

**Carmen Rúbia Rangel Gomes**

**QUALIDADE DE VIDA EM PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de mestre em Ciências pelo programa de pós-graduação em Saúde Coletiva.

São Paulo

2011

**Carmen Rúbia Rangel Gomes**

**QUALIDADE DE VIDA EM PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de mestre em Ciências.

Orientador: Prof.Dr. Cláudio Torres de Miranda

Co-orientadora: Profa. Dra. Maria Inês Quintana

São Paulo

2011

Gomes, Carmen Rúbia Rangel

**Qualidade de vida em portadores de esquizofrenia/** Carmen Rúbia Rangel Gomes, - - São Paulo, 2011.

xii, 94 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de São Paulo.  
Departamento de Medicina Preventiva. Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva.

Título em inglês: Quality of life of schizophrenics.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Chefe do Departamento: Prof. Dr. Luiz Roberto Ramos

Coordenador do Programa de Pós – Graduação: Prof. Dr. Luiz Roberto Ramos

**Carmen Rúbia Rangel Gomes**

**QUALIDADE DE VIDA EM PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA**

Presidente da banca:

Prof. Dr. Cláudio Torres de Miranda

**BANCA EXAMINADORA**

Profa. Dra. Denise Martin Coviello (titular)

Profa. Dra. Denise Razzouk (titular)

Profa. Dra. Érika de Toledo Piza Peluso (titular)

Prof. Dr. Luiz Roberto Ramos (suplente)

## Dedicatória

Esta pesquisa é dedicada a todos os pacientes portadores de esquizofrenia que compartilharam comigo suas vidas em prol do desenvolvimento da ciência.

“Incluir ou excluir este ou aquele enfoque de um assunto tão amplo como a esquizofrenia é a “angústia de quem faz”, pois é impossível falar de tudo, sob pena de superficializar o conteúdo ou, quem sabe, nunca finalizar a tarefa”.

Wulf H. Dittmar

## **Agradecimentos**

- A Deus pela iluminação, inspiração e coragem que me proporcionou para realizar este estudo.
- Ao Prof. Dr. Cláudio Torres de Miranda, que transformou a palavra orientação em confiança, respeito e compreensão.
- À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Inês Soares Quintana, que se fez presente assiduamente anulando a distância e enriquecendo esta pesquisa com seu saber.
- À minha mãe pela vida.
- Aos meus filhos Guilherme Augusto e Camila Maria, razão maior de minha vida.
- Ao meu esposo Nakatame, pelo companheirismo e incentivo.
- Aos filhos adotados pelo coração, Karla Lins, Paulo Matukiwa e Natália Sampaio.
- À Dr<sup>a</sup>. Delma Lessa pelo incentivo e confiança na construção e finalização desta pesquisa.
- À Dr<sup>a</sup>. Ana Marize que através de seu conhecimento e livros sobre esquizofrenia me ensinou a admirá-los.
- Ao Prof. Dr. Edel Alexandre pelo profissionalismo e ajuda incondicional.
- A Prof. Dr<sup>a</sup> Carmem Bandini pelas imprescindíveis contribuições.
- Ao psicólogo Rogério Costa Ferro pelo exemplo de ética e seriedade.
- À Danielle Veigas pelo apoio fundamental ao longo de todo o trabalho de campo.
- Ao Prof. Dr. Guilherme Pitta pela oportunidade acadêmica.
- Aos colegas do mestrado: Paulo e Rafael Maciel, Rogério Barbosa, João Alfredo, Lindon Jonhson, Lucélia Sales, Adriana Barros e Edberto Lessa.

- Aos Profs. do mestrado em Ciências da Saúde, pelos conhecimentos transmitidos e dedicação na sua tarefa de formar mestres.
- À Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL e Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP que através de convênio firmado entre elas proporcionou a realização deste mestrado.
- À coordenadora do Ambulatório de Egressos, Tereza Brandão e toda a equipe profissional pelo apoio e colaboração proporcionando a execução desta pesquisa.
- À direção do Hospital Escola Portugal Ramalho por permitir que este trabalho fosse realizado em suas dependências.

## **Agradecimento Especial**

Meus filhos,

Para realizar um sonho é necessário acreditar em si mesmo e confiar que sempre existirão braços fortes e seguros capazes de apoiar e levantar se preciso for. Muitos foram os momentos durante a realização deste mestrado que tive seus braços me apoiando e reerguendo. Escutei palavras que me faziam refletir e acreditar em minha capacidade quando minha energia psíquica e emocional denotava fragilidade, mas a confiança de vocês me fez seguir em frente. Então sigam este exemplo e busquem realizar seus sonhos, pois meus braços estarão sempre prontos para apoiá-los e erguê-los.

Com amor sua mãe,

Carmen Rúbia

## **Tabelas e Gráfico**

<b>Tabela 1</b> – Características sócio-demográficas da amostra (n=102) .....	32
<b>Gráfico 1</b> – Tipo de moradia, tempo de moradia e mora com a família (n=102) .....	33
<b>Tabela 2</b> – Distribuição da amostra por atividades sociais, recreativas e laborais (n=102) .....	34
<b>Tabela 3</b> – Distribuição da amostra quanto às variáveis clínicas (n=102) .....	36
<b>Tabela 4</b> – Distribuição da amostra nas variáveis condição legal e segurança (n=102) .....	37
<b>Tabela 5</b> – Distribuição da amostra nas variáveis relações familiares e sociais (n=102) .....	38
<b>Tabela 6</b> – Distribuição da amostra nas variáveis de saúde (n=102) .....	39
<b>Tabela 7</b> – Características emocionais da amostra (n=102) .....	41
<b>Tabela 8</b> – Característica da amostra em relação à auto conceito (n =102) .....	43

## **Lista de Abreviaturas**

AVAI – Anos de Vida Ajustado para Incapacidade

CID-10 – Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento

EQV – Entrevista de Qualidade de Vida

Et al – E Colaboradores (do latim, et alli)

LQOP – Lancashire Quality of Life Profile

OMS – Organização Mundial de Saúde

OQLQ – Oregon Quality of Life Questionnaire

QLS – Quality of Life Scale

QLSAI – Quality of Life Self – Assessment Inventory

QLI-sp - Índice de Calidad de Vida

QV – Qualidade de Vida

TOC – Transtorno Obsessivo Compulsivo

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

UNCISAL – Universidade Estadual de Ciências da Saúde

## SUMÁRIO

<b>DEDICATÓRIA.....</b>	<b>v</b>
<b>AGRADECIMENTOS.....</b>	<b>vii</b>
<b>TABELAS E GRÁFICOS.....</b>	<b>x</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS.....</b>	<b>xi</b>
<b>SUMÁRIO.....</b>	<b>xii</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>xiv</b>
<b>1 APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>2</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>4</b>
3.1 GERAL .....	4
3.2 ESPECÍFICOS .....	4
<b>4 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>5</b>
4.1 BREVE HISTÓRICO E CONCEITO DE ESQUIZOFRENIA.....	5
4.2 QUALIDADE DE VIDA.....	8
<b>5 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>19</b>
<b>6 METODOLOGIA.....</b>	<b>21</b>
6.1 CENÁRIO DO ESTUDO.....	21
6.2 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA.....	22
6.3 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	22
6.3.1 TIPO DE ESTUDO.....	22
6.3.2 SUJEITOS DA PESQUISA.....	22
6.3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	23
6.3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	23
6.4 INSTRUMENTOS.....	23
6.5 COLETA DE DADOS.....	24
6.5.1 APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS.....	24

6.5.1.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS PARA A APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS ...	25
6.6 ANÁLISE.....	25
6.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	26
<b>7 RESULTADOS.....</b>	<b>27</b>
<b>8 DISCUSSÃO.....</b>	<b>41</b>
8.1 DISCUSSÃO COM OUTROS ESTUDOS .....	42
<b>9 CONCLUSÃO.....</b>	<b>44</b>
<b>10 ANEXOS.....</b>	<b>45</b>
10.1 ANEXO 1: CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA ESQUIZOFRENIA DA CID-10..	45
10.2 ANEXO 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	47
10.3 ANEXO 3: FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS.....	49
10.4 ANEXO 4: PERFIL DE QUALIDADE DE VIDA LANCASHIRE.....	54
<b>11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>65</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>77</b>
<b>BIBLIOGRAFIA CONSULTADA .....</b>	<b>78</b>

## RESUMO

**Contexto:** A necessidade de melhor entender as limitações e o sofrimento ligado às doenças mentais é por si só motivação óbvia para avaliação da qualidade de vida dos portadores de esquizofrenia. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida dos portadores de esquizofrenia do Ambulatório de Egressos do Hospital Escola Portugal Ramalho. **Método:** Participaram deste estudo um total de 102 pacientes atendidos no Ambulatório de Egressos do Hospital Escola Portugal Ramalho, com diagnóstico de esquizofrenia confirmado por critérios clínicos já estabelecidos pelo CID – 10, com idade entre 18 e 60 anos de ambos os sexos, residentes em Maceió-Al ou cidades do interior do Estado, que frequentaram o ambulatório por no mínimo dois meses consecutivos. Como instrumento foi utilizado o Perfil de Qualidade de Vida Lancashire. **Resultados:** Os dados sugerem baixos índices de engajamento em atividades recreativas, laborais e sociais dos participantes. Em relação à variável sexo foram encontrados índices mais baixos nestas atividades na população feminina. Os dados evidenciaram que a população investigada tem dificuldades em manter relacionamentos afetivos e que o início da doença se deu em idades precoces para cerca de metade dos participantes. A esquizofrenia paranoíde foi a mais encontrada, contudo esta foi diagnosticada em níveis semelhantes aos da esquizofrenia não especificada e da esquizofrenia hebefrênica. **Conclusão:** Em concordância com a literatura, parece existir uma baixa qualidade de vida em esquizofrênicos tanto em itens do componente objetivo (por exemplo, ter atividade laboral e de lazer) como em itens do componente subjetivo (por exemplo, sentir-se só, isolado). Em desacordo com a literatura, os homens referem em vários itens objetivos e subjetivos uma melhor QV do que as mulheres.

**Palavras-chave:** esquizofrenia; qualidade de vida; paciente ambulatorial.

## **1 APRESENTAÇÃO**

Esta pesquisa reflete a observação no tratamento e evolução dos pacientes portadores de esquizofrenia, mediante uma abordagem multiprofissional, envolvendo médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiras, nutricionista, técnicos de enfermagem e administrativos, bem como o acompanhamento e orientação prestados aos seus familiares.

No desempenho de minhas funções como psicóloga do Ambulatório de Egressos do Hospital Escola Portugal Ramalho, foi possível acompanhar o sofrimento destes pacientes consigo mesmos e com suas famílias, pelas dificuldades em ter acesso a informações esclarecedoras sobre a doença e o manejo da mesma, como também ao sistema de saúde mental.

Ao longo do tempo o portador de esquizofrenia passou a ter uma importância única para mim, por proporcionar uma visão mais realista da doença e do quanto à cronicidade comprometia sua qualidade de vida, me impelindo a fazer questionamentos sobre os aspectos ou áreas mais atingidas, como também a relação entre sexo e qualidade de vida e que estratégias a partir do resultado desse estudo poderiam viabilizar para preservar o bem-estar destes pacientes.

O ambulatório foi palco dos mais diversos transtornos mentais, mas foram os portadores de esquizofrenia e o comportamento das suas famílias, que me fizeram ter um olhar diferenciado para buscar o conhecimento de informações científicas que promovessem ações do poder público para uma assistência à saúde mental mais especializada, minimizando a dor psíquica deles e de suas famílias.

## 2 INTRODUÇÃO

A esquizofrenia foi escolhida pelo reconhecimento do vasto leque de desafios que os doentes com este tipo de perturbação psiquiátrica colocam aos serviços, quer pela natureza específica das suas necessidades (clínicas, funcionais, autonomia, competências sociais), quer pela relativa impregnação das instituições em determinadas áreas de intervenção terapêutica (reabilitação psicossocial, integração laboral, apoio à família, alternativas residuais, etc.) (Almeida; Xavier, 1997).

A esquizofrenia é uma doença complexa que apresenta diversas dimensões psicopatológicas incluindo sintomas positivos e negativos, déficits cognitivos, agressividade e hostilidade, sintomas depressivos e ansiosos e risco de suicídio. Além disso, apresenta uma série de co-morbidades clínicas e psiquiátricas, tais como dependência e abuso de substâncias e síndrome metabólica. Estas co-morbidades são extremamente relevantes para o cuidado dos pacientes com esquizofrenia e devem ser monitoradas ao longo do tratamento (Kaplan et al., 1997).

A desorganização mental e comportamental pode ser encontrada nas psicoses esquizofrênicas. A desordem entre as esferas afetivas, ideativas e volitivas, assim como o afeto pueril, também podem fazer parte do quadro. As significativas alterações do comportamento pessoal, a perda de interesse e a retratação social podem culminar no quadro de disfunções sociais, no trabalho e na perda de habilidades interpessoais e produtivas (Kaplan et al., 1997; Dalgarrondo, 2000).

Os estudos e pesquisas envolvendo qualidade de vida favorecem a compreensão do impacto das doenças e seus respectivos tratamentos, sobre o indivíduo (Lehman; Ward; Linn, 1982).

Tais estudos são muito importantes para os portadores de doenças mentais, uma vez que havendo melhora nesse campo, menores são as taxas de internações psiquiátricas, promovendo sua permanência e integração em seu meio social (Lehman, 1985).

Na experiência com a esquizofrenia, o tratar e o conhecer precisam coincidir, pois é a expressão de uma única e complexa operação, tanto no plano clínico como nos planos teórico, familiar e pessoal.

O impacto da doença provoca perdas funcionais relacionadas a habilidades de trabalho, afetivas e de relacionamento social. Perdas objetivas e subjetivas, que são percebidas pelos próprios pacientes como fatores de interferência na qualidade de vida (Menezes, 2006; Souza e Coutinho, 2006; Fleck e Wagner, 2008).

Estudos de qualidade de vida de pacientes psiquiátricos têm apontado importantes indicadores para avaliação da efetividade dos tratamentos, orientando as políticas de atendimento a esta população, bem como promovendo a produção de conhecimento que possa gerar intercâmbio entre profissionais e pesquisas da área (Fleck et al, 2008; Souza e Coutinho, 2006; Cardoso et al., 2002).

Pesquisar sobre a qualidade de vida de pessoas portadoras de esquizofrenia traz a possibilidade de contribuir para o desenvolvimento da ciência nesta área por se tratar de um estudo pioneiro na região Nordeste, precisamente em Alagoas, desenvolvido com base na revisão da literatura científica apresentando o perfil sócio demográfico próprio desta região.

A escolha do tema nos orienta sobre sua complexidade, o que significa que à medida que os sintomas da esquizofrenia se acentuam, ao mesmo tempo o indivíduo procura contê-la, buscando reafirmar sua própria identidade, ou seja, sua cidadania. Medeiros & Guimarães (2002) afirmam que o direito de cidadania do doente mental deve ser o direito de receber assistência adequada e a garantia de participar da sociedade.

A hipótese desta pesquisa é que características sócio demográficas, bem como o sexo interferem na qualidade de vida dos portadores de esquizofrenia.

## **3 OBJETIVOS**

### **3.1 Geral**

Avaliar a qualidade de vida dos portadores de esquizofrenia do Ambulatório de Egressos do Hospital Portugal Ramalho na cidade de Maceió-Alagoas.

### **3.2 Específicos**

- Descrição sócio demográfica da amostra;
- Verificar se existe diferença entre qualidade de vida e sexo.

