QV, permaneceu associada para aqueles pacientes com menores escores de QV (Escore \leq 3,82).

A duração da doença pode ter sido outro marcador clínico importante, dentre os pacientes com melhores escores de QV (Escore \geq 3,82), quando foi encontrado maior sintomatologia

depressiva nos pacientes com menor duração da doença. Mesmo não sendo significativa esta comparação na análise univariada. Outros estudos também não encontraram diferenças significativas entre pacientes com e sem episódio depressivo com relação à duração da doença.³⁴

O relato do uso de maior número de medicamentos também esteve associado à presença de depressão maior. Cerca de 72% dos pacientes deprimidos usavam mais de três medicamentos. Na análise exploratória dos dados, considerando a combinação dos medicamentos, foi observado que pacientes deprimidos apresentaram maior variedade de combinações, somando-se ainda, maior presença de sintomatologia da doença. Estas informações podem estar sugerindo uma estratégia de intervenção medicamentosa do serviço, baseada no relato do paciente sobre a presença de sintomatologia da doença, embora a depressão seja pouco reconhecida enquanto morbidade importante nesta população. O pequeno percentual de pacientes em uso de antidepressivo (10,7%) reforça este achado de possível subdiagnóstico de depressão nesta população.

Em se tratando da intervenção medicamentosa, para a depressão na esquizofrenia, sabe-se que a mesma está diretamente relacionada com o conhecimento da fase da doença e que, às vezes, não requer a utilização de antidepressivos.^{11,14,40} Por outro lado, pacientes com esquizofrenia e quadro depressivo podem não estar sendo medicados de forma específica ou, quando isto é feito, o antidepressivo é prescrito em dosagem inferior à necessária.^{11,34,40}

A associação entre depressão e uso de antidepressivos, benzodiazepínicos e neurolépticos de depósito encontrada na análise univariada não pode ser subestimada. Estudos relatam uma associação entre medicação de depósito e depressão, sugerindo que estas drogas podem induzir a “depressão farmacogênica”, principalmente quando usada em dosagem maior do que a necessária.⁴⁷ Em nosso estudo, 95% dos pacientes relataram o uso de medicação neuroléptica, dentre estes, 24% usavam medicação de depósito. Este fato merece outras investigações uma vez que, não foi coletada a informação sobre dosagem, em detrimento de dados controversos na literatura a respeito de sua associação com a depressão.⁴⁸

Da mesma forma, os neurolépticos têm sido investigados quanto à possibilidade de atuarem como fatores coadjuvantes, facilitadores ou precipitadores da síndrome depressiva pós-

psicótica.¹² Investigações recentes apontam que seu uso pode estar associado com sintomas depressivos.⁴⁹

Algumas considerações são importantes para a compreensão da prevalência de depressão encontrada nesta investigação. Assim como em outros estudos,^{15,46} utilizou-se como critério de inclusão pacientes clinicamente estáveis, como forma de evitar a mensuração de sintomas depressivos ocorrendo durante o episódio psicótico agudo. Por outro lado, o período de três semanas de estabilidade, pode não ter sido suficiente para evitar a sobreposição da depressão com a recaída psicótica, ou talvez com sintomatologia positiva. Alguns estudos utilizam um período mínimo de dois meses.^{15,46} Outra explicação possível seria o instrumento usado para identificação da depressão maior, utilizando o ponto de corte com escore ≥ 6 na ECDE.¹⁴ Esta categorização não incluiu a necessidade do humor deprimido enquanto critério para o diagnóstico de depressão na esquizofrenia.⁴⁵

Com a finalidade de verificar a especificidade do critério diagnóstico de depressão nesta investigação, análises estatísticas foram conduzidas retirando os pacientes que não apresentaram humor deprimido na escala ECDE. Como esperado, a prevalência global caiu de 56% para 45%, e as mesmas variáveis permaneceram associadas com a depressão, com maior magnitude da força da associação no modelo logístico. Embora seja importante considerar que, o objetivo deste estudo, não foi validar o diagnóstico de depressão, mas sim mensurá-la por meio da ECDE que foi validada para o Brasil, mostrando ser equivalente ao critério diagnóstico do DSM-IV.¹⁴

Controvérsias na literatura a respeito da prevalência de depressão na esquizofrenia pode também ser resultante de divergências metodológicas, tais como: várias definições da depressão, uso de diferentes critérios diagnósticos de esquizofrenia, avaliação dos pacientes em fases distintas da doença, além de diferentes períodos de estabilidade do quadro clínico.¹⁵

O transtorno depressivo é hoje considerado um problema de saúde pública, devido sua alta prevalência e impacto psicossocial. Quando associado à esquizofrenia, seu impacto, pode ser ainda maior. Pacientes deprimidos são freqüentemente mais assíduos aos serviços de saúde, apresentam diminuição da produtividade no trabalho com repercussões importantes na QV, embora não sejam diagnosticados como tais,⁹ devido a dificuldades inerentes ao diagnóstico,

somando-o a uma atenção dos profissionais, focada quase que exclusivamente no quadro psicótico.

Este estudo estima a prevalência de depressão nos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e aponta sua importante associação com a QV. Considerando este estreito relacionamento, investigações sobre esta temática se tornam prioritárias. A presença de depressão é vista como principal fator associado com pior QV subjetiva em pacientes com esquizofrenia.¹⁰ É conhecido por meio de sua história natural, que toda doença está associada com um prejuízo marcante na QV do paciente. Dentro deste contexto, todo tratamento, se efetivo, deve necessariamente melhorar a QV. Atualmente, medidas de QV e de depressão, sob o ponto de vista do paciente, têm sido valorizadas na psiquiatria.^{8,10} Apesar de existir pouco consenso científico de como os sintomas depressivos na esquizofrenia devem ser definidos e diagnosticados, é reconhecida a importância da avaliação da depressão do ponto de vista do paciente,⁴⁸ mesmo que mediada por um instrumento.

É importante considerar a limitação desta investigação enquanto estudo seccional. Neste sentido, não é possível estabelecer uma relação de temporalidade entre depressão e baixa qualidade de vida, pois os dados podem também apontar para uma relação inversa. Da mesma forma, para uma generalização dos resultados, outras investigações deverão ser conduzidas, incluindo grandes amostras, com melhor definição da fase da esquizofrenia em que os sintomas depressivos estão ocorrendo. Além disso, deve ser incluído mais de um critério de avaliação da depressão, dado a dificuldade inerente deste diagnóstico nesta população, embora o resultado desta investigação seja de considerável interesse.

Do ponto de vista de intervenções, é importante considerar a alta prevalência de sintomatologia depressiva nos pacientes, associada à necessidade de melhor avaliação deste aspecto, dentro de uma proposta clínica, principalmente considerando a alta proporção de pacientes com tentativas de suicídio anteriores. É importante reconhecer e avaliar a necessidade da implementação de propostas terapêuticas, com intervenções voltadas para a inserção social, uma vez que pacientes deprimidos podem apresentar baixa QV,¹⁰ incluindo pior funcionamento social, dificuldades de relacionamento e insatisfação com suporte social recebido.⁴⁸

Estudos prospectivos apontam que uma melhor QV na esquizofrenia esteve associada com a existência de suporte social capaz de responder efetivamente as necessidades dos pacientes.¹⁰ Torna-se ainda importante, uma reavaliação clínica detalhada da fase da doença em que está ocorrendo a sintomatologia depressiva, informações úteis no manejo clínico e na escolha da melhor estratégia terapêutica.⁴⁰ Da mesma forma faz-se necessário, o desenvolvimento de estudos de acompanhamento desses pacientes, uma vez que vários autores relatam a depressão como um período prolongado, sem relação com o tempo de permanência na psicose,¹² com prejuízo cognitivo e deficitário.^{15,34}

Os resultados deste estudo têm implicações importantes para o tratamento de pacientes com esquizofrenia. Ele confirma que a depressão é comum neste grupo de pacientes e aponta para uma estreita relação entre depressão e baixa qualidade de vida. Dentro do contexto da inclusão de indicadores de QV na rotina dos serviços de saúde mental, faz-se necessário que a gravidade da sintomatologia depressiva na esquizofrenia seja também avaliada.

COLABORADORES

Cardoso CS elaborou o projeto, coordenou os trabalhos, participou do estudo de campo, supervisionou a entrada, a análise e consistência dos dados e redigiu o manuscrito. Caiaffa WT atuou como orientadora da tese de doutorado, participou no desenho do estudo, em todo o processo de campo, auxiliou na entrada e análise de dados. Bandeira M participou também no desenho do estudo e acompanhou o trabalho de campo. Fonseca JO participou na assessoria clínica. A análise estatística foi acompanhada por Siqueira AL, Silva JT atuou como bolsista de IC do CNPq, auxiliando na entrada e análise de dados. Todos os autores ajudaram na redação do artigo, aprovando sua versão final.

Os autores agradecem ao psiquiatra Helian Nunes pela colaboração no estudo de confiabilidade diagnóstica. Agradecem a FAPEMIG, pelo financiamento, processo n° CDS-301/02 e também ao CNPq e CAPES pelas bolsas aos pesquisadores: Waleska Teixeira Caiaffa, Jussara Teixeira da Silva e Clareci Silva Cardoso. Agradecem também ao Grupo de Pesquisas em Epidemiologia – GPE e ao Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte, pela estrutura de trabalho. Um agradecimento especial ao CERSAM PAMPULHA de Belo Horizonte, a todos os pacientes e familiares pelo apoio na produção científica.

REFERÊNCIAS

- 1- Huppert JD, Weis KA, Lim R, Pratt S, Smith TE. Quality of life in schizophrenia: contributions of anxiety and depression. *Schizophrenia Research* 2001; 51: 171-180.
- 2- Becker RE. Depression in schizophrenia. *Hosp Comm Psychiatry* 1988; 39: 1269-75.
- 3- Roy A. Risk factors for suicide in psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39: 1089-95.
- 4- Drake FE, Gates G, Cotton PG, Whitaker A. Suicide among schizophrenics: Who is at risk? *J Nerv Ment Dis* 1984; 172: 613-17.
- 5- Glazer W, Prusoff B, John K, Williams D. Depression and social adjustment among chronic schizophrenic outpatients. *J Nerv Ment Dis* 1981; 169: 712-17.
- 6- Hillmmelhoeh JM, Fuchs CS, May SJ, Symons BJ, Neil JF. When a schizoaffective diagnoses has meaning. *J Nerv Ment Dis* 1981; 169: 277-82.
- 7- Eklund M, Hansson L, Bejerholm U. Relationships between satisfaction with occupational factors and health-related variables in schizophrenia outpatients. *Soc Psychiatry psychiatr Epidemiol* 2001; 36: 79-85.
- 8- Carpinello B, Lai GL, Pariant CM, Carta MG, Rudas M. Symptoms, standards of living and subjective quality of life: a comparative study of schizophrenic and depressed out-patient. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96:235-41.
- 9- Fleck MPA, Lima AFBS, Louzada S, Schestask G, Henriques A, Borges VR, Camey S. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saúde Pública* 2002; 36: 431-38.

- 10-Reine G, Lançon C, Di Tucci S, Sapin C, Auquier P. Depression and subjective quality of life in chronic phase schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108: 297-303.
- 11-Siris SG. Diagnosis of secondary depression in schizophrenia: implications for DSMIV. *Schizophr Bull* 1991; 7:75-8.
- 12-McGlashan TH, Carpenter WT-Jr. Postpsychotic depression in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 231-39.
- 13-Bastos O. Contribuição ao estudo clínico da depressão pós-esquizofrênica [Tese]. Recife: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco; 1981.
- 14-Bressan RA, Chaves AC, Shirakawa I, Mari JJ. Validity study of the Brazilian Version of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia. *Schizophrenia Research* 1998; 32: 41-49.
- 15-Araújo FS, Petribú K, Bastos O. Characterization of depressive syndrome in schizophrenic outpatients. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24:18-25.
- 16-Martin RL, Cloninger RC, Guze SB, Clayton PJ. Frequency and differential diagnosis of depressive syndromes in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1985; 46: 9-13.
- 17-Knights A Hirsh SR. "Reveled" depression and drug treatment for schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 806-11.
- 18-Johnson DAW. The significance of depression in the prediction of relapse in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1988; 152:320-23.
- 19-Green MF, Nuechterlein KH, Ventura J, Mintz J. The temporal relationship between depressive and psychotic symptoms in recent-onset schizophrenia. *Am J psychiatry* 1990; 147: 179-82.

- 20- Bressan RA, Chaves AC, Shirakawa I, Mari JJ. Versão brasileira da escala Calgary de depressão para esquizofrenia. *Rev. Psiq Clin* 1998; 25: 344-51.
- 21- Sullivan G, Wells KB, Leak B. Clinical factors associated with better quality of life in a seriously mentally ill population. *Hosp Community Psychiatry* 1992; 43: 794-98.
- 22- Docherty JP. Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 5-10.
- 23- Cardoso CS, Bandeira M, Caiaffa WT, Siqueira AL, Fonseca IK, Fonseca JOP. Qualidades psicométricas da escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia: Escala QLS-BR. *J bras psiquiatr* 2003; 52:211-222.
- 24- Cardoso CS. Adaptação transcultural para o Brasil de uma escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia: Escala QLS. [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Escola de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2001.
- 25- Wing JK, Cooper JE, Sartorius N. *The measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*. Cambridge University Press. London, 1974.
- 26- Hamilton M. A Rating Scale for Depression. *Journal of Neurology Neurosurgery Psychiatry* 1960; 23:56-62.
- 27- Addington D, Addington J, Matricka-Tyndale E. Specificity of the Calgary Depression Scale for schizophrenia. *Schizophrenia Research* 1994; 11: 239-44.
- 28- Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT. The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull* 1984; 10: 388-98.
- 29- Breiman LJH, Friedman RA, Stone CJ. 1984. *Classification and regression trees*. Belmont, Calif.: Wadsworth.
- 30- Marketing Department SPSS Inc. *AnswersTree 3.0. User's Guide*. Chicago; 2001.

- 31- Hosmer DW, Lemeshow S. Applied Logistic regression. Second edition. New York: J. Wiley; 2000.
- 32- Bartels SJ, Drake RE. Depressive symptoms in schizophrenia: comprehensive differential diagnosis. *Comprehensive Psychiatry* 1988; 29:467-83.
- 33- Becker RE, Colliver JA, Versulst SJ. Diagnoses of secondary depression in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1985; 46:4-8.
- 34- Araújo FS, Petribú K, Bastos O. Depressão na Esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24:86-93.
- 35- Roy A, Mazonson A, Pickar D. Attempted suicide in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1984; 144:303-306.
- 36- Addington D, Addington J. Attempted suicide and depression in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85:288-91.
- 37- Roy A. Depression attempted suicide, and suicide in patients with chronic schizophrenia. *Psychiatric Clin N Am* 1986; 9:193-206.
- 38- Drake FE, Gattes C, Whitaker A. Suicide among schizophrenics: a review. *Compreh Psychiatr* 1985; 26: 90-100.
- 39- Roy A. Relationship between depression and suicide behavior in schizophrenia. Em: *Depression in schizophrenia* 1990. DeLisi LE (Ed). American Psychiatric Press. Washington, D.C.
- 40- Bressan RA, Chaves AC, Shirakwa I. Depressão Na Esquizofrenia. Em: Shirakawa I, Chaves AC, Mari JJ. *O Desafio da Esquizofrenia*. São Paulo: Lemos Editorial; 1998. pp.119-32.
- 41- Mortensen PB. Suicide among schizophrenic patients: occurrence and risk factors. *Clin Neuropharmacol* 1985; 18 (Supl. 3): S1-S8, 1995.

