

**LUCIANA CESARI**

**PERCEPÇÃO DE MUDANÇA E  
QUALIDADE DE VIDA EM  
PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA**

São João del-Rei  
PPGPSI-UFSJ  
2010

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**LUCIANA CESARI**

**PERCEPÇÃO DE MUDANÇA E  
QUALIDADE DE VIDA EM  
PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia  
Linha de Pesquisa: Saúde Mental

Orientadora: Prof. Dr. Marina Bandeira, Ph.D.

São João del-Rei  
PPGPSI-UFSJ  
2010



PROGRAMA DE  
MESTRADO EM  
PSICOLOGIA

A Dissertação “**Percepção de Mudança e Qualidade de Vida em Pacientes com Esquizofrenia**”

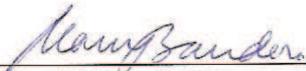
elaborada por **Luciana Cesari**

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei como requisito parcial à obtenção do título de

**MESTRE EM PSICOLOGIA**

São João del-Rei, 18 de Janeiro de 2010

**BANCA EXAMINADORA:**

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Marina de Bittencourt Bandeira - (UFSJ)  
Orientadora

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. João Vinícius Salgado - (UFMG)

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Maria Amélia Cesari Quaglia - (UFSJ)

*Aos meus queridos pais, irmãos, demais familiares,  
e de forma especial, ao Saulo*

## AGRADECIMENTOS

À **Deus**, pela benção da vida e presença constante em minha vida,

À **Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis**, por ter permitido a realização deste trabalho,

À **toda equipe do SERSAM de Divinópolis**, pela acolhida,

À **professora Dr. Marina Bandeira**, exemplo de dedicação e responsabilidade. Agradeço imensamente por todas as orientações e todo trabalho desenvolvido em conjunto,

**Aos meus pais**, pelo apoio incondicional e incentivo aos meus estudos. Agradeço também pelas orações,

**Ao Saulo**, pelo carinho e incentivo, sempre valorizando este trabalho,

**Aos meus irmãos e demais familiares**, pelo apoio e torcida em relação aos meus estudos,

Às **amigas Cecília, Ellen e Mônia**, sempre presentes, disponíveis, compartilhando o aprendizado e ajudando no que fosse preciso,

À **psicóloga Elenise**, pelo companheirismo e troca de experiências,

**Ao psicólogo Arthur Alves**, pelo treinamento para a aplicação da escala QLS-BR.

## RESUMO

A avaliação dos serviços comunitários de saúde mental é necessária para a garantia da sua qualidade, segundo a Organização Mundial da Saúde. Para esta avaliação, foi desenvolvida, recentemente, uma medida de resultados relatados pelos próprios pacientes, que consiste nas mudanças percebidas em suas vidas, em função do tratamento recebido. A ênfase atribuída a estes serviços também resultou na necessidade de se promover e avaliar a qualidade de vida dos pacientes, além da avaliação de sua sintomatologia, principalmente entre os pacientes com transtornos mais graves, como a esquizofrenia. Investigar a relação entre a percepção de mudança e a qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia é importante, pois indica em que aspectos a qualidade de vida pode depender das mudanças por eles percebidas, nas dimensões de suas vidas. O objetivo deste estudo foi verificar em que grau a percepção de mudança contribui para a qualidade de vida dos pacientes. Participaram deste estudo 72 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, atendidos no ambulatório do Serviço de Referência em Saúde Mental, da cidade de Divinópolis-MG. Foram realizadas entrevistas estruturadas com a aplicação da Escala de Qualidade de Vida (QLS-BR), Escala de Mudança Percebida (EMP) e um questionário sociodemográfico e clínico. Foram feitas análises estatísticas descritivas, univariadas e multivariadas. Os resultados mostraram que a maioria dos pacientes era do sexo masculino (59,70%), com idade média de 40,64 anos. A média de duração do tratamento psiquiátrico foi de 14,21 anos e maioria dos pacientes possuía o diagnóstico de esquizofrenia paranóide (87,50%). A qualidade de vida dos pacientes enquadrou-se na categoria de considerável prejuízo, com um escore global médio de 3,64 (faixa de 0 a 6). As mudanças percebidas pelos pacientes foram mais acentuadas no aspecto dos problemas pessoais e menos no que se refere à sexualidade, sendo que o escore global médio foi de 2,46 (faixa de 1 a 3). As análises multivariadas mostraram que o principal preditor de uma melhor qualidade de vida dos pacientes foi o escore global de mudança percebida e os escores de duas subescalas, comparativamente às variáveis sociodemográficas e clínicas. Outros três preditores foram: estar trabalhando, tomar a medicação sozinho e fazer uso de medicação apenas do tipo oral. As informações levantadas indicam aspectos a serem redimensionados no tratamento, de forma a ajustá-los às necessidades dos pacientes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Qualidade de vida, Percepção de Mudança, Esquizofrenia, Avaliação dos resultados, Serviços comunitários de saúde mental.

## **ABSTRACT**

According to the World Health Organization, evaluating mental health community service is necessary in order to guarantee its excellence. For this evaluation to be carried out there has recently been developed a way of measuring the results reported by the patients themselves as of the changes perceived in their lives due to the treatment they had received. The emphasis given to this service has also made it necessary to promote and evaluate the patients' quality of life, besides evaluating their symptomatology, especially among those suffering from more serious derangement, like schizophrenia. It is important to investigate the relationship there is between change perception and quality of life in patients suffering from schizophrenia, as it shows in which aspects, within their lives' dimension, the quality of life can depend upon the changes perceived by them. The object of this study is to verify in what degree the perception of change contributes to the patients' quality of life. This study has involved 72 patients diagnosed as suffering from schizophrenia attended at the ambulatory of the Mental Health Reference Service in the town of Divinópolis-MG. Structured interviews were conducted by applying the Scale of Quality of Life (QLS-BR), the Scale of Perceived Change (EMP) and a socio-demographic and clinical questionnaire. Descriptive, univariate and multivariate statistical analyses have been carried out. Results have shown that most of the patients were male (59,70%), with a mean age of 40,64 years. The average span of the psychiatric treatment was of 14,21 years and most of the patients were diagnosed as suffering from paranoid schizophrenia (87,50%). The patients' quality of life fitted into the category of considerable damage, with a global average score of 3,64 (range of 0 to 6). The changes perceived by the patients were more pronounced in relation to personal problems and less pronounced in relation to sexuality, the global average score being 2,46 (range of 1 to 3). The multivariate analyses have shown that the main predictor for a better patients' quality of life is the global score for perceived change and the scores from two subscales, when compared to the socio-demographic and clinical variables. Other three predictors were: to be working, to take medication by oneself and to use only oral type medication. The results obtained indicate some aspects in treatment which are to be readjusted in order to fit patients' needs.

**KEY-WORDS:** Quality of life, Change Perception, Schizophrenia, Evaluation of results, Community service mental health.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
Desinstitucionalização psiquiátrica e modelo assistencial em saúde mental.....	14
Avaliação dos serviços de saúde e de saúde mental.....	25
Avaliação dos resultados do tratamento pelos usuários.....	27
Avaliação da percepção de mudança pelos usuários.....	30
Avaliação da qualidade de vida.....	33
1. Conceito de qualidade de vida.....	33
2. A qualidade de vida em pacientes com esquizofrenia.....	35
3. Relação entre qualidade de vida na esquizofrenia e medidas de resultados .....	42
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>48</b>
Objetivo geral.....	48
Objetivos específicos.....	48
<b>MÉTODO.....</b>	<b>49</b>
Delineamento de pesquisa.....	49
Local de estudo.....	50
População-alvo.....	52
Amostra.....	53
Instrumentos de medida.....	54
1. Escala de Mudança Percebida (EMP).....	54
2. Escala de Qualidade de Vida (QLS-BR).....	55
3. Questionário sociodemográfico e clínico.....	56
Procedimento.....	56
1. Treinamento dos entrevistadores.....	57
2. Coleta de dados.....	57
3. Análise dos dados.....	58
4. Considerações éticas.....	60
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>61</b>
1. Descrição da amostra.....	61
2. Normalidade da amostra.....	66
3. Percepção de mudança.....	66

3.1. Grau de percepção de mudança.....	66
3.2. Porcentagem de melhora, piora e ausência de mudança.....	67
3.3. Fatores associados à percepção de mudança.....	70
Análises univariadas das variáveis sociodemográficas e clínicas.....	70
4. Qualidade de vida.....	76
4.1. Grau de qualidade de vida.....	76
4.2. Porcentagens de reposta aos itens da escala.....	77
4.3. Fatores associados à qualidade de vida.....	79
Análises univariadas das variáveis sociodemográficas e clínicas.....	79
Correlações entre a qualidade de vida e o grau de percepção de mudança.....	85
Análise de regressão linear múltipla da qualidade de vida.....	86
<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>90</b>
<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>98</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>100</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>109</b>
ANEXO 1 – Cópia da carta de aprovação do comitê de ética em pesquisa.....	110
ANEXO 2 – Ficha de triagem dos pacientes.....	111
ANEXO 3 – Carta aos pacientes.....	112
ANEXO 4 – Tabelas de resultados.....	113
ANEXO 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	114
ANEXO 6 – Instrumentos para coleta de dados.....	116

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Comparações entre os sujeitos faltosos e participantes quanto ao sexo e diagnóstico.....	113
Tabela 2	Comparações entre os sujeitos faltosos e participantes quanto a idade, tempo de tratamento no serviço, número de medicamentos e tempo de tratamento psiquiátrico.....	113
Tabela 3	Características sociodemográficas dos pacientes.....	63
Tabela 4	Características do quadro clínico dos pacientes.....	65
Tabela 5	Análise descritiva dos escores global e específicos de percepção de mudança.....	69
Tabela 6	Análise dos fatores associados à percepção de mudança para o escore global da escala EMP.....	71
Tabela 7	Análise dos fatores associados à percepção de mudança para o escore da subescala “Ocupação e saúde física”.....	72
Tabela 8	Análise dos fatores associados à percepção de mudança para os escores da subescala “Aspectos psicológicos e sono”.....	73
Tabela 9	Análise dos fatores associados à percepção de mudança para os escores da subescala “Relacionamento e estabilidade emocional”.....	74
Tabela 10	Análise descritiva dos escores global e específicos de qualidade de vida....	78
Tabela 11	Análise dos fatores associados à qualidade de vida para o escore global da escala QLS-BR.....	80
Tabela 12	Análise dos fatores associados à qualidade de vida para os escores da subescala “Rede social”.....	81
Tabela 13	Análise dos fatores associados à qualidade de vida para os escores da subescala “Nível ocupacional”.....	82
Tabela 14	Análise dos fatores associados à qualidade de vida para os escores da subescala “Funções intrapsíquicas e relações interpessoais”.....	83
Tabela 15	Coefficientes de correlação de Pearson entre os escores globais e específicos das escalas EMP e QLS-BR.....	86
Tabela 16	Análise de regressão linear para os fatores associados à qualidade de vida (sem a percepção de mudança).....	88
Tabela 17	Análise de regressão linear para os fatores associados à qualidade de vida, incluindo os escores específicos de percepção de mudança.....	88

Tabela 18	Análise de regressão linear para os fatores associados à qualidade de vida, incluindo a percepção de mudança global.....	89
-----------	--	----

## INTRODUÇÃO

Com o processo de desinstitucionalização psiquiátrica, o tratamento e os cuidados para com a pessoa portadora de transtornos mentais deslocaram-se do hospital psiquiátrico para os serviços prestados na comunidade. Desde então, o foco da análise dos estudos nessa área tem se voltado, cada vez mais, para a avaliação e melhoria da qualidade dos serviços comunitários de saúde mental, que visam, prioritariamente, a reinserção social e a melhoria da condição de vida dos pacientes (Morgado & Lima, 1994; Bandeira & Barroso, 2005; Souza & Coutinho, 2006).

Para garantir a qualidade dos serviços comunitários de saúde mental, a Organização Mundial de Saúde tem se manifestado quanto à necessidade de fazer uma avaliação contínua desses serviços. Para tanto, ela recomenda que os mesmos sejam avaliados numa abordagem integrativa, que inclua as perspectivas dos profissionais dos serviços, familiares e pacientes (World Health Organization [WHO] - SATIS, 1996).

Para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde mental, a literatura da área tem destacado as medidas de resultados relatados pelos pacientes e a avaliação da satisfação tem sido amplamente utilizada. Mais recentemente, foi enfatizada uma medida de percepção de mudança pelos usuários dos serviços. Esse último construto envolve a avaliação do impacto do tratamento na vida do paciente, a partir do seu próprio ponto de vista, incluindo os efeitos do tratamento em sua condição clínica, seu bem-estar físico, sua autonomia, seu bem-estar psicológico e sua vida em geral (Mercier, Landry, Corbiere, & Perreault, 2004).

A ênfase da desinstitucionalização nos serviços comunitários de saúde mental também resultou no destaque da promoção e avaliação da qualidade de vida dos pacientes psiquiátricos. A base material mínima do conceito de qualidade de vida refere-se à realização das necessidades mais elementares da vida humana, tais como: saúde, lazer, educação, trabalho, habitação e alimentação. São elementos materiais que têm como referência noções de conforto, bem-estar e realização individual (Minayo, Hartz, & Buss, 2000).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, os serviços comunitários de saúde mental devem proporcionar aos pacientes psiquiátricos cuidados clínicos e não-clínicos relevantes, destinados a reduzir o impacto da doença mental e melhorar sua qualidade de vida (OMS, 2003). Dessa forma, é fundamental a avaliação da qualidade de vida dos pacientes psiquiátricos que vivem na comunidade, principalmente entre os

portadores de transtornos mais graves, como a esquizofrenia (Pitta, 1999; Souza & Coutinho, 2006).

A avaliação da qualidade de vida de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e sua percepção de mudança são, portanto, medidas importantes para a melhor compreensão do impacto que o tratamento psiquiátrico oferecido nos serviços comunitários causa na vida desses pacientes, refletindo no seu cotidiano e nos domínios de sua vida. Tendo em vista o enfoque na reinserção social dos doentes mentais, destacado pela reforma psiquiátrica com o atendimento comunitário em saúde mental, esses dois aspectos se tornam essenciais nas avaliações desses serviços.

Tanto as medidas de percepção de mudança como as de qualidade de vida envolvem a avaliação dos resultados do tratamento nos aspectos do bem-estar psicológico, saúde física, relações sociais e atividades ocupacionais. Em uma busca realizada nas bases de dados do Medline, Scielo e Lilacs, foram encontrados 12 estudos que investigaram a relação entre a qualidade de vida e diferentes medidas de resultados do tratamento em serviços de saúde mental, principalmente entre pacientes com diagnóstico de esquizofrenia (Awad, Voruganti, & Heslegrave, 1997; Russo *et al.*, 1997; Voruganti, Heslegrave, Awad, & Seeman, 1998; Simon-Abadi, Guelfi, & Ginestet, 1999; Cramer *et al.*, 2000; Wilkinson *et al.*, 2000; Fitzgerald *et al.*, 2001; Gaité *et al.*, 2002; Ritsner *et al.*, 2003; Chan & Yu lu 2004; Caron, Lecomte, Stip, & Renaud, 2005; Cavieres & Valdebenito, 2005).

Dessas 12 pesquisas, apenas duas (Russo *et al.*, 1997; Wilkinson *et al.*, 2000) utilizaram medidas de resultados relatados pelos próprios pacientes. Essas medidas, por sua vez, envolveram aspectos da sintomatologia e estado de saúde mental dos pacientes, e não das mudanças percebidas por eles em função do tratamento recebido. Ou seja, não foram encontrados estudos que buscaram investigar a relação entre a qualidade de vida e as mudanças percebidas pelos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia em função do tratamento recebido no serviço de saúde mental, mesmo porque a ênfase atribuída às medidas de percepção é recente (Mercier *et al.*, 2004).

Uma análise sobre esse assunto poderia indicar se a qualidade de vida dos pacientes esquizofrênicos depende das mudanças por eles percebidas em função do tratamento recebido e em que aspectos sua percepção pode influenciar na sua qualidade de vida. Portanto, o presente estudo visa preencher essa lacuna, investigando a relação entre a percepção de mudança e a qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia, que realizam tratamento em serviços comunitários de saúde mental.

## REVISÃO DE LITERATURA

### Desinstitucionalização psiquiátrica e modelo assistencial em saúde mental

O processo de desinstitucionalização psiquiátrica, desenvolvido em diversos países nos últimos 50 anos, teve como fundamento básico a promoção de uma mudança no tratamento dos pacientes portadores de transtornos mentais, que, até então, era centrado nos hospitais psiquiátricos (Bandeira, 1991; Bandeira, Gelinas, & Lesage, 1998). Esse processo de modernização da assistência psiquiátrica propunha a realização do tratamento em ambientes menos restritivos, procurando, também, evitar a ocorrência de novas internações e reduzir o custo da assistência (Lougou, 2006). Alguns fatores contribuíram para o desencadeamento desse processo. Dentre eles, destacam-se as precárias condições de vida dentro dos hospitais psiquiátricos e o precário atendimento oferecido aos pacientes, o movimento humanitário a favor dos direitos humanos e os avanços da psicofarmacologia com a descoberta de novas classes de medicamentos. Esses acontecimentos contribuíram para mudar a ênfase do tratamento nos hospitais psiquiátricos para os cuidados realizados na comunidade (Bandeira, 1991; WHO, 2001).

Essa mudança se deu como um processo que envolveu tanto a redução dos leitos nos hospitais psiquiátricos como o desenvolvimento dos serviços comunitários de saúde mental. O tratamento na comunidade deveria ser realizado por equipes multidisciplinares, com curtos períodos de internação para os pacientes. Além disso, deveria ser construída uma infraestrutura residencial e de serviços, incluindo os hospitais-dia, as residências terapêuticas e os *ateliers* ocupacionais e de lazer (Bandeira, 1991; Bandeira *et al.*, 1998). Propunha-se a prevenção de admissões de pacientes que não precisavam ser internados e a alta para aqueles que pudessem viver na comunidade. O atendimento deveria ser direcionado aos pacientes e seus familiares, de modo a atender às suas necessidades continuamente (WHO, 2001). Toda essa estrutura foi idealizada, a fim de promover a reinserção social dos pacientes na comunidade (Bandeira, 1991; Bandeira *et al.*, 1998).

Como resultado da desinstitucionalização, a redução dos leitos nos hospitais psiquiátricos ocorreu de forma expressiva. Por outro lado, os recursos comunitários necessários para suprir as necessidades dos pacientes, principalmente no que se refere à infraestrutura comunitária, deixaram a desejar, não sendo desenvolvidos paralelamente em número suficiente (Bandeira *et al.*, 1998). Além da escassez dos serviços comunitários, dados do Relatório Mundial da Saúde do ano de 2001 apontam que os serviços em

funcionamento enfrentam problemas operacionais devido a uma série de fatores, como: a falta de recursos financeiros que deveriam ser, mas não são repassados aos serviços pelos governos, o despreparo dos profissionais para aceitar a mudança dos seus papéis e a exposição do paciente na sua comunidade. Tanto nos países em desenvolvimento como nos países desenvolvidos, constata-se uma má utilização dos serviços psiquiátricos disponíveis. Nos países com serviços bem estabelecidos, menos da metade dos indivíduos que precisam dos cuidados fazem o uso dos mesmos. Isso se deve ao preconceito com relação às pessoas com doença mental, como também à insuficiência dos serviços prestados (WHO, 2001).

Em cada país, os modelos de assistência comunitária aos pacientes psiquiátricos levaram as marcas dos contextos social, político, econômico, geográfico e dos diferentes momentos históricos nos quais foram idealizados e implantados. No início do processo da desinstitucionalização, principalmente nos Estados Unidos, o pressuposto básico em defesa da reforma era de que a mesma levaria a uma redução dos gastos com a assistência em saúde mental. Porém, estudos posteriores constataram que a criação de estruturas efetivas que atendessem a todas as necessidades dos pacientes para seu tratamento na comunidade implicaria em equipes e serviços de alto custo. Por esse motivo, essas estruturas não foram implantadas em quantidade e qualidade necessárias, o que gerou consequências negativas para esse processo (Lougou, 2006).

Na Inglaterra, país pioneiro na reforma a partir dos anos 1950, a política da desinstitucionalização se deu com base em um acordo estabelecido entre liberais e conservadores. Os primeiros estavam interessados na melhoria do nível de assistência custodial oferecida nos hospitais públicos. Já os conservadores tinham como objetivo a redução dos custos com a saúde mental. Para tanto, propunham o fechamento das instituições que ofereciam tratamento aos pacientes psiquiátricos (Lougou, 2006).

Nos Estados Unidos, a história da assistência psiquiátrica se deu em três períodos principais. O primeiro deles caracterizou-se pelas internações dos pacientes em hospitais psiquiátricos públicos. O segundo teve início no ano de 1963. Nesse período, o modelo de assistência em saúde mental tinha como base os centros comunitários de saúde mental públicos. O terceiro período, com início na década de 80, foi marcado pelo domínio do setor privado na área da saúde mental. O número de hospitais psiquiátricos privados aumentou consideravelmente e as autoridades públicas não realizavam o monitoramento dessas novas instituições. Nesse período, a desinstitucionalização iniciou um movimento de privatização da assistência aos pacientes psiquiátricos crônicos, sendo que esse cuidado historicamente, esteve sob a responsabilidade do setor público (Lougou, 2006).

A experiência italiana teve como base a Psiquiatria Democrática. A reforma foi um trabalho político, idealizado principalmente por Franco Basaglia. Em 1978, foi promulgada a Lei 180, a qual formalizou e acelerou a nova tendência de tratamento para os doentes mentais. Nesse país, a criação dos serviços comunitários de assistência em saúde mental em substituição aos hospitais psiquiátricos foi possível e de muito êxito. Segundo Morgado e Lima (1994), trata-se de uma reforma vasta e original, faltando, porém, uma avaliação objetiva da mesma.

No Brasil, o processo da reforma psiquiátrica teve início no final dos anos 1970, com a crise do modelo de assistência centrado nos hospitais psiquiátricos e com o surgimento dos movimentos sociais em prol dos direitos dos pacientes psiquiátricos. Dentre estes, destaca-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por sanitaristas, associações de familiares de pacientes, sindicalistas, membros de associações profissionais e pacientes com longo histórico de internações psiquiátricas. O MTSM surgiu no ano de 1978 e, a partir de então, passou a denunciar a violência dos manicômios (Ministério da Saúde, 2005).

Com a Constituição de 1988 e a sanção das Leis 8.080 e 8.142, ambas em 1990, foi criado e regulamentado o Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema propunha que as ações em saúde deveriam obedecer aos seguintes princípios e diretrizes: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e comando único, regionalização e hierarquização e, por fim, participação popular. Como a assistência em saúde mental é integrada ao SUS, ela deveria, portanto, obedecer a esses princípios e diretrizes (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2006; Andreoli, Almeida-Filho, Martin, Mateus, & Mari, 2007).

Outro marco da reforma psiquiátrica no Brasil, ocorrido no ano de 1989, foi a entrada do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG) no Congresso Nacional, o qual propunha a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos no país. A partir do ano de 1992, os movimentos sociais inspirados por esse Projeto de Lei conseguiram aprovar, em vários estados brasileiros, as primeiras leis que determinavam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Nesse momento, começaram a entrar em vigor as primeiras normas federais que regulamentavam a implantação de serviços de atenção diária (Ministério da Saúde, 2005).

Entretanto, somente em 2001 houve a aprovação de um substitutivo do Projeto original de Paulo Delgado, que consistiu na Lei Federal 10.216. Essa lei redirecionou a assistência em saúde mental no país, privilegiando o atendimento dos pacientes

psiquiátricos em serviços comunitários e públicos, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Ambulatórios, os Hospitais Gerais e os Centros de Convivência, além de dispor sobre a proteção e os direitos dos usuários (Ministério da Saúde, 2005).