## 4 REVISÃO DA LITERATURA

### 4.1 Histórico e conceito da esquizofrenia

Historicamente a definição clássica da esquizofrenia como doença foi formulada no final do século XIX pelo psiquiatra alemão Emil Kraepelin, que em 1896, na sexta edição de seu tratado de Psiquiatria e nas edições subsequentes, descreveu em detalhes os sintomas e o curso da doença que denominou de “*dementia praecox*”, baseando-se nos sinais do desenvolvimento em estado relativamente precoce e da progressiva deterioração dos doentes, pois as pessoas acometidas por ela, na sua maioria, jovens, exibiam um comportamento regredido e desorganizado, que lembrava idosos portadores de demência, como a Doença de Alzheimer (Wyatt, 2001).

No início do século XX, em 1911, Eugen Bleuler, psiquiatra suíço cunhou o termo esquizofrenia (esquizo = cindida; frenia = mente), por achar o termo anterior inadequado; acreditando que este refletia de forma mais adequada à doença do que o termo “*dementia praecox*”. Para ele a principal característica da doença era a cisão entre o pensamento e emoção, dando impressão de uma personalidade fragmentada e desestruturada e a descreveu como grupo de transtornos caracterizados por alucinações, delírios e desorganização do pensamento em pacientes jovens, previamente saudáveis.

Kurt Schneider, em meados do século XX, enfatizou a importância de sintomas específicos, aos quais denominou de primeira ordem e os considerava característicos e diagnósticos: pensamentos audíveis, vozes argumentando ou comentando, experiências somáticas de passividade, extração de pensamento, irradiação de pensamento, percepções delirantes. Esses sintomas não são patognomônicos, mas são de grande utilidade no diagnóstico da esquizofrenia (Vazquez et al., 2002).

Kaplan (1997) conceitua esquizofrenia como sendo uma síndrome complexa que compreende manifestações psicopatológicas variadas, do pensamento, percepção, emoção, movimento e comportamento. É

caracterizada por sintomas positivos (delírios, alucinações, catatonia) e, sintomas negativos (embotamento afetivo, alogia, avolição).

O relatório da Organização Mundial da Saúde sobre saúde mental apresenta a esquizofrenia como um transtorno que segue um curso variável, com completa recuperação sintomática e social em cerca de um terço dos casos. Afirma que com os avanços modernos no tratamento medicamentoso e na atenção psicossocial, quase metade dos indivíduos pode esperar recuperação plena e duradoura e somente um quinto continua enfrentando limitações graves nas suas atividades cotidianas (OMS, 2001).

Para Zanini e Cabral (2007), a esquizofrenia é um transtorno complexo mediado por fatores etiológicos múltiplos com componentes mistos ainda pouco conhecidos na sua totalidade. Aspectos constitucionais somam-se a fatores ambientais numa complementação dialética contribuindo tanto para o desenvolvimento da personalidade, e conseqüentemente vulnerabilidade individual, como para a origem e repercussão dos fatores estressores desencadeantes de crises psicóticas.

Segundo a OMS (2002), a esquizofrenia é uma doença que atinge cerca de 1% da população mundial e dados do Ministério de Saúde indicam que de 0,7% a 1% da população brasileira já sofreu um surto de esquizofrenia.

As diferentes estimativas de incidência da esquizofrenia indicam a ocorrência de aproximadamente quatro casos novos por ano para uma população de 10.000 habitantes. A incidência real deve estar entre um e sete casos novos para 10.000 habitantes por ano, dependendo do critério diagnóstico adotado na estimativa (Mari, Leitão, 2000).

Mesmo nos encontrando no século XXI, as causas da esquizofrenia ainda são desconhecidas havendo, no entanto, um consenso em elencar a desorganização da personalidade do esquizofrênico, à interação entre os fatores culturais, psicológicos e biológicos, destacando-se, contudo as de natureza genética: Teoria Genética (Vallada Filho & Busatto, 1996), Teorias Neuroquímicas (Lieberman, Mailman & Duncam, 1998), a Hipótese Dopaminérgica (Graeff, 1989), Esquizofrenia como Distúrbio do Neurodesenvolvimento, Alterações Estruturais (Akil & Weinberg, 2000).

Avanços na psicofarmacologia e nas abordagens psicossociais da esquizofrenia têm dado condições para que a maioria desses pacientes possa

ser tratada fora dos hospitais psiquiátricos e viver em sua própria comunidade. (Zuardi, 1996). Este fato fez com que surgissem novas e complexas questões, não exclusivamente médicas, exigindo o envolvimento de outros profissionais e desafiando clínicos e planejadores de saúde.

A manifestação dos sintomas esquizofrênicos, variam com o paciente e com o tempo, mas o efeito cumulativo da doença tende a ser grave e persistente (Souza, 2005).

Sua progressão causa um declínio funcional no estado final do paciente. Essas anormalidades dependem de fatores de risco e podem ser detectados em estágios iniciais da doença. Embora certamente a identificação dos fatores de risco e a intervenção terapêutica sobre os mesmos não previnam a instalação da doença, permitem evitar a deterioração e o declínio funcional do paciente (Malaspina, 2006).

Estudos como o de Durão e Souza (2006) que acompanharam 11 familiares e 11 portadores de esquizofrenia, promovendo e valorizando a visão de ambos durante a pesquisa constataram que houve o reconhecimento de que agentes farmacológicos têm impacto limitado na recuperação do funcionamento social. Observou-se ainda que a redução do período de internação levou pacientes em remissão parcial a serem tratados na comunidade e seus familiares tornaram-se as principais pessoas envolvidas no cuidado desses pacientes.

Costa-Rosa (2000) afirma que, além da participação do portador de transtorno mental no tratamento é indispensável o estímulo à participação da família, pois se considera que o paciente não é o único implicado no problema, envolve a família e a própria comunidade.

Para Gattaz (2005) sabe-se que, de modo geral, 1/3 dos pacientes nunca mais adoecem após o primeiro surto esquizofrênico, 1/3 volta a ter outros surtos com intervalos sadios e apenas 1/3 tem um curso desfavorável, desenvolvendo uma sintomatologia residual (comportamento excêntrico, diminuição do afeto e da vontade e perda de contato com o mundo circundante).

Para o autor, 50% das pessoas com esquizofrenia são hospitalizadas apenas uma vez e que em 60% dos casos, com um tratamento adequado, consegue-se uma reintegração social e profissional satisfatória.

As pesquisas destes autores apontam o percurso que a ciência tem feito sobre o acompanhamento do familiar do portador de esquizofrenia em sua recuperação, levando a um consenso científico sobre a necessidade e importância de inserir estratégias psicossociais focalizadas no doente e na família o que promoverá uma maior qualidade de vida do mesmo.

## **4.2 Qualidade de Vida**

As transformações da assistência pública em saúde mental, a partir da reforma psiquiátrica, vêm despertando o interesse de estudiosos e pesquisadores, valorizando assim o sofrimento psíquico, buscando construir novas formas de lidar, em especial com as psicoses (Caldas e Xavier, 1997).

A reforma psiquiátrica brasileira tem produzido uma série de mudanças no campo da saúde mental que afetam as famílias e a sociedade de maneira geral, tais como: o processo de desinstitucionalização; a resignificação da loucura; a proposição do Modelo Psicossocial; o deslocamento do objeto doença para o cuidado com o sujeito do sofrimento psíquico; e, também a ampliação de uma discussão puramente técnica entre profissionais para o desenvolvimento de políticas sociais que dêem suporte às novas práticas e concepções em saúde mental (Silva, 2007).

É nesse contexto que se fazem relevantes discussões sobre a compreensão da qualidade de vida de doenças mentais crônicas e aqui neste estudo, a qualidade de vida de portadores de esquizofrenia.

Destacamos a relevância social de pesquisas sobre a qualidade de vida de pessoas com esquizofrenia no cenário brasileiro, pois estes estudos contribuem para aperfeiçoar os serviços de atendimento já existentes, bem como possibilitam a reflexão pelos gestores do sistema de saúde, sobre a necessidade de ampliação dos incentivos e, conseqüentemente, de formação continuada das equipes que atuam na área (Lehman, 1982).

Para Sartorius (1995) a principal meta da reabilitação em psiquiatria deve ser melhorar a qualidade de vida dos pacientes, conforme percebida por eles mesmos e pelos familiares. Desse modo, o incremento da qualidade de

vida é o critério fundamental para avaliar o sucesso de um programa de reabilitação psiquiátrica.

Ao contrário do que pode parecer, a preocupação com o estilo de vida é muito antiga, e surgiu com Sócrates por volta de 400 a. C. (Andajur, 2006).

A origem exata da ideia de qualidade de vida é desconhecida. O conceito parece ter surgido no período após a 2ª Guerra Mundial, refletindo o aumento do padrão de vida em muitas sociedades ocidentais no pós-guerra. Segundo Aragon (1992) este conceito surgiu a partir de interesse de ambientalistas, na tentativa de identificar em grupos humanos as consequências decorrentes das relações entre a população, os recursos, o meio ambiente e o nível de desenvolvimento.

No entanto, o termo qualidade de vida foi mencionado pela primeira vez por Lyndon Johnson, Presidente dos Estados Unidos, em 1964. Na ocasião, este afirma que os objetivos de uma nação não podem ser mensurados através de balanço bancário, mas sim, da qualidade de vida proporcionada às pessoas (Fleck et al., 1999).

De acordo com Katsching (2000), o primeiro uso documentado do termo “qualidade de vida” em um periódico médico foi um editorial de J. R. Elkinton, no “Annals of Internal Medicine” em 1966, com o título de “Medicine and Quality of Life”.

Para Flanagan (1996), os esforços para medir a qualidade de vida da população surgiram inicialmente durante a década de 50, nos EUA, com a “Eisnhover Commission on National Goals” e no Brasil por volta dos anos 70.

Oommen (1990) refere que os elementos necessários para construir um índice de qualidade de vida incluem a mudança na abordagem do Estado e do movimento social. Esta condição é necessária para que o indicador se torne um instrumento social de transformação e de evolução político-social, deixando seu caráter de manutenção do status para adquirir um caráter de indução de mudanças. Outro aspecto epistemológico é entender o discurso do indicador e saber que sempre está subordinado a uma variável de nível superior que lhe dá o contexto (Samaja, 1999).

A busca da qualidade de vida amplia o universo das ações possíveis, recompõe a característica multifatorial e multidisciplinar nos fenômenos da

saúde e ressalta a importância da ação intersetorial, da participação ativa dos indivíduos e da comunidade ao nível local (Terris, 1996).

Será considerado neste estudo a definição dada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1947, para a qualidade de vida por ser até o momento aceita e que retrata com mais fidedignidade o mesmo quando afirma que é 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, dividindo-se em quatro dimensões básicas sugeridas pela mesma; saúde mental, saúde física, relacionamento social e condições ambientais de vida.

O conceito de qualidade de vida é abrangente, pois interliga diversas abordagens e problemáticas. No domínio da produção técnica destacam-se três âmbitos complementares que são fundamentais para a análise da qualidade de vida (Suzuki, 2002).

O primeiro âmbito trata da distinção entre os aspectos materiais e imateriais da qualidade de vida. Os aspectos materiais dizem respeito às necessidades básicas, como as condições de habitação, o abastecimento de água e o sistema de saúde, ou seja, os aspectos de natureza física e infra-estrutural. Historicamente, para sociedades menos desenvolvidas essas questões materiais eram decisivas ou pelo menos tinham uma focalização muito grande. Atualmente, as questões imateriais mais ligadas ao ambiente, ao patrimônio cultural e ao bem-estar tornaram-se centrais.

Um segundo âmbito faz a distinção entre os aspectos individuais e coletivos. Os componentes individuais relacionam-se principalmente com a condição econômica, pessoal e familiar; enquanto os coletivos estão diretamente ligados aos serviços básicos e públicos.

O terceiro âmbito seria a diferença entre aspectos objetivos da qualidade de vida, que são facilmente apreendidos por meio da definição de indicadores de natureza quantitativa, e os aspectos subjetivos, que remetem à percepção subjetiva que os indivíduos têm sobre qualidade de vida, o que varia conforme a pessoa e o estrato social.

A qualidade de vida, especialmente a partir do século XX começa a repercutir com maior seriedade nos âmbitos econômico, social e da saúde. Sua mensuração serve como parâmetro entre estudos de tratamento

evidenciando características importantes que podem auxiliar na compreensão da escolha terapêutica, pois permite a identificação dos aspectos da qualidade de vida afetados pela terapia proposta.

Esses dados comparativos podem: (a) fornecer informações a respeito da resposta de diferentes pacientes ou grupos de pacientes; (b) subsidiar o prognóstico de resultados terapêuticos individuais, já que estudos têm demonstrado que há relação entre qualidade de vida e prognóstico clínico; (c) auxiliar na avaliação da eficiência de um procedimento, pois recentemente, além da avaliação da eficácia, da efetividade e da segurança, a qualidade de vida, por fornecer indicativos subjetivos acerca de um tratamento proposto tem sido incluída como um importante diferencial entre procedimentos terapêuticos. A avaliação da qualidade de vida também fornece informações úteis ao profissional na escolha dos diferentes procedimentos terapêuticos (Fayer e Machin, 2000; Berlin e Fleck, 2003).

As propostas de promoção da saúde, apresentadas pela 1ª vez na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Ottawa, 1986, entendem a saúde, como elemento importante no conjunto de condições indispensáveis à QV. As estratégias de promoção da saúde voltam-se para estilos de vida e condições sociais, econômicas e ambientais que determinam a saúde e, de forma ampla, a QV. Dessa forma, as ações em prol da saúde demandam a participação dos diversos setores da sociedade (Souza; Carvalho, 2003).

Cientificamente existe crescente interesse pela avaliação da QV, pois esta atua como indicador nos julgamentos clínicos de doenças específicas ou simplesmente reflete a realidade social do grupo em questão.

Carlsson et al. (2002) defendem que a avaliação investigativa da QV deve considerar a distinção existente entre qualidade de vida subjetiva e qualidade de vida objetiva. A QV subjetiva diz de um “bem estar” geral e não está diretamente relacionada à ausência de enfermidade. Já a QV objetiva refere-se a elementos sociais e culturais aceitos como mantenedores da comodidade material, somados ao status social e à saúde mental e física.

Mesmo diante da falta de consenso e da multiplicidade de possibilidades de interpretação sobre o conceito de QV, parece existir uma harmonia no entendimento de que qualidade de vida, deve ser considerada como uma

experiência subjetiva, que está intimamente relacionada a sentimentos e construções subjetivas de cada sujeito. Partindo desse pressuposto, ficam como consenso que a melhor definição sobre QV deve ser declarada de acordo com a percepção individual de cada sujeito sobre seus valores, expectativas e condição de vida (Veronez, 2007; Souza e Coutinho, 2006; Seidl e Zannon, 2004; Campos e Caetano, 1998).

### **4.3 Qualidade de vida na psiquiatria e na esquizofrenia**

Baker e Imtagliata (1982) ressaltam que várias razões contribuem para que se considere a qualidade de vida em psiquiatria. Em primeiro lugar, dado o conhecimento médico atual sobre as doenças mentais graves, aumentar a satisfação dos portadores desses transtornos parece ser um objetivo mais realista do que a cura.

Em segundo lugar, os serviços voltados aos cuidados desses pacientes são organizados a partir de um conjunto complexo de intervenções medicamentosas e psicossociais, voltadas à suas necessidades. Avaliar direta ou individualmente cada intervenção torna-se difícil, tendo em vista um caráter multidimensional dos diversos programas. A qualidade de vida, por ser uma variável que mede várias dimensões, reflete a intenção de variáveis que, vistas isoladamente, seriam pouco significativas.

Em terceiro lugar, o conceito de qualidade de vida possibilita aos serviços ter como objetivo terapêutico também a melhora das condições de vida e da satisfação do paciente.