- 42-Cardoso CS, Caiaffa WT, Bandeira M, Siqueira AL, Abreu MNS, Fonseca JOP. Factors Associated with a Lower Quality of Life in Schizophrenia. *Cad Saúde Pública* 2005. Em publicação
- 43-Cardoso CS, Caiaffa WT, Bandeira M, Siqueira AL, Abreu MNS, Fonseca JOP. Qualidade de vida e dimensão Ocupacional na esquizofrenia: Uma comparação por sexo. *Cad Saúde Pública* 2005. Em publicação.
- 44-Lindenmayer JP, Bernstein-Hyman R, Grochowski S. Five-factors model of schizophrenia: inicial validation. *J Nervous Mental Dis* 1994; 182:631-38.
- 45-American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.) (DSM IV)*, 1994. American Psychiatric Press, Washington, DC.
- 46-Bressan RA, Chaves AC, Phowsky LS, Shirakawa I, Mari JJ. Depressive episodes in stable schizophrenia: critical evaluation of the DSM-IV and ICD-10 diagnostic criteria. *Psychiatry Research* 2003; 117:47-56.
- 47-DeAlarcon R, Carney MWP. Severe depressive mood changes following slow-release intra-muscular fluphenazine injection. *Br Med J.* 1969; iii: 564-567.
- 48-Baynes D, Mulholland C, Cooper SJ, Montgonery RC, Macflynn G, Lynch G Kelly C, King DJ. Depressive symptoms in stable chronic schizophrenia: prevalence and relationship to psychopathology and treatment. *Schizophrenia Research* 2000; 45: 47-56.
- 49-Bressan RA, Mulligan RS, Costa DC, Jones HM, Ell PJ, Kerwin RW, et al. Striatal blockage and depression in schizophrenia – SPET findings. *Biol Psychiatry* 2000; 47: 128s.

Tabela 1: Distribuição dos pacientes nas variáveis sócio-demográficas e resultado da regressão logística univariada para a presença de depressão maior*

| Variáveis | Pacientes com DM (n=84) | Pacientes sem DM (n=66) | Odds ratio (OR) | Valor-p |
|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------|-------------|
| Sócio- demográficas | | | | |
| | % | % | | |
| Sexo | | | | |
| Feminino | 32,1 | 43,9 | 1,00 | 0,14 |
| Masculino | 67,9 | 56,1 | 1,66 | |
| Idade | | | | |
| > 33 anos | 44,0 | 50,0 | 1,00 | 0,47 |
| ≤ 33 anos | 56,0 | 50,0 | 1,27 | |
| Escolaridade | | | | |
| ≥ 4 anos | 29,8 | 36,4 | 1,00 | 0,39 |
| < 4 anos | 70,2 | 63,6 | 1,35 | |
| Estado civil | | | | |
| Casado | 14,3 | 20,0 | 1,00 | 0,35 |
| Solteiro | 85,7 | 80,0 | 1,49 | |
| Renda familiar | | | | |
| > 2 salários mínimos | 68,8 | 70,5 | 1,00 | 0,82 |
| ≤ 2 salários mínimos | 31,3 | 29,5 | 1,08 | |
| Nº pessoas residência | | | | |
| ≤ 4 | 48,8 | 50,8 | 1,00 | 0,81 |
| > 4 | 51,2 | 49,2 | 1,08 | |
| Com quem mora | | | | |
| Esposa (o) | 9,5 | 12,1 | 1,00 | 0,77 |
| Pais | 61,9 | 63,6 | 1,23 | |
| Outros | 28,6 | 24,2 | 1,21 | |
| Trabalha atualmente | | | | |
| Sim | 8,3 | 10,6 | 1,00 | 0,63 |
| Não | 91,7 | 89,4 | 1,30 | |
| Recebe auxílio doença | | | | |
| Não | 45,2 | 57,6 | 1,00 | 0,13 |
| Sim | 54,8 | 42,4 | 1,64 | |
| Faz atividades no lar | | | | |
| Sim | 66,7 | 84,8 | 1,00 | 0,01 |
| Não | 33,3 | 15,2 | 2,80 | |
| Participação em oficinas | | | | |
| Não | 78,6 | 86,4 | 1,00 | 0,22 |
| Sim | 21,4 | 13,6 | 1,72 | |
| Encaminhamento outro | | | | |
| serviço | 60,7 | 62,1 | 1,00 | 0,86 |
| Sim | 39,3 | 37,9 | 1,06 | |
| Não | | | | |

* Foi utilizado o ponto de corte de escore ≥ 6 na escala Calgary, como marcador de depressão maior (DM).

Tabela 2: Distribuição dos pacientes nas variáveis clínicas e resultado da regressão logística univariada para a presença de depressão maior (DM).

| Variáveis Clínicas | Pacientes com DM (n=84) | | Pacientes sem DM (n=66) | | OR | Valor-p |
|--|----------------------------|------|----------------------------|-------|------|---------|
| | | % | | % | | |
| Diagnóstico | | | | | | |
| Esquizofrenia paranóide | | 77,4 | | 78,8 | 1,00 | 0,84 |
| Outros subtipos | | 22,6 | | 21,2 | 1,09 | |
| Duração da doença | | | | | | |
| > 5 anos | | 56,6 | | 60,0 | 1,00 | 0,69 |
| ≤ 5 anos | | 43,4 | | 40,0 | 1,15 | |
| História internação psiquiátrica | | | | | | |
| Não | | 34,5 | | 35,4 | 1,00 | 0,91 |
| Sim | | 65,5 | | 64,6 | 1,04 | |
| Satisfação com a saúde | | | | | | |
| Sim | | 85,7 | | 93,9 | 1,00 | 0,10 |
| Não | | 14,3 | | 6,1 | 2,58 | |
| Presença de sintomas da doença | | | | | | |
| Não | | 33,3 | | 72,3 | 1,00 | <0,01 |
| Sim | | 66,7 | | 27,7 | 5,26 | |
| Tratamento atual | | | | | | |
| Não faz tratamento | | 2,4 | | 7,7 | 1,00 | 0,34 |
| Apenas usa medicamento | | 3,6 | | 4,6 | 2,50 | |
| Tratamento ambulatorial | | 94,0 | | 87,7 | 3,46 | |
| Uso do medicamento | | | | | | |
| Não usa | | 2,4 | | 7,6 | 1,00 | 0,10 |
| Uso regular | | 78,6 | | 83,3 | 3,00 | |
| Uso irregular | | 19,0 | | 9,1 | 6,67 | |
| Nº de medicamentos | | | | | | |
| 0-2 medicamentos | | 28,6 | | 53,8 | 1,00 | <0,01 |
| ≥ 3 medicamentos | | 71,4 | | 46,2 | 1,55 | |
| Relato de reação adversa | | | | | | |
| Não | | 39,3 | | 54,5 | 1,00 | 0,06 |
| Sim | | 60,7 | | 45,5 | 1,85 | |
| Atividade delirante na entrevista | | | | | | |
| Não | | 79,8 | | 89,4 | 1,00 | 0,11 |
| Sim | | 20,2 | | 10,6 | 2,12 | |
| Classe de Medicamentos | | | | | | |
| Estabilizador de humor | | | | | | |
| Sim | | 9,3 | | 10,3 | 1,00 | 0,85 |
| Não | | 90,7 | | 89,7 | 1,21 | |
| Anticolinérgico | | | | | | |
| Não | | 48,6 | | 50,8 | 1,00 | 0,80 |
| Sim | | 51,4 | | 49,2 | 1,08 | |
| Benzodiazepínicos | | | | | | |
| Não | | 46,7 | | 75,9 | 1,00 | <0,01 |
| Sim | | 53,3 | | 24,1 | 3,57 | |
| Antidepressivo | | | | | | |
| Sim | | 10,7 | | - | 1,00 | <0,01 |
| Não | | 89,3 | | 100,0 | -- | |
| Neuroléptico típico | | | | | | |
| Sim | | 82,7 | | 89,7 | 1,00 | 0,25 |
| Não | | 17,3 | | 10,3 | 1,82 | |
| Neuroléptico atípico | | | | | | |
| Não | | 82,7 | | 86,2 | 1,00 | 0,58 |
| Sim | | 17,3 | | 13,8 | 1,32 | |
| Neuroléptico típico de depósito | | | | | | |
| Não | | 76,0 | | 94,8 | 1,00 | <0,01 |
| Sim | | 24,0 | | 5,28 | 5,88 | |

Tabela 3: Distribuição dos sintomas depressivos identificados pela escala Calgary e teste de comparação entre grupos*

| Sintomas da ECDE | Pacientes com DM (n=84) | | Pacientes sem DM (n=66) | |
|----------------------------------|-------------------------|------|-------------------------|------|
| | n | %** | n | % |
| 1- Humor deprimido | 68 | 80,9 | 22 | 33,3 |
| 2- Desesperança | 57 | 67,9 | 10 | 15,1 |
| 3- Autodepreciação | 56 | 66,7 | 12 | 18,2 |
| 4- Idéias de referência de culpa | 29 | 34,5 | 13 | 19,7 |
| 5- Culpa patológica | 52 | 61,9 | 19 | 28,8 |
| 6- Depressão matutina | 51 | 60,7 | 23 | 34,8 |
| 7- Despertar precoce | 50 | 59,5 | 17 | 25,7 |
| 8- Suicídio | 62 | 73,8 | 13 | 19,7 |
| 9- Depressão observada | 71 | 84,5 | 10 | 15,1 |
| Média (Desvio Padrão) da ECDE | 10,98 (4,79) | | 2,71 (1,88) | |
| Amplitude | 6-24 | | 0-5 | |

* Comparação de proporção: todos os itens $p < 0,01$

** Porcentagem obtida considerando os 66 pacientes sem depressão e 84 pacientes com depressão maior (DM).

Tabela 4: Distribuição dos escores de QV na escala QLS-BR de acordo com a presença e ausência de depressão* e resultado do teste de Mann-Whitney para a comparação entre os grupos

| Domínios, Itens e Escala Global | <i>Pacientes com DM</i> Mediana (n=84) | <i>Pacientes sem DM</i> Mediana (n=66) | Valor-p |
|---|--|--|---------|
| Domínio Social | 2,14 | 2,42 | 0,15 |
| 1- Relações familiares | 3,33 | 4,00 | <0,01 |
| 2- Relações íntimas | 1,00 | 1,50 | 0,50 |
| 3- Amizades ativas | 2,00 | 2,00 | 0,57 |
| 4- Atividade social | 1,00 | 2,00 | 0,28 |
| 5- Rede social | 2,00 | 2,00 | 0,30 |
| 6- Iniciativa social | 2,00 | 2,00 | 0,51 |
| 7- Afastamento social | 2,00 | 2,00 | 0,17 |
| <i>Domínio ocupacional</i> | 2,80 | 3,77 | <0,01 |
| 9- Funcionamento ocupacional | 3,00 | 4,00 | 0,07 |
| 10- Nível de realização | 3,00 | 4,00 | <0,01 |
| 11- Sub-emprego | 3,00 | 4,00 | 0,06 |
| 12- Satisfação ocupacional | 2,50 | 3,37 | <0,01 |
| 17- Utilização do tempo | 2,00 | 4,00 | <0,01 |
| <i>Domínio intrapsíquico e relações interpessoais</i> | 2,85 | 3,07 | 0,19 |
| 8- Relações afetivo-sexuais | 1,00 | 1,00 | 0,38 |
| 13- Sentido de objetivos de vida | 3,00 | 3,00 | 0,50 |
| 15- Curiosidade | 3,00 | 2,00 | 0,71 |
| 18- Objetos comuns | 4,00 | 4,00 | 0,65 |
| 19- Atividades comuns | 2,00 | 3,00 | 0,16 |
| 20- Empatia | 4,00 | 4,00 | 0,53 |
| 21- Interação na entrevista | 3,00 | 3,00 | 0,21 |
| <i>Qualidade de vida global (21 itens)</i> | 2,50 | 2,93 | 0,01 |
| 14- Motivação | 2,00 | 4,00 | <0,01 |
| 16- Anedonia | 2,00 | 4,00 | <0,01 |

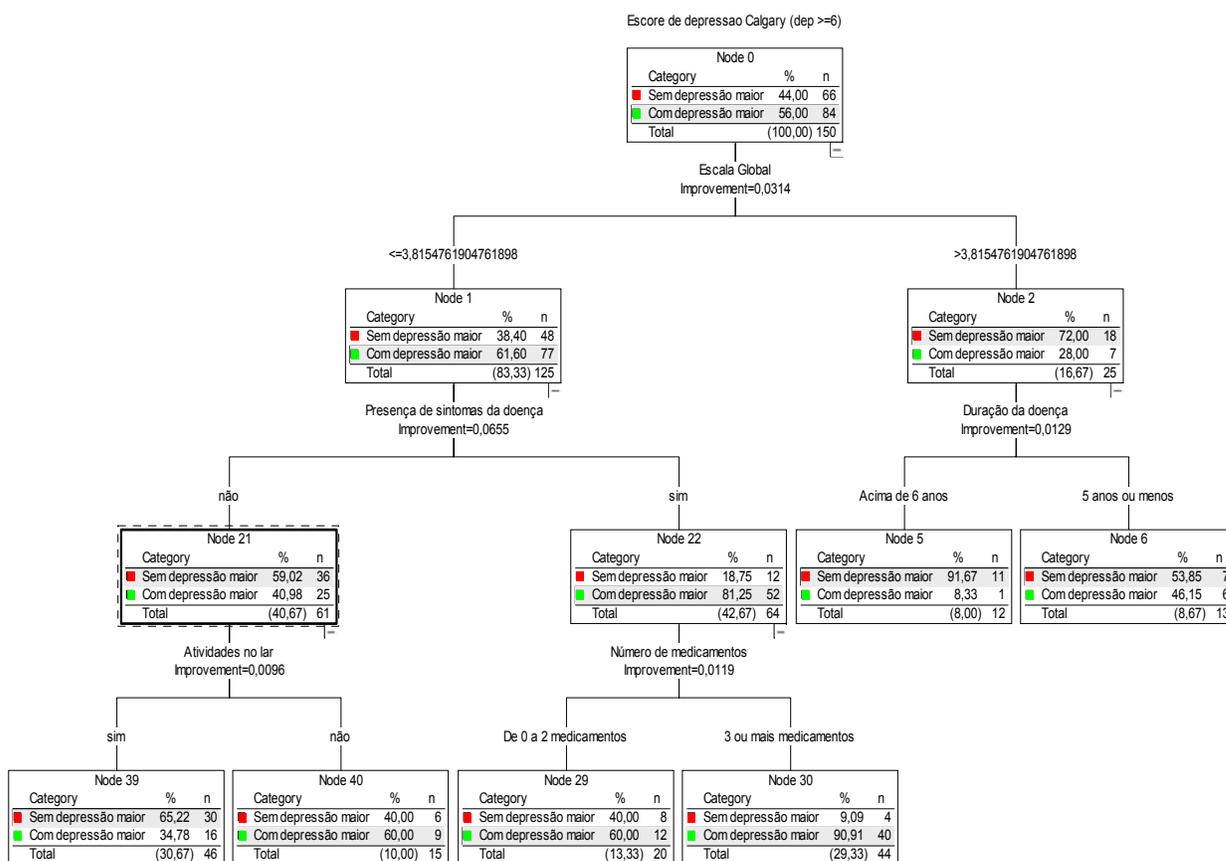
* Foi utilizado o ponto de corte de escore ≥ 6 na escala Calgary, como marcador de depressão.