Em 2001, também foi realizada, em Brasília, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que contou com a presença de pacientes psiquiátricos, familiares e profissionais da saúde. Durante sua realização, foram elaborados os princípios, diretrizes e estratégias para a efetuação de uma mudança na atenção em saúde mental no Brasil. A partir de então, foram criadas, pelo Ministério da Saúde, linhas de financiamento para os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, sendo criados também novos mecanismos para a fiscalização, gestão e redução dos leitos psiquiátricos no país (Ministério da Saúde, 2005).

Nesse mesmo período, o processo de desinstitucionalização das pessoas com longo histórico de internação foi impulsionado com a criação do programa “De volta para casa”. O objetivo desse programa foi contribuir para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, por meio do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação, no valor de, aproximadamente, US\$110,00 (cento e dez dólares) aos seus beneficiários. Esse auxílio é destinado aos pacientes egressos de internação psiquiátrica, que estiveram internados por um período ininterrupto igual ou superior a dois anos. Além disso, para receber esse pagamento, é necessária a indicação para inclusão do paciente em algum programa de reintegração social (Ministério da Saúde, 2005). Segundo dados do Ministério da Saúde, em Junho de 2009 o programa tinha 3346 beneficiários (Ministério da Saúde, 2009).

O desenvolvimento dos CAPS foi de extrema importância para a reforma psiquiátrica no Brasil. Esses serviços se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento e clientela atendida e organizam-se no país conforme o perfil populacional dos municípios, conforme as seguintes especificações: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Os CAPS I correspondem aos centros de menor porte, atendendo a municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes. Os CAPS II são serviços de médio porte e dão cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes. Os CAPS III têm maior porte e prestam serviços em municípios com mais de 200.000 habitantes. Os CAPSi são centros especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, geralmente necessários em municípios com mais de 200.000 habitantes. Os CAPSad, especializados no atendimento a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, são centros previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes ou cidades que, devido à

localização geográfica ou a cenário epidemiológico, necessitem desse serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental (Ministério da Saúde, 2005). Segundo dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, em Outubro de 2009, o Brasil tinha 1467 CAPS funcionando, sendo 686 CAPS I, 400 CAPS II, 46 CAPS III, 112 CAPSi e 223 CAPSad (Ministério da Saúde, 2009).

Esses centros se tornaram responsáveis pela prestação de atendimento clínico diário, de modo a evitar as internações dos pacientes em hospitais psiquiátricos. Para tanto, os CAPS devem trabalhar em conjunto às Equipes de Saúde da Família (ESF) e aos agentes comunitários de saúde. Esses serviços são responsáveis, principalmente, pela inserção social dos pacientes na comunidade, por meio da articulação dos recursos existentes nas redes sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas, dentre outros. É de responsabilidade do CAPS a distribuição de medicamentos, o encaminhamento e o acompanhamento dos usuários que moram em residências terapêuticas, o assessoramento ao trabalho dos agentes comunitários de saúde e Equipes de Saúde da Família, como também o desenvolvimento de projetos terapêuticos individuais, para cada paciente (Ministério da Saúde, 2004a).

Os projetos terapêuticos se referem a um conjunto de atendimentos e atividades que devem ser desenvolvidas pelos pacientes, durante sua permanência diária no serviço. Os recursos terapêuticos envolvem atividades de psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação, acompanhamento do uso da medicação e atendimento domiciliar (Ministério da Saúde, 2004a).

Os CAPS podem oferecer três tipos de atendimento, a depender do projeto terapêutico de cada usuário. São eles: o intensivo, o semi-intensivo e o não-intensivo. Esses atendimentos se diferenciam, principalmente, pela frequência de comparecimento dos pacientes no serviço. O atendimento intensivo é diário e destinado a pacientes em crise ou com grandes dificuldades no convívio social e familiar. O semi-intensivo soma um total de até 12 atendimentos mensais e é destinado a pacientes que, apesar de uma melhora obtida no quadro clínico, ainda dependem de atenção direta da equipe para recuperar sua autonomia. O não-intensivo caracteriza-se pelo atendimento prestado aos pacientes que não precisam de suporte contínuo para a realização de suas atividades na família e no trabalho, podendo somar até três atendimentos mensais. Esses atendimentos podem ser prestados nos domicílios dos pacientes, caso seja verificada necessidade (Ministério da Saúde, 2004a).

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) refere-se a moradias localizadas no espaço urbano destinadas aos pacientes portadores de transtornos mentais graves. O número de moradores pode variar de um a oito. Os usuários desse serviço contam com suporte profissional oferecido pelo CAPS de referência, pela equipe de atenção básica ou por outros profissionais. Esse suporte tem como objetivo a reabilitação psicossocial dos pacientes, por meio de programas voltados para a reinserção no trabalho, a mobilização de recursos comunitários, a autonomia para a realização de atividades domésticas, pessoais e o estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários. Segundo dados do Ministério da Saúde, em Junho de 2009, o Brasil possuía 533 residências terapêuticas em funcionamento e 138 em implantação, com cerca de 2890 moradores (Ministério da Saúde, 2009).

Entretanto, segundo dados da Associação Brasileira de Psiquiatria (2006), a regulamentação do SUS não levou à criação dos serviços de atenção primária e secundária em saúde mental de acordo com as necessidades dos pacientes. Além disso, os cortes financeiros sofridos levaram a uma degradação progressiva dos hospitais psiquiátricos.

No que se refere ao financiamento dos serviços comunitários de saúde mental, Andreolli *et al.* (2007) realizaram um estudo com o objetivo de investigar as tendências no financiamento e provisão de serviços de saúde mental no Brasil. Para tanto, foram analisados dados disponibilizados pelo DATASUS entre 1995 e 2005. Como resultado, constatou-se que, nesse período, houve uma redução de 41,00% na taxa de leitos psiquiátricos e uma diminuição de 26,70% nas despesas com a saúde mental. A taxa de admissão nos hospitais psiquiátricos no ano de 1998 foi de 97,00%, reduzindo para 93,00%, em 2005. Para esses autores, o processo da reforma psiquiátrica no Brasil levou a uma diminuição dos investimentos na área da saúde mental. Eles criticam esse fato e concluem que a reforma psiquiátrica não pode ser uma estratégia para reduzir custos na saúde, mas, sim, para planejar e aplicar investimentos destinados a promover uma melhoria do cuidado prestado aos pacientes, de modo a atender satisfatoriamente às suas necessidades.

Ainda retratando a experiência da reforma psiquiátrica brasileira, Cavalcanti, Dalh, Carvalho e Valência (2009) realizaram um estudo com o objetivo de analisar os critérios utilizados pelas equipes de três CAPS do Rio de Janeiro para admissão, encaminhamento e continuidade do cuidado aos pacientes. Fizeram parte desse estudo 27 pacientes, sendo 13 encaminhados para outros serviços da rede de saúde (principalmente Ambulatórios) e 14 admitidos nos CAPS. Para a análise dos dados, foi utilizado o método de avaliação

participativa junto aos profissionais dos serviços. Os resultados mostraram que os principais motivos alegados pelas equipes para a admissão dos pacientes nos CAPS foram: possuir o diagnóstico de esquizofrenia ou psicose grave, ter uma pequena rede de apoio envolvida, funcionamento social empobrecido, história prévia de internações, dentre outros. Já os pacientes que foram encaminhados para outros serviços apresentavam, entre outras características, transtornos ansiosos e depressivos, boa adesão ao tratamento ambulatorial prévio, bom suporte familiar e bom funcionamento social. Com relação à continuidade do cuidado, dos 14 pacientes admitidos no CAPS, cinco permaneceram em tratamento, cinco foram encaminhados para outros serviços da rede de saúde e quatro tiveram seu destino desconhecido. Dos pacientes que foram encaminhados para outros serviços de saúde, sete permaneceram em tratamento, dois retornaram ao CAPS e quatro tiveram seu destino desconhecido. Para as autoras, a continuidade do cuidado é caracterizada como um problema devido à dificuldade de se acompanhar os pacientes na comunidade.

No geral, a experiência do modelo comunitário de tratamento em saúde mental vem apresentando, em diversos países, algumas dificuldades. Segundo Morgado e Lima (1994), o risco de um plano de saúde mental fracassar é alto se não forem levados em conta dois aspectos. O primeiro deles refere-se à realidade socioeconômica e política do país. Para esses autores, a rede de saúde mental deve se apoiar na rede de saúde como um todo, pois depende da organização de todo o setor da saúde, incluindo os serviços de pediatria, obstetrícia, clínica médica e serviços de urgência. O segundo aspecto se refere ao que os autores chamaram de “efeitos colaterais da desospitalização psiquiátrica”, ou seja, a retirada dos pacientes dos hospitais e sua alocação na comunidade, sem que haja infraestrutura para tratá-los.

Para Morgado e Lima (1994), a simples desospitalização gera consequências graves na vida dos pacientes, suas famílias e comunidade. Dentre essas consequências, constatam-se: a falta de assistência aos pacientes crônicos que necessitam de acompanhamento intensivo e deixam de receber tratamento; os roubos e agressões, levando a problemas com a justiça; a exposição dos pacientes e de suas famílias na comunidade; a elevada rotatividade dos pacientes (“fenômeno da porta giratória”) que recebem alta dos hospitais, mas são reinternados em outros hospitais; o desemprego; a itinerância; o abuso de álcool e drogas (Bandeira, Lesage, & Morissete, 1994; Morgado & Lima, 1994); a “Transinstitucionalização” (Bandeira, 1991); e o sentimento de sobrecarga sentido pelos familiares dos pacientes (Bandeira & Barroso, 2005).

Com relação ao “fenômeno da porta giratória”, Bandeira (1993) conduziu um estudo no qual foram comparados dois grupos de pacientes psicóticos desinstitucionalizados, que realizavam tratamento na cidade de Lavras, MG. O objetivo foi examinar os fatores associados às re-hospitalizações, comparando dois grupos de pacientes: um formado por pacientes que não tiveram nenhuma hospitalização nos últimos quatro anos (G1) e outro formado por pacientes que foram hospitalizados três vezes ou mais nos últimos quatro anos (G2). Cada grupo foi composto por 25 pacientes e ambos eram equivalentes com relação às variáveis sociodemográficas e categorias de diagnóstico. Os resultados mostraram que os pacientes que compunham o G1 apresentaram as seguintes características quando comparados ao G2: maior porcentagem de pacientes que aderiam ao tratamento medicamentoso, maior suporte social, maior taxa de abstinência de álcool e drogas, como também maior conformidade em relação à doença. A autora concluiu que os principais fatores de proteção aos pacientes são: adesão ao medicamento, suporte social, resignação com relação à doença e abstinência de álcool e drogas.

Em um outro estudo, que também abordou essa temática, foram comparadas as características de pacientes que frequentavam o serviço de urgência psiquiátrica do Hospital Louis-H. Lafontaine, em Montreal (Canadá), com as características de pacientes que frequentavam o serviço de urgência do Hospital Psiquiátrico Fhemig, situado em Barbacena (Brasil). Os resultados mostraram que, nos dois países, as variáveis relacionadas ao “fenômeno da porta giratória” eram semelhantes. Grande parte dos pacientes não estava fazendo o uso da medicação (46,70%). Dentre o total de pacientes, apenas 23,28% estavam em dia com a prescrição médica, sendo que a maioria (34,24%) não estava em dia. Além disso, 42,46% dos pacientes não tinham recebido nenhum acompanhamento médico nos últimos seis meses (Bandeira & Dorvil, 1996).

A experiência das famílias de pacientes que retornam para sua comunidade também tem sido alvo de muitos estudos. As dificuldades enfrentadas, decorrentes do papel de cuidador, têm contribuído para um sentimento de sobrecarga desses familiares. A saúde física e psicológica desses familiares pode ser comprometida, o que interfere negativamente na sua vida social e profissional. Esse sentimento é ainda mais pesado devido à falta de apoio efetivo dos serviços comunitários de saúde mental aos familiares no que se refere à informação sobre a doença e orientação de como lidar com os comportamentos do paciente (Bandeira & Barroso, 2005).

Um estudo recente que abordou este tema mostrou que a sobrecarga subjetiva dos familiares dos pacientes (consequências psicológicas negativas) foi determinada

principalmente pela sobrecarga objetiva (alterações concretas na vida dos familiares). Além disso, a sobrecarga subjetiva dos familiares foi maior quando o paciente estava em crise, apresentava um maior número de comportamentos problemáticos, convivia com crianças em casa e quando não possuíam renda. Variáveis sociodemográficas dos familiares também foram preditoras de uma maior sobrecarga subjetiva. Foram elas: trabalhar fora, ter renda baixa, fazer outros tratamentos de saúde e ter filhos. Um menor sentimento de sobrecarga foi observado entre os familiares que participavam de atividades religiosas, tinham lazer dentro de casa e possuíam mais sentimentos positivos em relação aos pacientes (Barroso, Bandeira, & Nascimento, 2009).

Um outro fenômeno que vem sendo observado, decorrente da diminuição de leitos nos hospitais psiquiátricos, é a chamada “Transinstitucionalização”. Esse fenômeno consiste na transferência dos pacientes dos hospitais psiquiátricos públicos para outras acomodações comunitárias que são, na realidade, unidades hospitalares com designações diferentes. Dessa forma, os pacientes deixam de receber o devido atendimento nas suas comunidades (Bandeira, 1991).

Todos esses problemas encontrados no processo de desinstitucionalização psiquiátrica, descritos acima, têm sido atribuídos a uma série de fatores. Dentre eles, pode-se citar: a falta de acompanhamento médico frequente e contínuo, a escassez de programas de intervenção comunitária adequados e a interrupção do tratamento farmacológico por parte dos pacientes. Além disso, a falta de uma atividade ocupacional significativa, a ausência de suporte social das pessoas que convivem com os pacientes e a carência de centros externos que possam assisti-los nos momentos de crises são fatores que contribuem para o agravamento da situação (Bandeira, 1993).

Visando suprir as carências e dificuldades encontradas na reinserção social dos pacientes psiquiátricos, foram desenvolvidos, nos Estados Unidos, desde os anos 1970, três modelos de acompanhamento intensivo dos pacientes na comunidade. Esses programas foram propostos como uma continuação do tratamento ao paciente, seguidamente à sua alta do hospital psiquiátrico, de modo a promover uma redução no número de re-hospitalizações e melhorar a integração do paciente psiquiátrico na sua comunidade (Bandeira *et al.*, 1998).

Um desses modelos, denominado *Case management*, consiste num sistema de coordenação e integração de serviços, por meio da nomeação de um agente responsável por cada um dos pacientes integrados na comunidade, o *case manager*. A tarefa desse agente é coordenar os serviços que os pacientes precisam, garantindo-lhes a utilização dos mesmos,

de modo a satisfazer suas necessidades. Porém, esse modelo não atingiu os objetivos desejados devido a algumas limitações: a inexistência de alguns serviços na comunidade, a dificuldade dos agentes em suprir as diversas necessidades apresentadas pelos pacientes psiquiátricos e o alto número de pacientes sob a responsabilidade de cada agente. Esse modelo se mostrou, portanto, insuficiente para integrar o paciente psiquiátrico na sua comunidade, sendo necessário um modelo mais abrangente e intensivo de acompanhamento (Bandeira *et al.*, 1998).

O segundo modelo foi desenvolvido na cidade de Madison, sendo, portanto, denominado “modelo de Madison” e também *Program for Assertive Community Treatment* (PACT). A disseminação desse programa não se deu de forma ampla pelo país, tendo se concentrando mais nos Estados localizados no leste e meio-oeste. Trata-se de um modelo mais abrangente, intensivo e assertivo de acompanhamento aos pacientes. Foi denominado assertivo porque os profissionais deveriam procurar os pacientes na comunidade, e não esperar por eles em seus consultórios. Este programa inclui o treino das habilidades da vida cotidiana, habilidades ocupacionais, sociais e de lazer, sendo que cada paciente recebe acompanhamento individual, diário e contínuo por uma equipe multidisciplinar de profissionais em saúde mental, por meio de visitas domiciliares. Cada equipe é formada por aproximadamente dez profissionais, dentre eles: enfermeiras, assistentes sociais, psiquiatras, psicólogos, educadores e especialistas em orientação profissional. Estes profissionais se responsabilizam pelo acompanhamento de 100 pacientes em todos os contatos que eles estabelecem com os serviços sociais, clínicos, jurídicos e até mesmo no período em que é necessária a hospitalização do paciente. O bom funcionamento desse modelo depende, em grande medida, da liberação de verbas governamentais que privilegiem os serviços comunitários de saúde mental (Bandeira *et al.*, 1998).

O terceiro modelo, denominado “programa de *Bridge*” e desenvolvido na cidade de Chicago, contém os mesmos elementos básicos do “modelo de Madison”: acompanhamento intensivo e ilimitado, treino de habilidades da vida cotidiana e visitas domiciliares. No entanto, o “programa de *Bridge*” possui algumas características particulares. Sua especialidade é a clientela de alto risco: os pacientes itinerantes e com altas taxas de re-hospitalizações. O objetivo desse programa é diminuir a itinerância, o número de re-hospitalizações e aumentar a qualidade de vida desses pacientes por meio de um trabalho de acompanhamento das necessidades mais básicas de sobrevivência: alojamento, alimentação, vestuário, finanças e medicação. Além disso, a equipe desse programa muitas vezes encaminha os pacientes para outros serviços de saúde mental na

comunidade. Uma outra característica do “programa de *Bridge*” é que a equipe que atende os pacientes é formada por generalistas, e não profissionais da saúde mental. Este programa enfatiza o engajamento pessoal de cada membro na equipe (Bandeira *et al.*, 1998).

De acordo com a revisão de literatura realizada por Bandeira *et al.* (1998), os efeitos dos programas de acompanhamento intensivo na comunidade têm sido amplamente pesquisados. Para tanto, o delineamento de pesquisa mais utilizado é do tipo experimental, no qual o pesquisador compara os efeitos do tratamento obtidos por um grupo experimental, submetido ao acompanhamento intensivo, com os efeitos do tratamento obtidos por um grupo controle, constituído por pacientes em acompanhamento ambulatorial ou do programa *Case management*. Os resultados desses estudos têm constatado maior eficácia dos programas de acompanhamento intensivo no tratamento de pessoas portadoras de doença mental, dentre os demais serviços de saúde mental.

Para verificar a eficácia do PACT e do *Case management*, Machado, Dahl, Carvalho e Cavalcanti (2007) realizaram uma revisão de literatura selecionando, para tanto, 73 estudos referentes a essa temática, publicados entre os anos de 1985 e 2005. Esses estudos foram agrupados em oito categorias, conforme os objetivos de cada pesquisa. Foram elas: (1) definição e/ou discussão do conceito de PACT ou *Case management*; (2) história dos programas; (3) estudo do desfecho; (4) estudo de comparação entre esses programas e outros serviços de saúde mental; (5) descrição e/ou estudo de desfecho do PACT ou *Case management* que adotam abordagens fora do conjunto das práticas tradicionais dos programas; (6) estudo/descrição das características e práticas de ambos os programas; (7) estudo de satisfação com os programas; e (8) revisões bibliográficas ou metanálises sobre o PACT e o *Case management*. As autoras concluíram que esses modelos se mostraram mais eficazes quando comparados a outros serviços, como aqueles realizados na comunidade ou hospitais, tendo como base os resultados positivos encontrados com relação aos desfechos, satisfação com o tratamento e eficácia global dos modelos.

Em razão das dificuldades decorrentes do processo de desinstitucionalização, a realização de avaliações periódicas desses serviços emergiu como uma possibilidade para a melhoria da sua qualidade. Esse assunto será abordado no tópico a seguir.

### **Avaliação dos serviços de saúde e de saúde mental**

A avaliação dos serviços de saúde mental incorporou alguns dos aspectos da avaliação dos serviços de saúde em geral. Por essa razão, serão expostas, inicialmente, algumas considerações sobre a avaliação dos serviços de saúde em geral. O conceito de avaliação dos programas públicos, incluindo a área da saúde, surgiu após a Segunda Guerra Mundial, emergindo da necessidade de se buscar meios para atribuir os recursos financeiros de uma forma mais eficaz. Nesse período, foram desenvolvidos métodos para analisar as vantagens e os custos desses programas. No entanto, eles se mostraram insuficientes, principalmente devido à sua inaplicabilidade nos programas sociais e de educação. Frente a esse impasse, novos mecanismos para a avaliação foram desenvolvidos, adotando uma perspectiva interdisciplinar e insistindo nos aspectos metodológicos (Contandriopoulos, 2006).

No campo da avaliação dos serviços de saúde, um dos autores mais referenciados é Avedis Donabedian. Segundo ele, o objetivo da avaliação da qualidade dos serviços de saúde é determinar o grau de sucesso das profissões da área em se autogerirem, de forma a impedir a exploração e a incompetência. Para Donabedian, a avaliação da qualidade pode ser feita por meio de três enfoques: estrutura, processo e resultado. O estudo da “estrutura” avalia os recursos utilizados nos serviços, dentre eles a equipe médica, o perfil dos profissionais empregados, como também as condições físicas e organizacionais dos serviços. A avaliação do “processo” enfoca a análise da competência médica. Nesse tipo de estudo, são descritas as atividades desenvolvidas pela equipe no tratamento dos problemas de saúde em benefício do usuário. Já nos estudos de avaliação dos “resultados” é descrito o estado de saúde do indivíduo ou de uma população, observando o impacto que determinado programa teve sobre a saúde do paciente. A medida de avaliação dos “resultados” constitui o que existe de mais próximo em termos de avaliação do cuidado total (Donabedian, 1990; Reis *et al.*, 1990; Silva & Formigli 1994).

Além da tríade estrutura, processo e resultado, Donabedian formulou também a “Teoria dos Sete Pilares da Qualidade”, que são atributos que devem ser levados em consideração na avaliação dos serviços de saúde. O primeiro pilar é o da “eficácia”, que se refere ao melhor que se pode obter em melhorias na saúde e no bem-estar, como efeito de um tratamento, em condições mais favoráveis. A “efetividade” corresponde ao melhor na saúde que se pode obter ou esperar obter, em condições ordinárias da prática cotidiana. Em terceiro lugar, está o pilar da “eficiência”, que se refere à capacidade do cuidado prestado

pelo serviço em obter melhorias na saúde a custo baixo. O quarto pilar é o da “otimização”, ou seja, o balanceamento mais vantajoso entre o custo e o benefício dos cuidados prestados pelos serviços de saúde. O quinto pilar refere-se à “aceitabilidade”, que envolve a adaptação do cuidado prestado aos desejos e expectativas do paciente e da sua família, no que se refere ao acesso, relação paciente-profissional, instalações, efeitos e custos dos cuidados prestados. O sexto pilar é o da “legitimidade”, que consiste na aceitabilidade do cuidado pela comunidade em geral com relação aos aspectos já descritos. Por fim, o sétimo pilar, denominado “equidade”, refere-se à justa distribuição dos cuidados prestados pelos serviços de saúde (Donabedian, 1990).

Nesse campo da avaliação dos serviços de saúde, Akerman e Nadanovsk (1992) apontam que a avaliação da qualidade depende da escolha e explicitação prévia dos objetivos do serviço médico que se deseja avaliar. A estratégia de avaliação deve estar associada a essas escolhas, as quais são influenciadas pelos usuários dos serviços, profissionais, administradores e planejadores, sendo que os interesses dos usuários devem ter papel relevante. Esses autores apontam que um dos critérios para se definir um indicador de qualidade é a satisfação dos pacientes. Para tanto, defendem que, para se definirem indicadores de qualidade, deve-se levar em conta a utilização de medidas de satisfação dos pacientes com os serviços de saúde.