Em quarto lugar, a qualidade mais que quantidade de vida, é um tema com domínio cada vez maior nas políticas de saúde. Somada a esses pontos, a presença de efeitos colaterais dos medicamentos e questões de adesão ao tratamento são parâmetros que se relacionam com a qualidade de vida.

Os estudos sobre qualidade de vida abrem uma possibilidade de trato do paciente como pessoa, e não meramente como um caso, refletindo em uma maior orientação acerca do cuidado da saúde, bem como na orientação do trabalho dos profissionais envolvidos (Lehman et al., 1982).

O estudo de Garrison (1978) revela modelos de construção de redes sociais assistenciais para portadores de transtornos mentais, incluindo a esquizofrenia, após a saída de instituições psiquiátricas, fornecendo relacionamentos de suporte e participação em associações voluntárias de não parentes, dentro da própria comunidade. Tais sustentações serviram para diluir a grande dependência do esquizofrênico em um ou mais membros da família, tornando possível a restauração de relações de redes sociais reais.

Lehman et al., (1982) apontam para baixa qualidade de vida do paciente com esquizofrenia em várias situações do cotidiano. Segundo os autores, esses pacientes são normalmente desempregados, não se casam, possuem sintomas residuais e incapacitantes para algumas atividades; as relações sociais são limitadas, existe certa distância das famílias, e os pacientes são desprovidos de suporte financeiro.

Segundo Corrigan e Buican (1985), os pacientes portadores de transtornos mentais graves não referem necessariamente um senso de bem estar geral ou uma qualidade de vida adequada em função da diminuição da sua sintomatologia psiquiátrica após o tratamento. Estes autores sugerem, inclusive, que a qualidade de vida deva ser utilizada como um desfecho distinto à diminuição dos sintomas no tratamento de pacientes com transtornos mentais.

As pesquisas de qualidade de vida em doentes mentais crônicos têm como propósito estabelecer um perfil atual ou comparar grupos transversalmente, monitorar efeitos de mudanças da qualidade de vida sobre aspectos da evolução clínica ou avaliar a qualidade de vida como parâmetro longitudinal primário da evolução em estudos de intervenção (Lehman & Burns, 1985).

Qualidade de vida também aparece na literatura como um dos itens de avaliação em investigações de custo-benefício de novas drogas para o tratamento da esquizofrenia (Meltzer et al., 1993).

Nos últimos 15 anos houve um crescimento no interesse por estudos de qualidade de vida dos portadores de transtornos mentais graves, como por exemplo, a esquizofrenia. Estudos epidemiológicos vêm sendo realizados

com o objetivo de relacionar a qualidade de vida e saúde mental (Aragon, 1992).

Oliver et al. (1996) apontam, entre outros fatores para o fechamento dos hospitais psiquiátricos e o processo de desinstitucionalização estão sendo determinantes na maior atenção que os estudos sobre qualidade de vida passou a receber no campo da saúde mental, na medida em que a melhora das condições clínicas e da qualidade de vida dos egressos desses hospitais representam objetivos centrais desse processo de reintegração.

Segundo o relatório mundial de saúde a prestação de cuidados, com base na comunidade, tem melhor efeito sobre o resultado e a qualidade de vida de pessoas com perturbações mentais crônicas do que o tratamento institucional. A transferência de doentes dos hospitais psiquiátricos para a comunidade é também eficaz em relação ao custo e respeita os direitos humanos.

Para a OMS (2001) os serviços de saúde mental devem ser prestados na comunidade, fazendo uso de todos os recursos disponíveis. Os serviços de base comunitária podem levar a intervenções precoces e limitar o estigma associado com o tratamento.

O impacto da doença sobre a qualidade de vida desses pacientes tem sido objeto de escuta e avaliações e seus resultados têm influenciado a intencionalidade ética de governos e prestadores de serviço, passando a considerar a efetividade dos tratamentos do ponto de vista dos usuários, bem como da eficácia e eficiência das respostas que estão sendo proporcionadas pelo serviço (OMS, 2001).

Para Marcolin (1998) do ponto de vista da Saúde Pública também é muito importante o estudo da qualidade de vida de pacientes portadores de doenças mentais, visto que à medida que há melhora nesse campo, menores são as taxas de internações psiquiátricas, menor a sobrecarga para a família e/ou sistema de saúde, com conseqüente economia de recursos, pois as doenças mentais, dentre elas a esquizofrenia, estão entre as mais custosas para a sociedade.

Pitta (2000) destaca a importância da discussão sobre qualidade de vida de pessoas com transtornos mentais graves quando se abandona o eixo exclusivo da emissão de sintomas ou qualquer outra concepção de cura

idealizada na clínica e se passa a operar sob uma lógica de promoção à saúde e à vida mesmo daqueles que padecem com estes transtornos e com frequências persistentes.

Buscar escutá-los e imaginar com eles que existem possibilidades mais saudáveis de arranjar suas vidas, tendo garantida a satisfação de necessidades objetivas (morar, comer, trabalhar) e subjetivas (desejos, fantasias, amores, felicidade) conforme a cultura e os valores que lhe sejam próprios, balizados, é certo, por convenções universais.

O desenvolvimento de instrumentos de avaliação de qualidade de vida específicos para pacientes psiquiátricos teve início na década de 80. Essas medidas eram particularmente voltadas para portadores de doenças crônicas e incapacitantes, com predomínio do diagnóstico de esquizofrenia (Baker e Imtagliata, 1982; Becker, Diamond e Sainfort, 1993).

Há três campos de aplicação de medidas de qualidade de vida: estudos descritivos, nos quais qualidade de vida de várias populações mentalmente comprometidas é estudada e comparada; estudos de associação nos quais várias características dos pacientes são associadas à qualidade de vida; estudos de intervenção, nos quais qualidade de vida é usada como medida de desfecho (Maln, Mary e Dencker, 1981; Henrich, Hanlon e Carpenter, 1984; Skantze et al., 1992).

Devido a limitações próprias de quem é portador de uma doença mental grave em compreender o conteúdo ou manter-se nas respostas de um determinado questionário é mais adequado que o instrumento seja aplicado por um entrevistador treinado, pois a ausência do treinamento pode contribuir para variações nos resultados, representando erros na mensuração (Lehman et al., 1996). Estes autores destacam ainda que devido às alterações psicopatológicas, ocorrem prejuízos na percepção de sua qualidade de vida.

Em seus estudos, cinco instrumentos foram selecionados e são destinados a estes pacientes por possuírem propriedades psicométricas aceitáveis e por cobrirem domínios singulares:

- Oregon Quality of Life Questionnaire (OQLQ)
- Lehman Quality of Life Interview (QOLI)
- Lancashire Quality of Life profile (LQOLP)
- Quality of Life Self-Assessment Inventory (QLSAI)

- Quality of Life Scale (QLS)

Coppini e Jorge (2006) incluem também estes instrumentos aos já citados por Lehman & Burns (1996). São eles:

- Quality of Life Interview (QLI)
- Quality of Life Mental Health Index (QLMHI)
- Índice de Calidad de Vida (QLI-SP)

Esses instrumentos são, de fato, apropriados para avaliar a qualidade de vida de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, como é o caso da esquizofrenia, porém a escolha do instrumento adequado depende do objetivo da mensuração da qualidade de vida.

Becker e Diamond (1997) destacam que esses instrumentos são adequados a avaliação de programas e/ou tratamentos específicos voltados para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes por possuírem boas propriedades psicométricas, que possam medir objetiva e subjetivamente os diferentes domínios da vida dessas pessoas.

Vários foram os estudos que buscaram avaliar a qualidade de vida dos pacientes esquizofrênicos sob diferentes aspectos, objetivos e subjetivos (Skantze, 1998), tais como efeitos dos sintomas depressivos (Meltze, 1990) e efeitos colaterais de medicamentos sobre a QV; cronicidade, hospitalizações e QV (Mercier, 1994); atividades da vida diária e relações sociais e emocionais e QV (Skantze, 1992), bem como com outros transtornos, utilizando instrumentos diversos que atendiam as especificidades de cada um em suas análises.

Em um estudo de Lehman et al. (1983), em Los Angeles, tendo como amostra 278 doentes mentais crônicos, sendo 156 portadores de esquizofrenia, morando em pensões protegidas, buscou-se avaliar a percepção que tinham de suas próprias vidas comparando com a população geral americana e concluíram que esses pacientes revelaram estar menos satisfeitos que a população geral na maior parte das áreas, afetada principalmente por problemas sociais como, finanças, desemprego, segurança, relações familiares e sociais. Para tal estudo foi utilizada a EQV, desenvolvida para esta pesquisa, abrangendo áreas da vida selecionadas com base em estudos prévios de pacientes psiquiátricos e em inquéritos populacionais de qualidade de vida.

Skantze et al. (1992) estudaram uma população de 61 pacientes esquizofrênicos morando na comunidade e concluíram que as áreas

particulares de insatisfação foram relações sociais, trabalho, saúde mental e experiência interior. Foi evidenciado diferenças na qualidade de vida em relação à idade, nível educacional e status do trabalho, ou seja, o reconhecimento da psicopatologia e das deficiências influencia a qualidade em uma extensão maior que os demais fatores.

A QV de 36 pacientes com Transtorno Obsessivo Compulsivo - TOC foi comparada com amostras de pacientes esquizofrênicos (Bober et al., 2001). Os pacientes com TOC apresentaram qualidade de vida semelhante no domínio de saúde mental, embora no domínio de saúde física e QV fosse mais alta.

Por meio da Escala de Avaliação Global do Funcionamento - AGF - foram avaliados 52 pacientes internados no departamento de psiquiatria de um hospital escola dos EUA (Calvocoressi et al., 1998). Destes, 17 eram portadores de TOC, 17 estavam com depressão e os 17 restantes tinham esquizofrenia. Os resultados apontaram escores mais baixos em pacientes com esquizofrenia, embora o desempenho no trabalho e nas atividades diárias tenha sido semelhante entre o grupo de portadores de TOC e o grupo de esquizofrênicos. De modo geral os pacientes com TOC não diferiram muito do grupo de esquizofrênicos.

Os portadores de esquizofrenia tendem a apresentar maiores limitações e comparam-se com pessoas doentes, o que resultaria em aspirações mais modestas do que os portadores de TOC, que tendem a expressar uma vida, muitas vezes, quase normal, o que faria com que estes últimos se comparassem com pessoas em geral, e não com portadores de doenças psiquiátricas, resultando em uma percepção maior de prejuízo nas relações sociais e na QV geral (Stengler et al., 2006).

Corrigan e Buican (1995) avaliaram a QV de 49 pacientes com doença mental grave, através da Quality of Life Interview para pesquisar se a avaliação subjetiva dos pacientes estava comprometida por sintomas psiquiátricos, funcionamento, suporte social e déficit intelectual. Os resultados apontam que a QV subjetiva não está significativamente associada a sintomas positivos. Sendo observada a associação entre depressão e QV subjetiva, bem como entre QV e funcionamento social.

Doyle e cols. (1999) buscaram identificar a forma como o insight poderia influenciar a percepção dos pacientes esquizofrênicos sobre suas condições

objetivas de vida. Para tal, utilizaram uma amostra de 40 pacientes e aplicaram a Lancashire Quality of Life Profile, a Standar Of Living Interview e a Insight Scale. Foi constatado que a pouca capacidade de insight pode influenciar de forma adversa o modo como alguns portadores de esquizofrenia avaliam suas condições de vida. Houve uma correlação significativa entre indicadores objetivos e subjetivos de qualidade de vida, para aqueles com boa capacidade de insight.

Hansson e cols. (2003) pesquisaram uma população de 418 esquizofrênicos de 10 diferentes centros do norte da Europa, buscando a associação entre necessidades clínicas e sociais e qualidade de vida. Utilizaram a Lancashire Quality of Life Profile e a Camberweel Assessment of Needs, os resultados apontaram uma associação positiva entre insatisfação de necessidade e deterioração da qualidade de vida. A melhora na percepção subjetiva da qualidade de vida não estava correlacionada ao fato de o paciente ter suas necessidades atendidas.

Em 2002, foi realizado um estudo com pacientes institucionalizados no Hospital Psiquiátrico São Pedro em Porto Alegre (Fleck et al., 2007). A amostra foi composta por 584 pacientes, 50% destes com diagnóstico de esquizofrenia. O objetivo do estudo foi avaliar o funcionamento global desses indivíduos com vistas a sua reinserção social, sendo a qualidade de vida uma das medidas avaliadas, através do WHOQOL-BREF. Os pacientes tiveram suas habilidades de funcionamento social e de autonomia acentuadamente afetados.

## 5 JUSTIFICATIVA

Atualmente as investigações sobre a qualidade de vida estão cada vez mais sendo desenvolvidas e difundidas cientificamente por pesquisadores de várias áreas, mais especificamente, dos profissionais em saúde.

Segundo Lehman et al. (1982) o termo qualidade de vida refere-se ao senso de bem-estar e satisfação experimentado pelas pessoas sob suas condições de vida cotidianas.

Qualidade de vida constitui uma área bem estabelecida de estudo nas doenças crônicas, com investigações em campos como oncologia, reumatologia, gerontologia e nefrologia. Contudo apenas recentemente passou a receber atenção maior no âmbito dos transtornos psiquiátricos (Oliver et al., 1996).

Segundo Mercier e Corten (1994), as investigações acerca da qualidade de vida no campo da saúde mental tem se referido, principalmente, às condições de vida objetivas e às percepções subjetivas dos pacientes.

Awad et al. (1997) afirmam que o interesse na qualidade de vida dos indivíduos com esquizofrenia começou como uma extensão da crescente preocupação com o retorno de doentes mentais crônicos à comunidade, em decorrência do movimento de desinstitucionalização ocorrido nos países desenvolvidos ocidentais nos anos 60 e 70.

Acrescentam ainda que questões como segurança pessoal, pobreza e isolamento social tornaram-se preocupações pessoais dos pacientes egressos de hospitais psiquiátricos, bem como seus familiares, profissionais de saúde e gestores de saúde.

A perspectiva atual sobre o processo de avaliação de pessoas com incapacidades psiquiátricas assume, baseada em dados empíricos, que os dados oferecidos pelos doentes acerca da sua qualidade de vida são fidedignos e consistentes, devendo por conseguinte ser valorizados (Voruganti et al., 1998).

Segundo Hewitt (2007), a avaliação da qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia por meio de instrumentos válidos, pode fornecer dados sobre aspectos das necessidades de cuidado que afetam seu humor, funcionamento, recuperação, tratamento e seus resultados.

Com a introdução na década de 90 do modelo psicossocial, então chamados de serviços substitutivos, criados com base na Reforma Psiquiátrica, através da mudança da atenção em saúde mental no Brasil, se identificou a necessidade de uma nova prática em saúde mental. Uma nova ética do cuidar, da premissa básica da autonomia possível e dos direitos humanos dos usuários de serviços de saúde mental (Delgado, 2004).

Com a busca pela humanização da Saúde Mental no Brasil e com o desenvolvimento da psiquiatria Comunitária, de acordo com Mercier (1994), uma parcela importante de pacientes portadores de doença mental grave passam a receber tratamento na comunidade e permanecem períodos prolongados sem internação ou em internações de curta permanência.

Este processo de reintegração social provoca novas questões relativas às propostas terapêuticas e de reabilitação psiquiátrica, de tal modo que a avaliação do grau de satisfação do paciente com o ambiente torna-se tão importante quanto à evolução clínica e funcional (Lamb, 1981).