Tabela 5: Resultado da análise univariada do escore dimensional de QV na QLS-BR para pacientes com e sem depressão maior.

| | <i>Odds ratio</i> | IC* 95% para <i>OR</i> | Valor p |
|--------------------------------------|-------------------|------------------------|-----------------|
| Escores de QV | | | |
| Escala global | 1,51 | [1,09 – 2,13] | 0,01 |
| Domínio social | 1,23 | [0,95 – 1,61] | 0,11 |
| Domínio ocupacional | 1,37 | [1,09 – 1,72] | <0,01 |
| Domínio intrapsíquico e interpessoal | 1,27 | [0,92 – 1,72] | 0,16 |

* IC= Intervalo de confiança

Figura 1- Resultado da árvore de classificação pelo algoritmo CART para o escore de depressão na escala Calgary estratificado pelo escore de qualidade de vida na QLS-BR (n= 150)



6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento para esquizofrenia até a década de 80 era baseado na avaliação da sintomatologia da doença, gerando informações importantes acerca do processo patológico, mas tornando impossível separar o que era próprio da doença e o que seria a percepção individual do paciente. Com a implementação das novas políticas de atendimento ao portador de sofrimento mental começou-se a pensar em uma aproximação desta perspectiva, por meio dos estudos de QV.¹⁰

Dentre deste contexto, estudos de avaliação de pacientes com esquizofrenia passaram a dar maior enfoque a melhora da qualidade de vida do que ao processo de cura em si. Desta forma, a QV é considerada como a mais importante medida de impacto da esquizofrenia e de seu respectivo tratamento. Ela tem sido utilizada em diversos estudos, o que vem mostrando ser uma ferramenta essencial para a construção de indicadores na saúde mental. Neste contexto, diante da relevância da temática *Qualidade de Vida na Esquizofrenia*, esta investigação foi conduzida.¹¹

Os resultados desta investigação poderão contribuir na saúde mental, seja na avaliação clínica dos pacientes ou no planejamento dos serviços de saúde para esta população. Ressalta-se que, os estudos aqui conduzidos são fragmentos, diante, do vasto campo da esquizofrenia. No decorrer dos trabalhos foi possível compreender um pouco o sofrimento dos pacientes ocasionando pela incapacitação decorrente da doença com todas as suas conseqüências. Neste contexto, a qualidade de vida deveria ser utilizada *não meramente enquanto um indicador fim* de um processo avaliativo, mas sim *ser incorporada na fase inicial* do cuidado terapêutico destes pacientes.

Conduzir este estudo foi gratificante, primeiro pelo tema abordado e, segundo pela oportunidade de vivenciar o processo contínuo de investigação científica. Acredito que o

¹⁰ REINE, G; LANÇON, C; DI TUCCI, S; SAPIN, C; AUQUIER, P. Depression and subjective quality of life in chronic phase schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v 108, p. 297-303, 2003.

¹¹ SALOKANGAS, R; HONKONEN, T; STEGARD, E; KOIVISTO, M. To be or not to be married – that is the question of quality of life in men with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, v 36, p. 381-90, 2001.

questionamento inicial foi parcialmente respondido, uma vez que novas perguntas foram sendo levantadas, com possibilidades de futuras investigações. O aprendizado foi imenso, trabalhar com este tema foi instigante e ao mesmo tempo um *grande desafio*.....

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG –
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
DOUTORADO: EPIDEMIOLOGIA**

**QUALIDADE DE VIDA NA ESQUIZOFRENIA:
FATORES ASSOCIADOS**

Projeto apresentado como requisito parcial do processo seletivo, para o ingresso no doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, no ano de 2002.

CLARECI SILVA CARDOSO

Páginas: 108-128

FEVEREIRO/2002

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| I – INTRODUÇÃO..... | 110 |
| II - REVISÃO DE LITERATURA..... | 113 |
| III – JUSTIFICATIVA..... | 116 |
| IV – OBJETIVOS..... | 118 |
| IV.1 - Objetivo Geral..... | 118 |
| IV.2 - Objetivos específicos..... | 118 |
| V – MÉTODO..... | 118 |
| V.1 - Desenho do Estudo..... | 118 |
| V.2 – Sujeitos..... | 118 |
| V.3 – Amostragem..... | 119 |
| V.4 – Recrutamento..... | 120 |
| V.5 - Coleta de dados..... | 120 |
| V.6 - Descrição da Escala QLS-BR..... | 120 |
| V.7 - Descrição da Escala Calgary de depressão..... | 121 |
| V.8 - Análise Estatística..... | 122 |
| VI - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS..... | 122 |
| VII - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES..... | 123 |
| VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 124 |

I - INTRODUÇÃO

Estudos de qualidade de vida fazem parte da área de saúde desde a década de 70. Entretanto, durante todos esses anos, o conceito tem sido definido de forma diferente na medicina e na psiquiatria, pois o termo qualidade de vida tem sido usado para diferentes objetivos e em referência a diferentes problemas (Mercier, 2001).

No campo da medicina, o interesse na qualidade de vida vem sendo associado com estudos nas doenças crônicas-degenerativas, que têm grande impacto na vida diária dos pacientes, principalmente em doenças tais como o câncer, em que o tratamento se torna mais invasivo do que a própria doença.

Na saúde mental, o termo qualidade representa as conseqüências de uma doença e de seu tratamento sobre a percepção do paciente a respeito de sua capacidade para viver uma vida útil de acordo com suas expectativas (Schipper e cols, 1996), o que inclui o julgamento dos pacientes sobre diferentes aspectos de sua vida diária (Lehman, 1983; Awad, 1992). Este julgamento está baseado nas aspirações e expectativas dos indivíduos em comparação com um grupo de referência ou com experiências prévias de vida (Mercier, 2001).

Considerando o amplo uso do termo qualidade de vida, a Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Group, 1994) propôs uma definição conceitual, na qual a considera como sendo a percepção do indivíduo a respeito de sua posição na vida, dentro do contexto dos valores e da cultura na qual ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Embora existam diferenças na operacionalização do conceito de qualidade de vida, em termos da escolha das principais dimensões a serem avaliadas nas diferentes áreas de investigação, existe um consenso de que a qualidade de vida é um conceito multidimensional. Desta forma, é necessário um acordo para a identificação das principais dimensões a serem avaliadas. Um grupo de pesquisadores da OMS sugeriu quatro dimensões básicas para uma avaliação, incluindo: saúde física, saúde mental, relacionamento social e condições ambientais de vida (WHOQOL-Group, 1994).

A partir dos vários conceitos de qualidade de vida e das dimensões propostas para uma avaliação, vários modelos também têm sido sugeridos para avaliá-la (Lehman, 1983; Bigelow et al, 1982; Mercier, 2001). Dentro da saúde mental, alguns modelos são propostos, e dentro

deles existem alguns questionamentos, por exemplo: Quais fatores poderão estar associados com uma melhor qualidade de vida? Como medir a qualidade de vida?

Buscando investigar as variáveis relacionadas com a qualidade de vida na esquizofrenia, várias pesquisas foram conduzidas em diversos países, o que mostrou uma variedade de fatores correlacionados (Mercier, 1994; Gupta et al, 1998; Skantze et al, 1992; Hanson et al, 1999; Bengtsson-tops e Hansson, 1999; Lehman, 1983; Kuivumaa-Honkanen et al, 1996; Lysaker et al, 1998; Bigelow et al, 1991; Schipper e cols, 1992; Awad, 1992).

O outro questionamento encontrado nas investigações desta área se relaciona com a validade e confiabilidade de instrumentos usados para mensurar este fenômeno. Vários instrumentos com o objetivo de medir a qualidade de vida têm surgido, mas a maioria deles, foi desenvolvido em países de língua inglesa sendo apenas traduzido para uso em situação cultural específica. Entretanto, tais medidas precisam não apenas ser traduzidas cuidadosamente, mas principalmente ter suas qualidades psicométricas testadas em contexto cultural específico (Ciconelle, 1999).

Como no Brasil não existia nenhum instrumento validado com este objetivo específico de medir a qualidade de vida na esquizofrenia, desenvolveu-se como dissertação de mestrado a adaptação transcultural da escala QLS "Quality of Life Scale", cujo resultado foi uma escala adaptada transculturalmente para pacientes brasileiros com diagnóstico de esquizofrenia, a QLS-BR (Cardoso, 2001; Cardoso et al, 2002).

Os resultados deste estudo mostraram que os escores médios de qualidade de vida para os 21 itens individuais da escala nos pacientes brasileiros variaram de 1.59 a 3.69. Cada item avaliava a qualidade de vida a partir de uma escala tipo Likert de 7 pontos, variando de 0 a 6, onde o valor mais alto indicava melhor qualidade de vida. Os escores globais referente à soma dos itens variaram de 0,10 a 5,58, indicando que os escores de qualidade de vida apresentaram uma ampla faixa de variação, desde um prejuízo grave a um funcionamento normal e inalterado.

A escala QLS-BR demonstrou boas características psicométricas no que se refere à validade de construto, consistência interna, confiabilidade interavaliador e confiabilidade teste-reteste. Estes resultados justificam sua utilização no contexto brasileiro, podendo ser utilizada como

um indicador em estudos de avaliação das reais necessidades dos pacientes, face às novas políticas de saúde mental, que propõem o tratamento ambulatorial em substituição ao modelo manicomial (Cardoso, 2001).

Considerando a importância dos estudos de qualidade de vida para a saúde pública e para a psiquiatria em específico, propõe-se a continuidade do estudo de qualidade de vida na esquizofrenia que iniciamos no decorrer do mestrado. Temos como objetivo principal utilizar a escala QLS-BR, para investigar quais são as características associadas com a qualidade de vida dos pacientes brasileiros com diagnóstico de esquizofrenia.

II - REVISÃO DE LITERATURA

As novas políticas de saúde mental, já em vigor no Brasil, propõem o tratamento ambulatorial para pacientes psiquiátricos em substituição ao modelo manicomial. De acordo com esta nova abordagem, os estudos de qualidade de vida tornam-se fundamentais, pois estes poderão revelar aspectos importantes a serem incluídos na avaliação clínica, no planejamento e avaliação dos serviços de saúde mental (Cardoso et al, 2002).

Dentro da saúde mental, a esquizofrenia é conhecida por muitos como a mais devastadora das doenças mentais. Seu início pode ser precoce na vida do paciente e seus sintomas podem causar um enorme prejuízo no funcionamento do indivíduo. É considerado o mais oneroso de todos os transtornos mentais, em se tratando de custos diretos com o tratamento e perda da produtividade (Kaplan, 1993).

Na literatura internacional, tem sido freqüente o estudo da qualidade de vida em pacientes com esquizofrenia, seja na avaliação de instrumentos (Heinrichs et al, 1984; Simon-Abadi et al, 1999; Simeone et al, 2000; Cardoso et al, 2002; Cardoso, 2001) ou na investigação dos fatores determinantes da qualidade de vida (Angermeyer, 2000; Roder-Wanner, 1995; Spiridonow et al, 1998; Kasckow et al, 2001; Tempier et al, 1997; Sullivan et al, 1992; Bengtsson-tops e Hansson, 1999; Hansson et al, 1999).

Em um estudo de revisão crítica de medidas de qualidade de vida na esquizofrenia, um total de 15 instrumentos foram encontrados na literatura, dentre eles, 11 foram desenvolvidos para doentes mentais crônicos, tendo a maioria desses pacientes o diagnóstico de esquizofrenia, três instrumentos são específicos para a esquizofrenia e apenas um instrumento usado entre pacientes psicóticos. Este estudo mostra o claro investimento em instrumento para medir a qualidade de vida na esquizofrenia, dada a alta prevalência e natureza crônica da doença (Simeoni et al, 2000).

Dentre os vários instrumentos de avaliação da qualidade de vida na esquizofrenia, a escala QLS é um dos instrumentos mais referenciados na literatura e utilizado em diferentes estudos. Suas qualidades psicométricas foram testadas nos Estados Unidos (Heinrichs et al, 1984), na França (Simon-Abadi et al, 1999) e no Brasil (Cardoso, 2001). Os resultados dos três estudos indicaram boas qualidades de medidas da escala.

Originalmente, a QLS é uma escala americana que vêm sendo utilizada na avaliação de pacientes e (Brow-Tomas, 1999; Miras et al, 1994; Morcilo et al, 1995; Ramires, 1994) também, com amplo uso em ensaios clínicos para testar novos medicamentos, se mostrando com boas qualidades de medida (Carriere et al, 2000; Revicki, 1999; Tollefson, 1999).

Sua adaptação para pacientes brasileiros, como anteriormente descrito, foi feita de acordo com a metodologia internacionalmente aceita, utilizando o procedimento de retrotradução e de painel bilíngüe para adaptação cultural das questões. A versão em português foi aplicada em uma amostra de 123 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia em tratamento ambulatorial no SERSAM Divinópolis -MG (Cardoso, 2001; Cardoso et al, 2002).

Neste estudo não era objetivo investigar os fatores associados à qualidade de vida nos pacientes entrevistados. O objetivo do estudo foi analisar as propriedades de medidas da escala no que se referia à validade e confiabilidade. Desta forma, a análise dos escores foi meramente descritiva. No entanto, esta análise já demonstrou a necessidade de maiores investigações, principalmente quando se analisava a amplitude dos escores globais dos pacientes brasileiros na escala QLS-BR.

Medidas de qualidade de vida têm sido amplamente utilizadas em diversos estudos, o que vêm mostrando ser uma ferramenta essencial para a construção de indicadores na saúde mental.

Para a investigação dos fatores determinantes da qualidade de vida, vários modelos têm sido propostos na literatura. De acordo com o modelo de Lehman (1983), qualidade de vida de pacientes crônicos da saúde mental, pode ser explicada em síntese pelas características sócio-demográficas, condições objetivas de vida e percepção subjetiva destas condições. Quando testado empiricamente, este modelo mostrou que o sentimento de bem estar estava mais associado com satisfação subjetiva em relação às condições de vida (48-58 % da variância), do que com as condições objetivas de vida (14 -23%) ou com as características sócio-demográficas (14 -7%).

Bigelow et al. (1991), desenvolveram um modelo baseado no conceito de adaptação, no qual a qualidade de vida foi definida como o resultado da satisfação entre as necessidades pessoais através de recursos disponíveis no ambiente e o desempenho individual em resposta às demandas da sociedade.

O modelo desenvolvido especificamente para pacientes com esquizofrenia mostrou que o maior determinante para a qualidade de vida foi à gravidade dos sintomas, os efeitos colaterais dos medicamentos e o desempenho psicossocial dos pacientes (Wad & Voruganti, 2000).

Existe também o modelo de qualidade de vida associada à saúde (Mercier, 2001), especialmente relacionada com a sintomatologia e nível de funcionamento, integrando os indicadores propostos por Schipper et al. (1996). Este modelo é o que tem sido mais utilizado no campo da esquizofrenia, onde qualidade de vida é atualmente utilizada como importante indicador para o acompanhamento e avaliação de pacientes e principalmente em ensaios clínicos para testar novos medicamentos, cujos resultados têm subsidiado argumentos para a implementação de novos neurolépticos (Mercier, 2001). De forma geral, a indústria farmacêutica tem mostrado um amplo interesse tanto no conceito como na metodologia para avaliação da qualidade de vida (Awad, 1992).

Skantze (1992) comparou a qualidade de vida nas dimensões subjetivas e objetivas em pacientes com esquizofrenia. Os resultados indicaram uma independência entre estas duas dimensões. Neste estudo, três variáveis sócio-demográficas mostraram um relacionamento significativo com o escore global de qualidade de vida, sendo: idade, nível educacional e trabalho. Os pacientes mais velhos apresentaram menores escores de qualidade de vida, bem como os pacientes com alto nível educacional. Já os pacientes empregados apresentaram melhor qualidade de vida quando comparado com os desempregados.