Para os serviços de saúde mental, ainda não foi estabelecido um modelo teórico de avaliação (Almeida & Escorel, 2001). No entanto, de uma forma geral, os aspectos a serem avaliados nesses serviços também seguem o “modelo” elaborado por Donabedian, descrito anteriormente.

A Organização Mundial da Saúde apresentou dez recomendações para melhorar a saúde mental no mundo. Uma delas refere-se à importância do desenvolvimento de pesquisas e do monitoramento dos serviços de saúde mental para o estabelecimento das necessidades dos seus usuários, como também para a avaliação das intervenções preventivas, terapêuticas e dos resultados do tratamento (WHO, 2001). A avaliação desses serviços deve ser uma prática contínua e permanente, a fim de garantir sua qualidade. Deve ainda ser realizada numa abordagem integrativa, incluindo todos os envolvidos no processo, ou seja, os profissionais, os pacientes e seus familiares (WHO-SATIS, 1996).

A avaliação dos resultados do tratamento nos serviços de saúde mental tem recebido grande atenção nesta última década. Tem sido proposta a realização de uma avaliação multidimensional, que inclua os aspectos da psicopatologia, do funcionamento e da satisfação de todos os envolvidos no processo de tratamento (Hasler, Moergeli, &

Schnyder, 2004). Segundo Burlingame *et al.* (2005), a avaliação de resultados do tratamento realizada nos serviços de saúde mental é importante, visto que pode fornecer informações complementares a outras medidas, como as de processo e estrutura, que são mais frequentemente utilizadas. No tópico seguinte serão descritos os principais indicadores utilizados nesse tipo de avaliação.

### **Avaliação dos resultados do tratamento pelos usuários**

Uma das medidas de avaliação dos resultados dos serviços de saúde mental amplamente reconhecida refere-se aos resultados relatados pelos pacientes (*Patients reported outcomes*), que tem como base a percepção do paciente acerca de sua doença e tratamento, referindo-se às suas opiniões, pensamentos e juízos. Essa medida foi se tornando cada vez mais importante na avaliação do tratamento, principalmente para os pacientes portadores de esquizofrenia. A avaliação dos resultados do tratamento através do relato dos pacientes é relevante na medida em que confere ao paciente o papel de consumidor dos cuidados a ele prestados (McCabe, Saidi, & Priebe, 2007).

Especificamente no contexto da esquizofrenia, McCabe *et al.* (2007) realizaram uma revisão de literatura, identificando dois grupos de medidas de resultados relatados pelos pacientes: (1) medidas de avaliação da doença e tratamento, que inclui aspectos da necessidade de cuidados, relação terapêutica, comunicação clínica, sintomas, *insight* e satisfação com o tratamento; e (2) medidas de bem-estar psicológico, que inclui aspectos da autonomia, autoestima, senso de coerência e recuperação. A partir da análise dos estudos selecionados, os autores concluíram que a realização de avaliações periódicas dos resultados relatados pelos pacientes pode reduzir a distância entre pacientes e profissionais, bem como melhorar os resultados do tratamento.

A medida de satisfação tem sido o indicador de resultado relatado mais utilizado nas pesquisas de avaliação dos serviços de saúde. Essa medida corresponde à percepção subjetiva do indivíduo acerca do atendimento recebido por ele no serviço de saúde. A satisfação dos usuários é avaliada com relação a diversos aspectos dos serviços, tais como: as relações interpessoais entre o profissional e o paciente, as informações recebidas pelo paciente sobre a sua doença e sobre o seu tratamento, a qualidade do atendimento inicial, a competência da equipe tal como percebida pelo paciente, a infraestrutura dos serviços e os efeitos ou resultados do tratamento (Silva & Formigli, 1994; Bandeira, Pitta, & Mercier, 2000). O grau de adesão ao tratamento pode ser influenciado por todos esses aspectos e, no

caso das doenças mentais e outras condições clínicas, as relações interpessoais podem interferir no desfecho terapêutico. Em razão disso, Silva e Fomigli (1994) defendem que é importante incorporar a avaliação da satisfação do usuário como um dos componentes da qualidade dos serviços de saúde e de saúde mental.

No contexto internacional, as medidas de satisfação têm recebido destaque nos últimos anos. Em 1983, o Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra publicou o Relatório Griffith, o qual recomendava a inclusão da percepção dos usuários e comunidade na avaliação dos serviços públicos de saúde, em geral, incluindo a saúde mental. A partir de então, constatou-se uma alta produção de estudos acerca da satisfação dos usuários, que passou a ser avaliada por meio de instrumentos estruturados (Uchimura & Bosi, 2002).

Para a avaliação sistemática da satisfação dos usuários dos serviços de saúde, incluindo a saúde mental, é importante a utilização de instrumentos de medida padronizados, que possuam propriedades psicométricas adequadas. Isso permite a confiabilidade dos dados obtidos e a comparação dos resultados em diferentes serviços de saúde (Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis, & Boyle, 1994). Dentre os instrumentos validados para avaliar a satisfação dos usuários dos serviços de saúde mental, pode-se citar o *Client Satisfaction Questionnaire* – CSQ (Larsen, Attkisson, Hargreaves, & Nguyen, 1979), o *Service Satisfaction Scale* – SSS-30 (Greenfield & Attkison, 1989) e o *Verona Service Satisfaction Scale* – VSSS-EU (Rugeri *et al.*, 2000).

No Brasil, a avaliação dos serviços de saúde e saúde mental é realizada, desde 2004, pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) e a satisfação dos pacientes compõe um dos eixos avaliativos desse programa. O objetivo geral do PNASS é avaliar os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, buscando uma apreensão completa e abrangente da realidade dos mesmos nas suas diferentes dimensões, além de avaliar a eficiência, a eficácia e a efetividade das estruturas, processos e resultados, envolvendo questões relacionadas ao acesso e à satisfação dos usuários com os serviços. Para tanto, são realizadas entrevistas individuais e estruturadas, sendo avaliados aspectos da agilidade no agendamento da consulta, agilidade no atendimento, acolhimento, confiança, ambiência (conforto, limpeza, sinalização, ruído), roupas, alimentação, marcas da humanização, gratuidade e expectativa sobre o serviço (Ministério da Saúde, 2004b).

No campo da saúde mental, foi validada para o Brasil a escala SATIS-BR, numa versão adaptada a partir da escala original da Organização Mundial da Saúde (1996). Esse instrumento avalia a satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental, incluindo, para tanto, questões quantitativas e qualitativas. As questões quantitativas se referem à

satisfação do usuário sobre a maneira como ele foi tratado no serviço em termos de respeito e dignidade; a escuta e compreensão do seu problema pela pessoa que o admitiu no serviço; a compreensão da equipe acerca do tipo de ajuda requerido; as informações fornecidas a ele pelo serviço; a discussão acerca de seu tratamento no serviço; a acolhida dos profissionais do serviço; a competência da equipe, o conforto, a aparência do local e as condições gerais das instalações do serviço. As questões qualitativas se referem ao que os usuários mais gostaram nos serviços, como também o que eles menos gostaram e a sua opinião acerca dos aspectos que podem ser melhorados pelo serviço (Bandeira *et al.*, 2000).

A fim de avaliar a utilidade da medida de satisfação relatada pelos pacientes com doença mental como uma variável de resultado, Holcomb, Parker, Leong, Thiele and Higdon (1998) desenvolveram um estudo no qual foram examinados três aspectos: (1) a relação entre a satisfação relatada pelos pacientes com os serviços hospitalares e variáveis de resultado (qualidade de vida, sintomatologia, nível de funcionamento); (2) a relação entre as dimensões da satisfação dos pacientes e diferentes medidas de resultado e, também, a outras variáveis demográficas e clínicas, como emprego, diagnóstico e julgamento médico sobre a satisfação e o nível de funcionamento dos pacientes; e (3) a concordância entre as avaliações médicas da satisfação do paciente e as avaliações relatadas por eles mesmos. Participaram desse estudo 81 pacientes do centro médico *Veterans Affairs*, uma unidade psiquiátrica hospitalar de uma área central dos Estados Unidos da América, os quais responderam, na admissão e alta, ao *Treatment Outcome Profile* (TOP), uma medida de resultado relatado pelos pacientes psiquiátricos, que avalia sua qualidade de vida, sintomatologia e seu nível de funcionamento.

Os resultados mostraram que os escores dos pacientes na escala TOP aumentaram da admissão para a alta, ou seja, houve uma melhora. Os pacientes que relataram melhor qualidade de vida, nível de funcionamento mais elevado e poucos sintomas na admissão tenderam a estar mais satisfeitos com o serviço na alta hospitalar. Essas avaliações foram relacionadas significativamente à satisfação com o tratamento, com a equipe de funcionários e com o ambiente do tratamento. Além disso, os pacientes que estavam empregados na admissão tenderam a ter escores mais elevados de satisfação na alta. Com relação aos diagnósticos, os pacientes com transtorno de *stress* pós-traumático e personalidade tenderam a estar menos satisfeitos com os serviços na alta. Por fim, constatou-se uma alta taxa de concordância (86,00%) entre a avaliação da satisfação realizada pelos clínicos e a avaliação da satisfação relatada pelos próprios pacientes. Para

os autores, a satisfação relatada pelos pacientes é, portanto, uma medida importante que deve ser utilizada na avaliação dos serviços de saúde mental (Holcomb *et al.*, 1998).

Entretanto, são apontadas algumas críticas acerca da avaliação da satisfação no campo da saúde. Esperidião e Trad (2006) realizaram uma revisão de literatura, analisando 56 artigos referentes à satisfação dos usuários dos serviços de saúde. A partir das análises realizadas, os autores concluíram que o conceito de satisfação empregado pelos pesquisadores é inconsistente, de baixa predição e relacionado de modo vago a uma série de aspectos médicos e não-médicos dos serviços. Percebe-se ainda uma dificuldade em se estabelecer um referencial teórico consensual entre os pesquisadores, o que leva à baixa validade externa das teorias utilizadas. Para esses autores, o consenso entre os especialistas da área deve ser incentivado, no intuito de se buscar uma validação para o conceito de satisfação, como também uma operacionalização para a sua aferição.

Segundo Mercier *et al.* (2004), a avaliação da satisfação dos usuários dos serviços de saúde mental corresponde a apenas um dos aspectos da percepção dos usuários. Desta forma, não é suficiente para avaliar a qualidade desses serviços do ponto de vista dos usuários. Por esta razão, é necessário realizar também uma avaliação dos efeitos do tratamento na vida dos pacientes, já que apenas poucos itens das escalas de satisfação envolvem a avaliação dos resultados do tratamento. Esse assunto será abordado no tópico seguinte.

### **Avaliação da percepção de mudança pelos usuários**

No intuito de elaborar uma medida que avaliasse exclusivamente os efeitos do tratamento recebido no serviço de saúde mental, sob o ponto de vista do paciente, Mercier *et al.* (2004) propuseram a avaliação de um construto complementar para aferir a qualidade dos serviços de saúde mental: a percepção de mudança pelos usuários em função do tratamento recebido nos serviços comunitários de saúde mental. Essa medida refere-se às mudanças percebidas pelo paciente em diversos aspectos de sua vida, na sua condição clínica, bem-estar físico, autonomia, bem-estar psicológico e vida em geral. Para a avaliação desse construto, Mercier *et al.* (2004) elaboraram o *Questionnaire of Perceived Changes*, uma escala que avalia as mudanças percebidas pelo paciente em função do tratamento recebido no serviço de saúde mental. Todos os itens dessa escala se referem aos resultados do tratamento, ou seja, ao impacto do mesmo sobre a vida do paciente.

No Brasil, as pesquisas acerca da percepção de mudança em função do tratamento recebido nos serviços de saúde mental estão apenas começando e já se encontram concluídos cinco estudos. Um deles se refere à adaptação transcultural do *Questionnaire of Perceived Changes* para o Brasil, que foi denominada Escala de Mudança Percebida – EMP (Bandeira, Calzavara, Costa, & Cesari, 2009). A escala EMP brasileira possui duas versões: uma destinada aos pacientes e outra destinada aos seus familiares. A primeira avalia as mudanças percebidas pelos pacientes em função do tratamento recebido, sob o seu próprio ponto de vista. A segunda avalia as mudanças percebidas nos pacientes em função do tratamento recebido, sob a perspectiva dos seus familiares.

Outros dois estudos referiram-se à avaliação das propriedades psicométricas de validade e fidedignidade das duas versões da EMP. Os resultados obtidos mostraram que ambas as versões possuem indicadores de validade e fidedignidade adequados e podem, portanto, ser utilizadas na avaliação dos resultados do tratamento nos serviços de saúde mental (Costa, Bandeira, & Andrade, 2009, Julho; Cesari, Bandeira, & Felício, 2009, Julho). Os dois estudos restantes referiram-se à investigação dos fatores associados à percepção de mudança sob o ponto de vista dos familiares e pacientes.

Para a análise dos fatores associados à percepção de melhora dos pacientes, na perspectiva dos familiares, Mussi e Bandeira (2009) conduziram um estudo utilizando a EMP na versão dos familiares. A amostra constituiu-se de 100 familiares de pacientes que eram atendidos no Centro de Atenção CAPS del-Rei e Núcleo de Saúde Mental da cidade de São João del-Rei. Os resultados mostraram que diferentes variáveis estiveram associadas à percepção de melhora global e domínios do construto. De uma forma geral, os familiares dos pacientes perceberam mais melhoras quando os pacientes eram mais jovens e com menor renda. No que se refere às variáveis clínicas, constatou-se uma maior percepção de melhora entre os pacientes que tinham diagnóstico de transtorno de humor e afetivo. Os familiares também perceberam mais melhoras em relação aos pacientes que nunca tinham sido internados. Os pacientes que não tinham doenças físicas apresentaram, na perspectiva dos familiares, uma maior percepção de melhora. Além disso, quanto menor foi a duração da doença e o número de crises que o paciente teve no último ano, maior foi o grau de melhora percebida pelos familiares. A quantidade de remédios também se associou a uma maior percepção de melhora, no sentido de que quanto menor era a quantidade de remédios que o paciente tomava, maior era a percepção de melhora, na perspectiva dos familiares.

Além das variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes, duas variáveis sociodemográficas dos familiares se associaram a uma maior percepção de melhora em relação aos pacientes. Observou-se que quanto menor era a escolaridade dos familiares, maior era a percepção de melhora. Além disso, os familiares, que eram pais ou irmãos dos pacientes apresentaram maior percepção de melhora, quando comparados aos familiares com outros graus de parentesco (Mussi & Bandeira, 2009).

Com relação aos fatores associados às mudanças percebidas pelos próprios pacientes, Silva, Bandeira e Calzavara (2007) conduziram um estudo utilizando, para tanto, a EMP na versão dos pacientes. Foi analisada uma amostra de 100 pacientes psiquiátricos, 39% do sexo masculino e 61% feminino, atendidos no Centro de Atenção CAPS del-Rei e Núcleo de Saúde Mental da cidade de São João del-Rei. Os resultados mostraram que a percepção de mudança variou em função das condições dos pacientes e das dimensões avaliadas. Por exemplo, o escore global de melhora foi maior quando era menor o número de remédios usados pelo paciente. No que se refere especificamente à melhora percebida na saúde física, observou-se que os pacientes mais jovens e aqueles que tomavam seus remédios sozinhos apresentaram resultados melhores com relação aos pacientes com idades mais avançadas e que necessitavam de ajuda de outras pessoas para tomar seus remédios. Na dimensão psicológica, constatou-se maior percepção de melhora entre os pacientes que tiveram menor número de crises no último ano. Os resultados indicaram ainda maior grau de percepção de melhora na dimensão psicológica e na vida social entre os pacientes que não apresentavam doença física (Silva, Bandeira, & Calzavara, 2007).

A avaliação dos resultados do tratamento nos serviços de saúde mental realizada pelo próprio paciente, em particular por meio da percepção de mudança, pode ser vantajosa sob vários aspectos. Ela pode auxiliar os profissionais dos serviços na escolha dos objetivos para cada paciente, além de permitir o monitoramento das mudanças ocorridas durante e após o tratamento. Permite ainda identificar quais aspectos da vida do paciente ainda não sofreram mudanças e, dessa forma, direcionar a elaboração de novas intervenções de modo a auxiliar os profissionais a atenderem melhor às necessidades do paciente. A inclusão do paciente na avaliação dos resultados de seu próprio tratamento pode, ainda, ter um efeito potencializador, aumentando sua adesão ao tratamento e satisfação com o serviço. Além disso, indagar os pacientes acerca dos efeitos do tratamento que eles recebem pode ser, em si, um indicador de qualidade (Mercier *et al.*, 2004).

A percepção de mudança é, portanto, uma medida importante, que deve ser utilizada na avaliação dos resultados dos serviços comunitários de saúde mental. Além

desse indicador, o presente estudo também evidencia uma outra medida de resultado dos serviços de saúde mental: a qualidade de vida.

### **Avaliação da qualidade de vida**

**1. Conceito de qualidade de vida:** a qualidade de vida é reconhecida como uma medida de avaliação dos resultados do tratamento em serviços de saúde e se constitui como uma ferramenta útil para a incorporação da perspectiva do usuário no processo de avaliação (Barry & Zissi, 1997). O conceito de qualidade de vida emergiu após a Segunda Guerra Mundial. A prosperidade econômica e a melhoria dos padrões de vida vivenciados nesse período resultaram em expectativas de vida mensuráveis, tais como: satisfação, realização pessoal, bem-estar social e psicológico. Essas noções foram utilizadas por cientistas sociais para a construção de indicadores sociais da qualidade de vida. Como conceito geral, a qualidade de vida inclui vários domínios relacionados à saúde. Porém, originalmente, o conceito incluiu também aspectos do trabalho, família, prosperidade, espiritualidade e meio ambiente (Awad & Voruganti, 2000). A qualidade de vida tem sido concebida como um conceito complexo, multifacetado e com aspectos objetivos e subjetivos (Hewitt, 2007).

A Organização Mundial da Saúde também se posicionou com relação a esse construto, desenvolvendo um projeto colaborativo multicêntrico, a fim de elaborar um instrumento para a avaliação da qualidade de vida numa perspectiva internacional. (Fleck *et al.*, 1999). Para tanto, definiu a qualidade de vida como “*a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (WHOQOL GROUP, 1994, p.28). Esse projeto resultou na elaboração do WHOQOL-100, um instrumento de avaliação da satisfação com qualidade de vida composto por 100 itens distribuídos em seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/ religião/ crenças pessoais (Fleck *et al.*, 1999).

No campo da saúde mental, diversas abordagens foram desenvolvidas para avaliar a qualidade de vida de pacientes psiquiátricos. Mercier and Corten (1994) resumem essas abordagens em três tipos principais. O primeiro aborda as condições de vida objetivas em diferentes domínios da vida dos pacientes e a percepção subjetiva dessas condições. O segundo avalia as capacidades, limites funcionais e desempenhos da pessoa, que determinam sua capacidade de realizar papéis sociais e seu grau de domínio no ambiente.

Na terceira abordagem, denominada modelo de bem-estar psicológico e ajustamento pessoa-ambiente, considera-se que o nível de satisfação com a vida está relacionado ao equilíbrio entre as características da pessoa e as propriedades do meio ambiente, referindo-se ao ajuste percebido pelo paciente. Para esses autores, as investigações acerca da qualidade de vida no campo da saúde mental têm se referido, principalmente, à primeira abordagem, ou seja, às condições de vida objetivas e às percepções subjetivas dos pacientes.

É crescente o interesse no estudo dos domínios da qualidade de vida, especificamente no caso dos pacientes com esquizofrenia. Segundo Hewitt (2007), a avaliação da qualidade de vida desses pacientes, por meio de instrumentos válidos, pode fornecer dados sobre aspectos das necessidades de cuidado que afetam seu humor, funcionamento, recuperação, tratamento e seus resultados. Segundo a autora, as evidências da eficácia do tratamento e satisfação com a qualidade de vida não podem ser avaliadas por meio de avaliações dos profissionais, mas, sim, pelo julgamento do próprio paciente, tendo em vista sua ênfase no aspecto subjetivo da qualidade de vida. Por outro lado, Katschnig (2000), em sua revisão de literatura sobre qualidade de vida de pacientes esquizofrênicos, concluiu que a avaliação subjetiva da qualidade de vida deve ser complementada por medidas objetivas, como as de funcionamento nos papéis sociais e de acesso aos recursos ambientais.

Awad *et al.* (1997) desenvolveram um modelo conceitual da qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia em uso de medicação neuroléptica, no qual a qualidade de vida é definida como o resultado da interação entre os sintomas psicóticos e sua severidade, os efeitos colaterais da medicação e o nível de desempenho psicossocial, principais determinantes desse construto. Foram identificados também outros aspectos que podem modular essa interação: características de personalidade, ajuste pré-morbidade, valores e atitudes em direção à saúde/doença e os recursos e a capacidade de fazer utilização dos mesmos. Para estes autores, tais fatores devem ser integrados num modelo circular, que enfatiza a natureza multidimensional do conceito de qualidade de vida.

No que se refere à avaliação da qualidade de vida, Hewitt (2007) aponta que há um grande número de instrumentos de medida disponíveis na literatura, destinados a avaliar a qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. Dentre eles, pode-se citar a *Quality of life scale* (QLS), um instrumento baseado em uma entrevista semiestruturada, elaborada pelos pesquisadores Heirinchs, Hanlon and Carpenter (1984), nos Estados Unidos. Essa escala foi validada para o Brasil para ser utilizada na avaliação da qualidade de vida de

pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, tendo sido denominada Escala QLS-BR (Cardoso *et al.*, 2003).

Entretanto, a avaliação da qualidade de vida na esquizofrenia traz alguns questionamentos. Awad and Voruganti (2000) identificaram cinco problemas: (1) a falta de acordo na definição da qualidade de vida; (2) os questionamentos com relação à credibilidade dos autorelatos dos pacientes; (3) a necessidade de se definir seus principais determinantes e sua contribuição relativa para se medir qualidade de vida; (4) a dificuldade de adequação do instrumento à população estudada e a utilização de instrumentos que não foram submetidos ao estudo de suas propriedades psicométricas; e (5) a dificuldade de analisar os custos de gestão em esquizofrenia, em estudos de economia da saúde, nos quais a qualidade de vida é tida como medida de comparação de programas, intervenções e alocação de recursos. Para esses autores, essas questões metodológicas devem ser resolvidas. Caso isso não ocorra, o interesse no estudo da qualidade de vida no campo da saúde mental pode vir a desaparecer.

**2. A qualidade de vida em pacientes com esquizofrenia:** a esquizofrenia é uma doença crônica, com uma importante carga financeira e social para o paciente, seus familiares e a sociedade. Essa carga refere-se aos custos com a intervenção médica, com o transporte dos pacientes para a realização do tratamento, a perda da produtividade, status funcional e qualidade de vida, como também a dor, o sofrimento e as limitações impostas pela doença (Daltio, Mari, & Ferraz, 2007). Dos pacientes que desenvolvem a doença, apenas 40,20% apresentam uma melhora ao longo de cinco ou seis anos de acompanhamento, em média (Ministério da Previdência Social, 2007).

Os quadros de esquizofrenia podem variar de paciente para paciente. Os principais sintomas da doença são os delírios, que correspondem a crenças em idéias falsas, irracionais ou sem lógica; as alucinações, que se referem à percepção de estímulos que na realidade não existem; o discurso e pensamento desorganizado; o afeto embotado, caracterizado pelas dificuldades dos pacientes em demonstrar emoção e as alterações do comportamento, que incluem a impulsividade, agitação ou retraimento, muitas vezes apresentando risco de suicídio. No geral, um terço dos indivíduos com esquizofrenia apresentam uma melhora significativa do seu quadro clínico. Outro terço apresenta alguma melhora, com recaídas intermitentes e os demais apresentam invalidez grave e permanente (Ministério da Previdência Social, 2007).