Os instrumentos utilizados para avaliação da qualidade de vida em ensaios clínicos têm o objetivo de fornecer informações sobre a atitude do paciente frente ao tratamento e de diferenciar entre terapias que parecem igualmente seguras e eficazes. Medem também diferenças transversais na qualidade de vida entre pacientes em um ponto no tempo ou mudanças na qualidade de vida ao longo de um período de tempo longitudinalmente (Jambon & Johnson, 1997).

### 6.1 Cenário do estudo

O estudo foi realizado no Ambulatório de Egressos do Hospital Escola Portugal Ramalho, único hospital da rede pública do Estado e está subordinado a Universidade Estadual de Ciências da Saúde – UNCISAL, sendo considerado como hospital referência no estado de Alagoas. O mesmo possui 160 leitos. A internação é sempre feita de forma involuntária, porém acompanhada por familiares que se responsabilizam pela mesma, tendo em média a duração de 30 dias.

O ambulatório tem por objetivo atender pacientes portadores de transtornos mentais que foram internados no hospital e que após a alta passam a receber atenção multiprofissional mensalmente.

O atendimento inicia-se com a marcação da primeira consulta agendada pelo serviço social do hospital no momento da alta e encaminhada para o ambulatório, onde, na data marcada receberá atendimento após ter confirmado na recepção seu agendamento. Em seguida é direcionado para o setor de enfermagem para a pré-consulta onde é verificado pressão arterial e peso, pelos técnicos de enfermagem, após tal procedimento, o paciente é encaminhado ao médico que faz sua avaliação e prescrição da medicação cabível ao transtorno e quadro apresentado.

Posteriormente é atendido pela enfermeira que orienta ao paciente e seu familiar ou acompanhante sobre a tomada da medicação, bem como questiona se o usuário cumpriu a prescrição médica anterior.

A nutricionista presta atendimento observando a dieta dos pacientes, tendo um olhar diferenciado para aqueles que adquiriram aumento ou perda de peso devido à medicação ou que tenham diabetes ou sejam hipertensos.

O psicólogo faz atendimento psicoterápico individual ou em grupo semanalmente, porém em alguns casos mais comprometidos psiquicamente faz acolhimento e apoio. A assistente social atende ao paciente e sua família através de grupos operativos e atendimento individual visando sanar as dificuldades vinculadas a benefício, aposentadoria, carteira de passageiro especial, entre outros.

Todos esses atendimentos são viabilizados mediante a atuação do corpo técnico administrativo e de enfermagem. Após esse processo a consulta para o mês seguinte é marcada e o paciente segue para a farmácia do hospital, onde retira a medicação prescrita.

## **6.2 Desenvolvimento da pesquisa**

O estudo piloto foi realizado em 2008, com o objetivo de adequação dos instrumentos e do aplicador. Estes dados coletados não foram utilizados no banco de dados final. O período de coleta de dados da amostra composta por 102 pacientes foi entre janeiro de 2008 e fevereiro de 2009. Não houve casos de recusa ou desistência durante ou após a aplicação dos questionários elencados para esta pesquisa neste período.

## **6.3 Delineamento do estudo**

### **6.3.1 Tipo de estudo**

Estudo transversal analítico.

### **6.3.2 Amostragem**

Amostra de conveniência

### **6.3.3 Sujeitos da pesquisa**

Participaram desse estudo 102 pacientes portadores de esquizofrenia com diagnóstico psiquiátrico baseado na CID-10. Os diagnósticos foram coletados nos prontuários dos pacientes.

Este estudo contemplou na amostra todos os tipos e estes serão apresentados no Quadro 1 – Critérios Diagnósticos para esquizofrenia da CID-10 (Anexo 1).

#### **6.3.4 Critérios de inclusão**

Os pacientes foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de elegibilidade: idade entre 18 e 60 anos de ambos os sexos, residentes em Maceió, cidades do interior de Alagoas ou em outros estados, que frequentaram o ambulatório há no mínimo dois meses consecutivos e que aceitaram participar.

#### **6.3.5 Critérios de exclusão**

Foram excluídos os portadores de esquizofrenia em tratamento ambulatorial menores de 18 anos e maiores que 60 anos, presença de retardo mental associado, incapacidade para se comunicar verbalmente e que tinham história de dependência de substância química.

#### **6.4 Instrumentos**

Foram utilizados dois instrumentos: Formulário de Coleta de Dados (FCD) (Anexo 3) construído especificamente para este estudo, contendo: identificação; dados sobre a doença; informações sobre atividades laborativas, sociais e religiosas.

Perfil de Qualidade de Vida Lancashire (Anexo 4) destinado a avaliação da qualidade de vida de pessoas portadoras de transtornos psiquiátricos graves, desenvolvido na Inglaterra (Oliver et. al, 1991). Foi traduzido e adaptado no Brasil (Coppini, 2001). Teve por base a Quality of Life Interview (Lehman, 1983). As nove áreas da vida objetiva são: trabalho e educação, lazer, religião, finanças, moradia, segurança, família, relações sociais e saúde.

Os aspectos subjetivos dessas áreas (satisfação) são avaliados através da Life Satisfaction Scale (LSS). A mesma possui uma escala de 7 pontos, que é entregue ao sujeito para que avalie sua satisfação em relação à área da vida. O escore para cada uma das áreas é obtido calculando-se a média dos escores de cada item contida nela. O escore total é obtido calculando-se a

média de todas as médias das nove áreas avaliadas, fornecendo assim, o índice de Qualidade de Vida Percebida. Possui questões abertas e inclui também uma avaliação do entrevistador.

É um instrumento de fácil aplicação, com boa aceitação por parte dos pacientes e profissionais da área. A duração média de aplicação é de 36 minutos e torna-se um dado relevante por conta da população-alvo, cuja tolerância para responder devido ao tempo é baixa (Coppini, 2001).

## **6.5 Coleta de dados**

### **6.5.1 Aplicação dos instrumentos**

Por se tratar de uma demanda espontânea em tratamento ambulatorial à medida que estes chegavam, seus prontuários eram identificados para que, após o atendimento multiprofissional, desde que se enquadrassem nos critérios de inclusão eram convidados a participar do estudo.

Os pacientes que aceitaram participar eram encaminhados a uma sala climatizada e adequada para a aplicação dos instrumentos que foi realizada após prévio treinamento para a condução dos mesmos.

Esta pesquisa respeitou todos os princípios éticos da resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e da Declaração de Helsinki de 2000.

Inicialmente foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (Anexo 2) e explicado com linguagem acessível os motivos da pesquisa científica, seu método e compromisso de manter em sigilo a identidade do sujeito da pesquisa. Caso fosse alfabetizado o paciente assinaria ou colocaria sua impressão digital se fosse analfabeto, atestando seu consentimento. O primeiro instrumento aplicado foi o Formulário de Coleta de Dados (FCD), seguido do Perfil de Qualidade de Vida Lancashire.

### **6.5.1.1 Considerações éticas para aplicação dos instrumentos**

Nesse estudo foram considerados os seguintes riscos:

1. Exposição dos participantes: este risco foi eliminado à medida que o paciente era convidado para o atendimento individual e lá eram explicados os motivos e interesses da pesquisa, portanto, estes não eram expostos aos demais usuários ou profissionais.
2. Quebra de sigilo das informações: tal fato não ocorreu, pois após a conclusão dos questionários, estes foram arquivados e salvos de qualquer contato público, não sendo, portanto, possível ter acesso as informações do conteúdo ou da identidade dos participantes.
3. Desconforto e mal-estar psicológico durante a entrevista: em alguns pacientes foi observado mudanças no tom de voz, na forma de falar e na linguagem gestual quando as perguntas feitas sobre as áreas de trabalho, relação familiar e afetiva evidenciavam limitações, conflitos e perdas reconhecidas, mas pelo fato do aplicador ser psicólogo, foi realizado apoio e todos os pacientes concluíram a aplicação.

## **6.6 Análise**

As variáveis estabelecidas para esse estudo foram: gênero; idade; grau de instrução; aspecto sócio econômico; número de internações e sintomatologia.

Os dados e análise foram processados pelo Softwer Statistical Package for Social Sciences (SPSS©) Versão 15.0 for Windows.

Inicialmente foi realizada uma análise descritiva das distribuições de frequências para as variáveis: idade, gênero, grau de instrução, aspecto sócio econômico, número de internação e sintomatologia com a qualidade de vida.

Foi aplicado um teste de hipótese não-paramétrico, Qui-quadrado de independência, para comprovar se existia diferença estatisticamente significativa entre as frequências nas variáveis analisadas em relação ao sexo, com nível de significância de 5%.

## **6.7 Considerações éticas**

Toda a pesquisa seguiu as diretrizes internacionais que tratam sobre pesquisa com seres humanos, destacando a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNCISAL, protocolo N° 737/07 e ratificado pelo CEP da UNIFESP sob protocolo N° 0309/09.

## 7 RESULTADOS

Na Tabela 1 estão descritas as variáveis sócio demográficas da amostra por sexo. A amostra foi composta por 102 pacientes ambulatoriais com diagnóstico clínico de esquizofrenia (CID-10), dos quais 51% eram do sexo masculino e 49% do sexo feminino. Quanto ao estado civil, 22,5% dos sujeitos eram casados, 56,9% solteiros, 17,6% divorciados, e 2,9% viúvos. Em relação ao grupo étnico houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos: enquanto entre os brancos houve uma maior porcentagem de mulheres, 78%, entre os negros a maior porcentagem foi de homens, 44,2% ( $p= 0,011$ ). Na variável escolaridade 51,9% dos pacientes concluíram o ensino fundamental e 35,3% eram analfabetos. Houve uma adesão a religiosidade de 89,2%. Dos entrevistados 66,7% informaram que sua renda era de um salário mínimo e 25,5% não possuíam nenhuma fonte de renda, 75,5% eram aposentados e recebiam algum benefício governamental.

**Tabela 1:** Características sócio-demográficas da amostra (n=102)

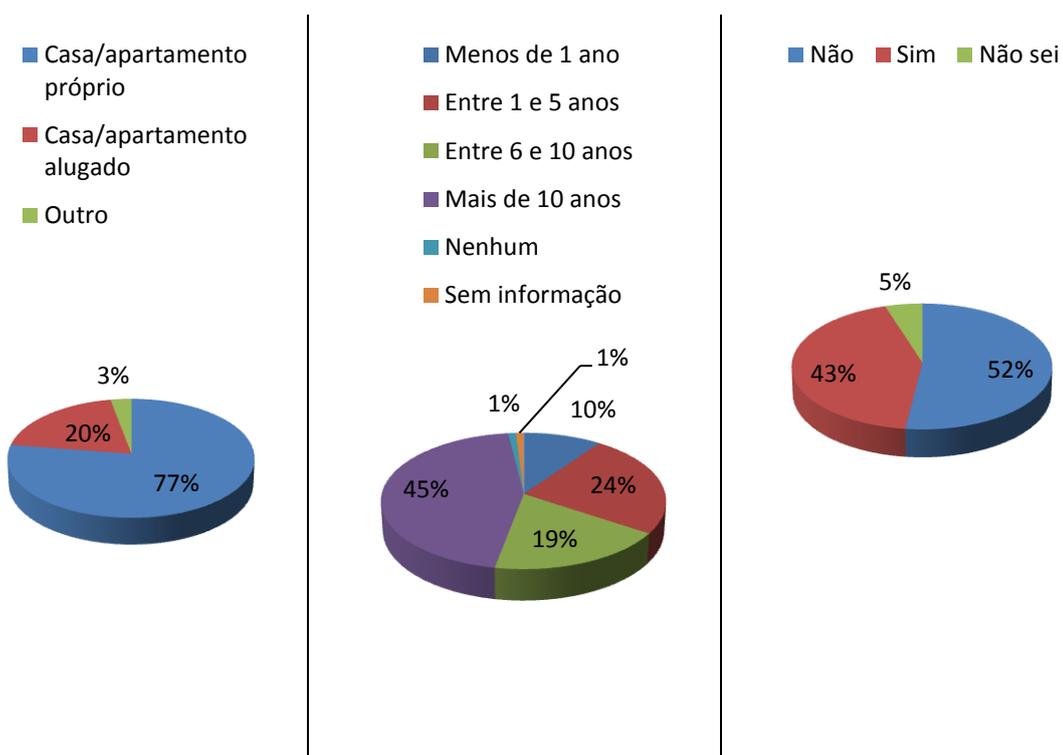
	Homens ( n = 52 )		Mulheres ( n = 50 )		Total	<i>p-valor</i>	
	n	%	n	%	n	&	
<b>Estado Civil</b>							0,347
Solteiro	32	61,5	26	52,0	58	56,9	
Casado	13	25,0	10	20,0	23	22,5	
Divorciado	6	11,5	12	24,0	18	17,6	
Viúvo	1	1,9	2	4,0	3	2,9	
<b>Naturalidade</b>							0,623
Alagoas	36	69,2	38	66,0	74	72,5	
Outros Estados	3	5,8	2	4,0	5	4,9	
Sem Informação	13	25,0	10	20,0	23	22,5	
<b>Grupo étnico</b>							0,011†
Branco	29	55,8	39	78,0	68	66,7	
Negro	23	44,2	10	20,0	33	32,4	
Sem Informação	0	0,0	1	2,0	1	1,0	
<b>Escolaridade</b>							0,193
Analfabeto	34	40,0	22	30,9	36	35,3	
Ensino Fundamental	29	55,8	24	48,0	53	51,9	
Ensino Médio	8	15,4	4	8,0	12	11,8	
Ensino Superior	1	1,9	0	0,0	1	1,0	
<b>Religião</b>							0,497
Católica	25	48,1	29	58,0	54	52,9	
Evangélica	19	36,5	17	34,0	36	35,3	
Espírita	1	1,9	0	0,0	1	1,0	
Nenhuma	7	13,5	4	8,0	11	10,8	
<b>Renda Mensal*</b>							0,396
Até 1 salário mínimo	35	67,3	33	66,0	68	66,7	
1-3 salários mínimos	3	5,8	3	6,0	6	5,9	
Acima de 3 salários mínimos	2	3,8	0	0,0	2	2,0	
Nenhum	12	23,1	14	28,0	26	25,5	
<b>Possui Aposentadoria</b>							0,333
Sim	40	76,9	37	74,0	77	75,5	
Não	12	23,1	13	26,0	25	24,5	

\*Valor do salário mínimo da época: R\$ 380,00

† p<0,05

O Gráfico 1 apresenta a variável sobre as condições de moradia, no qual 77% dos indivíduos (n=102) informaram que moravam em residência própria, 45% moravam em residência própria no mesmo lugar há mais de 10 anos, 43% da amostra morava com a família e 52% não moravam com a família.

**Gráfico 1:** Tipo de moradia, tempo de moradia e mora com a família (n=102)



A Tabela 2 apresenta a distribuição da amostra por atividades sociais, recreativas e laborais. Quanto ao engajamento em atividades sociais, 97,1 % da amostra não mantinha nenhuma atividade laborativa. Quarenta por cento dos homens utilizaram os finais de semana para o lazer, em relação a apenas 11,1% das mulheres, esta diferença foi estatisticamente significativa ( $p=0,024$ ). Foi observado diferença estatisticamente significativa na variável compras ( $p=0,049$ ) em relação ao gênero, indicando que o percentual de homens (63,5%) foi maior que o das mulheres (44%).