Um estudo sobre os preditores da qualidade de vida na esquizofrenia apontou cinco indicadores subjetivos e apenas um indicador objetivo. Nenhuma característica clínica foi associada com a qualidade de vida subjetiva global, a maior parte da variância foi explicada pela satisfação com a saúde, seguida de auto-estima, autodomínio, sentimento de autonomia e desempenho de alguma atividade (Hansson et al, 1999).

O estudo de Bengtsson-Tops (1999), visando detectar o relacionamento entre as necessidades relatadas pelos pacientes e o escore de qualidade de vida subjetiva, mostrou que os pacientes precisavam de maior suporte em áreas relacionadas à companhia, apoio psicológico, atividades diárias e relacionamento sexual. Estas variáveis se apresentaram mais

correlacionadas com uma pior qualidade de vida, quando foi controlada a influência da sintomatologia.

Um outro estudo mostrou que uma melhor qualidade de vida na esquizofrenia estava associada com um menor grau de sintomas depressivos, menos efeitos colateral dos medicamentos e melhor interação familiar. Este estudo indicou que as intervenções terapêuticas e medicamentosas podem melhorar a qualidade de vida nesta população, focalizando estes aspectos específicos (Sullivan, 1992).

Atualmente, vários estudos sobre esquizofrenia têm dado atenção aos sintomas depressivos. A depressão foi por muito tempo associada apenas ao período pós-psicótico. Entretanto os estudos mais recentes demonstram que os sintomas depressivos podem ocorrer em qualquer fase da doença (Knights e Hirsh 1981; Johnson 1988, Green et al 1990). Estudos longitudinais vêm considerando a depressão como um indicador de prognóstico desfavorável (Becker 1988), e tem sido associado com vários aspectos negativos do desfecho clínico: aumento do risco de suicídio (Roy 1982, Drake et al 1984), piora no funcionamento psicossocial (Glazer 1981), aumento de recaídas, hospitalizações mais prolongadas e pior resposta a medicação e cronicidade (Himmelhoch et al 1981).

A importância do gênero como variável na determinação da qualidade de vida tem sido apontado em alguns estudos. Em mulheres, o curso da doença e a situação de vida objetiva são vistas como mais favoráveis, e desta forma, elas se mostram mais satisfeitas do que os homens (Roder-Wanner, 1995).

De forma geral, os estudos internacionais apontam uma variedade de fatores correlacionados com uma melhor ou pior qualidade de vida nos pacientes com esquizofrenia e, cada vez mais, estes estudos se mostram essenciais na compreensão desta patologia.

III - JUSTIFICATIVA

A percepção do estado de saúde e da qualidade de vida dos pacientes, bem como o impacto da doença e de seu respectivo tratamento medidos pela qualidade de vida estão sendo amplamente reconhecidos em estudos clínicos e epidemiológicos. Estes estudos tornaram-se

essenciais na área de saúde mental, à medida que têm revelado aspectos importantes para a avaliação e planejamento de serviços, e já vêm sendo amplamente utilizados por diversos países.

Como demonstrado por Mercier (2001), pacientes com transtornos mentais têm poucos recursos e pouco controle sobre o ambiente. Desta forma, eles precisam de suporte para desenvolver estratégias para executar seus objetivos e aspirações. Intervenções objetivando melhorar a qualidade de vida destes pacientes poderá aumentar suas estratégias de controle em diferentes perspectivas. Além disso, estudos apontam que é necessário muito mais do que os serviços de atenção direta têm oferecido, pois as intervenções devem incluir a negociação entre as necessidades e demandas dos pacientes e os recursos e possibilidades da comunidade (Bigelow, 1991; Mercier, 2001).

De acordo com esta perspectiva, torna-se necessário à implementação de intervenções voltadas para as reais necessidades destes pacientes, justificando portanto estudos nesta área. No contexto brasileiro, até o momento, não foram encontrados estudos investigando os fatores preditivos da qualidade de vida em pacientes com esquizofrenia. A carência de estudos nesta área poderia ser atribuída à ausência de instrumento de avaliação validado no país.

Considerando que atualmente já existe uma escala científica, devidamente validada, e ainda tendo o conhecimento preliminar de que os escores globais na escala QLS-BR para os 123 pacientes do estudo de validação da escala para o Brasil variou de 0,10 a 5,58, indicando uma diferença amplamente significativa, torna urgente a ampliação desta escala para pacientes portadores do mesmo agravo, porém considerando os subtipos diagnósticos e fatores determinantes de tão grande amplitude nos escores de qualidade de vida.

O presente projeto de pesquisa traz como relevância à proposta de identificar, em uma amostra de pacientes brasileiros com diagnóstico de esquizofrenia, quais seriam os fatores mais associados com a melhor ou pior qualidade de vida. Tendo como objetivo produzir conhecimentos que, se aplicados às políticas de saúde, será extremamente útil do ponto de vista epidemiológico e de avaliação de serviços. Pois, como apontado pela literatura, as intervenções terapêuticas e medicamentosas orientadas através de indicadores de qualidade de vida poderão focalizar aspectos específicos a serem trabalhados com o paciente (Sullivan 1992), ou mesmo com o serviço.

IV - OBJETIVOS

IV.1 - Objetivo Geral

O objetivo geral é conhecer a qualidade de vida de pacientes brasileiros com diagnóstico de esquizofrenia investigando os fatores associados.

IV.2 - Objetivos específicos

- 1- Investigar os fatores associados com uma pior QV, incluindo as características clínicas e sócio-demográficas;
- 2- Comparar os escores de QV por sexo;
- 3- Estimar a prevalência de depressão na amostra investigada e;
- 4- Investigar a importância da depressão na QV.

O produto final desta investigação será apresentado com pelo menos três artigos científicos submetido às revistas da área.

V - MÉTODO

V.1 - Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo transversal, onde se fará a medida individual da qualidade de vida para cada paciente, através da aplicação da escala QLS-BR, em duas diferentes cidades: Divinópolis e Belo Horizonte, no Estado de MG.

V.2 - Sujeitos

A população do estudo será constituída por pacientes originários de dois diferentes CERSAM (Centros de Referência em Saúde Mental). O paciente deverá apresentar diagnóstico institucional de Esquizofrenia (CID 10) com evolução mínima de um ano, marcada pela primeira consulta registrada no prontuário e confirmada pelo psiquiatra responsável.

Os critérios de elegibilidade dos sujeitos para o estudo serão: pacientes desinstitucionalizados, com faixa etária entre 18 e 55 anos, quadro estável durante as três semanas precedentes a coleta de dados (indicado por ausência de hospitalização e depoimento de familiares), uso regular de medicação, ausência de transtorno neurológico, retardo mental ou história de dependência de substância química.

De acordo com o diagnóstico, os pacientes serão distribuídos em três sub-categorias diagnósticas, 1. Esquizofrenia hebefrênica (ou desorganizada), 2. Esquizofrenia tipo paranóide, 3. outros subtipos de esquizofrenia.

Com o objetivo de validar o diagnóstico será sorteado, de forma aleatória, 15% dos pacientes entrevistados e sua história clínica encaminhada a um segundo psiquiatra para avaliação independente. Dessa forma, o paciente será elegível para o estudo quando o diagnóstico for confirmado.

V.3 - Amostragem

A amostra será constituída por pacientes em tratamento ambulatorial de dois diferentes CERSAM.

Farão parte da amostragem do SERSAM Divinópolis (Serviço de Referência em Saúde Mental), um banco de dados com 123 pacientes já previamente entrevistados para o estudo de validação da escala QLS-BR, onde foram, portanto consideradas as mesmas características de elegibilidade anteriormente descritas (Cardoso et al 2002, Cardoso 2001).

Para o CERSAM PAMPULHA (Centro de Referência em Saúde Mental), Contato inicial com o serviço foi realizado, no sentido de levantar o universo atendido, bem como o percentual de pacientes com o diagnóstico de interesse. Dados preliminares apontam para uma semelhança com o universo encontrado no CERSAM Divinópolis, assim discriminado:

Em um total de 3200 prontuários correspondente ao período de 02/97 a 08/2000 encontrou-se um total de 230 pacientes com diagnóstico confirmado de esquizofrenia, o que corresponde a uma proporção de 7,2% de esquizofrenia no serviço (Cardoso, 2001). A recomendação

estatística foi de que aplicasse a escala aos 230 pacientes encontrados. Desta forma o estudo atingiu um total de 123 pacientes.

CERSAM PAMPULHA, Belo Horizonte: Em um total de 1574 prontuários correspondente ao período de 02/97 a 02/03 foram encontrados 323 pacientes elegíveis para o estudo, correspondente a 20,9% de esquizofrenia diagnosticada no serviço. Está sendo utilizado o mesmo procedimento do estudo de Divinópolis, com a realização de entrevista com todos os pacientes.

V.4 - Recrutamento

Os pacientes serão convidados a participar do estudo através de um telefonema e\ ou convite pessoal na ocasião de suas consultas periódicas, por um membro da equipe. Caso estes dois métodos não sejam possíveis, este convite será realizado através de uma correspondência, solicitando seu comparecimento no serviço de saúde.

V.5 - Coleta de dados

Os dados serão coletados através de uma entrevista estruturada, realizada por um profissional de saúde previamente treinado. Será preenchido um questionário com informações clínicas e sócio-demográficas, incluindo: diagnóstico, história clínica, características pessoais e demográficas. Dados a respeito da duração da doença (marcada pela primeira visita ao psiquiatra), uso de medicação, tempo e frequência de internações serão incluídos (Manual de campo). Após o preenchimento desta ficha de informação foi aplicada a escala QLS-BR, para avaliar a qualidade de vida e a escala Calgary de depressão na esquizofrenia.

V.6 - Descrição da Escala QLS-BR

Trata-se de um instrumento desenvolvido especificamente para pacientes com esquizofrenia (Heinrichs et al, 1984) que foi validado para o contexto brasileiro (Cardoso et al, 2002; Cardoso 2001).

A elaboração de sua versão original foi norteada pela síndrome deficitária da esquizofrenia, objetivando avaliar os aspectos mais insidiosos da doença. Possui em sua estrutura dimensional um total de 21 itens distribuídos em 3 fatores, sendo Rede social, Nível ocupacional e Relações interpessoais. É aplicada em uma entrevista semi-estruturada, com duração média de 45 minutos.

Os itens abrangem informações sobre sintomatologia e funcionamento. Cada item aborda um aspecto específico da vida do paciente e deve ser avaliado através de uma grade de cotação de sete pontos. Os escores de 5 e 6 refletem o funcionamento normal ou inalterado, a pontuação de 2 a 4 revela um considerável prejuízo no funcionamento do paciente e os escores 0 e 1 indicam um prejuízo grave no item em questão.

No estudo das qualidades psicométricas da escala QLS para o Brasil, a análise fatorial indicou a distribuição dos 21 itens da escala em três fatores, explicando 63 % da variância dos dados. Foi observado igualmente que as correlações de cada fator com a escala global foram mais elevadas do que as correlações inter-fatores, indicando a presença de um construto subjacente comum de qualidade de vida. No estudo da análise da consistência interna da escala, obteve-se um coeficiente alfa de Cronbach de 0,94 para a escala global e coeficientes que variaram de 0,88 a 0,93 para os três fatores da escala. A escala QLS não apresentou correlação significativa com a escala WHOQOL - bref.

As medidas de confiabilidade teste-reteste para avaliar a estabilidade temporal da escala indicaram um coeficiente de correlação de 0,85. No estudo da confiabilidade interavaliador, a estimativa Kappa variou de 0,67 a 1,00 para os 21 itens.

Os resultados do estudo de validação para o Brasil demonstraram, portanto, que a escala possui características de medidas adequadas no que se refere à validade de construto, consistência interna, confiabilidade interavaliador e teste-reteste (Cardoso et al 2002, Cardoso 2001).

V.7 - Descrição da Escala Calgary de depressão

Um outro instrumento utilizado foi a escala calgary de depressão na esquizofrenia, composta por um total de nove itens. Deriva inicialmente do exame do estado psíquico (PSE) e da

escala Hamilton para depressão (HRDS), foi validada para o contexto brasileiro, apresentando boas características de validade e confiabilidade (Bressan et. Al., 1997; Bressan et al. 1998). A escala foi desenhada para avaliar a presença de depressão independentemente das outras dimensões psicopatológicas da esquizofrenia, tanto em fase aguda ou residual.

V.8 - Análise Estatística

Para a realização do presente trabalho serão utilizados os *softwares* SPSS 11.5, Answertree 3.0 e o EPI-INFO.

Serão realizadas análises descritivas, comparação de médias usando o teste qui-quadrado de Pearson, teste exato de Fisher ou teste não-paramétrico de Mann-Whitney, quando apropriado. Para avaliar a associação entre os escores da escala QLS-BR e as características clínicas e sócio-demográficas de cada paciente, serão conduzidas análises multivariadas por meio da *regressão logística* e da árvore de decisão pelo algoritmo CHAID ou CART. (AnswersTree 3.0. User's Guide; 2001), objetivando ajustar variáveis independentes e possíveis variáveis de confusão entre si para o evento.

VI - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Todo paciente convidado a participar da pesquisa será informado sobre o objetivo do estudo. Somente após a assinatura do consentimento informado (Manual de campo) é que o sujeito participará da entrevista.

Toda e qualquer informação sobre os pacientes individuais, terá caráter confidencial. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas do grupo em geral. As informações clínicas individuais sobre cada paciente somente serão passadas para o técnico de referência, caso o paciente autorize.

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais/ UFMG, sob parecer 035/01.

VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Angermeyer MC. Schizophrenia and the quality of life. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2000; 68 Suppl 1, S2-6.
- 2- Awad AG. Quality of life of schizophrenic patients on medications and implications for new drug trials. *Hospital and Community Psychiatry* 1992; 43: 262-65.
- 3- Awad AG, Voruganti LNP. Intervention research in psychosis: Issues related to the assessment of quality of life. *Schizophrenia Bulletin* 2000; 26: 557-64.
- 4- Becker RE. Depression in schizophrenia. *Hosp and Comm Psychiatry* 1988; 39:1269-1275.
- 5- Bengtsson-Tops A, Hansson L. Clinical and social needs of schizophrenic outpatients living in the community, the relationship between needs and subjective quality of life. *Soc Psychiatr Epidemiol* 1999, 34, 513 –518.
- 6- Bigelow DA, McFarland BH, Olson MM. Quality of life of community mental health program clients: validating a measure. *Community Ment Health J* 1991; 27: 43-55.
- 7- Brow-Thomas CC, Velligan DI, Miller AL, Olsen J. Predicting quality of life from symptomatology in schizophrenia at exacerbation and stabilization. *Psychiatry Res* 1999; 86: 31-42.
- 8- Cardoso CS, Bandeira M, Caiaffa WT, Fonseca JOP. Escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia-QLS-BR, Adaptação transcultural para o Brasil. *J brasil Psiq*, n.51, p 31-38, 2002.
- 9- Cardoso CS. Adaptação transcultural para o Brasil de uma escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia, Escala QLS. 2001. 154f. Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

- 10- Carriere P, Banhomme D, Lemperiere T. Amisulpride has a superior benefic/risk profile to haloperidol in schizophrenia: Results of a multicentre, double-blind study (the Amisulpride Study). *Eur Psychiatry* 2000; 15: 321-29.
- 11- Ciconelle RM, Ferraz MB, Santos W, Meirãol, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1999; 39: 143-150.
- 12- Drake FE, Gates G, Cotton PG, Whitaker A. Suicide among schizophrenics: Who is at risk? *J Nerv Ment Dis* 1984; 172 (10): 613-617.
- 13- Glazer W, Prusoff B, John K, Willians D. Depression and social adjustment among chronic schizophrenic outpatients. *J Nerv Ment Dis* 1981; 169(11): 712-717.
- 14- Green MF, Nuechterlein KH, Ventura J. Mintz j. The temporal relationship between depressive and psychotic in recent-onset schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1990; 147:179-182.
- 15- Gupta S, Kulhara P, Verma SK. Quality of life in the schizophrenia and dysthymia. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 97: 290-96.
- 16- Hanson L, Middelboe T, Merinder L, Bjarnason O, Bengtsson-Tops A, Nilsson L, Sandlund M, Sourander A et al. Predictors of subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community. A Nordic multicentre study. *Int J Soc Psychiatry* 1999; 45: 247-58.
- 17- Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT. The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull* 1984; 10: 388-98.
- 18- Hillmmelhoeh JM, Fuchs CZ, May SJ, Symons BJ, Neil JF. When a schizoaffective diagnosis has meaning. *J Nerv Ment Dis* 1981; 169(5): 227-282.
- 19- Johnson Daw. Studies of depressive symptoms in schizophrenia. The prevalence of depression and its possible causes. *Br J Psychiatry* 1981-a; 139:89-101.