Por essas razões, o interesse em estudar a qualidade de vida dos pacientes com esquizofrenia é crescente e a necessidade de se avaliar o impacto da doença e do tratamento na vida dos pacientes, tem sido enfatizada (Pitta, 1999, Souza & Coutinho, 2006). Estudos internacionais sobre a qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia são frequentes. Por exemplo, Chan and Yu lu (2004) investigaram os fatores associados à qualidade de vida numa amostra de 172 pacientes ambulatoriais, com diagnóstico de esquizofrenia, em Hong Kong. Para a avaliação da qualidade de vida, foi utilizado o instrumento da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL) na sua versão chinesa abreviada. Os resultados mostraram os itens da escala em que se constatou menor satisfação com a vida foram: saúde geral, prazer na vida, atividade sexual, recursos financeiros e ambiente físico. Quanto aos fatores associados, as mulheres relataram menor satisfação nas questões referentes ao sentimento de prazer com a vida, atividades de lazer e segurança pessoal, quando comparadas aos homens. Os pacientes que estavam desempregados também apresentaram menor satisfação com sua saúde geral e aspectos psicológicos, físicos e sociais, comparados aos pacientes que possuíam um emprego. Observou-se, ainda, que quanto menor era o número de internações sofridas pelos pacientes, melhor era a qualidade de vida global dos pacientes.

Um outro estudo, realizado por Skantze, Malm, Dencker, Philip and Corrigan (1992), teve como objetivos investigar a relação entre padrão de vida e qualidade de vida e identificar os fatores associados à qualidade de vida. Fizeram parte desse estudo 61 pacientes esquizofrênicos, que recebiam tratamento ambulatorial e residiam na cidade de Gotemburgo. O padrão de vida foi avaliado pelo *Standard of Living Questionnaire* (SOL-I) e a qualidade de vida pela *Quality of Life Self-assessment* (QLS-100). Esse instrumento de avaliação da qualidade de vida corresponde a um questionário auto-aplicado, ou seja, os pacientes responderam aos itens da escala sozinhos. Os resultados mostraram que não houve associação entre o padrão de vida dos pacientes e sua qualidade de vida. Esse resultado era esperado pelos autores, uma vez que pacientes com doença mental grave já possuem um baixo padrão de vida e tendem a estar adaptados a este tipo de situação. Quanto aos fatores associados, os pacientes que eram mais velhos apresentaram pior qualidade de vida global. Além disso, os pacientes que tinham emprego apresentaram melhor qualidade de vida global quando comparados aos que não tinham. Encontrou-se, também, que quanto maior era o nível de escolaridade dos pacientes, pior era a sua qualidade de vida global. Uma das explicações para este resultado é que, possivelmente,

alguns pacientes não tinham capacidade intelectual para responder ao questionário de qualidade de vida, o que poderia ter influenciado no entendimento das questões.

Priebe *et al.* (1998) realizaram um estudo com o objetivo de verificar o impacto do trabalho na qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia e desordens esquizoafetivas. A amostra foi composta por 72 pacientes ambulatoriais que realizavam tratamento em três instituições psiquiátricas, sendo uma em Berlim (24 pacientes), outra em Berna (24 pacientes) e a terceira em Boulder (24 pacientes). Para cada centro de tratamento, foram selecionados, aleatoriamente, 12 pacientes que estavam empregados e 12 desempregados. A qualidade de vida foi avaliada pela *Lancashire Quality of Life Profile EU*. Os resultados mostraram que, para a amostra total, os pacientes que estavam empregados apresentaram melhor qualidade de vida, tanto em aspectos objetivos (valor da renda) como subjetivos (bem-estar global e situação financeira).

No estudo conduzido por Gaité *et al.* (2002), foi realizada uma investigação dos indicadores de qualidade de vida numa amostra de 404 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e desordens esquizoafetivas de cinco cidades europeias: Amsterdã, Copenhagem, Londres, Santander e Verona. Participaram desse estudo todos os pacientes que tiveram contato com os serviços de saúde mental dessas cidades nos três meses que antecederam seu início. A qualidade de vida também foi avaliada por meio da *Lancashire Quality of Life Profile EU*. Os resultados mostraram que os determinantes de uma melhor qualidade de vida foram ter um amigo de confiança, contato diário com os familiares, emprego, maior número das atividades de lazer e idade menor.

Heinrichs *et al.* (1984), em seu estudo de validação da *Quality of Life Scale* (QLS), apresentaram os indicadores das propriedades psicométricas do instrumento e também uma análise descritiva dos escores da escala. A amostra foi constituída de 111 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, que realizavam tratamento ambulatorial. Os dados descritivos da escala, referentes às médias dos itens, mostraram que o menor valor se referiu à questão da satisfação dos pacientes com o trabalho (2,10), enquanto que o maior valor, aos objetos comuns (3,97). A análise fatorial indicou a presença de quatro fatores que explicaram 73,00% da variância dos dados. Os quatro fatores identificados foram: 1. Funções intrapsíquicas, 2. Relações interpessoais, 3. Papel ocupacional e 4. Objetos e atividades comuns. Os resultados também mostraram uma confiabilidade interavaliadores adequada.

No que se refere à avaliação da qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia, por meio da escala QLS, foram encontrados cinco estudos brasileiros que investigaram a

qualidade de vida desses pacientes e que utilizaram essa escala na coleta de dados. Um deles teve como objetivo verificar as qualidades psicométricas dessa escala, apresentando, também, uma análise descritiva dos escores da escala. Fizeram parte deste estudo 123 pacientes ambulatoriais que frequentavam o Serviço de Referência em Saúde Mental de Divinópolis, MG. Os resultados mostraram indicadores adequados de validade e fidedignidade. Os escores médios para os itens da escala variaram de 1,59 (relações afetivo-sexuais) a 3,69 (objetos comuns). O escore global de qualidade de vida foi 2,56 e, para as subescalas, os valores variaram entre 2,35 (Rede social) e 2,77 (Funções intrapsíquicas e relações interpessoais). Os escores obtidos nos três domínios e o escore global de qualidade de vida se enquadraram na categoria de considerável prejuízo (Cardoso *et al.*, 2003).

Um outro estudo investigou as variáveis sociodemográficas e clínicas relacionadas à baixa qualidade de vida na mesma amostra de pacientes referenciada acima. Os fatores associados à qualidade de vida desses pacientes foram investigados por meio da análise de regressão logística multivariada. Os resultados indicaram que um pior escore de qualidade de vida global estava associado ao sexo masculino, ser solteiro e ter renda familiar baixa. Duas variáveis se associaram à pior qualidade de vida na dimensão social. Foram elas: ter escolaridade baixa e estar fazendo tratamento ambulatorial. Com relação à variável “tratamento ambulatorial”, os autores explicaram que ela se mostrou relevante não pelo tipo de tratamento em si, mas pelo fato de que pacientes mais graves, com baixa qualidade de vida, utilizam mais frequentemente o serviço por intermédio do acompanhamento ambulatorial, comparativamente aos pacientes menos graves. No domínio ocupacional, os pacientes solteiros e do sexo masculino apresentaram pior qualidade de vida. Na dimensão das “Funções intrapsíquicas e relações interpessoais”, os pacientes solteiros, que usavam três ou mais medicamentos e que apresentaram agitação psicomotora durante a entrevista, apresentaram pior qualidade de vida. (Cardoso *et al.*, 2005).

Um outro estudo, também realizado com a amostra descrita anteriormente, enfocou particularmente o domínio ocupacional da vida dos pacientes. O objetivo foi investigar a qualidade de vida em homens e mulheres com diagnóstico de esquizofrenia e explorar os fatores associados com a baixa qualidade de vida nesse domínio. Foram realizadas comparações dos escores de qualidade de vida, seguidas de análises multivariadas, usando a árvore de classificação (CHAID) e a regressão logística ordinal. Os resultados apontaram para melhor qualidade de vida, nesse domínio ocupacional, para mulheres. O estado civil apresentou-se como a variável mais relevante. As mulheres e homens solteiros

apresentaram baixa qualidade de vida quando comparados com os casados (Cardoso *et al.*, 2006).

O quarto estudo teve como objetivo estabelecer a prevalência de depressão na esquizofrenia, investigando os fatores associados e sua relação com a qualidade de vida. A amostra foi composta por 150 pacientes, recrutados de um serviço de referência em saúde mental de Belo Horizonte. A depressão foi mensurada pela Escala Calgary de Depressão na esquizofrenia. A presença de depressão maior foi indicada pelo escore igual ou superior a seis. Os resultados mostraram uma elevada taxa de prevalência de depressão maior: 56,00%. Os resultados das análises univariadas mostraram que os pacientes com depressão maior apresentaram maior chance de não relatarem atividades no lar, de apresentarem sintomas (tristeza, alucinações, cefaléia, impregnação neuroléptica, insônia, dor no corpo e delírios), de usar três ou mais medicamentos e relatar reações adversas em razão do uso de medicamentos. Quanto aos escores de qualidade de vida, os pacientes com depressão maior apresentaram pior qualidade de vida no domínio social apenas para o item referente às relações familiares. Já no domínio ocupacional, constatou-se pior qualidade de vida entre os pacientes com depressão maior em quatro itens: nível de realização, subemprego, satisfação ocupacional e utilização do tempo. Para a dimensão das “Funções intrapsíquicas e relações interpessoais” não houve diferenças entre os pacientes com e sem depressão maior. Quanto ao escore global de qualidade de vida, constatou-se uma pior qualidade de vida para os pacientes com depressão maior. As análises multivariadas indicaram que o relato de sintomas, a ausência de atividades no lar e o uso de três ou mais medicamentos se associaram à presença de transtorno depressivo maior (Cardoso *et al.*, 2007).

O quinto estudo teve como objetivo investigar a qualidade de vida de pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia que cumpriam medida de segurança em um hospital de custódia situado em Belo Horizonte, identificando os fatores associados à baixa qualidade de vida. Participaram desse estudo 54 pacientes judiciários. Uma análise descritiva dos escores da escala mostrou que 61,10% dos pacientes apresentaram uma qualidade de vida global muito comprometida. Com exceção do domínio das “Funções intrapsíquicas e relações interpessoais”, para o qual a maioria dos pacientes (68,50%) apresentou qualidade de vida comprometida, as dimensões “Rede social” e “Nível ocupacional” apresentaram altas porcentagens de pacientes com qualidade de vida muito comprometida, sendo pior para o domínio ocupacional. A análise multivariada indicou que maior duração da doença, ter cometido homicídio e ter mais de 40 anos foram as variáveis associadas à baixa qualidade de vida (Santana, Chianca, & Cardoso, 2009).

Um outro estudo brasileiro teve como objetivo investigar a qualidade de vida de pacientes egressos de instituições psiquiátricas, na cidade de Ilhéus, BA. Fizeram parte desse estudo 26 sujeitos vinculados ao Programa de Saúde da Família e que em algum momento na vida foram submetidos a tratamento psiquiátrico (hospitalar ou ambulatorial), não importando a sua região de origem, frequência de atendimentos e o diagnóstico. Para a avaliação da qualidade de vida, foi utilizado um outro instrumento: a escala da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL), na sua versão brasileira abreviada. Os resultados mostraram que a maioria dos sujeitos da amostra era do sexo feminino (76,90%) e com idade média de 43 anos. Quanto à avaliação da qualidade de vida, constatou-se que, para a escala global, a insatisfação com a qualidade de vida se referiu, principalmente, aos aspectos da saúde. No domínio físico, os aspectos nos quais se constatou maior insatisfação foram “dor e desconforto” e “dependência de medicamentos”. No domínio psicológico, 50,00% dos sujeitos relataram estar insatisfeitos com a vida. Além disso, 96,20% relataram insatisfação, por conviverem com sentimentos de mau humor, desespero, ansiedade e depressão. Na dimensão relacionada ao meio ambiente, constatou-se uma maior insatisfação quanto aos aspectos da segurança, recursos financeiros, informações necessárias ao dia-a-dia, oportunidades de lazer e precariedade do ambiente físico. Já na dimensão das relações pessoais, a maioria dos entrevistados (entre 50,00% e 57,00%) relatou satisfação quanto ao convívio familiar, com os amigos e colegas, além do suporte social e atividade sexual (Souza & Scatena, 2001).

Essa alta satisfação quanto aos aspectos das relações pessoais contrasta com os resultados obtidos nas outras cinco pesquisas referenciadas anteriormente. Nessas pesquisas, as dimensões das relações interpessoais e rede social apresentaram baixos escores de qualidade de vida. Tais discordâncias podem ser explicadas pelas diferenças nos diagnósticos dos pacientes e tipo de tratamento por eles recebido. Na última pesquisa descrita, os sujeitos que participaram eram egressos de instituições psiquiátricas e acompanhados pelo Programa de Saúde da Família, não importando seu diagnóstico. Nos outros cinco estudos, participaram apenas pacientes com esquizofrenia em tratamento ambulatorial (Cardoso *et al.*, 2003; Cardoso *et al.*, 2005, Cardoso *et al.*, 2006; Cardoso *et al.*, 2007) e em custódia judicial (Santana *et al.*, 2009). Além disso, segundo Souza e Scatena (2001), a alta satisfação dos sujeitos no domínio das relações pessoais pode estar relacionada a características socioculturais e geográficas do contexto estudado (nordeste do Brasil). Para as autoras, os moradores dessa região compartilham condições de vida comuns, estabelecendo uma extensa rede de relações com as pessoas mais próximas.

Os resultados dos estudos descritos acima convergem no que se refere à variável trabalho. Os pacientes que possuíam emprego apresentaram melhor qualidade de vida em quatro estudos internacionais (Skantze *et al.*, 1992; Priebe *et al.*, 1998; Gaité *et al.*, 2002; Chan & Yu lu, 2004). Os resultados do estudo brasileiro desenvolvido por Cardoso *et al.* (2003) também se assemelham aos resultados do estudo internacional de Heinrichs *et al.* (1984) quanto à faixa de variação das médias dos itens da QLS. Em ambas as pesquisas, constatou-se uma pequena faixa de variação nos itens da escala, além de baixos escores de qualidade de vida (abaixo de 3,97). Uma outra variável relacionada à qualidade de vida foi o “Estado civil”. Ser solteiro se associou a uma pior qualidade de vida em dois estudos brasileiros (Cardoso *et al.*, 2005; Cardoso *et al.*, 2006).

Houve divergências nos resultados de dois estudos quanto ao grau de escolaridade dos pacientes. Cardoso *et al.* (2005) encontraram que baixa escolaridade se associou a pior qualidade de vida, enquanto que Skantze *et al.* (1992) constataram que um maior nível de escolaridade se associou à pior qualidade de vida. Essa diferença nos resultados pode ser explicada pela diferença nos instrumentos utilizados na avaliação da qualidade de vida, que no primeiro estudo correspondia a um instrumento que foi aplicado junto aos pacientes por um entrevistador treinado, enquanto que no segundo estudo se referia a um questionário auto-aplicável. Uma outra divergência foi constatada quando se analisou a variável “sexo”. No estudo de Chan and Yu lu (2004), os homens apresentaram uma melhor qualidade de vida enquanto que nos estudos de Cardoso *et al.* (2005) e Cardoso *et al.* (2006), ser do sexo feminino se associou a melhor qualidade de vida.

Outras variáveis se associaram à qualidade de vida, não convergindo entre os estudos. Numa revisão de literatura acerca dos fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia, incluindo um total de 25 artigos, Souza e Coutinho (2006) apontaram que, de um modo geral, as variáveis sociodemográficas e clínicas associadas à qualidade de vida não são consistentes entre as pesquisas. Para os autores, a falta de homogeneidade entre os estudos pode ser decorrente de aspectos vinculados à própria doença, como a baixa confiabilidade no relato dos pacientes e também de aspectos referentes ao desenho dos estudos, que são pouco adequados para a investigação de relações causais entre as variáveis. Eles concluem que a realização de estudos nacionais sobre o tema em questão é importante, uma vez que os dados obtidos podem auxiliar no direcionamento dos recursos públicos em saúde, a fim de atender as reais necessidades desses indivíduos.

### **3. Relação entre qualidade de vida na esquizofrenia e medidas de resultados:**

em consulta realizada nas bases de dados do Scielo, Medline e Lilacs, foram encontradas 12 pesquisas que investigaram a relação entre a qualidade de vida e diversas medidas de resultados do tratamento em serviços de saúde mental. Todos os estudos encontraram relações significativas entre esses construtos. Por exemplo, Cavieres e Valdebenito (2005) realizaram um estudo com 50 pacientes ambulatoriais esquizofrênicos. Esses sujeitos completaram uma bateria de provas neuropsicológicas, como também a *Scale for the Assessment of Negative Symptoms* (SANS), que avalia os sintomas negativos dos pacientes, e a QLS, para a avaliação da qualidade de vida. Encontrou-se uma correlação negativa entre os escores da SANS e o domínio ocupacional da QLS, indicando que quanto menor a severidade dos sintomas negativos, melhor era a qualidade de vida dos pacientes nessa dimensão. Observou-se, também, que quanto melhor era o funcionamento executivo, concentração e memória, melhor era a qualidade de vida dos pacientes.

O estudo realizado por Simon-Abadi *et al.* (1999) investigou as propriedades psicométricas da versão francesa da *Quality of Life Scale* (QLS). Participou desse estudo um total de 60 pacientes internados com diagnóstico de esquizofrenia. As entrevistas foram realizadas 15 dias após a admissão dos pacientes em duas instituições psiquiátricas. Especificamente para a verificação da validade convergente, o escore de qualidade de vida foi correlacionado com o escore da *Global Assessment of Functioning Scale* (GAF), que trata de uma avaliação global do funcionamento. Os resultados mostraram que quanto maior era o escore obtido pela GAF, melhor era a qualidade de vida dos pacientes. Os demais resultados indicaram que a versão francesa da QLS possui qualidades psicométricas de fidedignidade e validade adequadas.

Para investigar a relação entre a qualidade de vida e medidas clínicas, Fitzgerald *et al.* (2001) conduziram um estudo com 174 pacientes recrutados de um programa longitudinal de avaliação e cuidado na esquizofrenia. Os participantes possuíam diagnóstico de esquizofrenia e desordens esquizofreniformes. A qualidade de vida foi mensurada pela escala QLS e, para a avaliação dos resultados do tratamento, foi utilizada a *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS), que avalia a severidade dos sintomas positivos e negativos dos pacientes. Os resultados mostraram que a subescala de sintomas negativos da PANSS se correlacionou significativamente com as quatro dimensões QLS e foi um dos determinantes de uma melhor qualidade de vida, juntamente com o escore global de uma escala de depressão (*Montgomer-Asberg Depression Rating Scale-*

MADRS). Estes resultados indicaram que uma menor severidade dos sintomas negativos e um menor grau de depressão contribuem para uma melhor qualidade de vida.

Cramer *et al.* (2000) realizaram um estudo com 423 pacientes internados, que possuíam diagnóstico de esquizofrenia. Um dos objetivos foi investigar a relação entre as mudanças observadas na severidade dos sintomas, avaliação clínica global e na qualidade de vida dos pacientes após o tratamento. Para a avaliação desses construtos foram utilizadas três escalas de qualidade de vida (QLS; *Level of Function* – SLOF; *Quality of Life Interview* - QLI), uma escala de sintomas positivos e negativos (PANSS) e duas escalas de avaliação clínica (*Global Assessment Scale* - GAS; *Clinical Global Impression* - CGI). O cálculo das mudanças observadas foi feito pela subtração dos escores médios desses instrumentos, antes e após um ano de tratamento, dividido pelo desvio-padrão da linha de base. Os resultados mostraram que a severidade dos sintomas, mensurada pela PANSS, se correlacionou significativamente com os escores de duas escalas de qualidade de vida: a QLS e a SLOF. Estes dados indicam que uma melhoria nos sintomas contribuiu para uma melhor qualidade de vida dos pacientes. Além disso, constataram-se correlações significativas entre os escores da GAS e CGI com os escores da QLS e SLOF, indicando que melhorias clínicas se associaram a melhor qualidade de vida.

No estudo desenvolvido por Awad *et al.* (1997), os autores investigaram os preditores de uma melhor qualidade de vida. Fizeram parte desse estudo 63 pacientes ambulatoriais com esquizofrenia. A qualidade de vida foi avaliada por meio da *Gurin's Global Quality of Life Question*, uma única questão que avalia a impressão global subjetiva do paciente acerca de sua qualidade de vida. A severidade dos sintomas dos pacientes foi avaliada pela escala PANSS. Outras avaliações clínicas também foram realizadas, sendo utilizadas as escalas *Hillside Akathisia Scale* (HAS), utilizada para caracterizar a frequência e magnitude da acatisia (inquietação interna que se manifesta na incapacidade do paciente em se manter quieto), além da escala *Drug Attitude Inventory* (DAI), que mede as respostas subjetivas e atitudes dos pacientes em relação aos antipsicóticos. Os resultados mostraram que quanto menor era a severidade dos sintomas, acatisia e quanto menor era o grau de respostas subjetivas negativas em relação à medicação, melhor era a qualidade de vida dos pacientes. Além disso, os escores obtidos nas escalas PANSS, DAI e HAS explicaram uma significativa proporção da variância obtida na análise de regressão múltipla, indicando que uma menor severidade dos sintomas, menor grau dos efeitos colaterais e maior tolerabilidade subjetiva em relação à medicação contribuía para melhor qualidade de vida.

Um outro estudo teve como objetivo verificar as propriedades psicométricas de fidedignidade e validade de duas medidas de qualidade de vida relatadas pelos próprios pacientes: a *Sickness Impact Profile* (SIP) e a questão de *Gurin*. Para tanto, Voruganti *et al.* (1998) conduziram um estudo com 63 pacientes ambulatoriais com diagnóstico de esquizofrenia. Os resultados mostraram que, no que se refere à validade, obtiveram-se correlações significativas entre os escores de qualidade de vida e duas medidas de resultados do tratamento. Observou-se que quanto menor era a severidade dos sintomas, avaliada pela PANSS, e melhor o funcionamento global, mensurado pela GAF, melhor era a qualidade de vida dos pacientes, avaliada pela SIP e pela questão de *Gurin*. Quanto à fidedignidade, em termos da estabilidade temporal, os resultados indicaram que as duas medidas de qualidade de vida relatadas pelos pacientes se mostraram consistentes após um período de quatro semanas.

Wilkinson *et al.* (2000) realizaram um estudo com o objetivo de desenvolver e validar um curto questionário de qualidade de vida, denominado *Schizophrenia Quality of life Scale* (SQLS). A amostra foi constituída por 161 pacientes ambulatoriais, com diagnóstico de esquizofrenia. O desenvolvimento e a validação da escala envolveram três etapas: geração dos itens, redução dos itens gerados e verificação da validade de construto. Uma das análises realizadas para a investigação da validade de construto envolveu o cálculo da correlação entre os escores obtidos no *General Health Questionnaire* (GHQ-12), que se refere a uma medida de resultado em saúde mental, e os escores do SQLS. Os resultados mostraram que quanto melhor era a saúde mental dos pacientes, avaliada pela GHQ-12, melhor era a qualidade de vida dos pacientes nos três domínios da SQLS: “Psicossocial”, “Motivação e energia” e “Sintomas e efeitos colaterais”.

A pesquisa conduzida por Ritsner *et al.* (2003) teve como objetivo identificar os preditores de uma melhor qualidade de vida. Foram investigadas duas amostras de pacientes: uma composta por 148 pacientes internados com diagnóstico de esquizofrenia e outra constituída por 51 pacientes internados com desordens esquizoafetivas e de humor. A qualidade de vida foi avaliada por meio da *Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire* (Q-LES-Q). Outras medidas clínicas também foram utilizadas e, para a avaliação dos sintomas, foi utilizada a escala PANSS. Os resultados mostraram que, para a amostra de pacientes esquizofrênicos, os preditores de melhor qualidade de vida foram: menor severidade dos sintomas paranoides, redução da obsessividade, somatização e aumento da autoeficácia e autoestima. Para os pacientes com desordens esquizoafetivas e de humor, menor severidade dos sintomas depressivos, maior sensibilidade, emoção

expressa e enfrentamento de tarefas orientadas foram determinantes de melhor qualidade de vida.