**Tabela 2:** Distribuição da amostra por atividades sociais, recreativas e laborais (n=102)

	Mulheres (n=50)		Homens (n=52)		Total (n=102)		p-valor
	n	%	n	%	N	%	
<b>Atividades laborais</b>							0, 581
Nenhuma	49	98,0	50	96,2	99	97,1	
Apenas 1	1	2,0	2	3,8	3	2,9	
<b>Atividades recreativas*</b>							0, 024
1 ou 2 vezes por mês	5	27,8	10	40,0	15	34,9	
Sempre nos finais de semana	2	11,1	10	40,0	12	17,9	
1 vez por mês	11	61,1	5	20,0	16	37,2	
Nenhuma	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Não sei	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Não desejo responder	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
<b>Atividades religiosas</b>							0, 780
Sempre nos finais de semana	19	38,0	15	28,8	34	33,3	
Uma vez ao mês	3	6,0	2	3,8	5	4,9	
Duas vezes por mês	8	16,0	8	16,0	16	15,7	
Poucas vezes ao ano	9	18,0	11	21,2	20	19,6	
Nenhuma	11	22,0	16	30,8	27	26,5	
<b>Evento esportivo</b>							0, 142
Não	44	88,0	40	76,9	84	82,4	
Sim	6	12,0	12	23,1	18	17,6	
<b>Compras*</b>							0, 049
Não	28	56,0	19	36,5	47	46,1	
Sim	22	44,0	33	63,5	55	53,9	
<b>Passeio de ônibus, carro, trem ou metrô</b>							0, 239
Não	26	52,0	21	40,4	47	46,1	
Sim	24	48,0	31	59,6	55	53,9	
<b>Assiste televisão, escuta rádio</b>							0, 385
Não	4	8,2	2	4,0	6	5,9	
Sim	45	91,8	48	96,0	93	91,2	
Não Informou	1	2,0	2	4,0	3	2,9	

\* p&lt;0.05

Na Tabela 3, são apresentados os resultados das análises realizadas para as variáveis clínicas. Quanto ao diagnóstico médico 31,4% (n=32) da amostra recebeu diagnóstico de Esquizofrenia Paranoíde (F20.0), 30,4% (n=31) de Esquizofrenia Não Especificada, 29,4% (n=30) de Esquizofrenia Hebefrênica, 2,9% (n=3) de Esquizofrenia Indiferenciada e 2% (n=2) de esquizofrenia Catatônica, Residual e Simples.

Quanto ao início da doença, 23,5% (n=24) da amostra tiveram o início há mais de 25 anos, 6,9% (n=7) nos últimos 25 anos, 18,6% (n=19) nos últimos 10 anos, 17,6% (n=18) há mais de 20 anos, 15,7% (n=16) nos últimos 15 anos, 11,8 (n=12) há 5 anos, 5,9% (n=6) não souberam informar.

Em relação ao início do tratamento ambulatorial 36,3% (n=37) iniciaram o tratamento nos últimos 10 anos, 21,6% (n=22) nos últimos 5 anos, 18,6% (n=19) nos últimos 15 anos, 11,8% (n=12) nos últimos 20 anos, 2,9% (n=3) há mais de 25 anos e 8,8% (n=9) não souberam informar o início do tratamento.

Para a variável quantidade de internações 42,2% (n=43) teve entre 1 a 5 internações, 19,6% (n=20) teve entre 6 a 10 internações, 16,7% (n=17) tiveram mais de 20 internações, 13,7% (n=14) tiveram de 11 a 15 internações, 16,7% (n=17) tiveram mais de 20 internações, 3,9% (n=4) tiveram entre 16 a 20 internações e a mesma porcentagem da amostra não soube informar quantas internações tiveram. Não houve diferença estatisticamente significativa quanto ao gênero em relação às variáveis clínicas.

**Tabela 3:** Distribuição da amostra quanto às variáveis clínicas (n=102)

Variáveis	Homens		Mulheres		Total		p-valor
	N	%	N	%	N	%	
<b>Diagnóstico do sujeito</b>							0, 689
Esquizofrenia Paranóide	15	28,8	17	34,0	32	31,4	
Esquizofrenia Heberfrênica	18	34,6	12	24,0	30	29,4	
Esquizofrenia Catatônica	1	1,9	1	2,0	2	2,0	
Esquizofrenia Indiferenciada	1	1,9	2	4,0	3	2,9	
Esquizofrenia Residual	2	3,8	0	0,0	2	2,0	
Esquizofrenia Simples	1	1,9	1	2,0	2	2,0	
Esquizofrenia Não Especificada	14	26,9	17	34,0	31	30,4	
<b>Início da doença</b>							0, 398
Últimos 5 anos	3	5,8	9	18,0	12	11,8	
Últimos 10 anos	12	23,1	7	14,0	19	18,6	
Últimos 15 anos	7	13,5	9	18,0	16	15,7	
Últimos 20 anos	11	21,2	7	14,0	18	17,6	
Últimos 25 anos	3	5,8	4	8,0	7	6,9	
Mais de 25 anos	12	23,1	12	24,0	24	23,5	
Não sei	4	7,7	2	4,0	6	5,9	
<b>Início do tratamento ambulatorial</b>							0, 065
Últimos 5 anos	9	17,3	13	26,0	22	21,6	
Últimos 10 anos	22	42,3	15	30,0	37	36,3	
Últimos 15 anos	6	11,5	13	26,0	19	18,6	
Últimos 20 anos	10	19,2	2	4,0	12	11,8	
Mais de 25 anos	1	1,9	2	4,0	3	2,9	
Não sei	4	7,7	5	10,0	9	8,8	
<b>Quantidade de internações</b>							0, 857
De 1 a 5 internações	19	36,5	24	48,0	43	42,2	
De 6 a 10 internações	11	21,2	9	18,0	20	19,6	
De 11 a 15 internações	9	17,3	5	10,0	14	13,7	
De 16 a 20 internações	2	3,8	2	4,0	4	3,9	
Mais de 20 internações	9	17,3	8	16,0	17	16,7	
Não sei	2	3,8	2	4,0	4	3,9	

Na Tabela 4 estão descritos as variáveis relativas às condições legais e de segurança. Oito por cento da amostra havia sido acusada de algum delito. Vinte por cento (n=20) havia sido agredido física ou verbalmente na vida, somente 6,9% (n=7) gostaria de ter tido ajuda policial ou auxílio legal. As diferenças encontradas entre as médias relacionadas a sexo não foram estatisticamente significantes.

**Tabela 4:** Distribuição da amostra nas variáveis condição legal e segurança (n=102)

Variáveis	Homens		Mulheres		Total		<i>p-valor</i>
	N	%	N	%	N	%	
<b>Acusado de algum delito</b>							0,461
Sim	4	7,7	4	8,0	8	7,8	
Não	10	19,3	15	30,0	25	24,5	
Não sei	38	73,0	31	62,0	69	67,7	
<b>Agredido física ou verbalmente</b>							0,480
Sim	13	25,0	7	14,0	20	19,6	
Não	8	15,4	15	30,0	23	22,5	
Não sei	31	59,6	28	56,0	59	57,8	
<b>Gostaria de ter tido ajuda policial ou auxílio legal</b>							0,251
Sim	5	9,6	2	4,0	7	6,9	
Não	46	88,5	48	96,0	94	92,2	
Não sei	1	1,9	0	0,0	1	1,0	

A Tabela 5 mostra a distribuição dos sujeitos nas variáveis familiares e sociais. As mulheres apresentaram uma incapacidade maior em participar de atividades familiares ( $p= 0,007$ ), o que aponta uma diferença estatisticamente significativa. Quarenta e oito por cento dos sujeitos ( $n=49$ ) informou que podem viver sem amigos, 37,3% ( $n=38$ ) disseram que tem um amigo íntimo, 51% da amostra ( $n=52$ ) tem um amigo a quem pode pedir ajuda e 32,4% ( $n=33$ ) nos últimos 7 dias da pesquisa visitou algum amigo. As demais variáveis relativas a estas relações e ao gênero não apresentaram diferenças estatisticamente significantes.

Tabela 4: Distribuição da amostra nas variáveis relações familiares e sociais ( $n=102$ )

Variáveis	Homens		Mulheres		Total		<i>p-valor</i>
	n	%	N	%	N		
Incapaz de participar de atividade familiar*	5	10,2	15	32,6	20	19,6	0,007
Pode viver sem amigos	25	52,1	24	47,9	49	48,0	0,838
Tem amigo íntimo	19	37,3	19	38,0	38	37,3	0,938
Tem um amigo a quem pedir ajuda	23	42,0	29	58,0	52	51,0	0,195
Nos últimos 7 dias, visitou algum amigo	17	33,3	16	32,0	33	32,4	0,886

\* $p<0,01$

Na Tabela 6 que descreve a distribuição da amostra nas variáveis de saúde, verifica-se que toda a amostra (n=102) consultou médico por doença psiquiátrica e toma remédio para problemas psiquiátricos, 99% da amostra (n=101) foi internado no ano anterior a pesquisa, 32,4% (n=33) esteve no hospital por problemas psiquiátricos, 30,4% (n=31) consultou médico por doença física e apenas 2% (n=2) apresentou problema físico que afetava sua movimentação. Analisando a variável idade na 1ª internação, 48% (n=49) tiveram sua primeira internação entre 16 a 25 anos, 17,6% (n=18) foram internos com idade até 15 anos, 16,7% (n=17) foram internados entre 26 e 35 anos, 7,8% (n=8) tinham entre 36 a 45 anos, 4,9% (n=5) tiveram seu primeiro internamento com idade acima de 45 anos, 21,6% (n=22) da amostra foi incapaz de ter ajuda de profissional de saúde na época acima citada.

Tabela 6: Distribuição da amostra nas variáveis de saúde (n=102)

Variáveis	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Consultou médico por doença física</b>	12	23,1	19	38,0	31	30,4
<b>Consultou médico por doença psiquiátrica</b>	52	100,0	50	100,0	102	100,0
<b>Esteve no hospital por problemas psiquiátricos</b>	13	25,0	20	40,0	33	32,4
<b>Toma remédio para problemas psiquiátricos</b>	52	100,0	50	100,0	102	100,0
<b>Problema físico que afeta movimentação</b>	2	3,8	0	0	2	2,0
<b>Foi internado</b>	52	100,0	49	98,0	101	99,0
<b>Idade na 1º internação psiquiátrica</b>						
Até 15	9	17,3	9	18,0	18	17,6
De 16 a 25	28	53,8	21	42,0	49	48,0
De 26 a 35	6	11,5	11	22,0	17	16,7
De 36 a 45	4	7,7	4	8,0	8	7,8
Acima de 45	2	3,8	3	6,0	5	4,9
<b>Incapaz de ter ajuda de profissional de saúde</b>	12	23,1	10	20	22	21,6

Os aspectos das análises para as características emocionais estão dispostas na Tabela 7. Observa-se que, 13,7% (n=14) afirmaram que se sentiram satisfeitos por realizar algo, 58,8% (n=60) sentiram que as coisas saíram do jeito que você queria, 30,4% (n=31) sentiram-se orgulhosos de si mesmos, 36,3% (n=37) relataram que sentiram-se particularmente entusiasmados ou interessados em algo, 47,1% (n=48) afirmaram que sentiram-se felizes na vida. Desta amostra 35,3% (n=36) não sentiram-se impacientes ou inquietos, 22,5% (n=23) informaram que não sentiram-se entediados, 40,2% (n=41) não sentiram-se deprimidos ou infelizes, 34,3% (n=35) não sentiram-se muito só ou distantes das outras pessoas, 34,3% (n=35) não sentiram-se aborrecidos porque foram criticados. Não houve diferença estatisticamente significativa em nenhuma característica em relação ao gênero.

Tabela 7: Características emocionais da amostra (n=102)

Variável	Mulheres n = 50		Homens n = 52		p-valor
	N	%	n	%	
<b>Sentiu satisfeito por realizar algo</b>					0,375
Sim	7	14,0	7	13,5	
Não	43	86,0	43	82,7	
Não sei	0	0,0	2	3,8	
<b>Sentiu que as coisas saíram do jeito que você queria</b>					0,264
Sim	27	54,0	33	63,5	
Não	21	42,0	19	36,5	
Não sei	2	4,0	0	0,0	
<b>Sentiu orgulho de você mesmo</b>					0,996
Sim	15	30,0	16	30,8	
Não	32	64,0	33	63,5	
Não sei	3	6,0	3	5,8	
<b>Sentiu particularmente entusiasmado ou interessado em Algo</b>					0,156
Sim	14	2	23	44,2	
Não	35	70,0	29	55,8	
Não sei	1	2,0	0	0,0	
<b>Sentiu feliz da vida</b>					0,184
Sim	20	20	28	53,8	
Não	24	48,0	22	42,3	
Não sei	6	12,0	2	3,8	
<b>Sentiu impaciente ou inquieto</b>					0,329
Sim	30	60,0	36	69,2	
Não	20	40,0	16	30,8	
Não sei	0	0,0	0	0,0	
<b>Sentiu entediado</b>					0,445
Sim	39	78,0	34	66,7	
Não	9	18,0	14	27,5	
Não sei	2	4,0	3	5,9	
<b>Sentiu deprimido ou infeliz</b>					0,615
Sim	30	60,0	28	53,8	
Não	18	36,0	23	44,2	
Não sei	2	4,0	1	1,9	
<b>Sentiu muito só ou distante das outras pessoas</b>					0,051
Sim	38	76,0	28	53,8	
Não	12	24,0	23	44,2	
Não sei	0	0,0	1	1,9	
<b>Sentiu aborrecido porque alguém criticou você</b>					0,665
Sim	34	68,0	31	59,6	
Não	15	30,0	20	38,5	
Não sei	1	2,0	1	1,9	

A Tabela 8 apresenta os resultados para a variável auto conceito, 73,5% (n=75) da amostra sente que é alguém de valor como os outros, 86,3% (n=88) sentem que tem qualidades, 51% (n=52) não afirmam que são fracassados, 50% (n=51) sentem-se capazes de fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas, 38,2% (n=39) sentem que têm do que se orgulhar, 68,6% (n=70), responderam que têm atitudes positivas a respeito de si mesmo, 76,5% (n=78) encontram-se satisfeitos consigo próprio, 84,3% (n=86) apresentaram desejo de ter mais respeito por si mesmos, 26,5% (n=27) não se sentiram inúteis algumas vezes, 32,4% (n=33) às vezes se acham bons. Não houve diferença estatisticamente significativa entre gênero e as variáveis do auto conceito.

Tabela 8: Característica da amostra em relação a auto conceito (n =102)

Variável	Mulheres n = 50		Homens n = 52		p-valor
	N	%	n	%	
<b>Sente que é alguém de valor como os outros</b>					0,161
Sim	39	78,0	36	69,2	
Não	10	2,00	10	19,2	
Não sei	1	2,0	6	11,5	
<b>Sente que tem qualidades</b>					0,072
Sim	46	92,0	42	80,8	
Não	4	8,0	5	9,6	
Não sei	0	0,0	5	9,6	
<b>Sente que é alguém fracassado</b>					0,611
Sim	26	52,0	22	42,3	
Não	23	46,0	29	55,8	
Não sei	1	2,0	0	0,0	
<b>É capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das Pessoas</b>					0,352
Sim	27	55,1	24	46,2	
Não	21	42,9	28	53,8	
Não sei	1	2,0	0	0,0	
<b>Sente que não tem muito do que se orgulhar</b>					0,353
Sim	31	62,0	29	55,8	
Não	18	36,0	21	40,4	
Não sei	1	2,0	2	3,8	
<b>Tem atitude positiva a respeito de você mesmo</b>					0,385
Sim	32	65,3	38	73,1	
Não	15	30,6	11	21,2	
Não sei	2	4,1	3	5,8	
<b>Está satisfeito consigo próprio</b>					0,636
Sim	36	73,5	42	80,8	
Não	11	22,4	9	17,3	
Não sei	5	10,0	4	7,7	
<b>Desejaria ter mais respeito por você mesmo</b>					0,818
Sim	41	82,0	45	86,5	
Não	4	8,0	2	5,8	
Não sei	5	10,0	4	7,7	
<b>Se sente inútil algumas vezes</b>					0,827
Sim	37	74,0	35	68,6	
Não	12	24,0	15	29,4	
Não sei	1	2,0	1	2,0	
<b>Às vezes não se acha tão bom</b>					0,883
Sim	32	64,0	31	59,6	
Não	15	30,0	18	34,6	
Não sei	3	6,0	3	5,8	

## 8 DISCUSSÃO

Com relação às variáveis sócio-demográficas, 77,4% dos pacientes não tinha companheiro (a) e 66,7% tinha baixa renda. Dos 102 sujeitos da amostra, 75,5% eram aposentados e recebiam algum benefício governamental. Entre os que se declararam brancos, 78% eram mulheres e enquanto que entre pretos e pardos as mulheres eram 20% ( $p=0,011$ ).