- 20- Kaplan HI. *Compêndio de Psiquiatria, Ciências Comportamentais*. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1993.
- 21- Kasckow JW, Twamley E, Mulchahey JJ, Carroll B, Sabai M, Strakowski SM, Patterson T, Jeste DV. Health-related quality of well-being in chronically hospitalized patients with schizophrenia, comparison with matched outpatients. *Psychiatry Res* 2001; 103: 69-78.
- 22- Koivumaa-Honkanen H-T, Viinamaki H, Honkanen R, Tanskanen A, Antikainen R, Niskanen L, Jaaskelainen J, Lehtonen J. Correlates of life satisfaction among psychiatric patients. *Acta psychiatr Scand* 1996; 94: 372-78.
- 23- Kinichs A, Hirsch SR. Revealed depression and drug treatment for schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38:806-811.
- 24- Lehman AF, Ward NC, Linn LS. Chronic mental patients: The quality of life issue. *American Journal of Psychiatry* 1982; 139: 1271-76.
- 25- Lehman AF. The Well-being of chronic mental patients: Assessing their quality of life. *Archives of General Psychiatry* 1983; 40: 369-73.
- 26- Lysaker PH, Bell MD, Bryson GJ, Kaplan EBA. Insight and interpersonal function in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186: 432-36.
- 27- Mercier C. A contribuição dos profissionais de saúde para a qualidade de vida dos pacientes com problemas mentais. Conferência realizada no Instituto de Psiquiatria da UFRJ em agosto de 2001.
- 28- _____. Improving the quality of life of people with chronic mental disorders. *Social Indicators Research* 1994; 33: 165-192.
- 29- Miras M, Ramires P, Pons JA, Marin C, Sanchez F, Robles R, Alberca F, Torrella E et al. Calidad de vida de paciente cirróticos antes y después del trasplante hepático. *Rev Esp Enf Digest* 1994; 86: 809-12.

- 30- Morcilo L, Barcia D, Borgonos E. Schizophrenia: Quality of life and year evolution. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1995; 23: 293-98.
- 31- Ramirez P, Miras M, Pons JA, Maria C, Sanchez F, Robles R, Lujan J, Rodrigues P et al. Life quality of patients undergoing liver transplantation. *Transpl Int* 1994; (7 suppl): 675-78.
- 32- Revicki DA, Genduso LA, Hamilton SH, Ganoczy D, Beasley CM et al. Olanzapine versus haloperidol in the treatment of schizophrenia and other psychotic disorders: quality of life and clinical outcomes of a randomized clinical trial. *Qual Life Res* 1999: 417-26.
- 33- Roder-Wanner UU, Priebe S. Schizophrenia and quality of life-sex-specific aspects. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1995; 63:393-401.
- 34- Roy A. Risk factor for suicide in psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39: 1089-1095.
- 35- Schipper H, Clinch JJ, Olweny CLM. Quality of life studies: Definitions and conceptual issues. [Retratação de Spilker B. Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials. Lippincott Raven 1996: 11-23] Philadelphia, 1996.
- 36- Skantze K, Malm U, Dencker SJ, May PRA, Corrigan P. Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients. *British Journal of Psychiatry* 1992; 161:797-801.
- 37- Simon-Abadi S, Guelfi JD, Ginestet D. Psychometric qualities of the French version of the Heirrichs quality of life rating scale. *Eur Psychiatry* 1999; 14: 386-91.
- 38- Simeoni MC, Auquier P, Lancon C, Lepage A, Simon-abbadi S, Guelfi JD. Critical review of measures of quality of life in schizophrenia. *Encephale* 2000; 26: 35-41.
- 39- Spiridonow K, Kasperek B, Meder J. Subjetive quality of life in patients with chronic schizophrenia and in healthy persons. *Psychiatr Pol* 1998; 32:297-306.

- 40- Sullivan G, Wells KB, Leak B. Clinical factors associated with better quality of life in a seriously mentally ill population. *Hosp Community Psychiatry* 1992; 43: 794-98.
- 41- Tempier R, Mercier C, Leouffre P, Caron J. Quality of life and social integration of severely mentally ill patients: a longitudinal study. *J Psychiatry Neurosci* 1997; 22: 249-55.
- 42- Tollefson GD, Andersen SW. Should we consider mood disturbance in schizophrenia as an important determinant of quality of life? *J Clin Psychiatry* 1999; (60 suppl): 523-529.
- 43- WHOQOL Group. The development of the WHO quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In : Orley J, Kuyken W (eds). *Quality of life assessment: International Perspectives*, 1994. Heilelberg: Springer-Verlag, p.41-60.
- 44- Marketing Department SPSS Inc. *AnswersTree 3.0. User's Guide*. Chicago; 2001.

APÊNDICE B. Aprovação do projeto no Comitê de Ética da UFMG.

UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de ética em pesquisa da UFMG - COEP

Parecer nº 035/01

Interessados: Prof^a. Dra. Waleska Teixeira Caiaffa e
Clareci Silva Cardoso
Depto de Medicina Preventiva e Social - FM/UFMG

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou no dia 23 de outubro de 2002 o projeto de pesquisa intitulado «**Qualidade de vida na Esquizofrenia: determinantes clínicos e sócio-demográficos**» e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido. O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

P.P. Almeida R. Marques (substituição)
Prof. Dr. Dirceu Bartolomeu Greco
Presidente do COEP/UFMG

Av. Alfredo Balena, 110 – 1º andar Cep 30.130-100 – Belo Horizonte-MG
Telefone: (031) 248-9364 - FAX: (031) 248 -9380

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**PROJETO: QUALIDADE DE VIDA NA SAÚDE MENTAL****OBJETIVOS DO ESTUDO:**

Esta pesquisa tem como objetivo medir a qualidade de vida em pessoas que fazem tratamento psiquiátrico. Precisamos saber como é que as pessoas acham que está a sua vida nos últimos dias. Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário. Serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida: sua saúde física, sua vida familiar e emocional, sua relação com os amigos, trabalho e lazer.

PROCEDIMENTOS:

Ao concordar em participar deverei:

Responder a uma entrevista CONFIDENCIAL com perguntas sobre minha vida pessoal;

CONFIDENCIALIDADE:

Toda informação obtida é considerada CONFIDENCIAL e a minha identificação será mantida como informação sigilosa. Os relatórios e resultados deste estudo serão apresentados sem nenhuma forma de identificação individual.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS.

A entrevista durará em média 60 minutos e será interrompida se em algum momento eu sentir necessidade. Como benefício, esta pesquisa poderá compreender melhor como está minha vida, podendo auxiliar melhor o meu tratamento e de outras pessoas.

DÚVIDAS:

Em caso de dúvida, poderei me comunicar com Clareci Silva Cardoso, coordenadora deste projeto na Faculdade de Medicina da UFMG, na av. Alfredo Balena, 190/10º sala 10028. Belo Horizonte MG. Telef. (31) 3248- 9810, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

pelo telefone (31) 3248-9364, ou também com a Coordenadora do CERSAM, onde será realizada a pesquisa. Também poderei recorrer a meu médico ou agente de saúde para maiores informações se assim entender.

CONSENTIMENTO

Sei que minha participação é totalmente voluntária e que poderei recusar ou abandonar o estudo sem qualquer prejuízo pessoal. Contarei com o apóio do CERSAM independente de minha participação, no sentido de obter atendimento médico, orientação ou encaminhamento para qualquer atenção médica ou laboratorial.

Todas informações prestadas por mim serão sigilosas e utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas. Caso eu concorde, estas informações obtidas a partir desta pesquisa poderão ser passadas para o meu médico e isto poderá auxiliá-lo no meu tratamento.

Eu li este formulário e recebi as instruções que após assiná-lo, eu dobrarei e colocarei em um envelope que será lacrado na presença do pesquisador, que assinará atrás para garantir a confidencialidade.

Local: _____ Data: ___ / ___ / _____

Assinatura: _____

Você permite que o resultado da sua entrevista seja encaminhado para seu Médico?

Sim _____ Não _____

Assinatura do participante

Assinatura do entrevistador

II – PARTE

Entrevistador: esta parte você deve ler as perguntas para o paciente

6- Até que série você estudou ou ainda estuda?

| | | | | |
|-------------------|-----|---------------------|-----|--------------------------|
| Analfabeto | (1) | II grau completo | (5) | <input type="checkbox"/> |
| I grau incompleto | (2) | III grau incompleto | (6) | |
| I grau completo | (3) | III grau completo | (7) | |
| I grau incompleto | (4) | | | |

7- Qual é seu estado civil?

| | | | | |
|------------------------|-----|---------------|-----|--------------------------|
| solteiro(a) | (1) | separado(a) | (4) | <input type="checkbox"/> |
| casado(a) | (2) | divorciado(a) | (5) | |
| vivendo como casado(a) | (3) | viúvo(a) | (6) | |

8- Há quanto tempo você faz tratamento psiquiátrico?

| | | | | |
|----------------|-----|------------------|-----|--------------------------|
| menos de 1 ano | (1) | de 6 a 8 anos | (4) | <input type="checkbox"/> |
| de 1 a 2 anos | (2) | de 9 a 12 anos | (5) | |
| de 3 a 5 anos | (3) | acima de 13 anos | (6) | |

9- Você já ficou internado em hospital psiquiátrico? Se ficou, somando todas as internações dá um total de quantos anos?

| | | | | |
|---------------------|-----|------------------|-----|--------------------------|
| nunca foi internado | (1) | de 3 a 5 anos | (5) | <input type="checkbox"/> |
| menos de 6 meses | (2) | de 6 a 8 anos | (6) | |
| de 7 meses a 1 ano | (3) | de 9 a 12 anos | (7) | |
| de 1 a 2 anos | (4) | acima de 13 anos | (8) | |

10- Quando foi sua última internação psiquiátrica?

| | | | | |
|------------------|-----|-----------------|-----|--------------------------|
| não se aplica | (1) | 2 anos a 4 anos | (4) | <input type="checkbox"/> |
| menos de 6 meses | (2) | acima de 5 anos | (5) | |
| 7 meses a 1 ano | (3) | | | |

11- Atualmente você tem feito tratamento médico?

| | | |
|----------------------|-----|--------------------------|
| Sem tratamento algum | (1) | <input type="checkbox"/> |
|----------------------|-----|--------------------------|

- Sem visitar o médico, mas com uso de medicamento (2)
atamento ambulatorial: medic.+ consultas periódicas (3)
consultas periódicas, mas sem medicamento (4)
uso irregular de medicação (5)

12- Quantos tipos de remédios você toma por dia?

- | | | | | |
|----------|-----|------------|-----|-----|
| nenhum | (1) | 3 medic. | (4) | [] |
| apenas 1 | (2) | Acima de 4 | (5) | |
| 2 medic. | (3) | | | |

13- Qual é a sua renda familiar? (somando o salário de todas as pessoas de sua casa)

- | | | | | |
|--------------------|-----|------------------------|-----|-----|
| 1 salário mínimo | (1) | 3 a 4 salários mínimos | (3) | [] |
| 2 salários mínimos | (2) | acima de 5 salários | (4) | |

14- Quantas pessoas moram na sua residência?

- | | | | | |
|---------------|-----|--------------------|-----|-----|
| vive sozinho | (1) | 5 a 6 pessoas | (4) | [] |
| 2 pessoas | (2) | acima de 7 pessoas | (5) | |
| 3 a 4 pessoas | (3) | | | |

III PARTE

Entrevistador: esta parte você deve preencher sem perguntar ao paciente

15- Como estava o paciente durante a entrevista?

Agitado (1) Tranquilo (2)

16- A entrevista teve que ser interrompida em algum momento? Se foi por que?

17- Durante a entrevista você percebeu se o paciente apresentou atividade delirante?

Sim (1) Não (2)

18- Tempo total gasto com a entrevista

1 hora (1) 2,5 horas (4)

1,5 hora (2) 3 horas (5)

2 horas (3) mais de 3 horas (6)

FICHA DE TRIAGEM

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: _____

Data de abertura do prontuário: ___/___/___

1- Nome Completo: _____

2- Endereço Completo:

Rua: _____

Nº: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Telefone: _____

3- Técnico de referência: _____

4- Sexo: masculino (1)

feminino (2)

5- Idade (em anos completos) ___/___

6- Data de Nascimento: ___/___/___

7- Diagnóstico (CID 10)

Data primeiro diagnóstico ___/___/___ Data do último diagnóstico ___/___/___

esquizofrenia tipo hebefrênica [F20.1] (1)

esquizofrenia tipo paranóide [F20.0] (2)

outros subtipos [F20.2 a F20.9] (3)

8- Preenchido por: _____

Data: ___/___/___

9- Controle de recrutamento (Máximo 3)

| Data contato | Tipo recrutamento* | Data agendamento | Controle comparecimento | Observação | Respon. preenchimento |
|--------------|--------------------|------------------|-------------------------|------------|-----------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

* Telefone, Carta, Telegrama, Pessoalmente.