Um outro estudo que também relacionou uma medida de resultado do tratamento com a qualidade de vida foi desenvolvido por Caron *et al.* (2005). Um total de 143 pacientes ambulatoriais com diagnóstico de esquizofrenia e desordens esquizoafetivas participou dessa pesquisa, sendo avaliados em dois momentos, com intervalo de 6 meses. O objetivo foi identificar os preditores de uma melhor qualidade de vida e verificar se estes mesmos preditores podem ser identificados após 6 meses, sem introduzir nenhuma intervenção. A qualidade de vida foi avaliada por meio da *Satisfaction with Life Domains Scale* (SLDS) e utilizou-se, como medida de resultados do tratamento, a escala PANSS. Os resultados das análises univariadas mostraram que quanto menor era a severidade dos sintomas positivos, melhor era a qualidade de vida global dos pacientes. As análises multivariadas indicaram cinco preditores de melhor qualidade de vida: sentimento do paciente de proximidade emocional e segurança, reconhecimento de suas competências e habilidades, menor severidade das complicações diárias, maior escolaridade e maior tempo total de hospitalização na vida. Os preditores identificados se mostraram estáveis ao longo de seis meses, com exceção para a variável tempo total de hospitalização na vida.

Gaite *et al.* (2002), citados no tópico anterior, também correlacionaram duas medidas de resultados do tratamento – GAF e *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) – com a qualidade de vida avaliada pela *Lancashire Quality of Life Profile EU*. A escala BPRS fornece uma rápida avaliação da psicopatologia dos pacientes, em termos dos sintomas positivos e negativos, bem como ansiedade e depressão. Ela é utilizada para avaliar a condição mental dos pacientes. As análises realizadas com os escores desses instrumentos apontaram para correlações significativas entre os escores da GAF e BPRS com a qualidade de vida, indicando que quanto melhor era o nível de funcionamento dos pacientes e quanto melhor sua condição mental, melhor era a sua qualidade de vida. Chan and Yu lu (2004) também referenciados no tópico anterior, investigaram a relação entre os escores da BPRS e da WHOQOL. Esses autores encontraram que quanto pior foi o estado de saúde mental dos pacientes, pior foi a sua qualidade de vida.

Por fim, Russo *et al.* (1997) desenvolveram um estudo para avaliar a validade da *Behavior and Symptom Identification Scale* (BASIS-32), um instrumento que avalia a sintomatologia dos pacientes psiquiátricos. Participaram desse estudo 361 pacientes hospitalizados, com diagnósticos de depressão maior, transtorno bipolar, esquizofrenia, desordens esquizoafetivas, mania e outros. A validade de construto da BASIS-32 foi

verificada pelo cálculo da correlação entre os escores dessa escala e da qualidade de vida, mensurada pela *Lehman's Quality of Life Interview* (QOLI), na admissão e alta hospitalar. Os resultados da validade de construto apontaram para uma correlação significativa entre os escores das escalas na admissão e alta hospitalar. Quanto menor era a severidade dos sintomas relatados pelos pacientes, melhor era a sua qualidade de vida global. As demais análises realizadas mostraram que a escala BASIS-32 possui indicadores adequados de fidedignidade e validade.

Os estudos descritos acima apontaram para uma associação entre a qualidade de vida e diferentes medidas de resultados do tratamento em serviços de saúde mental, principalmente entre pacientes com esquizofrenia. De uma forma geral, os 12 estudos encontrados mostraram que a qualidade de vida desses pacientes depende da ocorrência de resultados positivos do tratamento recebido nos serviços. Esses resultados positivos foram caracterizados pela diminuição da sintomatologia dos pacientes, baixa severidade dos sintomas, melhor condição mental e maior grau de funcionalidade dos pacientes, a maioria deles medidos por terceiros. Dentre os estudos, apenas dois utilizaram medidas de resultados relatados pelos pacientes (Russo *et al.*, 1997; Wilkinson *et al.*, 2000). Essas medidas não envolveram as mudanças percebidas pelos pacientes em função do tratamento, mas sim, sua sintomatologia e estado de saúde mental.

A realização de estudos que avaliem a qualidade de vida dos pacientes com esquizofrenia e sua percepção de mudança em função do tratamento é de grande importância. Essa avaliação permite aos profissionais dos serviços a compreensão acerca do impacto do tratamento na vida do paciente, evidenciando os aspectos que não sofreram mudanças, os que melhoraram e aqueles que pioraram, como resultado do tratamento recebido. Permitem também a identificação das maiores carências e necessidades dos pacientes. Os resultados desses estudos podem auxiliar no reajuste do tratamento, de modo a introduzir intervenções que visem melhorar a condição de vida dos pacientes.

A realização de estudos avaliativos, tal como proposto neste estudo, pode contribuir ainda para a formulação das políticas de saúde mental. Os resultados desses estudos auxiliam na promoção do desenvolvimento de cuidados de saúde baseados na comunidade, estimulam a formação de parcerias entre os indivíduos, famílias e profissionais de saúde, promovem a emancipação dos indivíduos e suas famílias na comunidade e possibilitam a monitorização e avaliação contínua dos serviços comunitários de saúde mental (WHO, 2001).

A literatura da área indicou que a qualidade de vida dos pacientes com esquizofrenia depende dos resultados obtidos com o tratamento nos serviços de saúde mental. Entretanto, não foram encontrados estudos que investigaram se essa relação entre os construtos (qualidade de vida e medidas de resultados) ocorre também quando se avalia a percepção dos próprios pacientes sobre os resultados do tratamento. A presente pesquisa visa preencher esta lacuna, investigando se a qualidade de vida depende da percepção de melhora pelo próprio paciente, em função do tratamento recebido.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo geral**

O objetivo do trabalho foi investigar a relação entre a percepção de mudança em função do tratamento recebido no serviço de saúde mental e a qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia.

### **Objetivos específicos**

1. descrever e comparar as características da percepção de mudança pelos pacientes, nos diferentes domínios de sua vida, em função do tratamento recebido;
2. descrever as características da qualidade de vida dos pacientes, investigando as diferenças entre os domínios desse construto;
3. investigar os fatores associados à percepção de mudança a partir das variáveis sociodemográficas e clínicas;
4. investigar os fatores associados à qualidade de vida dos pacientes, comparando as variáveis sociodemográficas, clínicas e de percepção de mudança.

## MÉTODO

### Delineamento da pesquisa

Este estudo consistiu em uma pesquisa avaliativa, do tipo somativa, definida como pesquisa de avaliação de resultados ou efeitos de serviços ou programas (Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis, & Boyle, 1994). Foi conduzido um estudo quantitativo, do tipo correlacional, no qual foram investigadas variações naturais das variáveis em estudo, sem utilização de uma manipulação experimental. Trata-se, ainda, de um estudo transversal, no qual os dados foram coletados em um mesmo momento no tempo (Contandriopoulos *et al.*, 1994; Campbell & Stanley, 1979).

Nesta pesquisa, foram analisadas as variáveis qualidade de vida e percepção de mudança em função do tratamento em um grupo de pacientes que possuem diagnóstico de esquizofrenia. O estudo envolveu três etapas. A primeira se referiu ao estudo descritivo das percepções de mudança pelos pacientes, em função do tratamento recebido no serviço de saúde mental, em diversos domínios de sua vida, tais como: a dimensão psicológica e sono, o domínio ocupacional e de saúde física, como também os relacionamentos e a estabilidade emocional. A segunda referiu-se a uma análise descritiva das características da qualidade de vida desses pacientes, incluindo a dimensão social, o nível ocupacional, as funções intrapsíquicas e as relações interpessoais.

Para a terceira etapa, envolvendo o estudo dos fatores associados à qualidade de vida e percepção de mudança, foi utilizado o delineamento de Comparação com Grupo Estático, sendo comparados grupos naturais (Contandriopoulos *et al.*, 1994; Campbell & Stanley, 1979). Foi realizado também um estudo analítico correlacional, visando investigar em que grau a qualidade de vida depende da percepção de mudança e de outras variáveis sociodemográficas e clínicas. Por fim, realizou-se uma análise de regressão linear múltipla, a fim de investigar a ordem de importância das variáveis associadas à qualidade de vida, incluindo a percepção de mudança.

Para assegurar a validade externa desta pesquisa, os pacientes elegíveis que compareceram para a realização da entrevista foram comparados com os pacientes elegíveis que não compareceram quanto às seguintes variáveis: sexo, diagnóstico, idade, tempo de tratamento no serviço, tempo de tratamento psiquiátrico e número de remédios prescritos.

### **Local da pesquisa**

O estudo foi realizado no Serviço de Referência em Saúde Mental (SERSAM), da cidade de Divinópolis, Minas Gerais. O SERSAM foi fundado no ano de 1997 e atualmente presta três tipos de serviços aos pacientes: CAPS II, em processo de credenciamento para CAPS III, ambulatório e serviço de urgência e emergência. O serviço conta com 12 leitos e também com uma farmácia que oferece a medicação aos pacientes.

Desde o mês de dezembro do ano de 2008, o serviço funciona 24 horas, todos os dias da semana. O serviço atende a pacientes que residem nas cidades de Divinópolis, Carmo do Cajuru, Cláudio, São Sebastião do Oeste, São Gonçalo do Pará, Perdigoão e Conceição do Pará.

A equipe de profissionais que atua no serviço é composta por um coordenador, quatro psicólogos, cinco enfermeiros, dois assistentes sociais, dois terapeutas ocupacionais, um dentista, um farmacêutico e cinco psiquiatras, sendo um exclusivo para o atendimento aos pacientes do CAPS e os outros quatro para o ambulatório. Além disso, o serviço conta com o trabalho de 26 auxiliares de enfermagem, três técnicos-administrativos, dois vigias, quatro trabalhadores de apoio e cinco auxiliares de serviços gerais.

O SERSAM oferece tratamento para adultos portadores de psicoses e neuroses graves, como também para pacientes egressos de hospital psiquiátrico. As crianças e adolescentes encaminhadas ao serviço são acolhidos e, posteriormente, encaminhados para outros centros de tratamento.

A cada dia, são abertos novos prontuários de pacientes encaminhados ao serviço. No período em que foi realizado o levantamento da amostra para a realização deste estudo (setembro a dezembro de 2008), o serviço contava com aproximadamente 10.000 prontuários abertos. Entretanto, uma parte expressiva desses prontuários refere-se a pacientes que não frequentam mais o serviço, que faleceram, que mudaram para outras cidades ou que foram transferidos para outros centros de tratamentos, sendo que não é realizado um controle periódico desses prontuários.

Para os pacientes, são oferecidos dois tipos de oficinas terapêuticas: as oficinas de terapia ocupacional, coordenadas pelas duas terapeutas ocupacionais do serviço, e a oficina de coral, coordenada por uma assistente social. As oficinas de terapia ocupacional acontecem numa frequência de duas vezes ao dia e têm duração de aproximadamente 90 minutos. Já os ensaios da oficina de coral acontecem de uma a duas vezes por semana e têm duração de cerca de 90 minutos. O coral, nomeado pelos próprios pacientes de Ser-Sã,

possui de 20 a 30 componentes fixos, que já realizaram e ainda realizam apresentações em diversas cidades e diferentes eventos. Além das oficinas e atendimentos aos pacientes, os profissionais realizam também visitas domiciliares, quando é especificada uma necessidade.

O serviço conta ainda com uma associação que mantém convênio com a Prefeitura Municipal de Divinópolis. A associação SERSÃ é formada por pacientes, familiares dos pacientes, técnicos e profissionais do serviço, como também por pessoas que se interessam pela causa da saúde mental. São realizadas reuniões quinzenais e duas assembleias anuais nas dependências do serviço, nas quais se discute o funcionamento do serviço e da Residência Terapêutica da cidade.

Os pacientes que frequentam o CAPS comparecem ao serviço de segunda a sexta-feira, a partir das 8 horas, permanecendo até as 16 horas. Para o transporte dos pacientes que residem em Divinópolis, o serviço conta com a disponibilidade de um carro do tipo “van”, cedido pela Secretaria Municipal de Saúde do município. O transporte dos pacientes que residem nas demais cidades fica sob a responsabilidade da prefeitura de cada um dos municípios. Os pacientes do CAPS recebem tratamento diário, com administração da medicação e participação nas oficinas de terapia ocupacional e coral. Recebem também atendimento psicológico e médico individual. Esses pacientes permanecem no serviço até que sua equipe de referência, formada por um psicólogo, um terapeuta ocupacional, um assistente social, um enfermeiro e o psiquiatra do CAPS decidam se ele pode prosseguir o tratamento em regime ambulatorial. São realizadas também duas reuniões semanais entre os familiares desses pacientes e um dos profissionais do serviço, para a discussão de cada caso, manejo dos comportamentos dos pacientes e informações sobre o tratamento e a patologia do paciente.

Os pacientes ambulatoriais comparecem no serviço para consultar com seu médico, renovar a receita de sua medicação e pegar seus medicamentos na farmácia do serviço. A consulta acontece numa frequência de aproximadamente três vezes ao ano, a depender da agenda do médico. Se nesse espaço de tempo o paciente apresentar uma crise ou se ele não estiver se sentindo bem, ele deverá comparecer no serviço e passar por uma triagem por um dos psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros ou terapeutas ocupacionais do serviço. Esse profissional avaliará se é um caso de urgência e, em caso positivo, o paciente é encaminhado para uma consulta com o psiquiatra, que, juntamente o profissional da triagem, decide se o paciente deve ser encaminhado ao CAPS, à internação psiquiátrica, medicação de urgência ou mudança na medicação. Os pacientes do ambulatório também

comparecem ao serviço, de dois em dois meses, para renovar a receita de suas medicações e, mensalmente, para pegar seus medicamentos na farmácia. Caso o paciente não possa comparecer ao serviço, um familiar ou pessoa de confiança que estiver com sua receita pode fazer isso por ele.

Os pacientes do ambulatório também podem receber acompanhamento psicológico individual e participar das oficinas de terapia ocupacional e coral, caso tenha a indicação de algum profissional do serviço.

### **População-alvo**

A população-alvo desta pesquisa consistiu de pacientes psiquiátricos que residiam na cidade de Divinópolis, recebiam tratamento ambulatorial no SERSAM e que preenchiam os seguintes critérios de inclusão: diagnóstico de esquizofrenia, conforme indicado no seu prontuário, classificados segundo a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde – CID-10 (OMS, 1998), com evolução mínima de um ano; tempo de tratamento no serviço superior a um ano; ter idade entre 18 e 55 anos; ausência de alteração da medicação nos últimos três meses; e apresentar quadro clínico estável nas três semanas precedentes à coleta de dados, indicado pela ausência de hospitalização, pelo depoimento dos familiares e pelo uso regular de medicação.

Para obter uma população-alvo mais homogênea de pacientes, de modo a diminuir a probabilidade de que ocorressem interações entre variáveis, que interferissem com a interpretação dos resultados, foram excluídos pacientes com desordem neurológica, retardo mental ou história de dependência de drogas ilícitas e álcool. Foram excluídos também os pacientes que não compreenderam as questões das escalas e instruções da entrevista.

No período de setembro a dezembro de 2008, foi realizado o levantamento da amostra, por meio da análise dos prontuários de pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia e preenchimento de uma ficha de triagem (Anexo 2). De 475 prontuários analisados, encontrou-se um total de 163 sujeitos que preenchiam os critérios de inclusão e exclusão descritos anteriormente. Os demais 312 pacientes não foram selecionados para este estudo pelos seguintes fatores: para 51 pacientes, os diagnósticos que constavam nos prontuários, a princípio de esquizofrenia, tinham sido modificados para outras patologias; 72 residiam em outras cidades; quatro estavam realizando o tratamento em outros centros de tratamento; 83 tinham idade superior a 55 anos; três tinham idade inferior a 18 anos; quatro tinham tempo de tratamento no serviço inferior a um ano; 60 estavam em uso

irregular da medicação; nove tinham problemas neurológicos; 25 faziam uso de drogas ilícitas; e um paciente havia falecido. Entretanto, outros sete pacientes foram excluídos por outros fatores: três deles devido à impossibilidade de contato, dois porque apresentavam problemas para se comunicar e outros dois devido ao fato de que, no momento em que foi tentado o contato, eles não estavam mais realizando o tratamento no SERSAM. Sendo assim, o total de sujeitos elegíveis para este estudo foi de 156.

### **Amostra**

Não foi feita uma amostragem de sujeitos da população-alvo para participar desta pesquisa, tendo em vista que o número de pacientes elegíveis da população-alvo não era excessivo. Decidiu-se, então, que todos os pacientes elegíveis seriam contatados e convidados a participar da pesquisa. Para isso, iniciou-se o processo de recrutamento dos pacientes. Foi tentado um contato com todos esses pacientes para convidá-los a participar desta pesquisa por meio de telefonemas e cartas (Anexo 3). Primeiro, tentou-se o contato por telefone, pois, dos 156 sujeitos elegíveis, 119 haviam deixado no prontuário um número de telefone para contato. Dessas 119 tentativas, foram realizadas 52 entrevistas. Os motivos pelos quais os demais 67 sujeitos não realizaram a entrevista foram: 44 números de telefone errados, 12 recusas, cinco faltas, quatro pacientes não compreenderam as questões das escalas e duas entrevistas foram eliminadas porque os pacientes estavam em uso irregular da medicação.

Em seguida, tentou-se o contato, por carta, com os 44 sujeitos que possuíam o número de telefone errado e também com os outros 37 que não tinham um número de telefone anotado no prontuário, totalizando 81 sujeitos. Destes, um não pôde participar, pois estava em crise, e os outros 17 pacientes compareceram e realizaram a entrevista. Os demais não responderam às cartas.

Realizou-se uma segunda e terceira tentativas de contato por carta. Na segunda, na qual foram feitos 63 contatos, apenas duas pessoas compareceram para a realização de entrevistas. Por fim, na terceira tentativa, de 61 contatos, apenas uma pessoa compareceu para a realização da entrevista, sendo que dois sujeitos não participaram porque estavam em crise. Dessa forma, realizou-se, neste estudo, um total de 72 entrevistas.

## **Instrumentos de medida**

Para a realização deste estudo, foram utilizados três instrumentos de avaliação: Escala de Mudança Percebida (EMP), Escala de Qualidade de Vida (QLS-BR) e Questionário das características sociodemográficas e clínicas dos pacientes. Esses instrumentos encontram-se no Anexo 6.

**1. Escala de Mudança Percebida (EMP):** a escala EMP foi elaborada no Canadá por Mercier *et al.* (2004), sendo denominada *Questionnaire of Perceived Changes*. Essa escala avalia as mudanças percebidas pelos pacientes psiquiátricos como resultado do tratamento recebido em serviços de saúde mental, independente do diagnóstico que eles apresentam. É composta por três domínios: 1. *Self* e Relacionamentos; 2. Saúde Física; 3. Condições de Vida. (Mercier *et al.*, 2004). Os itens da escala deixam claro que o paciente deverá avaliar as mudanças ocorridas em sua vida, em função do tratamento recebido. Por exemplo, a primeira questão da escala já direciona o sujeito para esta relação, uma vez que pergunta se o tratamento o ajudou a se sentir melhor.

No estudo desenvolvido por Bandeira, Calzavara, Silva e Cesari (2009), foi realizada a adaptação transcultural dessa escala para o Brasil em duas versões: uma destinada aos pacientes, e outra, aos familiares dos pacientes. Os resultados mostraram que as duas versões estavam adaptadas ao contexto brasileiro, sendo de fácil aplicação e compreensão por parte dos pacientes e familiares. A versão brasileira recebeu a denominação de Escala de Mudança Percebida (EMP). A seguir, será descrita a versão da escala EMP destinada aos pacientes, que foi utilizada neste estudo.

A escala EMP, na versão dos pacientes, possui 19 itens que avaliam o grau de mudança percebida pelos pacientes em função do tratamento recebido. O último item é global e avalia as mudanças percebidas pelo paciente na sua vida em geral desde o início do tratamento. Os demais itens avaliam aspectos específicos da vida dos pacientes. As alternativas de resposta aos itens da EMP estão dispostas em uma escala do tipo Likert de três pontos, sendo 1. pior do que antes; 2. sem mudança e 3. melhor do que antes. A escala inclui também uma questão aberta, na qual o paciente é solicitado a relatar se o tratamento recebido no serviço de saúde mental o ajudou a se sentir melhor. Para o presente estudo, foram analisadas as respostas dos pacientes aos 19 itens da escala EMP. As respostas obtidas na questão aberta não foram objeto deste estudo.

As propriedades psicométricas de validade e fidedignidade da EMP também foram avaliadas. A validade de construto, avaliada por meio da análise fatorial, indicou a distribuição dos itens em três fatores, explicando 42,13% da variância dos dados. São eles: 1. Ocupação e Saúde física (oito itens); 2. Dimensão psicológica e Sono (seis itens); e 3. Relacionamentos e Estabilidade emocional (quatro itens). A escala possui também validade convergente. O coeficiente de correlação encontrado entre a escala EMP e a SATIS-BR, que se refere a um construto teoricamente relacionado, foi positivo e significativo, no valor de 0,37 (Costa, *et al.*, 2009, Julho).

A fidedignidade foi avaliada em termos da consistência interna e estabilidade temporal, indicando valores adequados. Na análise da consistência interna, o valor do coeficiente alfa de Cronbach obtido para a escala global foi de 0,84. Para os fatores, os valores foram 0,78, 0,67 e 0,55, respectivamente. Os valores obtidos das correlações item-total variaram de 0,20 a 0,60. Quanto à estabilidade temporal, tanto a escala global quanto os fatores apresentaram correlações positivas e significativas entre os escores do teste e do reteste. Os valores obtidos foram 0,93 para a escala global e, para os fatores, 0,85, 0,80 e 0,79, respectivamente (Costa *et al.*, 2009, Julho).

**2. Escala de Qualidade de Vida (QLS-BR):** a *Quality of Life Scale* (QLS) foi elaborada por Heinrichs *et al.* (1984) nos Estados Unidos, com a finalidade de avaliar a qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. A QLS aborda tanto aspectos do estado interno dos pacientes como do desempenho de papéis. A escala original possui quatro domínios: 1. Funções intrapsíquicas; 2. Relações interpessoais; 3. Papel instrumental; e 4. Objetos comuns e atividades (Heinrichs *et al.*, 1984).

Essa escala foi adaptada para o Brasil, a fim de ser utilizada na avaliação da qualidade de vida de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. Os resultados do estudo de adaptação transcultural demonstraram que a escala estava adequada ao contexto brasileiro. A versão brasileira recebeu a denominação de Escala de Qualidade de Vida (QLS-BR) (Cardoso *et al.*, 2002).

A escala QLS-BR possui 21 itens, que são avaliados por meio de uma entrevista semiestruturada. As alternativas de resposta para cada item estão dispostas em uma escala Likert de sete pontos, cuja marcação fica sob julgamento do entrevistador após ouvir o paciente. Os escores 5 e 6 indicam funcionamento inalterado; 2 a 4, considerável prejuízo; e 0 ou 1 refletem prejuízo grave (Cardoso *et al.*, 2003).

As qualidades psicométricas de validade e fidedignidade também foram avaliadas. A validade de construto, analisada por meio da análise fatorial, indicou a distribuição dos itens da escala em três fatores, explicando 63% da variância. Os fatores foram identificados como: 1. Rede social (sete itens), 2. Nível ocupacional (cinco itens) e 3. Funções intrapsíquicas e relações interpessoais (sete itens). Duas questões, dentre os 21 itens que compõem a escala, não entram no cálculo dos escores específicos, mas fazem parte do cálculo do escore global de qualidade de vida. São elas: “Motivação” e “Anedonia” (Cardoso *et al.*, 2003).