Apenas 2,9% da amostra referiam atividades laborais. Com relação à escolarização, 51,9% da amostra tinha apenas o ensino fundamental. Não é possível saber se este baixo nível de escolaridade está associado à doença, uma vez que não se dispõe da escolaridade média da população geral da qual esta amostra é proveniente.

Embora para 63,7% a doença tenha começado há mais de 15 anos somente 33% iniciaram tratamento ambulatorial neste período.

Quanto aos aspectos da qualidade de vida (QV) 19,0% dos homens utilizavam os finais de semana para o lazer enquanto apenas 4,1% das mulheres o faziam ( $p=0,016$ ); 63,5% dos homens saíam para fazer compras enquanto apenas 44% das mulheres o faziam ( $p = 0,049$ ); finalmente as mulheres apresentaram uma incapacidade maior em participar de atividades familiares do que os homens ( $p=0,007$ ). Cerca de 60% da amostra total referiu sintomatologia depressiva.

O presente estudo tem várias limitações: a amostra é de conveniência e não aleatória; trata-se de um estudo transversal, o que impede supor que exista uma relação causal entre as associações. Além disso, não foi utilizado um instrumento padronizado para a realização do diagnóstico psiquiátrico. Contudo, acredita-se que por ser o primeiro estudo quantitativo realizado em Alagoas sobre o tema, ele permita levantar hipóteses a serem testadas em estudos subsequentes.

### 8.1 Discussão com outros estudos

Com referência às características sócio demográficas, a associação positiva entre portadores de esquizofrenia e baixa percentagem de sujeitos

com atividades laborais (2,9%) pode ser devido a redução da volição para qualquer tipo de atividade, pois os dados mostram abandono gradual ou não engajamento em atividades escolares e laborais estando em concordância com o estudo de Cuadra e Apalategui (1991). Hofer et al. (2004) consideram as dificuldades que pacientes esquizofrênicos podem ter em trabalhos não-protetidos, decorrentes do déficit cognitivo e o estigma que acompanha o transtorno. Com relação à QV, diferentemente dos resultados apresentados por Chaves (2002), que apontam que as mulheres têm um melhor prognóstico em funcionamento social, no conjunto das atividades recreativas, o percentual de busca pelo lazer e outras atividades ligadas ao funcionamento social nesta pesquisa, foi maior nos homens do que nas mulheres. Ao contrário do observado por Röder-Wanner et al. (1997), é menor a proporção de empregados, casados e pessoas com maior renda mensal entre as mulheres esquizofrênicas em relação aos homens.

Esta associação de uma pior QV em alguns aspectos entre as mulheres em relação aos homens é o inverso do referido pela literatura. As mulheres, em geral, têm apresentações mais brandas de esquizofrenia, com início tardio e menor intensidade de sintomas negativos (Roy et al., 2001) (Gur et al., 1996) (Bardenstein & McGlashan, 1990). Essas diferenças clínicas, na literatura, aparentemente têm impacto sobre as condições objetivas de qualidade de vida desses indivíduos.

Uma hipótese para explicar a inversão do gênero observada no presente estudo seria a intervenção de características culturais locais, pois por ainda ter uma influência cultural do machismo no nordeste, as mulheres estão, em sua maioria subjugada a aprovação e permissão masculina, limitando assim, sua independência e autonomia. A melhor qualidade de vida dos pacientes do gênero masculino foi observada tanto em aspectos da avaliação objetiva (atividades recreativas) como em aspectos da avaliação subjetiva - sentir-se só, isolado (a) - 76% para as mulheres e 53,8% para os homens ( $p = 0,051$ ). Quando estratificado por grupo étnico, foi verificado que houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0,011$ ).

Sessenta por cento dos homens e 53,8% das mulheres referiram sentir-se deprimidos. A alta percentagem de sintomatologia depressiva observada nos pacientes da amostra pode estar associada a pior QV em concordância

com o referido por Araújo e Petribú (2002). Os sintomas depressivos, de forma independente do instrumento utilizado para mensurá-los, mostraram-se consistentemente associados a uma pior qualidade de vida em pacientes esquizofrênicos (Gaité et al., 2002). Por outro lado Souza & Coutinho referem que “a avaliação de depressão em pacientes esquizofrênicos é difícil, pois seus sintomas são "contaminados" por sintomas negativos da esquizofrenia ou sintomas extrapiramidais”.

O grupo formado por pacientes solteiros corresponde a 56,9% da amostra. Cardoso (2006) refere que o fato de o paciente ser solteiro esteja associado à baixa qualidade de vida. Norman et al. (2000) afirmam que o fato de pacientes apresentarem sintomas mais brandos, principalmente deficitários, podem torná-los mais propensos a casar.

Vinte e sete por cento dos sujeitos informaram que o início da doença se deu há mais de 25 anos. A cronificação da doença vai comprometendo o desempenho dos esquizofrênicos nas mais diversas áreas. Coelho e Pantaleão (1999) e Cardoso et al. (2006) consideraram a maior duração da doença como um fator associado à baixa QV dos pacientes.

Em relação ao convívio social, 52% dos pacientes não moravam com a família, 19,6% afirmaram terem se sentido incapazes de participar de atividade em família, 48% disseram que podiam viver sem amigos e 37,3% não tinham amigo íntimo. Fleck et al. (2007) refere que estes indicadores de um convívio social pobre podem estar associados ao longo tempo de internamento, estigma social, e até mesmo estigma intrafamiliar. Todos os participantes deste estudo (n=102) faziam uso de psicofármacos. (Cardoso et al., 2005) sugerem que quanto maior o número de medicamentos tomado por essa população mais grave é o quadro, o que se reflete em pior QV.

Tenger e Maia (2004) afirmaram que a incidência da esquizofrenia em crianças e jovens é rara. O início dos sintomas ocorre geralmente nos primeiros anos da vida adulta e deixa variados graus de prejuízo residual (Weiner, 1998). Neste estudo 48% tiveram sua primeira internação entre 16 e 25 anos e 17,6% até os 15 anos Este início precoce pode estar associado a um prognóstico pior e conseqüente pior QV.

## **9 CONCLUSÃO**

Este estudo permite supor que na amostra estudada, em concordância com a literatura, possa existir uma baixa qualidade de vida em esquizofrênicos tanto em itens do componente objetivo (por exemplo, ter atividade laboral e de lazer) como em itens do componente subjetivo (por exemplo, sentir-se só, isolado).

Em desacordo com a literatura, os homens referem em vários itens objetivos e subjetivos uma melhor QV do que as mulheres. Fatores sócio-culturais podem estar associados. São necessários novos estudos, tanto quantitativos prospectivos, quanto qualitativos, para comprovar e explicar esta observação.

## Anexo 1: Critérios Diagnósticos para Esquizofrenia do CID-10

### F20.0 Esquizofrenia paranóide

- A. Os critérios gerais para esquizofrenia (F20.0F20.3) devem ser satisfeitos.
- B. Delírios ou alucinações devem ser proeminentes (tais como delírios de perseguição, referência, ascendência importante, missão especial, mudanças corporais ou ciúme; vozes ameaçadoras ou imperativas, alucinações olfativas, de sensações sexuais ou outras corporais).
- C. Afeto embotado ou incongruente, sintomas catatônicos ou discurso incoerente não devem dominar o quadro clínico, embora possam estar presentes em grau leve.

### F20.1 Esquizofrenia hebefrênica

- A. Os critérios gerais para esquizofrenia (F20.0F20.3) devem ser satisfeitos.
- B. Qualquer um dos seguintes deve estar presente:
  - (1) afeto indubitável e mantidamente embotado ou superficial;
  - (2) afeto indubitável e mantidamente incongruente ou inapropriado.
- C. Qualquer um dos seguintes deve estar presente:
  - (1) comportamento sem propósito e desconexo, uma vez dirigido a um objetivo;
  - (2) transtorno indubitável do pensamento, manifestado como um discurso que é desconexo, cheio de divagações ou incoerente.
- D. Alucinações ou delírios não devem dominar o quadro clínico, embora possam estar presentes em um grau leve.

### F20.2 Esquizofrenia catatônica

- A. Os critérios gerais para esquizofrenia (F20.0F20.3) devem eventualmente ser satisfeitos, embora isso possa não ser possível inicialmente, se o paciente está sem se comunicar.
- B. Por um período de pelo menos duas semanas um ou mais, dos seguintes sintomas catatônicos devem ser proeminentes:
  - (1) estupor (diminuição marcante da reatividade ao ambiente e redução dos movimentos e atividade espontâneos) ou mutismo;
  - (2) excitação (atividade motora aparentemente sem propósito, não influenciada por estímulos externos);
  - (3) postura inadequada (assunção e manutenção voluntária de posturas inapropriadas ou bizarras);
  - (4) negativismo (uma resistência aparentemente imotivada a todas as instruções ou tentativas de ser movido ou movimentado na direção proposta);
  - (5) rigidez (manutenção de uma postura rígida contra o esforço de ser movido);
  - (6) flexibilidade cêrea (manutenção dos membros e do corpo em posições externamente impostas);
  - (7) obediência automática (cumprimento automático de instruções) e perseveração de palavras e frases.

## **Anexo 1: Critérios Diagnósticos para Esquizofrenia do CID-10**

### **F 20.3 Esquizofrenia indiferenciada**

- A. Os critérios gerais para esquizofrenia (F20.0-F20.3) devem ser satisfeitos.
- B. Qualquer um dos seguintes deve se aplicar:
  - (1) sintomas insuficientes para satisfazer os critérios para qualquer um dos subtipos F20.0, F20.1, F20.2, F20.4 ou F20.5;
  - (2) sintomas em número suficiente de forma que os critérios para mais de um dos subtipos em (1) acima sejam satisfeitos.

### **F20.4 Depressão Pós-esquizofrênica**

- A. Os critérios gerais para esquizofrenia (F20.0-F20.3) devem ter sido satisfeitos dentro dos últimos 12 meses, mas não são satisfeitos no presente momento.
- B. Uma das condições no critério G1 (2) a, b, c ou d para F20.2-F20.3 deve ainda estar presente.
- C. Os sintomas depressivos devem ser suficientemente prolongados, graves e extensos para fazer os critérios para episódio depressivo pelo menos leve (F32.0).

### **F20.5 Esquizofrenia residual**

- A. Os critérios gerais para esquizofrenia (F20.0-F20.3) devem ter sido satisfeitos em alguma época no passado, mas não são satisfeitos no presente momento.
- B. Pelo menos quatro dos seguintes sintomas “negativos” têm estado presente nos últimos 12 meses:
  - (1) lentificação psicomotora ou hipoatividade;
  - (2) embotamento afetivo indubitável;
  - (3) passividade e falta de iniciativa;
  - (4) pobreza da quantidade ou do conteúdo do discurso;
  - (5) pobre comunicação não-verbal através da expressão facial, olhar, modulação de voz ou postura;
  - (6) pobre desempenho social ou autocuidado.

### **F20.6 Esquizofrenia simples**

- A. Há um desenvolvimento lento, porém progressivo, durante um período de pelo menos um ano, de todos os três seguintes:
  - (1) uma mudança significativa e consistente na qualidade global de alguns aspectos do comportamento pessoal, manifestada como perda de vontade e interesses, falta de objetivos, ociosidade, uma atitude absorta em si própria e retraimento social;
  - (2) aparecimento e intensificação graduais de sintomas “negativos” tais como apatia marcante, escassez de discurso, hipoatividade, embotamento afetivo, passividade e falta de iniciativa e comunicação não-verbal pobre (por meio de expressão facial, olhar, modulação da voz e postura);
  - (3) declínio marcante no desempenho social, escolar ou ocupacional.
- B. Em momento algum há quaisquer dos sintomas referidos no critério G1

### **F20.8 Outra esquizofrenia**

### **F20.9 Esquizofrenia não especificada**

## **Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

<b>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>
---

O Sr<sup>(a)</sup> está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa sobre “Qualidade de Vida do portador de esquizofrenia”, com o objetivo de verificar os aspectos que determinam a qualidade vida neste grupo.

Nesta pesquisa o Sr (a) responderá a um questionário com 21 perguntas sobre os vários aspectos de sua vida que demorará aproximadamente 30 a 40 minutos para o preenchimento. Não é necessário que o Sr (a) saiba ler, pois a pesquisadora fará as perguntas e anotarás as respostas. O Sr (a) não será identificado (a) em nenhum momento do estudo, pois não constará seu nome nem nenhum dado que possa lhe identificar.

O benefício direto para o Sr (a) será de ter a oportunidade de ter informações sobre serviços especializados que possam ajudá-lo a conviver com sua doença aderindo mais ao tratamento e ampliando seu interesse por atividades sociais de trabalho e lazer, além de estar ajudando a ciência a conhecer melhor as necessidades específicas da esquizofrenia.

Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos propostos neste estudo, o Sr (a) tem direito a tratamento médico na instituição bem como às indenizações legalmente estabelecidas.

Em qualquer momento poderá tirar suas dúvidas com a pesquisadora Carmen Rúbia no Ambulatório de Egressos do Hospital Escola Portugal Ramalho, todas as manhãs de segunda a sexta-feira de 07:00 às 12:00 horas, como também desistir da mesma, deixando de participar do estudo, sem qualquer prejuízo para o Sr (a).

A pesquisadora se compromete a utilizar os dados e o material coletado somente para a pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, tenho plena consciência dos riscos e dos benefícios deste estudo. Discuti com a pesquisadora responsável, a minha decisão em participar, não ficando dúvidas após as explicações sobre a minha participação, os objetivos do estudo e a garantia de confidencialidade. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que terei acesso a tratamento hospitalar se for

necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

Voluntário

---

Testemunha

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário para a participação neste estudo.