II – PARTE

Entrevistador: esta parte você deve ler as perguntas para o paciente

6 - Até que série você estudou ou ainda estuda?

| | | | | |
|-------------------|-----|---------------------|-----|-----|
| analfabeto | (1) | II grau completo | (5) | [] |
| I grau incompleto | (2) | III grau incompleto | (6) | |
| I grau completo | (3) | III grau completo | (7) | |
| I grau incompleto | (4) | não sabe | (9) | |

7 - Qual é seu estado civil?

| | | | | |
|------------------------|-----|---------------|-----|-----|
| solteiro(a) | (1) | divorciado(a) | (5) | [] |
| casado(a) | (2) | viúvo(a) | (6) | |
| vivendo como casado(a) | (3) | não sabe | (9) | |
| separado(a) | (4) | | | |

8 - Você trabalha atualmente?

| | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|
| Sim | (1) | Não | (2) | [] |
|-----|-----|-----|-----|-----|

8.a - Se SIM, qual é o seu trabalho atual? _____ [-----]

Entrevistador marque sim ou não

| | | | |
|---|---------|------------|-----|
| 8.a.1-Tem trabalho diário remunerado com carteira | Sim (1) | Não (2) | [] |
| 8.a.2-Tem trabalho diário remunerado sem carteira | Sim (1) | Não (2) | [] |
| 8.a.3-Tem trabalho não diário regular remunerado | Sim (1) | Não (2) | [] |
| 8.a.4-Faz bicos externos esporádicos, remunerado | Sim (1) | Não (2) | [] |
| 8.a.5-Recebe aposentadoria | Sim (1) | Não (2) | [] |
| 8.a.6-Recebe ajuda financeira de alguém | Sim (1) | Não (2) | [] |
| Não se aplica | | (0) | [] |

8.a - Se NÃO, há quanto tempo parou de trabalhar? _____ [-----]

Não se aplica (0)

9 - Outras atividades ocupacionais que você participa atualmente:

| |
|---------------------------------|
| Entrevistador marque sim ou não |
|---------------------------------|

| | | | |
|---------------------------|---------|------------|---------|
| 9.a.1- Atividades no lar | Sim (1) | Não (2) | [] |
| 9.a.2- Oficinas no CERSAM | Sim (1) | Não (2) | [] |
| 9.a.3- Outros / Quais | Sim (1) | Não (2) | [] |
| 1- _____ | | 2- _____ | [-----] |
| Não se aplica | | (0) | |

10 - Com quem você mora atualmente?

| | | | | |
|-------------|-----|----------|-----|-----|
| Pais | (1) | Irmãos | (5) | [] |
| Esposo(a) | (2) | Sozinho | (6) | |
| Instituição | (3) | Outros | (7) | |
| Filhos | (4) | Não sabe | (9) | |

11 - Quantas pessoas moram em sua casa? _____ [-----]

12 - Qual é a sua renda familiar atual? (Somando os salários de todas as pessoas de sua casa)

| | | | | |
|------------------------|-----|---------------------|-----|-----|
| 1 salário mínimo | (1) | Acima de 5 salários | (4) | [] |
| 2 salários mínimos | (2) | Não sabe | (9) | |
| 3 a 4 salários mínimos | (3) | | | |

13 - Há quanto tempo você faz tratamento psiquiátrico?

| | | | | |
|----------------|-----|------------------|-----|-----|
| Menos de 1 ano | (1) | De 9 a 12 anos | (5) | [] |
| De 1 a 2 anos | (2) | Acima de 13 anos | (6) | |
| De 3 a 5 anos | (3) | Não sabe | (9) | |
| De 6 a 8 anos | (4) | | | |

14 - você já ficou internado em hospital psiquiátrico?

| | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|----------|-----|-----|
| Sim | (1) | Não | (2) | Não sabe | (3) | [] |
|-----|-----|-----|-----|----------|-----|-----|

14. a - Se ficou, somando todas as internações dá um total de quantos anos?

| | | | | |
|---------------------|-----|------------------|-----|-----|
| Nunca foi internado | (1) | De 6 a 8 anos | (6) | [] |
| Menos de 6 meses | (2) | De 9 a 12 anos | (7) | |
| De 7 meses a 1 ano | (3) | Acima de 13 anos | (8) | |
| De 1 a 2 anos | (4) | Não sabe | (9) | |
| De 3 a 5 anos | (5) | Não se aplica | (0) | |

15 - Quando foi sua última internação psiquiátrica?

| | | | | |
|------------------|-----|-----------------|-----|-----|
| Menos de 6 meses | (1) | Acima de 5 anos | (4) | [] |
| 7 meses a 1 ano | (2) | Não sabe | (9) | |
| 2 anos a 4 anos | (3) | Não se aplica | (0) | |

16 - Você atualmente está fazendo tratamento psiquiátrico?

| | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|----------|-----|-----|
| Sim | (1) | Não | (2) | Não sabe | (9) | [] |
|-----|-----|-----|-----|----------|-----|-----|

16.a - Se você está fazendo tratamento, como ele é?

| | | |
|---|-----|-----|
| Sem visitar o médico, mas com uso de medicamento | (1) | [] |
| Tratamento ambulatorial: medic.+ consultas periódicas | (2) | |
| Consultas periódicas, mas sem medicamento | (3) | |
| Não sabe | (9) | |
| Não se aplica | (0) | |

Outros _____ [-----]

17 - Você está fazendo uso de algum medicamento para tratamento psiquiátrico?

| | | |
|---------------------|-----|-----|
| Não | (1) | [] |
| Sim, regularmente | (2) | |
| Sim, irregularmente | (3) | |
| Não sabe | (9) | |

18 - Quantos remédios você toma por dia?

- | | | | | |
|----------------|-----|----------------|-----|----------------------|
| Nenhum | (1) | 3 medicamentos | (4) | <input type="text"/> |
| Apenas 1 | (2) | Acima de 4 | (5) | |
| 2 medicamentos | (3) | Não sabe | (9) | |

19 - Quais são eles?

- | | | | | |
|----------|-----|---------------|-----|----------------------|
| Não sabe | (9) | Não se aplica | (0) | <input type="text"/> |
|----------|-----|---------------|-----|----------------------|

Nome**Quantidade diária:**

- | | | | |
|----------|-------|---------|---------|
| 1) _____ | _____ | [-----] | [-----] |
| 2) _____ | _____ | [-----] | [-----] |
| 3) _____ | _____ | [-----] | [-----] |
| 4) _____ | _____ | [-----] | [-----] |

20 - Nas últimas 3 semanas tem tido algum sintoma desagradável relacionado à sua doença?

- | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|----------|-----|----------------------|
| Sim | (1) | Não | (2) | Não sabe | (9) | <input type="text"/> |
|-----|-----|-----|-----|----------|-----|----------------------|

Se sim, explique o que você tem sentido:

- | | |
|-----------|---------|
| 1 - _____ | [-----] |
| 2 - _____ | [-----] |

21 - Você acha que os remédios que você toma lhe prejudicam? (de alguma forma, provocando alguma sensação desagradável)

- | | | |
|-------------------------------------|-----|----------------------|
| Não prejudica em nada | (1) | <input type="text"/> |
| Prejudica, mas convivo bem com eles | (2) | |
| Prejudica e atrapalha muito | (3) | |
| Outros | (4) | |
| Não sabe | (9) | |

21. a -Se sim, diga em que os remédios lhe prejudicam.

| | | | |
|-------------------------------|---------|------------|--------------------------|
| 21.a.1.Vida sexual | Sim (1) | Não (2) | <input type="checkbox"/> |
| 21.a.2.Sono | Sim (1) | Não (2) | <input type="checkbox"/> |
| 21.a.3.Atividades cotidianas | Sim (1) | Não (2) | <input type="checkbox"/> |
| 21.a.4.Mal estar físico | Sim (1) | Não (2) | <input type="checkbox"/> |
| 21.a.5.Relações c/ pessoas | Sim (1) | Não (2) | <input type="checkbox"/> |
| 21.a.6.Apetite | Sim (1) | Não (2) | <input type="checkbox"/> |
| 21.a.7.Atividade profissional | Sim (1) | Não (2) | <input type="checkbox"/> |
| 21.a.8. Lazer | Sim (1) | Não (2) | <input type="checkbox"/> |
| Não se aplica | | (0) | |
| Outros _____ | | | <input type="checkbox"/> |

22 - O que você diria da sua satisfação atual com a saúde? Você se considera:

| | | |
|--|-----|--------------------------|
| Uma pessoa Insatisfeita (apresenta várias queixas) | (1) | <input type="checkbox"/> |
| Uma pessoa mais ou menos satisfeita (apresenta algumas queixas) | (2) | |
| Uma pessoa completamente satisfeita com a saúde (nenhuma queixa) | (3) | |
| Não sabe | (9) | |

III – PARTE

Entrevistador: esta parte você deve preencher sem perguntar ao paciente

23 – Como estava o paciente durante a entrevista?

Agitado (1) Tranquilo (2)

24 – A entrevista teve que ser interrompida em algum momento? Se foi por que?

25 – Durante a entrevista você percebeu se o paciente apresentou atividade delirante?

Sim (1) Não (2)

26- Tempo total gasto com a entrevista:

1 hora (1) 2,5 horas (4)
 1,5 hora (2) 3 horas (5)
 2 horas (3) Mais de 3 horas (6)

Obs.:

**ESCALA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE
PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA:
QLS-BR.**



Referências da escala brasileira:

Cardoso, C.S. **Adaptação transcultural para o Brasil de uma escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia: Escala QLS.** 2001. 146f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública, Área de concentração em Epidemiologia) Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Cardoso C.S, Bandeira M. Caiaffa W.T e Fonseca J.O.P. Escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia QLS-BR: Adaptação transcultural para o Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.51, n.1, p. 31-38, 2002.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA: QLS-BR.¹²

Instruções de aplicação

Para a aplicação da escala QLS-BR, uma situação de privacidade deve ser buscada. O paciente não deve responder o instrumento acompanhado de familiar, cônjuge ou amigo.

O paciente deve ser adequadamente informado sobre o objetivo da aplicação do instrumento e o destino dos dados obtidos. Deve também se sentir à vontade para esclarecer quaisquer dúvidas ao longo da aplicação. Em uma situação de pesquisa, uma vez que o paciente concorde em responder, é fundamental a obtenção do consentimento livre e esclarecido.

Deve ser enfatizado que o questionário se refere às três últimas semanas da vida do paciente, independente do local onde o indivíduo se encontre. O instrumento deve ser respondido em apenas um encontro.

Cada item da escala inclui três partes. Primeiro há uma breve exposição sobre o item, para ajudar o entrevistador a compreender o parâmetro a ser avaliado. Em seguida, algumas perguntas são fornecidas, para que o entrevistador as utilize na entrevista, buscando avaliar o item. Por último, há uma grade de cotação com 7 pontos, que o entrevistador deve utilizar para fazer o seu julgamento sobre o item avaliado. Alguns destes pontos contém descrições, outros não. O entrevistador deve assinalar o número escolhido nesta grade de 7 pontos, para cada um dos 21 itens da escala.

Todos os itens da escala devem ser avaliados. Cada item deve ser explorado tanto quanto necessário, para permitir ao entrevistador a oportunidade de fazer um bom julgamento clínico. Para isto, ele poderá complementar a pergunta sugerida, ou mesmo fazer perguntas adicionais, além daquelas incluídas na escala. Adaptações devem ser feitas pelo avaliador, quando fatores extrínsecos estiverem claramente envolvidos (por exemplo, contato social diminuído devido à doença física grave).

A escala QLS-BR deve ser aplicada em uma entrevista semi-estruturada por um profissional de saúde previamente treinado. O tempo de aplicação dura aproximadamente 45 minutos.

Os usuários devem ser lembrados de que, usando a escala QLS-BR não devem modificar as orientações, questões e layout de nenhuma forma.

¹² **Referência da escala original:** Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT. The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin*, v.10, p. 388-398, 1984.

1- AVALIAR RELAÇÕES FAMILIARES

*NOTA: Este item deve receber a **nota técnica (9)** se o sujeito vive sozinho e sem a família imediata perto. Para avaliação do fator e da escala global, este item deverá receber um escore equivalente à média dos itens 2 a 7, que compõem o Fator Rede Social.*

Este item visa avaliar relacionamentos íntimos, que envolvem participação e cuidados mútuos, com a família imediata ou com membros da residência onde o paciente vive atualmente.

Perguntas sugeridas:

Você se dá bem com todas as pessoas com quem você atualmente mora ou com sua família imediata?

0- Praticamente nenhuma intimidade.

1-

Com que frequência você tem conversado com eles?

2- Apenas interações íntimas escassas e intermitentes.

Você pode conversar assuntos íntimos com eles?

3-

Eles podem conversar assuntos íntimos com você?

4- Algumas interações íntimas consistentes, mas reduzidas em extensão ou intensidade; ou intimidade apenas presente imprevisivelmente.

Como é o relacionamento com essas pessoas?

5-

Dê exemplos de coisas que vocês têm feito juntos.

6- Envolvimento apropriado em relações íntimas com membros da casa ou família próxima.

Quando você está em casa, você fica junto com sua família ou prefere ficar sozinho?

9 - Fazer a contagem aqui se o sujeito vive sozinho e sem a família imediata perto.

2- AVALIAR RELACIONAMENTOS COM AMIGOS ÍNTIMOS

Este item visa avaliar relacionamentos com amigos íntimos, envolvendo participação e cuidados mútuos, com pessoas que não sejam da família imediata do paciente. Excluir relacionamentos com trabalhadores da saúde mental.

Perguntas sugeridas:

Além da sua família, você tem amigos a quem você é especialmente chegado?

0- Praticamente ausente.

1-

Quantos amigos você tem?

2- Apenas relações esparsas ou intermitentes.

Você pode conversar assuntos pessoais com eles?

3-

Eles podem conversar assuntos pessoais com você?

4- Algumas relações íntimas consistentes, mas reduzidas em número ou intensidade; ou intimidade apenas presente imprevisivelmente.

Com que frequência você tem falado com eles?

5-

Como está o seu relacionamento com esses amigos?

6- Envolvimento apropriado com relacionamento íntimo com mais de uma pessoa.

3- AVALIAR RELACIONAMENTOS ATIVOS COM COLEGAS.

Este item visa avaliar relacionamentos com outras pessoas, onde há uma apreciação mútua e compartilhamento de interesses ou atividades em comum, mas sem o investimento emocional íntimo do item anterior. Excluir relacionamento com trabalhadores de saúde mental e outros membros da casa.

Perguntas sugeridas:

Além de amigos pessoais mais próximos, existem colegas ou conhecidos com os quais você tem tido o prazer de fazer coisas?

0- Praticamente ausente.

Quantos?

1-

Você tem se encontrado com eles?

2- Poucas relações ativas com colegas e apenas contato infrequente.

Com que frequência?

3-

Que tipo de coisas vocês têm feito juntos?

4- Algumas relações ativas com colegas em desenvolvimento, mas com contato reduzido e limitada atividade compartilhada.

Você tem encontrado com pessoas em lugares como clubes, igrejas, bares, danceterias?

5-

Você tem tido encontros com colegas, tais como irem lanchar ou saírem juntos?

6- Envolvimento apropriado em relações ativas com colegas.

4- AVALIAR NÍVEL DE ATIVIDADE SOCIAL

Este item visa avaliar o envolvimento do paciente em atividades realizadas com outras pessoas, com o objetivo de diversão. Excluir atividades sociais que tenham outros objetivos, por exemplo, trabalho e escola. Excluir a psicoterapia.

Perguntas sugeridas:

Você costuma sair com outras pessoas para se divertir?

0- Praticamente ausente.

Quem são essas pessoas?

1-

Que tipo de coisas vocês costumam fazer?

2- Atividade social ocasional, mas prescinde de um padrão regular de tal atividade, ou limita-se apenas a atividade com a família imediata ou membros da casa.

Você participa de clubes ou outros grupos sociais (associação de bairro, coral, grupo de jovens e outros)?

3-

4- Alguma atividade social regular, mas reduzida em frequência ou diversidade.

5-

6- Nível apropriado de atividade social regular.

5- AVALIAR A REDE SOCIAL ENVOLVIDA

Este item visa avaliar até que ponto as outras pessoas se preocupam com o paciente, se interessam por sua vida ou conhecem as suas atividades. Excluir os funcionários de Serviços de Saúde Mental.

Perguntas sugeridas:

| | |
|--|--|
| Existem pessoas que têm estado preocupadas com sua felicidade e seu bem estar? | 0- Praticamente ausente. |
| Quantas? | 1- |
| Quem são essas pessoas? | 2- Mínima em número ou grau de envolvimento, e/ou limitada à família imediata. |
| De que forma elas demonstram isto? | 3- |
| Se alguma coisa importante lhe acontecesse, a quem você contaria? | 4- Presença de alguma rede social envolvida, mas reduzida em grau de envolvimento. |
| Existem pessoas que lhe oferecem apoio emocional? | 5- |
| Existem pessoas que lhe ajudam nos assuntos do dia-a-dia e a tomar decisões na vida prática? | 6 - Adequada rede social envolvida, em extensão e grau de envolvimento. |
| Se fosse preciso pedir ajuda, a quem você pediria? | |

6- AVALIAR INICIATIVA SOCIAL

Este item visa avaliar em que grau a pessoa toma a iniciativa de direcionar suas interações sociais. Avaliar: o quê? Quanto? E com quem?