Quanto à fidedignidade, a escala apresentou consistência interna adequada. O coeficiente alfa de Cronbach encontrado para a escala global foi 0,94 e, para os fatores, 0,88, 0,93 e 0,86, respectivamente. No que se refere à estabilidade temporal, foi obtida uma correlação significativa de 0,85 entre os escores do teste e do reteste para a escala global. Para a confiabilidade entre avaliadores, a estimativa *kappa* encontrada variou de 0,67 a 1, para os 21 itens da escala (Cardoso *et al.*, 2003).

**3. Questionário sociodemográfico e clínico:** para a caracterização da amostra de pacientes, foi utilizado um questionário sociodemográfico e clínico elaborado especificamente para este estudo, tendo como base o questionário utilizado nos estudos de adaptação transcultural e validação da escala EMP no Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental da UFSJ (LAPSAM).

O questionário inclui 44 questões. Dentre as variáveis sociodemográficas coletadas, estão: a idade, a data de nascimento, o sexo, a escolaridade, o tipo de trabalho, o estado civil, a renda dos pacientes, o número de pessoas com quem os pacientes moravam, entre outras questões. Dentre as características clínicas, estão: o diagnóstico, o tempo de tratamento no SERSAM, o número de meses de inalteração da medicação, a duração da doença, a duração do tratamento psiquiátrico, o número de internações, a duração das internações, o número e tipo de medicação do paciente, a existência de doença física, o número de crises no último ano, a ocorrência de tentativa de suicídio, a constatação de agitação psicomotora durante a realização da entrevista, entre outras variáveis.

### **Procedimento**

Para a realização desta pesquisa, foi necessário, primeiramente, o consentimento da direção do SERSAM e da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Divinópolis. Em

seguida, o projeto foi encaminhado à Comissão de Ética da Universidade Federal de São João del-Rei – UFSJ – e somente após sua aprovação é que o estudo foi conduzido. A cópia da carta de aprovação encontra-se no Anexo 1. A seguir, são descritas todas as etapas para a realização desta pesquisa.

**1. Treinamento da entrevistadora:** as entrevistas foram realizadas pela autora desta pesquisa e envolveu o treinamento prévio para a aplicação dos instrumentos. O treinamento incluiu duas etapas. A primeira etapa envolveu discussões teóricas a partir de leituras de textos e artigos científicos relacionados à temática do estudo.

A segunda etapa correspondeu ao treinamento para a aplicação padronizada das escalas EMP e QLS-BR e do Questionário sociodemográfico e clínico. Para a aplicação das escalas e do questionário, a entrevistadora realizou uma observação de duas aplicações dos instrumentos conduzidas por um entrevistador treinado. Após as observações, foram discutidas, em supervisão, as dúvidas provenientes do momento da aplicação. Em seguida, a entrevistadora realizou duas aplicações dos instrumentos, sob observação de um entrevistador treinado, sendo discutidos, posteriormente, em supervisão, os procedimentos utilizados.

**2. Coleta de dados:** a coleta de dados, por meio das entrevistas com os pacientes, com a aplicação dos instrumentos de medida, foi realizada entre os meses de Janeiro e Junho de 2009. O contato com os pacientes selecionados foi realizado por meio de telefonemas e cartas, cujo remetente era o próprio serviço – SERSAM (Anexo 3). Todas as entrevistas foram agendadas e realizadas no SERSAM. Nos contatos realizados por telefone, a entrevistadora procurou explicar para os pacientes do que se tratava esta pesquisa, convidando-os a participarem. Para os que aceitavam, a entrevistadora agendava a entrevista para o dia e horário que fosse melhor para os pacientes. Já nos contatos realizados por meio das cartas, o dia e horário da realização das entrevistas já chegavam para os pacientes previamente especificados. Para os pacientes que relataram dificuldades financeiras para ir até o serviço, foi oferecido o vale-transporte.

Ao comparecer no SERSAM para a realização da entrevista, os pacientes eram conduzidos, pela entrevistadora, até uma sala cedida pelo serviço. Primeiramente, a entrevistadora lia e explicava para os pacientes as informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 5). Eles eram informados, portanto, acerca dos objetivos e procedimentos da pesquisa, sendo esclarecido que a participação era voluntária

e os dados, por eles fornecidos, confidenciais. Em seguida, a entrevistadora solicitava a assinatura do paciente no referido documento, em duas vias: uma para o paciente e uma para a entrevistadora.

Os dados foram coletados em entrevistas individuais e estruturadas. A entrevista foi realizada com a seguinte ordem de aplicação das escalas: primeiro, foi aplicada a escala QLS-BR, que consiste num instrumento mais abrangente, e, em seguida, a escala EMP. Todas as questões eram lidas pela entrevistadora e as respostas anotadas pela mesma. Para o controle da validade das respostas dos pacientes aos itens da escala EMP, a entrevistadora solicitava que os pacientes justificassem todas as suas respostas às questões da escala. Caso o paciente apresentasse uma resposta incongruente, sem sentido ou sem relação com a pergunta, ele era eliminado da pesquisa. Além disso, para garantir que os pacientes estavam se referindo aos resultados do seu tratamento, os pacientes eram indagados a responder se o início de seu tratamento no serviço coincidiu com alguma outra mudança importante na sua vida (questão 31 do questionário sociodemográfico e clínico). Caso houvesse outros eventos que pudessem ser a verdadeira causa das mudanças ocorridas, o paciente era eliminado do estudo. Os dados do questionário sociodemográfico e clínico foram coletados no final da entrevista, uma vez que informações pessoais devem ser solicitadas após o estabelecimento de um *rapport* entre o entrevistador e o entrevistando, segundo Günther (1999).

**3. Análise dos dados:** as análises estatísticas foram propostas tendo como base a obra de Bisquerra, Sarriera e Martínez (2004). Os dados coletados a partir da aplicação das escalas e do questionário foram computados no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS-PC), versão 13.0. Primeiramente, os escores globais de percepção de mudança e de qualidade de vida foram submetidos ao teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov. Em seguida, foram realizadas análises descritivas da amostra de pacientes e dos escores de percepção de mudança e qualidade de vida. Finalmente, foram feitas análises dos fatores associados à percepção de mudança e à qualidade de vida dos pacientes. Para todas as análises, adotou-se o nível de significância de  $p < 0,05$ .

Para a descrição da amostra de pacientes, foram realizadas análises estatísticas descritivas, com o cálculo das médias, porcentagens e desvio-padrão das variáveis sociodemográficas e clínicas coletadas. Para verificar a equivalência entre o grupo de pacientes que participou deste estudo e o grupo de pacientes que não compareceu para a realização das entrevistas, ambos foram comparados quanto às variáveis sexo e

diagnóstico, utilizando o teste Qui-quadrado, e também quanto às variáveis idade, tempo de tratamento no serviço, tempo de tratamento psiquiátrico e número de remédios prescritos, utilizando o teste t de Student para amostras independentes.

Para a descrição do grau de percepção de mudança e de qualidade de vida, foram realizadas análises dos escores das escalas EMP e QLS-BR, por meio do cálculo das médias e desvios-padrão dos itens, das subescalas e dos escores globais dos dois instrumentos. Foram realizadas também Análises de Variância (ANOVA) para determinar se houve diferenças significativas entre as subescalas de percepção de mudança e de qualidade de vida e teste *post hoc Tukey*, para verificar em qual par de médias se encontravam as diferenças. Foram calculadas, ainda, as porcentagens de resposta aos itens das duas escalas e realizada a análise da média de postos dessas porcentagens, pelo teste não-paramétrico de *Friedman*, para identificar os itens em que houve maior percepção de mudança e melhor qualidade de vida.

Para a análise dos fatores associados, foram realizadas, inicialmente, análises estatísticas univariadas, nas quais foram comparadas as médias globais e específicas de percepção de mudança e de qualidade de vida, em função de variáveis sociodemográficas e clínicas. Utilizou-se, para tanto, o teste t de Student para amostras independentes, para comparação de grupos. Para as variáveis contínuas, realizou-se o cálculo do coeficiente de correlação de Pearson entre as médias dessas variáveis e as médias dos escores globais e específicos das escalas. Foram realizadas também análises de correlação de Pearson entre os escores médios globais e específicos dos dois instrumentos, a fim de investigar em que grau a qualidade de vida depende da percepção de mudança.

Por fim, foram realizadas três análises de regressão linear múltipla para o escore global médio de qualidade de vida, incluindo as variáveis sociodemográficas e clínicas, como também os escores médios de percepção de mudança. Essa análise foi realizada, a fim de obter uma ordem de importância das variáveis para determinar uma melhor qualidade de vida. Para essa análise, foram utilizadas as variáveis sociodemográficas e clínicas identificadas nas análises univariadas ( $p \leq 0,05$ ) e as variáveis que apresentaram relações com a qualidade de vida global, com valores de  $p \leq 0,25$  (Hosmer & Lemeshow, 2000). A primeira análise de regressão foi realizada apenas com as variáveis sociodemográficas e clínicas. A segunda incluiu as variáveis sociodemográficas e clínicas e os escores médios das três subescalas da EMP. A terceira, além das variáveis sociodemográficas e clínicas, incluiu o escore global médio da EMP.

**4. Considerações éticas:** os pacientes que participaram deste estudo foram informados, primeiramente, acerca dos objetivos da pesquisa. A entrevistadora lia para os pacientes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 5), explicando os procedimentos deste estudo. Os pacientes foram informados de que a participação nesta pesquisa não lhes ofereceria riscos ou desconforto e que as informações pessoais cedidas por eles teriam caráter confidencial. Foram informados, ainda, que a participação neste estudo não iria interferir no tratamento que eles recebiam no serviço. Além disso, os participantes foram informados de que poderiam desistir de participar da pesquisa a qualquer momento e que a divulgação dos resultados deste estudo seria anônima e em conjunto com as respostas do grupo em geral.

Após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os pacientes eram indagados quanto à concordância em participar deste estudo. Aos pacientes que aceitaram, foi solicitado que assinassem o documento em duas vias, uma para eles e a outra para a entrevistadora. Nesse documento, encontrava-se um número de telefone para contato com a entrevistadora caso o paciente quisesse saber informações sobre o andamento da pesquisa.

## **RESULTADOS**

Primeiramente, serão apresentados os resultados das análises estatísticas descritivas das características dos pacientes. Em seguida, serão apresentados, separadamente, os dados descritivos e dos fatores associados à percepção de mudança e à qualidade de vida.

### **1. Descrição da amostra**

#### **Equivalência entre os sujeitos faltosos e os que participaram da entrevista:**

para assegurar a validade externa deste estudo, os 72 pacientes que compareceram para a realização da entrevista e os 84 que não compareceram foram comparados quanto a algumas variáveis sociodemográficas e clínicas.

Na Tabela 1, encontram-se os resultados das análises realizadas para as variáveis sexo e diagnóstico, sendo utilizado o teste Qui-quadrado (Anexo 4). Os resultados mostraram que, para a variável sexo, os pacientes que faltaram e aqueles que participaram não diferiram significativamente ( $p=0,75$ ). Para a variável diagnóstico, optou-se por comparar esses dois grupos de pacientes quanto a duas categorias de resposta: pacientes portadores de esquizofrenia com descrição paranoide (F20.0) e pacientes portadores de esquizofrenia com outras descrições. Essa medida foi tomada visto que as demais categorias, além da paranoide, apresentavam frequências de resposta muito baixas. Os resultados mostraram que houve diferença significativa nas descrições dos diagnósticos entre os sujeitos que compareceram e aqueles que não compareceram, sendo que, no grupo de pacientes que realizou a entrevista, constatou-se maior frequência de pacientes com esquizofrenia paranoide do que no grupo de pacientes que não realizou. O valor de  $p$  encontrado foi de 0,01. Apesar desta diferença, as análises realizadas com os pacientes que compareceram mostraram que o grau de percepção de mudança e qualidade de vida não diferiu quando foram comparados pacientes com esquizofrenia paranoide e pacientes com outras descrições. Estes dados podem ser visualizados nas Tabelas 6 a 9 (percepção de mudança) e Tabelas 11 a 14 (qualidade de vida).

Na Tabela 2, estão dispostos os resultados obtidos das análises realizadas para as seguintes variáveis: idade, tempo de tratamento no serviço, número de medicamentos prescritos e tempo de tratamento psiquiátrico (Anexo 4). Para as análises realizadas com essas variáveis, utilizou-se o teste  $t$  de Student para amostras independentes.

Para a variável idade, os resultados mostraram que não houve diferença significativa entre os sujeitos que realizaram as entrevistas e aqueles que não realizaram, sendo o valor de  $p$  igual a 0,83. Com relação ao tempo de tratamento no serviço, os resultados também mostraram que não houve diferença significativa entre os pacientes que compareceram e aqueles que não compareceram para as entrevistas ( $p=0,46$ ).

Quanto ao número de medicamentos prescritos, os pacientes que participaram deste estudo e os sujeitos faltosos não diferiram significativamente. O valor de  $p$  encontrado foi de 0,18. Já para a variável tempo de tratamento psiquiátrico, os resultados mostraram que houve uma diferença significativa entre os grupos de pacientes, sendo que aqueles que participaram realizavam tratamento psiquiátrico a mais tempo do que os pacientes que não participaram ( $p=0,04$ ).

Portanto, os sujeitos que não compareceram para a realização da entrevista diferiam com relação aos que compareceram quanto a duas variáveis: diagnóstico e duração do tratamento psiquiátrico. Por outro lado, os grupos se mostraram equivalentes quanto às variáveis sexo, idade, tempo de tratamento no serviço e número de medicamentos prescritos.

**Características sociodemográficas dos pacientes:** os resultados referentes às características sociodemográficas dos pacientes estão dispostos na Tabela 3. Dentre os 72 pacientes que fizeram parte deste estudo, 59,70% eram do sexo masculino e 40,30% do sexo feminino. Dos pacientes entrevistados, 65,30% eram solteiros e apenas 8,30% moravam sozinhos. A média de idade encontrada foi de 40,64 anos (Desvio-Padrão - DP  $\pm$  8,75), sendo a mínima 18 e a máxima 55 anos. Com relação ao grau de escolaridade, 98,60% dos pacientes frequentaram a escola, com tempo médio de anos de escolaridade correspondente a 6,35 (DP  $\pm$  3,30), variando de 1 a 12 anos. Quanto à ocupação, 20,80% dos pacientes estavam trabalhando. No que se refere à renda, 69,40% dos entrevistados possuíam alguma fonte de renda e, dentre estes, 16,00% recebiam menos de um salário mínimo e 76,00% recebiam entre um e dois salários mínimos. Dos pacientes que recebiam alguma renda, 60,00% eram aposentados por invalidez. A média da renda dos pacientes foi de R\$513,90 ao mês (DP  $\pm$  286,50). Do total de pacientes entrevistados, 91,70% não moravam sozinhos e dentre estes, 74,20% residiam com seus pais e/ou irmãos.

Tabela 3 – Frequências absolutas (N), relativas (%), médias e desvios-padrão das características sociodemográficas dos pacientes.

Variáveis	Especificações	N (%)	Média /DP
<b>Sexo</b>	Masculino	43 (59,70)	
	Feminino	29 (40,30)	
<b>Idade</b>			40,64 anos ± 8,75
<b>Estado civil</b>	Solteiro	47 (65,30)	
	Casado	10 (13,90)	
	Vivendo como casado	2 (2,80)	
	Separado	7 (9,70)	
	Divorciado	5 (6,90)	
	Viúvo	1 (1,40)	
<b>Escolaridade</b>	Analfabeto	1 (1,40)	
	Escola especial	2 (2,80)	
	Primeiro grau incompleto	42 (58,30)	
	Primeiro grau completo	8 (11,10)	
	Segundo grau incompleto	3 (4,20)	
	Segundo grau completo	15 (20,80)	
	Terceiro grau incompleto	1 (1,40)	
<b>Anos de escolaridade</b>			6,35 anos ± 3,30
<b>Trabalha atualmente</b>	Sim	15 (20,80)	
	Não	57 (79,20)	
<b>Possui renda própria</b>	Sim	50 (69,40)	
	Não	22 (30,60)	
<b>Valor da renda</b>	Menos de 1 salário mínimo	8 (16,00)	
	De 1 a 2 salários mínimos	38 (76,00)	
	De 2,1 a 3 salários mínimos	2 (4,00)	
	Mais de 4 salários mínimos	1 (2,00)	
	Não soube informar	1 (2,00)	
<b>Renda</b>			R\$513,90 ± 286,50
<b>Origem da renda</b>	Emprego ou trabalho regular	5 (10,00)	
	Bico ou atividade temporária	3 (6,00)	
	Aposentadoria por invalidez	30 (60,00)	
	Aposentadoria por invalidez e bicos	7 (14,00)	
	Encostado	3 (6,00)	
	Auxílio-doença	1 (2,00)	
	Pensão	1 (2,00)	
<b>Mora sozinho</b>	Sim	6 (8,30)	
	Não	66 (91,70)	
<b>Com quem mora</b>	Pais e/ou irmãos	49 (74,20)	
	Cônjuge e/ou filhos	15 (22,80)	
	Outros cuidadores	1 (1,50)	
	Mora no próprio emprego	1 (1,50)	

**Características clínicas:** os resultados das características clínicas dos pacientes encontram-se na Tabela 4. Com relação ao diagnóstico, todos os pacientes eram portadores de esquizofrenia, sendo 87,40% com descrição paranoide (F20.0); 4,20% indiferenciada

(F20.3); 2,80% hebefrênica (F20.1); 2,80% não especificada (F20.9) e 2,80% sem descrição (F20).

A idade de início da doença foi, em média, de 24,39 (DP  $\pm$  9,07) anos e a duração da doença psiquiátrica, de 16,25 anos (DP  $\pm$  9,07), variando entre 2 e 38 anos. A média de duração do tempo de tratamento psiquiátrico foi de 14,21 anos (DP  $\pm$  8,63), com tempo mínimo de 2 e máximo de 35 anos. A média de duração do tempo de tratamento no SERSAM foi de 8,57 anos (DP  $\pm$  3,16), sendo o tempo mínimo 2 e o máximo 11 anos. No que se refere ao tipo de tratamento recebido, todos os pacientes entrevistados faziam acompanhamento ambulatorial com uso de medicamentos. Quanto ao número de crises sofridas no último ano, 91,70% dos pacientes relataram não ter sofrido nenhuma crise no último ano. Os demais (8,30%) relataram ter sofrido apenas uma crise. Dos pacientes entrevistados, 66,80% relataram ter sido internados em hospitais psiquiátricos, em média por 3,73 vezes no decorrer da vida (DP  $\pm$  5,42), variando de 1 a 31 internações. O tempo transcorrido desde a última internação dos pacientes foi superior a 2 anos, para todos os entrevistados.

Os pacientes tomavam, em média, 3,10 medicamentos (DP  $\pm$  1,15), variando entre 1 e 6, sendo a média de tempo de inalteração da medicação de 22,29 meses (DP  $\pm$  20,63), com mínimo de 3 e máximo de 97 meses. Dos pacientes entrevistados, 66,70% tomavam, sozinhos, a medicação. Além disso, todos os entrevistados relataram fazer uso regular da medicação. Com relação às comorbidades, 34,70% dos pacientes apresentavam outras doenças associadas ao diagnóstico principal de esquizofrenia. Do total de pacientes, 43,10% realizavam outros tratamentos médicos, além do tratamento psiquiátrico. No que se refere à frequência de comparecimento dos pacientes no serviço, 62,50% relataram ir até o serviço uma vez por mês, para pegar a medicação. Com relação à participação dos pacientes nas demais atividades prestadas pelo serviço, apenas 6,90% dos entrevistados relataram participar de outras atividades, dentre elas: oficinas de terapia ocupacional, coral, reuniões da associação SERSÃ e psicoterapia. Dentre os pacientes, 6,90% apresentaram agitação psicomotora durante a realização da entrevista e 70,80% relataram tentativa de suicídio na vida.

Tabela 4 – Frequências absolutas (N), relativas (%), médias e desvios-padrão das características do quadro clínico dos pacientes.

Variáveis	Especificações	N (%)	Média /DP
<b>Diagnóstico</b>	F20	2 (2,80)	
	F20.0	63 (87,40)	
	F20.1	2 (2,80)	
	F20.3	3 (4,20)	
	F20.9	2 (2,80)	
<b>Comorbidades</b>	Sim	25 (34,70)	
	Não	47 (65,30)	
<b>Tempo de inalteração da medicação</b>			22,29 meses ± 20,63
<b>Idade de início da doença</b>			24,39 anos ± 9,07
<b>Duração da doença</b>			16,25 anos ± 9,07
<b>Duração do tratamento Psiquiátrico</b>			14,21 anos ± 8,63
<b>Duração do tratamento no serviço</b>			8,57 anos ± 3,16
<b>Tipo de tratamento</b>	Ambulatorial	72 (100,00)	
<b>Outras atividades</b>	Sim	5 (6,90)	
	Não	67 (93,10)	
<b>Frequência semanal</b>			1,40 vezes ± 0,55
<b>Duração semanal</b>			2,60 horas ± 2,10
<b>Frequência de comparecimento no serviço</b>	1 vez por semana	2 (2,80)	
	2 ou mais vezes por semana	3 (4,20)	
	1 vez por mês	45 (62,50)	
	De 4 em 4 meses	5 (6,90)	
	De 6 em 6 meses	4 (5,60)	
	De 8 em 8 meses	5 (6,90)	
	1 vez por ano	8 (11,10)	
<b>Realiza outros tratamentos médicos</b>	Sim	31 (43,10)	
	Não	41 (56,90)	
<b>Internações</b>	Nunca foi internado	24 (33,20)	
	De 1 a 5 internações	39 (54,20)	
	De 6 a 10 internações	6 (8,40)	
	De 11 a 20 internações	2 (2,80)	
	Mais de 21 internações	1 (1,40)	
<b>Tempo transcorrido desde a última internação</b>			96,28 meses ±69,55
<b>Duração da última Internação</b>			1,45 meses ± 1,01
<b>Número de remédios</b>			3,10 ± 1,15
<b>Tipo de remédio</b>	Oral	60 (83,30)	
	Injeção	1 (1,40)	
	Ambos	11 (15,30)	
<b>Frequência diária da medicação oral</b>			1,94 vezes ao dia ± 0,80
<b>Frequência da medicação parenteral</b>	Mensal	11 (91,70)	
	Outra frequência	1 (8,30)	
<b>Toma o remédio sozinho</b>	Sim	48 (66,70)	
	Não	24 (33,30)	

<b>Aceita tomar</b>	Sim	24 (100,00)
	Não	-
<b>Tipo de ajuda que recebe</b>	Dar o remédio ao paciente	17 (70,80)
	Lembrar o paciente	7 (29,20)
<b>Número de crises no último ano</b>	Nenhuma	66 (91,70)
	1 crise	6 (8,30)
<b>Doenças físicas</b>	Sim	24 (33,30)
	Não	48 (66,70)
<b>Agitação psicomotora</b>	Sim	5 (6,90)
	Não	67 (93,10)
<b>Ocorrência de tentativa de suicídio</b>	Sim	21 (29,20)
	Não	51 (70,80)

## **2. Normalidade da amostra**

Os escores de percepção de mudança e de qualidade de vida foram submetidos ao teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov, sendo adotado que, para valores de p superiores a 0,05, os dados seguem uma distribuição normal. O valor de p obtido na Escala de Mudança Percebida foi igual a 0,13 (escore K-S = 1,16) e, na Escala de Qualidade de Vida, igual a 0,94 (escore K-S = 0,53). Esses resultados indicaram que nas escalas avaliadas pode-se admitir a distribuição normal dos dados. Sendo assim, para as análises que se seguem, foram utilizados testes paramétricos.