---

Carmen Rúbia Rangel Gomes

Pesquisadora responsável

### Anexo 3: Formulário de Coleta de Dados

1. Formulário de coleta de dados		
1.		Não foi realizado
2.		Foi preenchido parcialmente
3.		Foi preenchido completamente

2. Nome do pesquisador																											

3. Data de preenchimento																											
					/			/	2	0	0																

4. Hora do preenchimento																											
					h					m		i		n													

5. Nome do sujeito da pesquisa																											
1.																											
2.		Não sei																									
3.		Não desejo responder																									

6. Sexo		
1.		Feminino
2.		Masculino

	3.	Não sei
	4.	Não desejo responder

7. Estado civil		
	1.	Solteiro
	2.	Casado
	3.	Separado
	4.	Divorciado
	5.	Amasiado
	6.	Não sei
	7.	Não desejo responder

8. Idade		
	1.	Anos
	2.	Não sei
	3.	Não desejo responder

9. Nível de escolaridade		
	1.	Analfabeto
	2.	Analfabeto funcional
	3.	Ensino fundamental incompleto
	4.	Ensino fundamental completo
	5.	Ensino médio incompleto
	6.	Ensino médio completo
	7.	Ensino superior incompleto

	8.	Ensino superior completo
	9.	Não sei
	10.	Não desejo responder

<b>10. Início da doença</b>		
	1.	Últimos 5 anos
	2.	Últimos 10 anos
	3.	Últimos 15 anos
	4.	Últimos 20 anos
	5.	Últimos 25 anos
	6.	Mais de 25 anos
	7.	Não sei
	8.	Não desejo responder

<b>11. Início do tratamento ambulatorial</b>		
	1.	Últimos 5 anos
	2.	Últimos 10 anos
	3.	Últimos 15 anos
	4.	Últimos 20 anos
	5.	Últimos 25 anos
	6.	Mais de 25 anos
	7.	Não sei
	8.	Não desejo responder

**12. Quantidades de internações psiquiátricas**

1.	De 1 a 5 internações
2.	De 6 a 10 internações
3.	De 11 a 15 internações
4.	De 16 a 20 internações
5.	Mais de 20 internações
6.	Não sei
7.	Não desejo responder

**13. Desempenho das atividades laborativas**

1.	Nenhuma
2.	Apenas uma
3.	Duas atividades
4.	Três atividades
5.	Não sei
6.	Não desejo responder

**14. Participação em atividades sociais e recreativas**

1.	Nenhuma
2.	Uma ou duas vezes por mês
3.	Sempre nos finais de semana
4.	Uma vez por mês
5.	Não sei
6.	Não desejo responder

<b>15. Participação em atividades religiosas</b>	
1.	Sempre nos finais de semana
2.	Uma vez por mês
3.	Uma ou duas vezes por mês
4.	Pouca vezes ao ano
5.	Não participo de nenhuma atividade religiosa
6.	Não sei
7.	Não desejo responder

## **Anexo 4: Perfil de Qualidade de Vida Lancashire**

### **Perfil de Qualidade de Vida Lancashire**

No do questionário: \_\_\_\_\_

No do prontuário: \_\_\_\_\_

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Endereço (opcional): \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Se o paciente se negar a ser entrevistado, por favor, anote as razões e pare aqui:

\_\_\_\_\_

*Hora do início:* \_\_\_\_\_

### **Sessão 1: Dados Pessoais do Paciente**

1.1. A idade do paciente é: \_\_\_\_\_ anos      Data de nasc.:

1.2. O paciente é do sexo: masculino feminino      Naturalidade:

1.3. O grupo étnico ao qual o paciente pertence é: branco negro oriental

outro \_\_\_\_\_

1.4. Qual é a escolaridade do paciente? \_\_\_\_\_

### **Sessão 2: Bem-Estar Geral**

2.1. Você pode me dizer como você se sente hoje, em relação a sua vida em geral?

(ESV) ( )

### Seção 3: Trabalho

3.1. Você desempenha alguma atividade remunerada? *sim*      *não*      *não sei*

3.2. (se sim) Qual é sua ocupação? \_\_\_\_\_

3.3. Quantas horas por semana você trabalha? \_\_\_\_\_ horas

3.4. Qual é o seu salário (bruto)? \_\_\_\_\_

*Quão satisfeito você está com (ESV):*

3.5. o seu trabalho (incluindo trabalho protegido)? ( )

3.6. a quantia de dinheiro que você recebe? ( )

3.7. estar aposentado ou desempregado? (se aplicável) ( )

### Sessão 4: Lazer

Nos últimos quinze dias, você tem:      *sim*      *não*      *não sei*

4.1. saído para praticar ou assistir algum evento esportivo? 1      2      3

4.2. saído para fazer compras?      1      2      3

4.3. saído para passear utilizando ônibus, carro, trem  
ou metrô ?      1      2      3

4.4. assistido televisão e escutado rádio?      1      2      3

4.5. Nos últimos 12 meses, houve momentos em que você  
gostaria de ter tido mais atividades de lazer mas foi incapaz? 1      2      3

*Quão satisfeito você está com (ESV):*

4.6. o prazer que você obtém com atividades de lazer realizadas em casa?

4.7. o prazer que você obtém com atividades de lazer que você faz fora de casa?

4.8. o prazer que você sente assistindo televisão ou ouvindo rádio?

### **Sessão 5: Religião**

5.1. Hoje, qual é sua religião?

a . católica    b. evangélica    c. espírita    d. judaica

e. outra \_\_\_\_\_    f. nenhuma

5.2. Nos últimos trinta dias, com que frequência você participou das cerimônias de sua Igreja? \_\_\_\_\_

*Quão satisfeito você está com (ESV):*

5.3. a sua fé e os ensinamentos de sua religião?

5.4. a frequência com que você participa das cerimônias de sua Igreja?

### **Sessão 6: Finanças**

6.1. Qual é sua renda total por mês? \_\_\_\_\_

6.2. Quais benefícios você recebe (se aplicável)? \_\_\_\_\_

6.3. Nos últimos 12 meses, você cancelou algum benefício que você recebia?

*sim    não    não sei*

6.4. Quanto dinheiro a mais por mês você precisaria para poder viver do jeito que você gostaria? R\$ \_\_\_\_\_

6.5. Nos últimos 12 meses, faltou dinheiro para você “curtir” melhor seu dia-a-dia?

*sim não não sei*

*Quão satisfeito você está com (ESV):*

6.6. a sua situação financeira?

6.7. a quantia de dinheiro que você tem para gastar com divertimento?

### **Sessão 7: Condição de Moradia**

7.1. Atualmente, você mora em que tipo de moradia?

a . albergue público    b. pensão    c. pensão protegida    d . enfermaria de  
hospital    e. casa/apartamento próprio f. casa/apartamento alugado  
g. outro \_\_\_\_\_    h. nenhum

7.2. Há quanto tempo você mora nesse lugar? \_\_\_\_\_ anos

7.3. Quantas pessoas moram com você? \_\_\_\_\_

7.4. Você mora com sua família?    *sim não não sei*

7.5. Nos últimos 12 meses, houve momentos em que você quis mudar ou melhorar suas

condições de vida nesse lugar mas foi incapaz?    *sim não não sei*

*Quão satisfeito você está com (ESV):*

7.6. as condições do lugar onde você mora incluindo as despesas, o local e a vizinhança?

7.7. o quanto de independência você tem nesse lugar?

7.8. o quanto de influência você tem nesse lugar?

7.9. morar com as pessoas com quem você mora?

7.10. o quanto de privacidade você tem onde mora?

7.11. a perspectiva de você morar nesse lugar por um longo tempo?

7.12. a perspectiva de voltar a morar num hospital (se aplicável)?

### **Sessão 8: Condição Legal e de Segurança**

8.1. No ano passado, você foi: *sim não não sei*

a . acusado de algum delito? 1 2 3

b. agredido física ou verbalmente, molestado ou vítima de  
algum outro tipo de violência? 1 2 3

8.2. Nos últimos 12 meses, houve momentos em que  
você gostaria de ter tido ajuda policial ou auxílio legal mas  
foi incapaz de obtê-la? 1 2 3

*Quão satisfeito você está com (ESV):*

8.3. a sua segurança pessoal em geral?

8.4. a segurança da vizinhança?

### **Sessão 9: Relações Familiares**

9.1. Qual é seu estado civil atual? \_\_\_\_\_

a . casado (a) b. solteiro (a) c. viúvo (a) d. divorciado (a)

e. separado (a) f. outro \_\_\_\_\_



10.6. o número de amigos que você tem?

**Sessão 11: Saúde**

Nos últimos 12 meses, você *sim não não sei*

11.1. tem consultado médico por causa de doença física? 1 2 3

11.2. tem consultado médico por problemas psiquiátricos? 1 2 3

11.3. esteve num hospital por problemas psiquiátricos? 1 2 3

11.4. você tem tomado remédio para problemas psiquiátricos? 1 2 3

11.5. você tem tido algum problema físico que afeta sua  
movimentação? 1 2 3

Já foi internado?

11.6. Quantos anos você tinha na sua primeira internação  
psiquiátrica? (se aplicável) \_\_\_\_\_ anos

11.7. Nos últimos 12 meses, houve momentos em que você quis ajuda médica ou de  
outro profissional da saúde mas foi incapaz de obtê-la? *sim não não sei*

*Quão satisfeito você está com (ESV):*

11.8. o estado geral de sua saúde?

11.9. a frequência com a qual você vê seu médico?

11.10. seu bem-estar mental?

Nos últimos trinta dias, você sentiu: *sim não não sei*

11.11. satisfação por ter realizado algo? + 1 2 3

11.12. que as coisas saíram do jeito que você queria? +	1	2	3
11.13.orgulho de você mesmo porque você foi elogiado por algo que você fez? +	1	2	3
11.14. particularmente entusiasmado ou interessado em algo?	1	2	3
11.15. “feliz da vida”?	1	2	3
11.16. impaciente ou inquieto demais para ficar sentado?- 1	2	3	
11.17. entediado? -	1	2	3
11.18. deprimido ou muito infeliz? -	1	2	3
11.19. muito só ou distante das outras pessoas? -	1	2	3
11.20. aborrecido porque alguém criticou você ? -	1	2	3

## Sessão 12: Auto-Conceito

O quanto estamos satisfeitos com nós mesmos é também uma parte importante de nossas vidas. Você concorda que as seguintes afirmações são sobre você?

	<i>sim</i>	<i>não</i>	<i>não sei</i>
12.1. Você sente que é alguém de valor, como os outros.	1	2	3
12.2. Você sente que você tem qualidades.	1	2	3
12.3. Apesar de tudo, você tende a sentir que é alguém fracassado.	1	2	3
12.4. Você é capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.	1	2	3

- 12.5. Você sente que você não tem muito do que se orgulhar.      1      2      3
- 12.6. Você tem uma atitude positiva a respeito de você mesmo.      1      2      3
- 12.7. No geral, você está satisfeito consigo próprio.      1      2      3
- 12.8. Você desejaria ter mais respeito por você mesmo.      1      2      3
- 12.9. Você se sente inútil algumas vezes.      1      2      3
- 12.10. Às vezes, você não se acha tão bom.      1      2      3

### Sessão 13: Bem-Estar Geral

Durante o decorrer desta entrevista, você e eu conversamos sobre muitas condições de sua vida e como você se sente sobre elas. Vamos tentar resumi-las agora?

13.1. Você pode me dizer como você se sente em relação a sua vida como um todo?

(ESV) ( )

13.2. Este é um desenho de uma escada. Eu gostaria que você imaginasse que a base da escada representa o **pior resultado que você poderia esperar em sua vida**. O topo, representa o **melhor resultado possível** que você poderia esperar.

Você pode, por favor, marcar com um (X) onde na escada você colocaria sua vida nesse momento?

<b>Melhor</b>

<b>Pior</b>

13.3. O quanto você tem estado feliz com sua vida como um todo?

- a . muito feliz      b. feliz      c. infeliz      d. não sei

13.4. Você pode citar algumas coisas que poderiam melhorar a qualidade de sua vida?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

#### **Sessão 14: Considerações Finais**

Obrigado por você ter conversado comigo de uma forma honesta e aberta sobre sua vida.

14.1. É possível que nós voltemos a contatá-lo de novo num futuro próximo. Você estaria disposto a ser entrevistado novamente?    *sim*    *não*    *não sei*

Muito obrigado por sua cooperação.

Hora do término: \_\_\_\_\_

#### **Sessão 15: Comentários do Entrevistador**

Antes de você preencher este questionário ou seguir para a próxima entrevista, você poderia, por favor, completar a sessão seguinte enquanto suas impressões sobre o cliente

e o setting da entrevista ainda estão frescos em sua memória?

15.1. Quanto tempo a entrevista durou? \_\_\_\_\_ minutos

15.2. Quão confiável ou não você acha que as respostas do paciente foram:

- a . muito confiável    b. geralmente confiável    c. pouco confiável    d. não confiável

### **Para o Entrevistador**

15.3. Por favor, agora complete a Escala Única de Qualidade de Vida.

Favor marcar com um X no local mais apropriado no interior da caixa para indicar sua avaliação da qualidade de vida presente do cliente:

PIOR qualidade de vida aplicada a alguém completamente dependente fisicamente de outros, psiquicamente incapaz, sem percepção do ambiente e numa posição desesperançosa.

MELHOR qualidade de vida aplicada para alguém física e mentalmente independente, comunicando-se bem com os outros, capaz de fazer coisas com prazer, utilizando seus próprios recursos, numa atitude esperançosa ainda que realista.

<b>Pior</b>									<b>Melhor</b>
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------

## 11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Akil M & Weinberg D (2000). Neuropathology and the neurodevelopmental model. In P J Harrison & G W Roberts (Eds.) The neuropathology of schizophrenia. Progress and interpretation (pp. 189-212). New York: Oxford University Press.

Almeida JMC, Xavier M. Perspectivas actuais do tratamento na comunidade. Acta Médica Portuguesa. 12(1997) 885-862.

Andajur AM. Modelo de qualidade de vida dentro dos domínios bio-psico-social para aposentados. [tese] (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.

Aragón PO. Qualidade de vida y esquizofrenia. Revista de Psiquiatria, Santiago de Chile. Jul-dec, 1992;9(3/4):1227-33.

Araújo FS, Petribú K, Bastos O. Characterization of depressive syndrome in schizophrenic outpatients. Rev. Bras. Psiquiatr. 2002;24:18-25.

Awad AG, Voruganti LN, Heslegrave RJ. Measuring quality of life in patients with schizophrenia. Pharmacoeconomics. 1997; 11(1):32-47.

Baker F, Initagliata J. Quality of life in the evaluation of community support systems. Eval. Program Plan.1982;5(1):69-79.

Barry MM, Crosby C. Quality of life as evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long – term psychiatric disorders. Br. J. Psychiatry. 1996.

Becker M, Diamond R, Sainfort F. A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental quality of life research. 2:239-251,1997.

Berlim MT, Fleck MPA. Quality of life: a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Rev Bras Psiquiatr.* 2003;25(4):249-52.

Bobes JGMP, Bascaran MT, Arango C, Saiz PA, Bousno M. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur. Psychiatry.* 2001;16(4):239-245.

Calvocoressi L, Libman D, Vegso SJ, McDougale CJ, Price LH. Global functioning of inpatients with obsessive-compulsive disorder, schizophrenia, and major depression. *Am J Psychiatry.* 1995;152(3):441-3.

Carlson IS, Frederickson OC, Gottfried G. Qualidade de vida em u grupo selecionado aleatoriamente de personas com discapacidad psiquiátrica em Suecia 2 años después de uma reforma psiquiátrica. *Em Psychiatry Ed. Esp.* 2002;9:489-498.

Cardoso SC. Depressão na esquizofrenia: prevalência e relação com a qualidade de vida. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro, 23(9):2035-2048,2007.

Cardoso SC et al. Factores associated with low quality of life in schizophrenia. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro. Set-out, 2005;21(5):1338-1348.

Cardoso SC, Caiaffa WT, Bandeira M, Siqueira AI, Abreu MNS, Fonseca OPF. Qualidade de Vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia por sexo. *Cad. Saúde Pública.* 2006;22(6): 1303-14.

Campos EM, Caetano D. Qualidade de vida de pacientes esquizofrênicos. *Jor. Brasil Psiq., São Paulo.* 1998,47:19-22.

Cesari L. Percepção de mudança e qualidade de vida em pacientes com esquizofrenia. [Tese] (Mestrado em Psicologia) Universidade Federal de São João Del-Rei, 2010.

Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante, P. Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002, 141-168.

CID – 10 Critérios diagnósticos para pesquisa. Organização Mundial de Saúde. Tradução Maria Lúcia Domingues Porto Alegre. Artes Médicas, 1998.

Coelho VLD, Pantaleão CC. A experiência subjetiva na esquizofrenia: contribuições para uma avaliação sintomática. J. Bras. Psiqu. 1999,48(9):393-397.