Perguntas sugeridas:

| | |
|--|--|
| Você tem sempre realizado coisas sozinho ou com outras pessoas? | 0- Atividade social quase sempre dependente da iniciativa de outros. |
| Com quem? | 1- |
| O que vocês fazem? | 2- Iniciativa social esporádica, porém vida social significativamente empobrecida, devido à forma de passividade social ou iniciativa limitada à família imediata. |
| De que maneira você procura as pessoas? | 3- |
| Você costuma falar com pessoas pelo telefone ou pessoalmente? | 4- Evidência de alguma redução da iniciativa social, mas com apenas mínimas conseqüências adversas sobre a atividade social. |
| É você quem convida as pessoas ou são elas que convidam você para fazer as coisas? | 5- |
| Você já desistiu de sair para se divertir por achar difícil convidar outras pessoas? | 6- Iniciativa social adequada. |

7- AVALIAR AFASTAMENTO SOCIAL

Este item visa avaliar em que grau a pessoa evita as interações sociais, devido ao seu desconforto ou desinteresse.

Perguntas sugeridas:

Você tem se sentido incomodado com pessoas?

Você tem recusado convites para fazer coisas junto com outras pessoas?

Você tem recusado esses convites mesmo quando você não tem nada para fazer?

Você tem evitado atender ao telefone ou evitado atender pessoas?

Você tem lidado com pessoas somente quando você precisa delas?

Você tem evitado companhia em casa?

Você tem preferido estar sozinho?

O fato de você querer ficar sozinho tem interferido em sua vida?

0- Evitação ativa de praticamente todo contato social.

1-

2- Tolerância aquele contato social exigido para atender a outras necessidades, mas tem muito pouco contato social pelo próprio contato; ou falta de afastamento apenas com a família imediata.

3-

4- Algum engajamento social agradável e satisfatório, porém reduzido devido a evitação.

5-

6- Nenhuma evidência de afastamento social significativo.

8- AVALIAR RELAÇÕES AFETIVO-SEXUAIS

Este item visa avaliar a capacidade para relações íntimas maduras e atividade sexual satisfatória. A formulação das questões presume uma orientação heterossexual da pessoa. Em caso evidente de preferência homossexual constante, reformular adequadamente as questões e avaliar estas mesmas capacidades.

Perguntas sugeridas se solteiro:

Suas atividades sociais têm envolvido mulheres/homens?

0- Nenhum interesse sexual, ou evitação ativa.

Tem tido encontros íntimos?

1-

Te incomoda ou aborrece ter relacionamentos mais íntimos?

2- Algum contato sexual limitado, mas superficial com evitação de intimidade; ou atividade sexual apenas como liberação física sem envolvimento emocional; ou relacionamentos marcados por rompimento grave e crônico, insatisfação ou caos afetivo.

Teve um (a) ou mais namorados (as)? E atualmente?

Os relacionamentos têm sido agradáveis?

3-

Você já gostou ou esteve apaixonado por alguém?

4- Relacionamento com alguma intimidade e envolvimento emocional, predominantemente satisfatório, e, talvez alguma expressão sexual ou sinais físicos de afeição.

Você demonstra carinho, tais como abraçar e beijar?

Está mantendo relações sexuais?

5-

São satisfatórias?

6-Normalmente tem relacionamentos satisfatórios, emocionalmente ricos, expressão sexual íntima e adequada e sinais físicos de expressão.

Sugestões se casado ou morando com alguém:

Você está feliz no seu relacionamento com seu parceiro?

Vocês fazem muitas coisas juntos?

Que tipo de coisas vocês fazem juntos?

Vocês conversam muito juntos?

Vocês podem conversar assuntos íntimos?

Vocês brigam muito?

Você demonstra carinho, tais como abraçar e beijar?

Sua vida sexual tem sido satisfatória?

9- AVALIAR FUNCIONAMENTO OCUPACIONAL

Este item visa avaliar em que grau a pessoa está tentando desempenhar um papel ocupacional e não se ela o faz de forma completa ou bem sucedida. Para os que dirigem um lar, considerar se para uma pessoa com eficiência normal as responsabilidades assumidas representariam trabalho em tempo integral ou parcial. Se desempregado, considerar o tempo gasto em atividades apropriadas de procura de emprego.

Perguntas sugeridas para quem trabalha:

Você atualmente está empregado?

1-

Quantas horas por dia você trabalha?

2- Atividade ocupacional esporádica.

Quais atividades você realiza?

3-

Você também é responsável por alguma atividade no lar, além de seu trabalho?

4- Atividade ocupacional regular, porém menos do que tempo integral.

Perguntas sugeridas para quem estuda:

Você estuda?

5-

O que você estuda?

6- Atividade ocupacional adequada, em tempo integral ou mais.

0- Praticamente nenhuma atividade ocupacional.

Quanto tempo à escola toma por dia?

Você também é responsável por alguma atividade no lar, além de seu estudo?

Perguntas sugeridas para responsáveis pelo lar.

Quais são suas tarefas em casa?

Você precisa da ajuda de alguém?

Você recebe ajuda de alguém?

Quanto tempo você gasta para realizar essas atividades?

10- AVALIAR O NÍVEL DE REALIZAÇÃO

Este item visa avaliar o nível de sucesso e realização que a pessoa tem alcançado no papel que ela está tentando desempenhar.

Para trabalhadores

Você é bem sucedido no seu trabalho?

Seu trabalho exige muita responsabilidade?

Você acha que você realiza bem suas atividades?

Você recebe elogios pelo seu trabalho?

As pessoas fazem críticas ou reclamam de seu trabalho?

Você já recebeu promoção no seu trabalho? E rebaixamento?

Você está satisfeito com seu desempenho no trabalho ou você acha que poderia fazer melhor?

Para estudantes.

Você vai freqüentemente às aulas?

Quais as disciplinas em que você tem mais dificuldade?

Você recebe crítica por parte dos professores? E por parte dos colegas?

Você se dá bem com seus colegas de classe?

Você faz trabalhos em grupos?

Você está satisfeito com seu desempenho no estudo ou você acha que poderia fazer melhor?

Para outras atividades.

Você está satisfeito com as tarefas que você realiza?

Você realiza essas tarefas porque você gosta ou por outro motivo?

As pessoas o criticam ou elogiam pelo seu trabalho?

Você está satisfeito com o seu desempenho nas tarefas ou você acha que poderia fazer melhor?

Você tem interesse em fazer as atividades da melhor maneira ou você prefere fazer de qualquer forma para ficar livre logo?

0- Não está desenvolvendo nenhuma função, ou está desempenhando em nível tão precário a ponto de ameaçar a habilidade de continuar naquele papel.

1-

2- Funcionando apenas no nível suficiente para manter a posição em um nível de realização muito baixo.

3-

4- Desempenho geralmente adequado.

5-

6- Muito bom desempenho com evidência de realização nova ou progressiva e/ou muito bom desempenho em algumas áreas.

11- AVALIAR O GRAU DE SUB-EMPREGO

Este item visa avaliar até que ponto o grau de realização da pessoa no desempenho do papel ocupacional reflete uma completa utilização de suas potencialidades e das oportunidades disponíveis para a pessoa. Considerar habilidades inatas, deficiência física, educação, fatores culturais, econômicos e sociais. Obviamente, limitações refletindo diretamente qualquer doença mental ou desordem de personalidade não devem ser consideradas na estimativa do potencial da pessoa.

Perguntas sugeridas:

Este item exige um julgamento complexo. Fazer perguntas adicionais necessárias para esclarecer habilidade e oportunidades.

Relacionado ao trabalho, o que você sabe fazer?

Você gostaria de saber fazer outras coisas?

Te incomoda não estar trabalhando?

Se incomoda, o que você tem feito para conseguir trabalho?

O que você está fazendo no trabalho corresponde à sua capacidade ou expectativa?

0- Não consegue concretizar potenciais.

1-

2- Significativo sub-aproveitamento de habilidades, ou desempregado, mas está ativamente procurando por trabalho.

3-

4- Um pouco abaixo da capacidade da pessoa.

5-

6- Desempenho do papel proporcional às habilidades e oportunidades da pessoa.

12- AVALIAR A SATISFAÇÃO COM O FUNCIONAMENTO OCUPACIONAL

NOTA: Este item deve ser avaliado com a **nota técnica (9) se o item 9 (Avaliação do funcionamento ocupacional) tiver sido avaliado com o escore 3 ou abaixo de 3.** Para a avaliação deste fator e para a avaliação do escore global, tirar a média dos itens 9, 10, 11 e 17.

Este item visa avaliar até que ponto a pessoa se sente confortável com a sua escolha ocupacional, com o seu desempenho nesta ocupação e com a situação na qual ela é desempenhada. Destina-se também a avaliar até que ponto esta escolha lhe propicia satisfação, prazer e realização.

Perguntas sugeridas:

| | |
|---|---|
| Você gosta do seu trabalho e/ou escola ou atividades? | 0- Infelicidade e insatisfação generalizadas com o papel ocupacional. |
| Você preferia estar fazendo algo diferente? | 1- |
| Você se sente feliz ou realizado com o seu trabalho? | 2- Alguma evidência definida de infelicidade ou insatisfação, o papel ocupacional não propicia nenhum prazer positivo ou preenchimento. Talvez o tédio seja evidente. |
| O seu trabalho e/ou escola ou atividades o faz se sentir bem? | 3- |
| Você está entusiasmado com o seu emprego ou atividades? | 4- Pouco ou nenhum descontentamento e algum prazer limitado com trabalho. |
| Você espera com prazer o momento de ir para o trabalho ou o momento de realizar as suas atividades? | 5- |
| Você planeja uma mudança? Por quê? | 6- Senso de realização e satisfação acentuadamente consistente, talvez com algumas queixas limitadas. |

9 - Não aplicável se o paciente não está envolvido em nenhum desempenho de papel ocupacional.

13- AVALIAR SENTIDO DE OBJETIVOS DE VIDA

Este item visa avaliar em que grau a pessoa coloca metas realistas e integradas para sua vida. Se a vida atual reflete tais objetivos, não é necessário que ela (ele) esteja planejando uma mudança de vida, para se avaliar que possui um bom sentido de objetivos de vida.

Perguntas sugeridas:

| | |
|---|--|
| Você pensa muito sobre o futuro? | 0- Nenhum plano, ou planos são bizarros, ilusórios ou irrealistas. |
| O que você planeja para a sua vida futura? | 1- |
| Tem alguma coisa em sua vida que você ainda não realizou, mas que gostaria de realizar? | 2- Tem planos, mas eles são vagos, um tanto irrealistas, precariamente integrados uns com os outros, ou de pouca consequência para a vida da pessoa. |
| Existe alguma coisa que faz a vida valer a pena para você? | 3- |
| | 4- Planos realistas e concisos, mas com pouca integração. |
| | 5- |
| | 6 - Planos realistas, concisos e integrados. |

14- AVALIAR O GRAU DE MOTIVAÇÃO

Este item visa avaliar em que grau a pessoa é incapaz de iniciar ou manter atividades dirigidas para um objetivo, devido à sua falta de motivação.

Perguntas sugeridas:

Você tem se esforçado para atingir seus objetivos ou planos?

0- A falta de motivação interfere significativamente na rotina básica.

Você já conseguiu realizar algum plano ou objetivo que você tinha para sua vida?

1-

Você tem encontrado muita dificuldade para realizar seus planos ou tarefas?

2- Capaz de atender às demandas básicas de manutenção da vida, mas a falta de motivação prejudica significantemente qualquer progresso ou realização.

Você tem conseguido resolver essas dificuldades?

3-

Esta experiência de não resolver a dificuldade tem interferido muito na sua vida?

4- Capaz de atender às exigências rotineiras da vida, mas a falta de motivação resulta em realização deficiente em algumas áreas.

Você tem tido muito entusiasmo, animação, energia e ânimo para fazer as coisas?

5-

Em quais atividades lhe falta ânimo ou motivação para realizar?

6- Nenhuma evidência de falta de motivação significante.

Você costuma deixar sempre as coisas para fazer depois?

Você tem interrompido suas atividades por falta de persistência, animação ou falta de incentivo?

15- AVALIAR A CURIOSIDADE

Este item visa avaliar até que ponto a pessoa está interessada no que ocorre ao seu redor e faz perguntas sobre as coisas que ela não entende. Excluir interesse em alucinações e ilusões ou outros produtos psicóticos. Entretanto, preocupações patológicas com produtos psicóticos ou outros temas podem limitar a curiosidade ou interesse em outras coisas.

Perguntas sugeridas:

Você se considera uma pessoa curiosa?

0- Nenhuma curiosidade ou interesse em novos tópicos ou acontecimentos.

Que tipos de coisas te deixam curioso?

1-

Você tem feito alguma coisa para aprender mais sobre elas? Por favor, especifique.

2- Alguma curiosidade esporádica, mas não perseguida em pensamento ou ação.

Você tem lido jornais, ou ouvido as notícias na TV ou no rádio?

3-

4- Alguma curiosidade e tempo gasto pensando sobre tópicos ou interesses e algum real esforço para aprender mais sobre eles.

5-

6- Curiosidade sobre vários tópicos e algum esforço para aprender mais sobre alguns deles, tais como leitura, fazer perguntas, e observação planejada.

16- AVALIAR ANEDONIA (INCAPACIDADE DE SENTIR PRAZER NA VIDA)

Este item visa avaliar a capacidade da pessoa em experimentar prazer e humor. Não avaliar anedonia resultante de síndrome depressiva observável e clara, por exemplo, agitação, choro, acentuados sentimentos de desamparo e inutilidade, etc. Entretanto, deve-se avaliar anedonia, quando acompanhada de apatia e afastamento, dos quais pode-se inferir a depressão. Fazer quaisquer perguntas necessárias para determinar a presença de depressão e seus efeitos sobre a capacidade de sentir prazer. Deve-se distinguir este aspecto de anedonia da capacidade de demonstrar afeto, o que não é avaliado aqui.

Perguntas sugeridas:

| | |
|--|--|
| Você tem conseguido se divertir? | 0- Inabilidade quase completa de experimentar prazer ou humor. |
| Você costuma obter satisfação ou prazer em coisas que você faz? | 1- |
| Que tipo de coisa faz você rir ou se divertir? | 2- Algumas experiências esporádicas e limitadas de prazer e humor, mas uma predominante falta dessas capacidades. |
| Já aconteceu de você não conseguir se divertir em coisas que pareciam ser divertidas? | 3- |
| Outras pessoas parecem ser mais alegres ou divertidas do que você? | 4- Algumas experiências regulares de prazer e humor, mas reduzidas em extensão e intensidade. |
| Você frequentemente passa a maior parte do dia entediado ou desinteressado pelas coisas? | 5- |
| | 6- Nenhuma evidência de incapacidade de sentir prazer ou esta incapacidade pode ser explicada completamente pela depressão ou ansiedade concomitantes. |

17- AVALIAR UTILIZAÇÃO DO TEMPO

Este item visa avaliar a quantidade de tempo gasto pela pessoa em inatividade sem objetivo: dormir durante o dia, ficar deitado na cama, sentar-se aqui e ali, sem fazer nada ou em frente da TV ou rádio, quando a pessoa não está particularmente interessada por tais atividades.

Perguntas sugeridas:

O que você faz no seu dia-a-dia?

0- Gasta grande parte de seus dias em inatividade infrutífera.

Você costuma desperdiçar o seu tempo?

1-

Você gasta muito tempo não fazendo nada, sentado aqui e ali ou na cama?

2- Gasta cerca de metade de seus dias em inatividade infrutífera.

Você passa muito tempo assistindo TV ou ouvindo música?