## **3. Percepção de mudança**

Neste tópico, serão apresentados os resultados das análises estatísticas descritivas sobre o grau de percepção de mudança dos pacientes e sobre as porcentagens de percepção de melhora, piora e ausência de mudança. Serão apresentados também os resultados das análises univariadas dos fatores associados à percepção de mudança.

### **3.1. Grau de percepção de mudança**

Os escores médios de percepção de mudanças dos itens, da escala global e das subescalas da EMP estão apresentadas na Tabela 5. Pode-se observar que o escore médio global de percepção de mudança foi de 2,46 (DP  $\pm$  0,30) em uma faixa de possíveis

variações entre 1 e 3. Os resultados das subescalas mostraram que as médias obtidas variaram de 2,31 (DP  $\pm$  0,39), na dimensão “Ocupação e saúde física”, a 2,62 (DP  $\pm$  0,35), na dimensão “Aspectos psicológicos e sono”.

Uma comparação entre os escores médios de percepção de mudanças das subescalas, por meio da análise de variância (ANOVA) e teste *post hoc Tukey*, mostrou que o grau de percepção de mudança dos pacientes foi significativamente mais elevado na dimensão “Aspectos psicológicos e sono”, comparativamente às demais ( $p < 0,001$ ). Essa subescala avalia os seguintes aspectos da vida dos pacientes: autoconfiança, humor, problemas pessoais, interesse pela vida, enfrentamento de situações difíceis e qualidade do sono. As médias das outras duas subescalas não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre si ( $p = 0,10$ ).

Quando se analisa cada item da escala EMP, pode-se observar que o maior grau de melhora ocorreu na última questão da escala, que avaliou a percepção global dos pacientes. A média de melhora percebida pelos pacientes na sua vida em geral, desde o início do tratamento, foi de 2,88 (DP  $\pm$  0,37), o que é bastante elevado, considerando-se que o máximo possível é 3,00. Com relação aos demais itens, o maior grau de melhora percebida foi com relação aos problemas pessoais, com média de melhora percebida de 2,78 (DP  $\pm$  0,51). Já o menor grau de percepção de melhora foi constatado no aspecto da sexualidade dos pacientes. Para essa questão, a média de percepção de melhora foi de apenas 1,96 (DP  $\pm$  0,61).

### **3.2. Porcentagens de melhora, piora e ausência de mudança**

As porcentagens de sujeitos que apresentaram melhora, piora e ausência de mudança em cada item e a ordem de classificação dos itens pela análise da média de postos de *Friedman* estão apresentadas na Tabela 5.

A ordem de classificação estabelecida pela análise da média dos postos de *Friedman* indicou que houve diferença significativa entre os itens da EMP ( $\chi^2 = 193,84$ ;  $p < 0,001$ ). A maior percepção de melhora constatada se referiu ao item global, que atingiu a pontuação de 13,22 na análise da média de postos de *Friedman*. Com relação aos itens específicos, a maior percepção de melhora se referiu aos problemas pessoais dos pacientes, que atingiu a pontuação 12,47. Já a questão relacionada à sexualidade obteve a menor pontuação, no valor de 6,14, indicando que os pacientes tiveram menor percepção de

melhora nesse aspecto. A seguir, são descritas as porcentagens obtidas em cada alternativa de resposta aos itens da EMP.

Os dados referentes às porcentagens de pacientes que perceberam melhora com o início do tratamento também mostram um resultado global elevado. Do total de pacientes, 88,90% perceberam a ocorrência de melhora, na sua vida em geral, desde o início do tratamento.

Considerando os demais itens específicos da escala, a maior porcentagem de melhora percebida se referiu aos problemas pessoais dos pacientes, sendo que 81,90% deles relataram ter percebido melhora nesse aspecto desde o início do tratamento. O item com maior índice de ausência de mudança se referiu à sexualidade. Para essa questão, 62,50% dos pacientes relataram não ter percebido nenhuma mudança desde o início do tratamento. Já o item com maior índice de piora foi o da saúde física, no qual 26,40% dos pacientes relataram ter percebido piora desde que iniciaram o tratamento. Segue adiante uma descrição dos itens para cada subescala.

Com relação aos resultados das subescalas, pode-se constatar que, na subescala “Ocupação e saúde física”, o maior índice de melhora encontrado se referiu à capacidade dos pacientes em cumprir suas obrigações e tomar decisões. Dentre o total de pacientes, 59,70% relataram ter percebido melhora nesse aspecto, desde o início do tratamento. Quanto à ausência de mudança, o maior índice, 62,50%, estava relacionado à sexualidade dos pacientes. Já o maior índice de piora encontrado nessa subescala foi 26,40% e se referia à saúde física dos pacientes.

Para a subescala “Aspectos psicológicos e sono”, constatou-se maior taxa de melhora no item referente aos problemas pessoais dos pacientes. Dentre os entrevistados, 81,90% relataram que seus problemas pessoais melhoraram com o início do tratamento. Já o maior índice de ausência de mudança estava relacionado ao sentimento de interesse pela vida. Para 40,20% dos entrevistados, o interesse pela vida não sofreu nenhuma mudança com o tratamento. O maior índice de piora encontrado se referiu ao sono. Dos entrevistados, 9,70% relataram que o sono piorou com o início do tratamento.

Tabela 5 – Porcentagens de pacientes que perceberam melhora, piora ou ausência de mudança, escores médios e desvios-padrão do grau de percepção de mudança em cada item, nas subescalas, no item global, na escala global da EMP e média de postos de *Friedman* para cada item.

Subescalas, item global e escala global	Itens	% Piora	% Sem mudança	% Melhora	Média de postos	Médias e desvio padrão	
Ocupação e saúde física	Atividades de lazer	16,70	31,90	51,40	9,44	2,35 (0,75)	
	Energia	23,60	23,60	52,80	9,07	2,29 (0,83)	
	Tarefas de casa	4,20	45,80	50,00	9,79	2,46 (0,58)	
	Capacidade de cumprir as obrigações e tomar decisões	5,60	34,70	59,70	10,44	2,54 (0,60)	2,31 (0,39)
	Interesse em trabalhar ou se ocupar com alguma coisa	13,90	29,20	56,90	9,90	2,43 (0,73)	
	Sexualidade	20,80	62,50	16,70	6,14	1,96 (0,61)	
	Apetite	13,90	33,30	52,80	9,54	2,39 (0,72)	
Saúde física	26,40	44,40	29,20	6,86	2,03 (0,75)		
Aspectos psicológicos e sono	Sentimento de confiança em si próprio	6,90	19,50	73,60	11,51	2,67 (0,60)	
	Humor	5,60	33,30	61,10	10,69	2,56 (0,60)	
	Problemas pessoais	4,20	13,90	81,90	12,47	2,78 (0,51)	2,62 (0,35)
	Sentimento de interesse pela vida	4,20	40,20	55,60	10,14	2,51 (0,58)	
	Capacidade de suportar situações difíceis	5,60	37,50	56,90	10,21	2,51 (0,60)	
	Sono	9,70	12,50	77,80	11,74	2,68 (0,65)	
Relacionamentos e estabilidade emocional	Convivência com amigos e amigas	9,70	59,70	30,60	7,86	2,21 (0,60)	
	Estabilidade das emoções	8,40	45,80	45,80	9,17	2,38 (0,64)	2,44 (0,39)
	Convivência com outras pessoas	5,60	33,30	61,10	10,60	2,56 (0,60)	
	Convivência com a família	6,90	25	68,10	11,21	2,61 (0,62)	
Item Global	Avaliação Global das mudanças	1,40	9,70	88,90	13,22	2,88 (0,37)	
Escala Global			–		–	– 2,46 (0,30)	

Chi-square=193,84; df =18; p<0,001

Na subescala “Relacionamentos e estabilidade temporal”, a maior taxa de melhora relatada referiu-se à convivência dos pacientes com seus familiares. Dos pacientes entrevistados, 68,10% relataram que o convívio com os familiares melhorou com o início do tratamento. Já as maiores taxas de ausência de mudança e de piora encontradas se referiam ao mesmo item: a convivência dos pacientes com os seus amigos e amigas. Dos entrevistados, 59,70% relataram não ter percebido nenhuma mudança nesse aspecto e 9,70% relataram ter percebido piora desde o início do tratamento.

### **3.3. Fatores associados à percepção de mudança**

A seguir, são apresentados os resultados da análise estatística univariada, visando identificar os fatores sociodemográficos e clínicos associados à percepção de mudança dos pacientes. Foi utilizado o teste t de Student para amostras independentes, como também a análise de correlação de Pearson.

**Análises univariadas das variáveis sociodemográficas e clínicas:** as categorias de algumas variáveis sociodemográficas e clínicas investigadas apresentaram baixas frequências de resposta. Por essa razão, essas categorias foram agrupadas. Por exemplo, para as análises realizadas com a variável “Diagnóstico”, comparou-se os grupos de pacientes com esquizofrenia paranoide (F20.0) e pacientes com outras descrições do diagnóstico. Para a variável “Tipo de medicação”, foram comparados os grupos “Via oral” e “Oral e injeção”, pois somente um sujeito fazia uso de medicação parenteral. Para a variável “Frequência de comparecimento no serviço” foram comparados dois grupos de pacientes: aqueles que compareciam para suas consultas, pegar a medicação e realizar atividades no serviço e aqueles que compareciam apenas para a consulta médica. Por fim, para a variável “Estado civil”, foram comparados os pacientes que viviam com um companheiro (casados e vivendo como casados) e aqueles que não viviam com companheiro (solteiros, divorciados, separados e viúvos).

As Tabelas 6 a 9 apresentam os resultados referentes à análise dos fatores sociodemográficos e clínicos associados à percepção de mudança dos pacientes, para as variáveis dicotômicas, quando foram comparados grupos de pacientes. A Tabela 6 apresenta as análises realizadas com o escore global de percepção de mudança, indicando, para cada uma das variáveis sociodemográficas e clínicas, os dados referentes ao número de sujeitos (N), as médias e os desvios-padrão, assim como os valores de p referentes ao

teste t de Student ( $p < 0,05$ ). Duas variáveis estavam significativamente associadas ao grau de mudança percebida. Pode-se observar que, para a variável “Tipo de medicação”, os pacientes que faziam uso de medicação oral possuíam maior percepção de melhora global do que os pacientes que faziam uso de medicação oral e injeção. Além disso, os pacientes que trabalhavam apresentaram maior percepção de melhora global do que aqueles que não trabalhavam. Para as demais variáveis, as diferenças encontradas entre as médias dos grupos não foram estatisticamente significativas.

Tabela 6 – Análise dos fatores associados à percepção de mudança e suas categorias para os escores globais da escala EMP, número de pacientes, médias e desvios padrão para cada categoria e valores de p.

Variáveis	Categorias	N	Média	Desvio-padrão	p
Sexo	Masculino	43	2,48	0,29	0,46
	Feminino	29	2,43	0,31	
Diagnóstico	F20.0	63	2,46	0,30	0,95
	Outros	9	2,46	0,29	
Comorbidade	Sim	25	2,45	0,30	0,81
	Não	47	2,47	0,30	
Se o paciente realiza outras atividades no serviço	Sim	5	2,49	0,32	0,80
	Não	67	2,46	0,30	
Se o paciente faz outro tratamento médico	Sim	31	2,48	0,29	0,59
	Não	41	2,46	0,31	
Internações	Sim	48	2,42	0,29	0,12
	Não	24	2,53	0,32	
Se o paciente toma o remédio sozinho	Sim	48	2,48	0,28	0,47
	Não	24	2,42	0,34	
Frequência de comparecimento no serviço	Consulta e outros	50	2,45	0,30	0,51
	Apenas consulta	22	2,50	0,31	
Presença de doenças físicas	Sim	24	2,47	0,29	0,88
	Não	48	2,46	0,31	
Se o paciente trabalha	Sim	15	2,62	0,24	0,02*
	Não	57	2,42	0,30	
Se o paciente tem renda	Sim	50	2,47	0,30	0,59
	Não	22	2,43	0,29	
Se o paciente mora sozinho	Sim	6	2,40	0,21	0,62
	Não	66	2,48	0,31	
Se o paciente vive com um companheiro	Sim	12	2,58	0,24	0,12
	Não	60	2,44	0,31	
Se o paciente apresentou Agitação psicomotora	Sim	5	2,27	0,41	0,15
	Não	67	2,48	0,29	
Se o paciente já apresentou tentativa de suicídio	Sim	21	2,39	0,33	0,21
	Não	51	2,49	0,28	
Tipo de medicação	Via oral	60	2,50	0,28	0,02*
	Oral e injeção	11	2,28	0,33	

\*  $p < 0,05$

A Tabela 7 apresenta os resultados das análises realizadas com os escores obtidos na subescala “Ocupação e saúde física”. Encontrou-se que os pacientes que já haviam apresentado tentativa de suicídio tinham menor percepção de melhora nesse domínio do que aqueles que não haviam tentado suicídio. Nas demais variáveis analisadas, as diferenças encontradas entre as médias dos grupos não foram estatisticamente significativas.

Tabela 7 – Análise dos fatores associados à percepção de mudança e suas categorias para os escores da subescala “Ocupação e saúde física”, número de pacientes, médias e desvios-padrão para cada categoria e valores de p.

Variáveis	Categorias	N	Média	Desvio-padrão	p
Sexo	Masculino	43	2,36	0,37	0,14
	Feminino	29	2,22	0,41	
Diagnóstico	F20.0	63	2,31	0,39	0,91
	Outros	9	2,29	0,38	
Comorbidade	Sim	25	2,25	0,38	0,42
	Não	47	2,33	0,39	
Se o paciente realiza outras atividades no serviço	Sim	5	2,20	0,46	0,53
	Não	67	2,31	0,38	
Se o paciente faz outro tratamento médico	Sim	31	2,34	0,36	0,53
	Não	41	2,28	0,41	
Internações	Sim	48	2,25	0,35	0,07
	Não	24	2,42	0,42	
Se o paciente toma o Remédio sozinho	Sim	48	2,31	0,37	0,96
	Não	24	2,30	0,42	
Frequência de comparecimento no serviço	Consulta e outros	50	2,28	0,37	0,36
	Apenas consulta	22	2,37	0,41	
Presença de doenças físicas	Sim	24	2,28	0,37	0,65
	Não	48	2,32	0,39	
Se o paciente trabalha	Sim	15	2,47	0,35	0,07
	Não	57	2,26	0,39	
Se o paciente tem renda	Sim	50	2,30	0,40	0,92
	Não	22	2,31	0,36	
Se o paciente mora sozinho	Sim	6	2,25	0,34	0,71
	Não	66	2,31	0,39	
Se o paciente vive com um companheiro	Sim	12	2,37	0,40	0,50
	Não	60	2,29	0,39	
Se o paciente apresentou Agitação psicomotora	Sim	5	2,12	0,47	0,28
	Não	67	2,32	0,37	
Se o paciente já apresentou tentativa de suicídio	Sim	21	2,15	0,42	0,03*
	Não	51	2,37	0,36	
Tipo de medicação	Via oral	60	2,34	0,38	0,22
	Oral e injeção	11	2,18	0,37	

\* p<0,05

Os resultados das análises realizadas para a subescala “Aspectos psicológicos e sono” estão dispostos na Tabela 8. Pode-se observar que os pacientes que tomavam apenas medicação oral apresentaram maior percepção de melhora nesse domínio quando comparados com os pacientes que faziam uso de medicação oral e injeção em conjunto. Além disso, os pacientes que viviam com um companheiro apresentaram maior percepção de melhora quando comparados aos que não viviam com um companheiro. Para as demais variáveis, as diferenças encontradas entre as médias dos grupos não foram estatisticamente significativas.

Tabela 8 – Análise dos fatores associados à percepção de mudança e suas categorias para os escores da subescala “Aspectos psicológicos e sono”, número de pacientes, médias e desvios-padrão para cada categoria e valores de p.

Variáveis	Categorias	N	Média	Desvio-padrão	p
Sexo	Masculino	43	2,60	0,34	0,70
	Feminino	29	2,64	0,39	
Diagnóstico	F20.0	63	2,61	0,36	0,79
	Outros	9	2,65	0,33	
Comorbidade	Sim	25	2,68	0,36	0,28
	Não	47	2,58	0,35	
Se o paciente realiza outras atividades no serviço	Sim	5	2,80	0,36	0,24
	Não	67	2,60	0,35	
Se o paciente faz outro tratamento médico	Sim	31	2,63	0,36	0,82
	Não	41	2,61	0,36	
Internações	Sim	48	2,58	0,36	0,24
	Não	24	2,69	0,34	
Se o paciente toma o Remédio sozinho	Sim	48	2,65	0,33	0,29
	Não	24	2,56	0,40	
Frequência de comparecimento no serviço	Consulta e outros	50	2,62	0,34	0,94
	Apenas consulta	22	2,61	0,39	
Presença de doenças físicas	Sim	24	2,71	0,34	0,13
	Não	48	2,57	0,36	
Se o paciente trabalha	Sim	15	2,72	0,33	0,20
	Não	57	2,60	0,36	
Se o paciente tem renda	Sim	50	2,63	0,36	0,76
	Não	22	2,60	0,35	
Se o paciente mora sozinho	Sim	6	2,53	0,19	0,31
	Não	66	2,63	0,37	
Se o paciente vive com um companheiro	Sim	12	2,79	0,23	0,02*
	Não	60	2,58	0,37	
Se o paciente apresentou Agitação psicomotora	Sim	5	2,37	0,46	0,10
	Não	67	2,64	0,34	
Se o paciente já apresentou tentativa de suicídio	Sim	21	2,59	0,39	0,64
	Não	51	2,63	0,35	
Tipo de medicação	Via oral	60	2,66	0,34	0,03*
	Oral e injeção	11	2,41	0,38	

\* p<0,05

Na Tabela 9, são apresentados os resultados das análises realizadas para a subescala “Relacionamentos e estabilidade emocional”. Encontrou-se que os pacientes que trabalhavam apresentaram maior percepção de melhora nessa dimensão quando comparados com aqueles que não trabalhavam. Para as demais variáveis, as diferenças encontradas entre as médias dos grupos não foram estatisticamente significativas.

Tabela 9 – Análise dos fatores associados à percepção de mudança e suas categorias para os escores da subescala “Relacionamento e estabilidade emocional”, número de pacientes, médias e desvios-padrão para cada categoria e valores de p.

Variáveis	Categorias	N	Média	Desvio-padrão	p
Sexo	Masculino	43	2,44	0,40	0,91
	Feminino	29	2,43	0,38	
Diagnóstico	F20.0	63	2,44	0,39	0,69
	Outros	9	2,39	0,38	
Comorbidade	Sim	25	2,40	0,43	0,55
	Não	47	2,46	0,37	
Se o paciente realiza outras atividades no serviço	Sim	5	2,50	0,35	0,71
	Não	67	2,43	0,39	
Se o paciente faz outro tratamento médico	Sim	31	2,48	0,42	0,47
	Não	41	2,41	0,37	
Internações	Sim	48	2,41	0,40	0,42
	Não	24	2,49	0,36	
Se o paciente toma o Remédio sozinho	Sim	48	2,46	0,38	0,42
	Não	24	2,38	0,42	
Frequência de comparecimento no serviço	Consulta e outros	50	2,42	0,43	0,52
	Apenas consulta	22	2,48	0,31	
Presença de doenças físicas	Sim	24	2,41	0,43	0,63
	Não	48	2,45	0,37	
Se o paciente trabalha	Sim	15	2,67	0,29	0,01*
	Não	57	2,38	0,39	
Se o paciente tem renda	Sim	50	2,48	0,39	0,16
	Não	22	2,34	0,37	
Se o paciente mora sozinho	Sim	6	2,42	0,26	0,89
	Não	66	2,44	0,40	
Se o paciente vive com um companheiro	Sim	12	2,58	0,36	0,16
	Não	60	2,41	0,39	
Se o paciente apresentou Agitação psicomotora	Sim	5	2,25	0,47	0,27
	Não	67	2,45	0,38	
Se o paciente já apresentou tentativa de suicídio	Sim	21	2,46	0,46	0,71
	Não	51	2,43	0,36	
Tipo de medicação	Via oral	60	2,49	0,35	0,05
	Oral e injeção	11	2,16	0,49	

\* p<0,05

Como análise complementar dos fatores associados, realizou-se o cálculo da correlação de Pearson entre as variáveis contínuas, sociodemográficas e clínicas e os

escores global e específicos de percepção de mudança. A seguir, são descritos os resultados significativos encontrados ( $p < 0,05$ ).

Encontrou-se uma correlação negativa e significativa entre a variável “Número de anos passados na escola” e o escore global de percepção de mudança, no valor de  $-0,25$ , indicando que quanto menor o número de anos passados na escola, maior era a percepção de melhora global do paciente ( $p = 0,04$ ). Essa mesma variável apresentou uma correlação negativa e significativa com o escore obtido na subescala “Relacionamento e estabilidade emocional” no valor de  $-0,26$  ( $p = 0,03$ ). Esse resultado indica que quanto menor era o número de anos passados na escola, maior era a percepção de melhora do paciente no aspecto das relações interpessoais e estabilidade emocional. Observou-se também uma correlação negativa e significativa entre o número de meses da última internação sofrida pelos pacientes e o escore da subescala “Ocupação e saúde física” no valor de  $-0,30$  ( $p = 0,04$ ). Esse resultado indica que quanto menor era o número de meses da última internação, maior era a percepção de melhora dos pacientes nesse aspecto.

Para as demais variáveis, os valores dos coeficientes de correlação encontrados não foram significativos. Foram elas: idade do paciente, tempo de tratamento no SERSAM, tempo de inalteração da medicação, duração da doença psiquiátrica, duração do tratamento psiquiátrico, frequência semanal com que o paciente realiza outras atividades no serviço, duração semanal dessas atividades, número de internações do paciente, tempo transcorrido desde a última internação, número de remédios, frequência diária do uso da medicação, número de crises no último ano, valor da renda e número de pessoas com que mora o paciente.

Sendo assim, encontrou-se neste estudo um total de seis variáveis associadas à percepção de mudança dos pacientes, sendo que diferentes variáveis estiveram associadas à percepção de mudança na escala global e nos domínios específicos. Foram elas: o tipo de medicação, se o paciente exercia algum trabalho ou atividade remunerada, se o paciente vivia com um companheiro, a ocorrência de tentativa de suicídio, o número de anos que os pacientes passaram na escola e a duração da última internação. Esses resultados mostraram que os pacientes com os maiores escores de percepção de melhora eram aqueles que trabalhavam, que viviam com um companheiro, faziam uso de apenas de medicação do tipo oral, nunca haviam tentado suicídio, passaram um número menor de anos na escola e também aqueles que passaram um menor número de meses no Hospital Psiquiátrico na última internação sofrida.

## **4. Qualidade de vida**

Neste tópico, serão descritos os resultados das análises estatísticas descritivas sobre o grau de qualidade de vida dos pacientes e sobre as porcentagens de resposta para cada alternativa dos itens da escala QLS-BR. Também serão apresentados os resultados das análises estatísticas univariadas e multivariadas referentes aos fatores associados à qualidade de vida.

### **4.1. Grau de qualidade de vida**

Na Tabela 10, estão dispostos os escores médios dos itens, subescalas e escala global da QLS-BR. Ressalta-se que os itens “Motivação” e “Anedonia” não entram no cálculo das subescalas, mas fazem parte do escore global.