Coppini RZ. Tradução e confiabilidade de um instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes psiquiátricos graves: Lancashire Quality of Life Profile – Versão Brasileira. 2001. [Tese] (Mestrado em Saúde Mental) Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo, SP.

Corin E. Contraintes et stratégies: la pertinence de la notion de communauté dans le cas de patients schizophréniques, 1979;179:195.

Corrigan PW, Buican B. The construct validity of subjective quality of life for the severely mentally ill. Journal of Nervous and Mental Disease, 1995;183:281 -.

Cuadra AR, Apalategui MU. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Barcelona: Salvat, 1991.

Delgado PG. Laços – Saúde mental em rede. Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília – DF, 2004.

Dalgalarrodo P. Psicopatologia e semiologia dos Transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed, 2000.

Dencker SJ. Evaluation of the quality of life of the schizophrenic outpatient: a checklist. Schizophr Bull, 1981; 7 (3):477-487.

Doyle M, Flanagan S, Browne S, Clarke D, Lyndon D, Larkin C, O'Callaghan E. Subjective and external assessments of quality of life in schizophrenia: relationship to insight. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1999; 99 (6):466-472.

Diniz, DP, Schor N. *Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP – Escola Paulista de Medicina*. Barueri SP. Editora Manole, 2006.

Durão AMS, Souza MCBM. Cotidiano de portadores de esquizofrenia após uso de um antipsicótico atípico e acompanhamento em grupo: visão familiar. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. 2006; 14(4):586-592.

Elkis H. Clozapina, esquizofrenia refratária e evidências. *Rev. Bras. Psiquiatr*. Rio de Janeiro, 23(2):59-60, 2001.

Fayer RPM, MACHIN D. *Quality of Life – assessment, analysis and interpretation*. Chichester: John Wiley; 2000.

Fleck MP et al. Avaliação da qualidade de vida na esquizofrenia. In: Fleck, MP et al. *Avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Fleck MPA, Wagner L, Wagner M, Dias M. Long-stay patients in a psychiatric hospital in Southern Brazil. *Rev. Saúde Pública*. 2007; 41(1):124-30.

Gaite L, Vazquez-Barquero JL, Borra C, Ballesteros J, Schene A, Welcher B, Thornicroft G, Becker T, Ruggeri M, Herran A. Quality of Life in patients with schizophrenia in five European Countries: The EPSILON study. *Acta Psychiatr Scand*. 2002,105(4),283-92.

Garrison V. Support systems of schizophrenic and non schizophrenic Puerto Rican migrant women in New York City. *Schizophr Bull*. 1978;4(4):561-96.

Gattaz W. Esquizofrenia. *Neurociências*, 2005. Disponível em: <http://www.neurociencias.org.br/pt/564/esquizofrenia/>>

Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW. Escalas Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

Graeff FG. Antipsicóticos. In Drogas psicotrópicas e seu modo de ação (pp.21-39) São Paulo: EPU, 1989.

Hansson L, Sandlund M, Bengtsson-Tops A, Bjarnason O, Karlsson H, Mackeprang T, Merinder L, Nilsson L, Sorgaard K, Vinding H, Middelboe T. The relationship of needs and quality of life in persons with schizophrenia living in the community. A Nordic multicenter study. *Nordic Journal of Psychiatry*: 2006; 7:5-11.

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.

Hewitt J. Critical evolution of the use of research tools in evaluating quality of life for people with schizophrenia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16,2-14,2007.

Hofer A, Kemmler G, Eder U, Eddinger M, Hummer M, Fleischhacke W. Quality of life in schizophrenia: the impact of psychopathology, attitude toward medication, and side effects. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(7):932-9.

Holmes DS. *Psicologia dos transtornos mentais 2ª ed.* Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.

Huppert JD, Weiss KA, Lim R, Pratt S, Smith TE. Quality of life in schizophrenia: contributions of anxiety and depression. *Schizophr Rev*. 2001;51(2-3):171-80.

Jablesky, A, Sartorius, N, Ernberg, G. Schizophrenia: manifestações, incidence and course in different cultures; a world health tem-countries study. *Psychological medicine. Monograph Supp.* 20(1992)1-25.

Jambor B, Johnson K. Individual quality of life and clinical Trial. MAPI – Research Institute. 1997;17:1-2,16-17.

Kapczinski F, Quevedo J, Izquierdo I. Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos. 2ª ed. Porto Alegre, 2004.

Kaplan HI, Sadock BJ, Greb JA. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

Katschining H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? *Curr Opin Psychiatry*, 1997;(10):337-34.

Katschining H. Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000(407):33-7.

Lamb HR. What do we really expect from desinstitutionalization? *Hospital and community psychiatry*. 1981;32(2):105-109.

Lehman A F. The well-being of chronic mental patients. *Arch Gen Psychiatr*. 1985; 40,369-73.

Lehman, A F; WARD NC, LINN LS. Chronic mental patients: the quality of life issue. *American Journal of Psychiatry*, 1982; 139(10):1271-1276.

Lieberman, J A, Mailman RB & Duncam G. Serotonergic basis of antipsychotic drug effects in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 1998, 44:1099-117.

Lopes A F A. Generalidade e singularidades da doença em família: percepção da qualidade de vida, stress e coping. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia Sistêmica) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal, 2007.

Mac Gilp D. A quality of life study of discharged long-term psychiatric patients. *J Advance Nurs.* 16:1206-1215,1991.

Malm U, MAY PRA, DENCKER SJ. Evaluation of the quality of life of the schizophrenic outpatient: A checklist. *Schizophrenia Bull.* 1997 July; 22(4): 267–274.

Man AFF, Burns BJ. Severe Mental Illness in the Community. In: SPILKER B (Ed) *Quality of Life and pharmacoeconomics in clinical trials.* Lippincott-Raven – 2ª Ed. Philadelphia, 99-924, 1996.

Malaspina D. Genética e fatores clínicos de risco em esquizofrenia predição, evolução e resposta ao tratamento da doença. American Psychiatric Association, Toronto, 2006.

Marcolin MA. The prognosis of schizophrenia across cultures. *Ethnicity and Disease.* 1991; 1:99–104.

Marcolin MA. Changes in Quality of life among Schizophrenic Patients Treated with Risperidone. Poster at the XXI CINP Congress, Glasgow, Scotland, 1988.

Marcolin MA. Escala de qualidade de vida em pacientes esquizofrênicos. *Rev. Psiq. Clin.* 1998; (25): 352-356.

Medeiros SM & Guimarães J. Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. *Ciência e Saúde Coletiva* 7 (3): 571-579, 2002.

Meltzer HY. Burnett S, Bastani B, Ramires IF. Effects of six months of clozapine treatment on the quality of life of chronic schizophrenia patients. *Has Commun Psych.* 1990;(41): 892-97.

Menezes. RS. Psicoses esquizofrênicas. In Souza CAC, Cardoso RG (orgs.) *Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional.* Porto Alegre. 2006.

Mercier C. Improving the quality of life of people with chronic mental disorder. *Social Indicators Research*. 1994;33:165-192.

Merhy EE, Amaral H. *A reforma psiquiátrica no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2007.

Miettinen OS. Quality of life from the epidemiologic perspective. *Journal Chron Diseases*, 1987, 40 (6):641-643.

Nardi AE, Bechelli LPC, Hetem LAB. Aspectos gerais das escalas para avaliação de psicoses. *J. Bras. Psiquiatria*. Rio de Janeiro. Jan-fev, 1990; 39 (1):3-11.

Norman RM, Malla AK, Mclean T, Voruganti LP, Cortese L, Mcintosh E, Cheng S, Rickwood A. The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general wellbeing and the Quality of Life Scale – *Acta Psychiatr Scand*. 2000; 102 (4): 303-9

Neri, LA. *Qualidade de vida In Rebellato*. São Paulo: Manole; 2007.

Nunes PF. *Psiquiatria e saúde mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais*. São Paulo: Atheneu; 2005.

Oliver J, Huxley P, Bridges K, Mohamed H. *Quality of life and mental health services*. London: Routledge; 1996.

Oommen, TK. *Protest and change: Studies in social movements*. Ed. Sage Publications Nova Deli, Londres, Newbury Park 1990.

Organização Mundial de Saúde. *Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental: nova concepção nova esperança*. OMS, 2001.

Overall JE & Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. *Psychol. Rep.* (10): 799-812,1962.

Patrick DL. A qualidade de vida pode ser medida? Como? In Fleck, MPA et al. A avaliação da Qualidade de Vida: Guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008:29-39.

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; 11:103-11.

Pinkney AA, Gerber GJ, Lafave HG. Quality of life after psychiatric rehabilitation: the clients perspective. *Acta Psychiatry Scand*, 88:86-91,1991.

Pitta AMF. Qualidade de vida: uma utopia oportuna. *Ciência e Saúde Coletiva* 2000; Abrasco, 5:24-7.

Rhoades HM, Overall JE. The semistructured BPRS interview and rating guide. *Psychopharmacol Bull.* 1988; 24:101–104.

Rocha, N, Queiroz, C, Aguiar, S, Marques, A, Horta, MP. Relação entre neurocognição e qualidade de vida em pessoas com esquizofrenia. *Acta Med. Port.* 2009; 22:71-82.

Ruggeri M, Gater R, Bisoff G, Barbui C, Tarsella M. Determinants of subjective quality of life in patients attending community - based mental health services. The Soutl Verona Outcome Project 5. *Acta Psychiatr Scand.* 2002;105(2):131-40.

Samaja J. La Semantica del discurso científico y el analisis de Matrices de Datos. Buenos Aires. 43p. Texto Preparado para a Disciplina "Saúde, Ambiente e Trabalho", do Curso de Mestrado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ. Recife, 1999.

Sartorius N – Rehabilitation and quality of life. *Int J Mnet Health*, 1995, 24 (1):7-13.

Seild FME, Zannon CLMC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro; 2004 março/abril; 20(2)580-588.

Silva, MS. Família e o cuidado ao portador de psicose em um CAPS de Salvador [Dissertação] (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Federal da Bahia. 2007

Skantze K. Subjective quality of life and standad of living: a 10 year follow-up of out-patients with schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavia.1998;98;390-399.

Skantze K, Malm U, Dencker SJ, May PR, Corrigan P. Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients. The British Journal of Psychiatry. 1992; 161:797-801

Skantze K. Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out – patients. Br. J. Psychiatry. 1992, 161:797-801.

Spiegelhalter DJ, Gore SM, Fitzpatrick R, Fletcher AE, Jones DR, Cox DR. Quality of life measures in health care. III: resource allocation. Br Med J, 1992;305:1205-1209.

Spilker B. Quality of Lifeand Pharmacoeconomics in Clinical Trials. Lippincott-Raven. 2ª Edição, Philadelphia, 1996;1-10.

Spitzer RL, Endicott J, Fleiss JL, Cohen J. The Psychiatric Status Schedule. A technique for evaluating psychopathology and impairment in role functioning. Arch Gen Psychiatry. 1970; 23(1):41-55.

Souza LA. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouxa, Rio de Janeiro, 2005.

Souza LA, Coutinho ESF. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. Rev. Bras. Psiquiat.2006;28(1):50-58;

Souza RA, Carvalho AM. Programa de saúde da família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. Estudos de Psicologia. Dezembro 2006; 8(3):515-523.

Stengler-Wenzke K, Kroll M, Matschinger H, Angermeyer MC. Subjective quality of life of patients with obsessive-compulsive disorder. Soc. Psychiatry Epidemiol. 2006;41(8):662-8.

Suzuki K. Pesquisa sobre a qualidade de vida de pacientes de UTI: Uma revisão de literatura [tese] (Dissertação de mestrado) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2002.

Sytema S. The psychiatric case-register as a toll in epidemiological and health system research. In Sytema, S., ed. Lit.-Patterns of mental health care. Groningen: University of Groningen, 1994, pp 5-22.

Tenger SK, Maia AK. Psicoses funcionais na infância e adolescência. J. Pediatri., 80:03-10.

Terris M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoria de la salud pública, in OPS Promoción de la salud pública: uma antologia OPS, Washington DC, 1996.

Vallada HF, Busatto GF. Esquizofrenia. In P Almeida, L. Dractu & R Laranjeira (Orgs.) Manual de psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

Veronez, FS. Avaliação da qualidade de vida em pacientes adultos com fissura labiopalatina. [tese] (Mestrado em Reabilitação) Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. Universidade de São Paulo, Bauru, 2007.

Voruganti L, Heslegrave R, Awad A, Seeman M. Quality of life measurement in schizophrenia: reconciling the quest for subjectivity with the question of reliability. *Psychol Med.* 1998;28:165-172.

Ustun TB, Rehm J, Chatterji S, Saxena S, Trotter R, Room R, et al. Multiple-informant ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries. WHO/NIH Joint Project CAR Study Group. *Lancet* 1999;354(9173):111-5.

Villares CC. Adaptação transcultural de intervenções psicossociais na esquizofrenia. *Rev. Brasileira de Psiquiatria.* 2000; 22(1):53-55.

Wyatt RJ. Diagnosing schizophrenia. In J. A. Lieberman & R. M. Murray, *Comprehensive care of schizophrenia: A textbook of clinical management* (pp. 23- 24). London: Martins Dunitz, 2001; 23-24.

Weiner IB. Early identification of schizophrenia. *Adolesc Med.* 9(2):391-402,1998.

Xavier M, Almeida JMC, Martins E, Barahona B, Kovess V. Avaliação das necessidades de cuidados de indivíduos com esquizofrenia em Portugal: estudo em comparativo multicêntrico. *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* 2002;20(2):5-17

Zanini MH, Cabral RRF, Malta SM, Attucx C, Bressan R. Projeto terapêutico e miniequipes. *Esquizofrenia: integração clínica – terapêutica.* São Paulo: Atheneu; 2007.

Zuardi, AW, Loureiro SR, Rodrigues CRC, Correa AJ, Glock SS. Estudo da estrutura fatorial, fidedignidade e validade da tradução e adaptação para o português da Escala de Avaliação Psiquiátrica Breve (BPRS) modificada. *Revista ABO-APAL*1994:16(2):63-68.

## ABSTRACT

**Background:** The assessment of quality of life of patients with schizophrenia has been used to assess both the outcome of treatment provided but also the role of cultural environment in the lives of patients. This is the first study in Alagoas. **Objective:** To evaluate outpatients with schizophrenia through the concept of quality of life. **Method:** Cross sectional analytical study conducted in the 102 Outpatient Service of the public Psychiatric Hospital Portugal Ramalho. Patients were diagnosed as schizophrenics according to ICD – 10 clinical criteria. They were aged between 18 and 60 years for both sexes, and had attended the outpatient service for at least two consecutive months. The present study used the profile of Lancashire Quality of Life. **Results:** With respect to socio-demographic variables, most patients had no partner and had low income, 75.5% were retired and received some government benefit. Among those who reported as being white, 78% were women, and while among black and mulatto, women were 20% ( $p = 0.011$ ). As for the aspects of quality of life (QOL) 19.0% of men used the weekends for leisure while only 4.1% of the women did it ( $p = 0.016$ ), 63.5% of men referred going shopping while only 44% of women did it ( $p=0.049$ ). **Conclusion:** In accordance with the literature, there seems to be a lower quality of life in schizophrenia in both the objective component items (for example, have leisure and work activities) as items of the subjective component (eg, feeling alone, isolated). In disagreement with the literature, men reported in several subjective and objective items better QOL than women.

**Key-words:** squizophrenia; quality of life; outpatients.

## **BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

Rother ET, Braga MER. Como elaborar sua tese: estrutura e referências. 2ª edição. São Paulo; 2005.

Tobar F, Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: editora Fiocruz; 2002.