3-

Você realmente se interessa pôr isto ou apenas não tem nada melhor para fazer?

4- Alguma inatividade infrutífera excessiva, mas menos do que a metade do dia.

Você dorme muito durante o dia? Quanto?

5-

De um modo geral, todos os seus dias são passados dessa forma?

6- Nenhuma inatividade infrutífera excessiva além do normal exigido para relaxamento.

18- AVALIAR OBJETOS COMUNS

Este item presume que a participação nesta cultura quase sempre requer que uma pessoa possua certos objetos.

Perguntas sugeridas:

Para esta questão, perguntar sobre cada um dos 12 itens abaixo relacionados.

Você está usando ou portando o seguinte:

- 1- Uma carteira ou bolsa
- 2- Chaves
- 3- Algum dinheiro
- 4- Um relógio
- 5- Algum documento pessoal
- 6- O número do telefone ou o endereço de alguém

Você tem na sua casa o seguinte:

- 1- Um lugar para guardar seus objetos pessoais
- 2- Seu próprio despertador
- 3- Um pente ou escova de cabelo
- 4- Escova de dente
- 5- Algum aparelho eletrônico para entretenimento
- 6- Espelho ou aparelho de barbear.

0- Ausência de todos os objetos comuns. (item 0)

1-

2- Grande déficit de objetos comuns (3-4 itens)

3-

4- Um déficit moderado (7-8 itens)

5-

6- Pequeno ou nenhum déficit (11-12 itens)

19- AVALIAR ATIVIDADES COMUNS

Este item presume que a participação básica nesta cultura quase sempre requer que a pessoa se engaje em alguma atividade.

Perguntas sugeridas:

Para este item, perguntar sobre cada um dos 12 itens mencionados abaixo. Dos seguintes, o que você fez nas três semanas passadas.

- 1- Leu ou assistiu jornal
- 2- Pagou uma conta
- 3- Deu algum recado
- 4- Foi ao cinema ou a um show de música, danceteria
- 5- Dirigiu um carro ou viajou em transporte público sozinho
- 6- Fez compras de alimentos
- 7- Fez compras de outros itens
- 8- Comeu em um restaurante ou lanchonete
- 9- Recebeu seu próprio dinheiro
- 10- Participou de um encontro público
- 11- Compareceu a um evento esportivo
- 12- Visitou um parque público ou outro estabelecimento recreativo.

0- Ausência de todas atividades (0 item)

1-

2- Grande déficit (3-4 itens)

3-

4- Déficit moderado (7-8 itens)

5-

6- Pouco ou nenhum déficit (11-12 itens)

20- AVALIAR A CAPACIDADE DE EMPATIA

Este item visa avaliar a capacidade da pessoa em considerar e apreciar a situação de uma outra pessoa como sendo diferente da sua própria situação: apreciar diferentes perspectivas, estados afetivos e pontos de vista. Isto se reflete na descrição que a pessoa faz das suas interações com outras pessoas e de como ela vê tais interações.

Perguntas sugeridas:

Considerando alguém com quem você tenha relacionamento estreito ou com quem passa muito tempo.

Existe alguma coisa neles que o irrita ou o incomoda?

O que em você irrita ou incomoda os outros?

Você sabe o que eles gostam?

O que você faz para agradá-los?

Quando você os vê tristes ou chateados, o que você faz?

Se você tem algum desentendimento com eles, como é que você reage?

Você é normalmente sensível aos sentimentos dos outros?

Você se importa com o que as pessoas pensam ou falam de você?

0- Não apresenta nenhuma capacidade de considerar os pontos de vista e sentimentos dos outros.

1-

2- Demonstra pouca capacidade de considerar os pontos de vista e sentimentos de outros.

3-

4- Pode considerar os pontos de vista e sentimentos dos outros, mas tende a ser envolvido no seu próprio mundo.

5-

6- Considera espontaneamente a situação de outra pessoa na maioria das situações, é capaz de intuir as respostas afetivas de outra pessoa e de usar este conhecimento para ajustar suas próprias respostas.

21- AVALIAR A CAPACIDADE DE ENVOLVIMENTO E INTERAÇÃO EMOCIONAL COM O ENTREVISTADOR

Este item visa avaliar a habilidade da pessoa em envolver o entrevistador na conversação, fazer com que o entrevistador se sinta afetivamente em contato e reconhecê-lo como um participante individual na interação, assim como a habilidade de reagir de maneira recíproca com o entrevistador.

Este item é um julgamento global, baseado na entrevista total.

0- O entrevistador se sente praticamente ignorado, sem nenhum senso de envolvimento do paciente e muito pouca reatividade.

1-

2- Envolvimento, interação e afetividade bastante limitados.

3-

4- Algum envolvimento, interação e afetividade na entrevista.

5-

6- Envolvimento, reatividade, interação e afetividade consistentemente bons.

ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA QLS-BR

Sujeito: _____ Avaliador: _____

Data da Avaliação: ____/____/____

Início da aplicação: ____h__min.

21 ITENS

| | | | | | | | | | |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---------|
| 1 - Relações familiares | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 | [-----] |
| 2 - Amigos íntimos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | [] |
| 3 - Relações com colegas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | [] |
| 4 - Atividade Social | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | [] |
| 5 - Rede Social | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | [] |
| 6 - Iniciativa Social | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | [] |
| 7 - Afastamento Social | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | [] |
| 8 - Relações afetivo-sexuais | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | [] |
| 9 - Funcionamento ocupacional | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | [] |
| 10 - Nível de realização | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | [] |
| 11 - Sub-emprego | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | [] |
| 12 - Satisfação ocupacional | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 | [-----] |
| 13 - Objetivos de vida | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | [] |
| 14 - Motivação | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | [] |
| 15 - Curiosidade | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | [] |
| 16 - Anedonia | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | [] |
| 17 - Utilização do Tempo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | [] |
| 18 - Objetos Comuns | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | [] |
| 19 - Atividades Comuns | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | [] |
| 20 - Empatia | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | [] |
| 21 - Interação na entrevista | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | [] |

Sub-escalas:**Domínio 1:** Rede social (itens 1-7)**Domínio 2:** Nível Ocupacional (itens 9 -12 e 17)**Domínio 3:** Funções intrapsíquicas e Relações interpessoais (itens 8,13,15,18-21)**Escala Global:** (itens 1-21)

Término aplicação: ____h__min.

ESCALA CALGARY DE DEPRESSÃO PARA ESQUIZOFRENIA (ECDE)

INSTRUÇÕES GERAIS

A Escala Calgary de Depressão para Esquizofrenia é projetada para avaliar o nível de depressão em pessoas com esquizofrenia. Deriva originalmente do Exame do Estado Psíquico (PSE) e Escala de Hamilton para Depressão (HDRS) , a partir da análise fatorial e de confiabilidade . A confiabilidade e validade da escala foram posteriormente testadas em amostra separada com utilização de técnicas de análise fatorial confirmatória e análise discriminatória .

A escala é projetada para revelar a presença de depressão, independentemente das outras dimensões psicopatológicas da esquizofrenia, tanto na fase aguda quanto na fase residual da patologia. É sensível a mudança, e pode ser utilizada em diferentes intervalos de tempo.

O examinador tem que ter experiência com pessoas com esquizofrenia e deve desenvolver confiabilidade entre examinadores junto a indivíduos com experiência no uso de instrumentos estruturados. Um examinador experiente deve desenvolver confiabilidade adequada entre cinco e dez entrevistas práticas.

REFERÊNCIAS

1. Addington D., Addington J., Schissel B. (1990) A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophrenia Research* 3; 247-251.
2. Addington D., Addington J., Maticka-Tyndale E. (1992) Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophrenia Research* 6;201-208.
3. Addington D., Addington J., Maticka-Tyndale E. (1993) Rating depression in schizophrenia: a comparison of a self report and an observer report scale. *Journal of Nervous and Mental Disease* 18; 561-565.
4. Addington D., Addington J., Maticka-Tyndale E. (1993) Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale. *British Journal Psychiatry* 163 (Suppl 22) 39-44.
5. Addington D., Addington J., Maticka-Tyndale E. (1994) Specificity of the Calgary Depression Scale for schizophrenia. *Schizophrenia Research* 11;239-244.
6. Addington D., Addington J., Atkinson M. (1996) A Psychometric comparison of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia and the Hamilton Depression Rating Scale. *Schizophrenia Research* 19;205-212.

GUIA DE ENTREVISTA PARA A ESCALA CALGARY DE DEPRESSÃO PARA ESQUIZOFRENIA

Entrevistador:

Faça a primeira pergunta como está escrita. Use as frases que seguem e os qualificadores a seu critério.

O período examinado refere-se às duas últimas semanas, a não ser que esteja estipulado.

OBS: o último item, número 9 , é baseado nas observações da totalidade da entrevista .

1 - DEPRESSÃO

Como você descreveria o seu humor nas últimas duas semanas: Você tem estado razoavelmente alegre, ou tem se sentido muito deprimido ou desanimado recentemente? Nas últimas duas semanas, com que frequência você tem se sentido (palavras utilizadas pelo entrevistado)? Todos os dias? O dia inteiro?

0. Ausente

1. Leve

Expressa alguma tristeza ou desânimo ao responder.

2. Moderada

Humor deprimido evidente, persistindo até metade do período das duas últimas semanas: presente diariamente.

3. Grave

Humor marcadamente deprimido, diariamente, por mais da metade do período. Interfere no funcionamento motor e social habitual.

2. DESESPERANÇA

Como você vê o seu próprio futuro?

Você vê algum futuro? Ou a vida lhe parece sem esperanças?

Você desistiu ou ainda sente alguma motivação para continuar tentando?

0. Ausente

1. Leve

Nas últimas duas semanas teve em alguns momentos desesperança, mas ainda tem algum grau de esperança no futuro.

2. Moderada

Desesperança moderada e persistente nas duas últimas semanas. Pode ser convencido a admitir a possibilidade de as coisas ficarem melhor.

3. Grave

Desesperança persistente e angustiante.

3. AUTODEPRECIACÃO

Qual é a sua opinião a respeito de si mesmo em comparação com as outras pessoas? Você se sente melhor, não tão bom ou igual à maioria das pessoas ?

Você se sente inferior ou sem valor?

0. Ausente

1. Leve

Algum sentimento de inferioridade está presente, mas não se sente sem valor.

2. Moderada

Sente-se sem valor, mas o sintoma está presente por menos de 50% do tempo.

3. Grave

Sujeito considera-se completamente sem valor por mais de 50% do tempo. Pode ser convencido a admitir o contrário.

4. IDÉIAS DE REFERÊNCIA DE CULPA

Você tem a sensação de que está sendo responsabilizado ou mesmo acusado injustamente de alguma coisa? Do quê? (Não inclua acusações e culpa justificáveis. Exclua delírio de culpa).

- | | |
|-------------|---|
| 0. Ausente | |
| 1. Leve | Sujeito sente-se culpado, mas não acusado, por menos de 50% do tempo. |
| 2. Moderada | Sentimento persistente de ser culpado, e/ou ocasionalmente sentimento de ser acusado. |
| 3. Grave | Sentimento persistente de ser acusado. Quando confrontado, admite que não é exatamente assim. |

5. CULPA PATOLÓGICA

Você costuma se auto-acusar por pequenas coisas que você fez no passado? Você acha que você merece ficar tão preocupado com estas coisas ?

- | | |
|-------------|--|
| 0. Ausente | |
| 1. Leve | Sujeito sente-se excessivamente culpado por causa de pequenas faltas, mas por menos de 50% do tempo. |
| 2. Moderada | Sujeito geralmente (mais de 50% do tempo) sente-se culpado por ações cujo significado ele exagera. |
| 3. Grave | Sujeito sente-se acusado por tudo que saiu errado, mesmo que não tenha sido por falta sua. |

6. DEPRESSÃO MATUTINA

Quando você se sentiu deprimido nas duas últimas semanas, você notou em que período do dia você se sente mais deprimido?

- | | |
|-------------|--|
| 0. Ausente | Sem depressão. |
| 1. Leve | Depressão presente mas sem variação diurna. |
| 2. Moderada | Espontaneamente menciona que a depressão é pior no período matutino. |
| 3. Grave | Depressão marcadamente pior no período matutino com prejuízo do desempenho, que melhora ao longo da tarde. |

7. DESPERTAR PRECOCE

Você acorda pela manhã mais cedo do que é o habitual para você?

Quantas vezes por semana isso acontece?

- | | |
|-------------|---|
| 0. Ausente | Sem despertar precoce. |
| 1 . Leve | Ocasionalmente acorda (até duas vezes por semana) uma hora ou mais antes do horário habitual de despertar, ou horário toca o despertador. |
| 2. Moderado | Freqüentemente acorda cedo (até 5 vezes por semana) uma hora ou mais antes do horário habitual de despertar, ou horário que toca o despertador. |
| 3. Grave | Diariamente acorda 1 hora ou mais antes do horário habitual. |

8. SUICÍDIO

Você já sentiu que não valia mais a pena viver? Alguma vez você teve vontade de acabar com tudo ? O que você pensou que poderia fazer? Você chegou realmente a tentar?

- | | |
|-------------|---|
| 0. Ausente | |
| 1 . Leve | Pensamentos freqüentes de estar melhor morto, ou ocasionalmente pensa em suicídio. |
| 2. Moderado | Deliberadamente cogitou o suicídio e formulou um plano, mas não chegou a tentá-lo. |
| 3. Grave | Tentativa de suicídio destinada a resultar em morte (isto é: morte evitada por descoberta acidental ou o sujeito utilizou um método ineficiente). |

9. DEPRESSÃO OBSERVADA

Baseado na observação do entrevistador durante toda a entrevista.

A pergunta “Você tem vontade de chorar” feita em momentos oportunos da entrevista pode dar informações úteis para esta observação.

0. Ausente

1. Leve

Sujeito aparenta tristeza e expressão de alguém que está num velório até mesmo durante alguns momentos da entrevista, envolvendo-se de forma neutra na discussão.

2. Moderada

Sujeito aparenta tristeza e expressão de alguém que está num velório durante a entrevista, com a voz monótona e desanimada e está choroso ou chora em alguns momentos.

3. Grave

Sujeito fica em silêncio nos momentos estressantes, freqüentemente suspira profundamente e chora abertamente, ou está persistentemente num estado miserável e o examinador tem certeza desse fato.

Calgary Depression Scale for Schizophrenia, D. Addington & J. Addington;

Tradução de Rodrigo Affonseca Bressan & Ana Cristina Chaves;

Retrotradução (*back-translation*) de John Dunn.

GRADE DA ESCALA CALGARY

PRONTUÁRIO: _____

Sujeito: _____ Avaliador: _____

Data da Avaliação: ____/____/____

Início da aplicação: __h__min

| | <u>Ausente</u> | <u>Leve</u> | <u>Moderado</u> | <u>Grave</u> | |
|----------------------------------|----------------|-------------|-----------------|--------------|-----|
| 1. Humor Deprimido | 0 | 1 | 2 | 3 | [] |
| 2. Desesperança | 0 | 1 | 2 | 3 | [] |
| 3. Autodepreciação | 0 | 1 | 2 | 3 | [] |
| 4. Idéias de Referência de culpa | 0 | 1 | 2 | 3 | [] |
| 5. Culpa Patológica | 0 | 1 | 2 | 3 | [] |
| 6. Depressão matutina | 0 | 1 | 2 | 3 | [] |
| 7. Despertar Precoce | 0 | 1 | 2 | 3 | [] |
| 8. Suicídio | 0 | 1 | 2 | 3 | [] |
| 9. Depressão Observada | 0 | 1 | 2 | 3 | [] |

Término da aplicação: __h__min