Os valores obtidos para a média global e para os três domínios de qualidade de vida se enquadraram na categoria de considerável prejuízo no funcionamento (escores entre 2 e 4). A média global de qualidade de vida foi de 3,64 (DP  $\pm$  1,09), sendo que a faixa de variação possível era de 0 a 6. No domínio “Rede social”, o valor da média encontrada foi de 3,53 (DP  $\pm$  1,31). Para o domínio das “Funções intrapsíquicas e relações interpessoais”, a média encontrada foi igual a 3,58 (DP  $\pm$  0,99). Já para o domínio “Nível ocupacional”, o valor da média encontrada foi de 4,01 (DP  $\pm$  0,46). Esses escores médios obtidos nos 3 domínios da QLS-BR também foram submetidos a uma análise comparativa por meio da análise de variância (ANOVA) e do teste *post hoc Tukey*. Os resultados mostraram que o grau de qualidade de vida não diferiu nas suas dimensões ( $p=0,06$ ).

Ao analisar as médias obtidas em cada item da escala, observou-se que o valor mais elevado se referia à questão em que foi avaliado o envolvimento dos pacientes com a entrevistadora durante a aplicação da escala. O valor da média encontrada para esse item foi de 5,46 (DP  $\pm$  0,93). Em segundo lugar, encontrou-se um escore elevado para as questões relativas ao grau de afastamento social dos pacientes e sua motivação para realizar atividades dirigidas para um objetivo. Para essas questões, o valor da média encontrada foi de 4,61 (DP  $\pm$  1,51 e DP  $\pm$  1,53). Já o menor escore encontrado referiu-se à questão das relações afetivo-sexuais. Para esse item, o valor da média encontrada foi de apenas 1,86 (DP  $\pm$  1,96).

#### **4.2. Porcentagens de resposta aos itens da escala**

As porcentagens de resposta aos itens da escala e a ordem de classificação dos itens pela análise da média de postos de *Friedman* estão dispostos também na Tabela 10. A ordem de classificação estabelecida pela análise da média dos postos de *Friedman* indicou que houve uma diferença significativa entre os itens da QLS-BR ( $\chi^2=408,86$ ;  $p<0,001$ ). O item com maior pontuação na análise da média de postos de *Friedman* referiu-se à interação do paciente com a entrevistadora (17,43), enquanto a questão relacionada à motivação dos pacientes nas atividades diárias obteve a segunda maior pontuação (14,38). Esses dados indicam, portanto, uma melhor qualidade de vida nesses aspectos. Já o item com menor pontuação referiu-se às relações afetivo-sexuais (5,00), o que indica uma pior qualidade de vida nesse aspecto.

Para a análise das porcentagens de resposta às questões da QLS-BR, as alternativas dos itens foram agrupadas conforme a categorização da escala: 0 e 1, que indicam um prejuízo grave; 2 a 4, que indicam um considerável prejuízo; e 5 e 6, que indicam um funcionamento inalterado. Sendo assim, serão apresentadas, a seguir, as maiores porcentagens obtidas em cada uma das especificações: prejuízo grave, considerável prejuízo e funcionamento inalterado.

Comparando-se as taxas de resposta aos itens da escala, independente da dimensão a qual pertencem, constatou-se que 87,50% dos pacientes apresentaram um funcionamento inalterado na questão referente ao envolvimento do paciente com a entrevistadora. Observou-se ainda que, para 83,30% dos pacientes, foi constatado um considerável prejuízo no que se refere aos relacionamentos com colegas. Já para a questão das relações afetivo-sexuais, 52,80% dos pacientes entrevistados apresentaram um prejuízo grave.

Ao analisar os resultados obtidos em cada subescala, observou-se que, no domínio “Rede social”, 54,20% dos entrevistados apresentaram funcionamento inalterado em dois itens: relacionamentos íntimos com os membros da casa e afastamento social. Além disso, para 83,30% dos entrevistados, constatou-se um considerável prejuízo no que se refere aos relacionamentos com colegas. Já para 41,70% dos pacientes, observou-se um prejuízo grave quanto aos relacionamentos com amigos.

Na subescala “Nível ocupacional”, 52,80% dos entrevistados apresentaram um funcionamento inalterado quanto ao grau de subemprego. Dentre os pacientes, 75,00% apresentaram um considerável prejuízo no funcionamento ocupacional. Observou-se ainda um prejuízo grave no item referente à utilização do tempo para 19,50% dos entrevistados.

Tabela 10 – Porcentagens de resposta às categorias da QLS-BR, escores médios e desvios-padrão do grau qualidade de vida em cada item, nas subescalas, na escala global e média de postos de *Friedman* para cada item.

Subescalas e escala global	Itens	% Prejuízo grave	% Considerável prejuízo	% Funcionamento inalterado	Média de postos	Médias e desvio-padrão	
Rede social	Relacionamentos íntimos com membros da casa	4,20	41,60	54,20	13,93	4,47 (1,43)	
	Relacionamentos com amigos íntimos	41,70	31,90	26,40	7,48	2,58 (2,32)	
	Relacionamentos ativos com colegas	4,20	83,30	12,50	8,85	3,29 (1,23)	
	Nível de atividade social	25,00	51,40	23,60	7,52	2,82 (1,92)	3,53 (1,31)
	Rede social envolvida	2,80	61,10	36,10	10,66	3,63 (1,75)	
	Iniciativas sociais	20,90	44,40	34,70	9,58	3,29 (2,09)	
	Afastamento social	2,80	43,00	54,20	14,32	4,61 (1,51)	
Nível ocupacional	Funcionamento ocupacional	4,20	75,00	20,80	9,28	3,44 (1,39)	
	Nível de realização	5,60	43,00	51,40	13,17	4,33 (1,48)	
	Grau de subemprego	12,50	34,70	52,80	12,60	4,15 (1,79)	4,01 (1,46)
	Satisfação com o funcionamento ocupacional	4,20	50,00	45,80	13,16	4,22 (1,68)	
	Utilização do tempo	19,50	34,70	45,80	11,74	3,90 (2,03)	
Funções intrapsíquicas e relações interpessoais	Relações afetivo-sexuais	52,80	34,70	12,50	5,00	1,86 (1,96)	
	Sentido de objetivos de vida	19,50	34,70	45,80	10,65	3,65 (2,04)	
	Curiosidade	15,20	72,30	12,50	7,26	2,79 (1,52)	
	Objetos comuns	0	61,20	38,80	12,40	4,24 (1,18)	3,58 (0,99)
	Atividades comuns	15,60	77,80	6,60	6,63	2,67 (1,17)	
	Capacidade de empatia	8,30	41,70	50,00	13,67	4,38 (1,67)	
	Envolvimento com o entrevistador	1,40	11,10	87,50	17,43	5,46 (0,93)	
–	Motivação	4,20	27,80	68,00	14,38	4,61 (1,53)	–
–	Anedonia	11,10	47,30	41,60	11,28	3,92 (1,86)	–
Escala Global			–		–	–	3,64 (1,09)

Chi-square=408,86; df =20; p&lt;0,001

Por fim, na subescala “Funções intrapsíquicas e relações interpessoais”, a maior taxa de pacientes com especificação de funcionamento inalterado também se referiu ao envolvimento do paciente com a entrevistadora (87,50%). A segunda maior taxa dessa especificação se referiu à questão da capacidade de empatia. Dos entrevistados, 50,00% apresentaram funcionamento inalterado para esse item. Além disso, 77,80% dos entrevistados apresentaram um considerável prejuízo na questão referente às atividades comuns. Por fim, a maior taxa da especificação prejuízo grave também se referiu às relações afetivo-sexuais (52,80%).

### **4.3. Fatores associados à qualidade de vida**

Neste tópico, serão descritos os resultados da análise estatística univariada e multivariada, a fim de identificar os fatores sociodemográficos, clínicos, como também da percepção de mudança, associados à qualidade de vida dos pacientes. Para essas análises, também foi utilizado o teste t de Student para amostras independentes, a análise de correlação de Pearson e a análise de regressão linear múltipla.

**Análises univariadas das variáveis sociodemográficas e clínicas:** as Tabelas 11 a 14 apresentam os resultados referentes às análises das variáveis dicotômicas, quando foram comparados grupos de pacientes. Na Tabela 11, encontram-se os resultados referentes ao escore global de qualidade de vida, com indicação do número de sujeitos (N), as médias e os desvios-padrão para cada variável, como também os valores de p resultantes do teste t de Student ( $p < 0,05$ ). De acordo com os resultados encontrados, os pacientes que tomavam a medicação sozinhos, que trabalhavam e que viviam com um companheiro apresentaram uma melhor qualidade de vida global do que os pacientes que precisavam de ajuda para tomar seus remédios, que não trabalhavam e que não viviam com um companheiro. Além disso, os pacientes que relataram que o tratamento os ajudou a se sentirem melhor e aqueles que tomavam apenas medicação oral tiveram uma melhor qualidade de vida quando comparados aos que relataram não ter se sentido melhor com o início do tratamento e aqueles que faziam uso conjunto de medicação oral e injeção. Para as demais variáveis, as diferenças entre as médias obtidas em cada categoria não foram estatisticamente significativas.

Tabela 11 – Análise dos fatores associados à qualidade de vida e suas categorias para os escores globais da escala QLS-BR, número de pacientes, médias e desvios-padrão para cada categoria e valores de p.

Variáveis	Categorias	N	Média	Desvio-padrão	p
Sexo	Masculino	43	3,75	1,05	0,34
	Feminino	29	3,49	1,15	
Diagnóstico	F20.0	63	3,66	1,09	0,65
	Outros	9	3,49	1,11	
Comorbidade	Sim	25	3,72	1,01	0,65
	Não	47	3,60	1,14	
Se o paciente realiza outras atividades no serviço	Sim	5	4,38	0,89	0,12
	Não	67	3,59	1,09	
Se o paciente faz outros tratamentos médicos	Sim	31	3,87	1,01	0,13
	Não	41	3,47	1,13	
Internações	Sim	48	3,57	1,11	0,43
	Não	24	3,79	1,05	
Se o paciente toma o remédio sozinho	Sim	48	3,87	1,00	0,01*
	Não	24	3,20	1,14	
Frequência de comparecimento no serviço	Consulta e outros	50	3,75	1,05	0,22
	Apenas consulta	22	3,40	1,17	
Presença de doenças físicas	Sim	24	3,77	0,99	0,47
	Não	48	3,58	1,14	
Se o paciente trabalha	Sim	15	4,48	0,88	0,001**
	Não	57	3,42	1,04	
Se o paciente tem renda	Sim	50	3,78	1,08	0,10
	Não	22	3,32	1,06	
Se o paciente mora sozinho	Sim	6	3,33	0,45	0,17
	Não	66	3,67	1,13	
Se o paciente vive com um companheiro	Sim	12	4,17	0,74	0,02*
	Não	60	3,54	1,12	
Se o paciente apresentou agitação psicomotora	Sim	5	3,24	1,66	0,39
	Não	67	3,67	1,05	
Se o paciente já apresentou tentativa de suicídio	Sim	21	3,51	1,12	0,52
	Não	51	3,70	1,09	
Se o tratamento ajudou o paciente a se sentir melhor	Sim	67	3,73	1,05	0,01*
	Não	5	2,41	0,85	
Tipo de medicação	Via oral	60	3,78	1,01	0,03*
	Oral e injeção	11	3,00	1,32	

\* p<0,05 \*\*p<0,01

A Tabela 12 mostra os resultados das análises realizadas para a subescala “Rede social”. Os pacientes que moravam sozinhos tinham uma pior qualidade de vida no domínio social do que aqueles que moravam com seus pais, irmãos, cônjuges, filhos ou outros cuidadores. Ainda para essa subescala, os pacientes que relataram ter se sentido melhor com o início do tratamento e aqueles que trabalhavam também apresentaram uma melhor qualidade de vida quando comparados com pacientes que relataram não ter se

sentido melhor e aqueles que não trabalhavam. Para as demais variáveis, as diferenças encontradas entre as médias dos grupos não foram estatisticamente significativas.

Tabela 12 – Análise dos fatores associados à qualidade de vida e suas categorias para os escores da subescala “Rede social”, número de pacientes, médias e desvios padrão para cada categoria e valores de p.

Variáveis	Categorias	N	Média	Desvio-padrão	p
Sexo	Masculino	43	3,66	1,32	0,31
	Feminino	29	3,33	1,31	
Diagnóstico	F20.0	63	3,55	1,30	0,72
	Outros	9	3,58	1,43	
Comorbidade	Sim	25	3,58	1,27	0,82
	Não	47	3,50	1,35	
Se o paciente realiza outras atividades no serviço	Sim	5	4,37	1,15	0,14
	Não	67	3,46	1,31	
Se o paciente faz outro tratamento médico	Sim	31	3,75	1,32	0,21
	Não	41	3,36	1,30	
Internações	Sim	48	3,49	1,25	0,72
	Não	24	3,61	1,45	
Se o paciente toma o remédio sozinho	Sim	48	3,66	1,31	0,23
	Não	24	3,26	1,31	
Frequência de comparecimento no serviço	Consulta e outros	50	3,64	1,28	0,25
	Apenas consulta	22	3,26	1,38	
Presença de doenças físicas	Sim	24	3,64	1,26	0,62
	Não	48	3,47	1,35	
Se o paciente trabalha	Sim	15	4,35	1,39	0,005**
	Não	57	3,31	1,21	
Se o paciente tem renda	Sim	50	3,68	1,29	0,13
	Não	22	3,17	1,31	
Se o paciente mora sozinho	Sim	6	2,60	0,77	0,02*
	Não	66	3,61	1,32	
Se o paciente vive com um companheiro	Sim	12	3,95	0,84	0,10
	Não	60	3,44	1,38	
Se o paciente apresentou Agitação psicomotora	Sim	5	3,29	1,61	0,67
	Não	67	3,55	1,30	
Se o paciente já apresentou tentativa de suicídio	Sim	21	3,44	1,25	0,75
	Não	51	3,56	1,35	
Se o tratamento ajudou o paciente a se sentir melhor	Sim	67	3,63	1,29	0,002**
	Não	5	2,14	0,61	
Tipo de medicação	Via oral	60	3,65	1,30	0,09
	Oral e injeção	11	2,92	1,34	

\* p<0,05 \*\*p<0,01

Na Tabela 13, estão dispostos os dados obtidos das análises realizadas com os escores da subescala “Nível ocupacional”. Os pacientes que trabalhavam apresentaram uma melhor qualidade de vida nesse domínio do que aqueles que não trabalhavam. Além disso, os pacientes que faziam outros tratamentos médicos apresentaram uma melhor

qualidade de vida quando comparados com pacientes que não faziam. As diferenças encontradas entre as médias dos grupos das demais variáveis não foram estatisticamente significativas.

Tabela 13 – Análise dos fatores associados à qualidade de vida e suas categorias para os escores da subescala “Nível ocupacional”, número de pacientes, médias e desvios-padrão para cada categoria e valores de p.

Variáveis	Categorias	N	Média	Desvio-padrão	p
Sexo	Masculino	43	3,87	1,51	0,34
	Feminino	29	4,21	1,38	
Diagnóstico	F20.0	63	4,06	1,46	0,42
	Outros	9	3,64	1,47	
Comorbidade	Sim	25	4,13	1,45	0,62
	Não	47	3,95	1,47	
Se o paciente realiza outras atividades no serviço	Sim	5	4,84	1,51	0,19
	Não	67	3,95	1,45	
Se o paciente faz outro tratamento médico	Sim	31	4,42	1,31	0,04*
	Não	41	3,70	1,50	
Internações	Sim	48	3,92	1,52	0,46
	Não	24	4,19	1,35	
Se o paciente toma o remédio sozinho	Sim	48	4,22	1,45	0,08
	Não	24	3,59	1,42	
Frequência de comparecimento no serviço	Consulta e outros	50	4,14	1,36	0,26
	Apenas consulta	22	3,72	1,66	
Presença de doenças físicas	Sim	24	4,18	1,45	0,48
	Não	48	3,92	1,47	
Se o paciente trabalha	Sim	15	5,23	0,80	0,000**
	Não	57	3,69	1,43	
Se o paciente tem renda	Sim	50	4,20	1,43	0,10
	Não	22	3,60	1,49	
Se o paciente mora sozinho	Sim	6	4,43	1,09	0,46
	Não	66	3,97	1,49	
Se o paciente vive com um companheiro	Sim	12	4,58	1,11	0,14
	Não	60	3,90	1,50	
Se o paciente apresentou agitação psicomotora	Sim	5	3,68	2,22	0,60
	Não	67	4,04	1,41	
Se o paciente já apresentou tentativa de suicídio	Sim	21	3,72	1,45	0,29
	Não	51	4,12	1,46	
Se o tratamento ajudou o paciente a se sentir melhor	Sim	67	4,09	1,45	0,11
	Não	5	3,00	1,26	
Tipo de medicação	Via oral	60	4,16	1,37	0,07
	Oral e injeção	11	3,31	1,76	

\* p<0,05 \*\*p<0,01

A Tabela 14 mostra os resultados das análises realizadas para a subescala “Funções intrapsíquicas e relações interpessoais”. Nesse domínio, os homens apresentaram uma melhor qualidade de vida, assim como os pacientes que tomavam seus remédios sozinhos.

Os pacientes que relataram ter se sentido melhor com o início do tratamento e aqueles que faziam uso de medicação apenas do tipo oral também apresentaram uma melhor qualidade de vida comparativamente aos pacientes que relataram não ter se sentido melhor com o início do tratamento e aqueles que faziam uso conjunto de medicação oral e injeção.

Tabela 14 – Análise dos fatores associados à qualidade de vida e suas categorias para os escores da subescala “Funções intrapsíquicas e relações interpessoais”, número de pacientes, médias e desvios-padrão para cada categoria e valores de p.

Variáveis	Categorias	N	Média	Desvio-padrão	p
Sexo	Masculino	43	3,80	0,86	0,01*
	Feminino	29	3,24	1,08	
Diagnóstico	F20.0	63	3,58	0,98	0,90
	Outros	9	3,54	1,08	
Comorbidade	Sim	25	3,71	0,81	0,42
	Não	47	3,51	1,08	
Se o paciente realiza outras atividades no serviço	Sim	5	4,14	0,86	0,19
	Não	67	3,54	0,99	
Se o paciente faz outro tratamento médico	Sim	31	3,66	0,97	0,55
	Não	41	3,52	1,01	
Internações	Sim	48	3,51	1,02	0,41
	Não	24	3,71	0,93	
Se o paciente toma o remédio sozinho	Sim	48	3,91	0,83	0,000**
	Não	24	2,92	0,97	
Frequência de comparecimento no serviço	Consulta e outros	50	3,66	0,93	0,27
	Apenas consulta	22	3,38	1,10	
Presença de doenças físicas	Sim	24	3,73	0,82	0,37
	Não	48	3,50	1,07	
Se o paciente trabalha	Sim	15	4,07	0,81	0,03*
	Não	57	3,45	1,00	
Se o paciente tem renda	Sim	50	3,69	0,94	1,15
	Não	22	3,32	1,07	
Se o paciente mora sozinho	Sim	6	3,24	0,64	0,38
	Não	66	3,61	1,01	
Se o paciente vive com um companheiro	Sim	12	4,27	0,75	0,01*
	Não	60	3,44	0,98	
Se o paciente apresentou Agitação psicomotora	Sim	5	3,09	1,08	0,25
	Não	67	3,61	0,98	
Se o paciente já apresentou tentativa de suicídio	Sim	21	3,54	0,94	0,83
	Não	51	3,59	1,02	
Se o tratamento ajudou o paciente a se sentir melhor	Sim	67	3,68	0,91	0,002**
	Não	5	2,26	1,19	
Tipo de medicação	Via oral	60	3,72	0,92	0,01*
	Oral e injeção	11	2,92	1,13	

\* p<0,05 \*\*p<0,01

Os pacientes que viviam com um companheiro apresentaram melhor qualidade de vida quando comparados aos que não viviam com um companheiro. Além disso, os

pacientes que trabalhavam apresentaram melhor qualidade de vida nessa dimensão quando comparados aos pacientes que não trabalhavam. Nas demais variáveis, as diferenças encontradas entre as médias dos grupos não foram estatisticamente significativas.

Para os dados de qualidade de vida, também foram realizadas análises complementares para identificação dos fatores associados referentes às variáveis contínuas. Realizou-se o cálculo da correlação de Pearson entre os escores globais e específicos da QLS-BR e as variáveis contínuas, sociodemográficas e clínicas dos pacientes. A seguir, são descritos os resultados significativos encontrados.

Observou-se uma correlação positiva significativa entre a variável “Número de meses de inalteração da medicação” e o escore global de qualidade de vida. O valor do coeficiente de correlação obtido foi de 0,25, indicando que quanto maior era o número de meses em que o paciente fazia uso da mesma medicação, sem alteração, melhor era sua qualidade de vida global ( $p=0,03$ ). Essa variável também se correlacionou positivamente com o escore obtido na subescala “Nível ocupacional”. O valor do coeficiente de correlação encontrado foi 0,34, indicando que quanto maior era o número de meses de inalteração da medicação, melhor era a qualidade de vida dos pacientes nessa dimensão ( $p=0,003$ ). Constatou-se ainda uma correlação positiva e significativa entre o valor da renda dos pacientes e o escore obtido na subescala “Funções intrapsíquicas e relações interpessoais”. O valor do coeficiente de correlação encontrado foi de 0,29, indicando que quanto maior era o valor da renda mensal que os pacientes recebiam, melhor era a sua qualidade de vida nesse domínio ( $p=0,04$ ).

Para as demais variáveis, os valores dos coeficientes de correlação encontrados não foram significativos. Foram elas: idade do paciente, tempo de tratamento no SERSAM, duração da doença psiquiátrica, duração do tratamento psiquiátrico, frequência semanal com que o paciente realiza atividades no serviço, duração semanal dessas atividades, número de internações do paciente, tempo transcorrido desde a última internação, duração da última internação, número de remédios, frequência diária do uso da medicação, número de crises no último ano, tempo de escolaridade e número de pessoas com que mora o paciente.

Portanto, encontrou-se neste estudo que dez das variáveis analisadas estavam associadas à qualidade de vida, sendo que diferentes variáveis estiveram associadas à qualidade de vida na escala global e nos domínios específicos. Foram elas: sexo dos pacientes, independência para tomar a medicação, relato de melhora do paciente com o início do tratamento, tipo de medicação, se os pacientes moravam sozinhos, se viviam com

um companheiro, se trabalhavam, se faziam outros tratamentos médicos, número de meses de inalteração da medicação e valor da renda mensal. Resumindo esses resultados, os pacientes que apresentaram maiores escores de qualidade de vida foram aqueles que eram do sexo masculino, tomavam a medicação sozinhos, que relataram ter melhorado com o início do tratamento, faziam uso apenas de medicação oral, moravam com seus familiares, viviam com um companheiro, trabalhavam, realizavam outros tratamentos médicos, faziam uso da mesma medicação, sem alteração, por maior número de meses, e que tinham maior renda mensal.

**Correlações entre qualidade de vida e grau de percepção de mudança:** na Tabela 15, encontram-se os resultados referentes às análises de correlações de Pearson realizadas entre os escores globais e específicos de percepção de mudança e os escores de qualidade de vida. Pode-se observar que todas as análises realizadas apresentaram correlações positivas e significativas ( $p < 0,01$ ).

O coeficiente de correlação entre os escores globais da EMP e da QLS foi 0,76. Para o escore global da EMP e as subescalas da QLS, os valores variaram entre 0,56 (Nível ocupacional) e 0,72 (Rede social). Esses resultados indicam que quanto maior era a percepção global de melhora dos pacientes em função do tratamento recebido, melhor era a sua qualidade de vida global, como também melhor era a qualidade de vida nos domínios específicos de níveis social, ocupacional e de relações interpessoais. Seguem os resultados das correlações entre os níveis específicos de percepção de mudança e os escores de qualidade de vida.

Para a subescala “Ocupação e saúde física” da EMP, os valores do coeficiente de correlação variaram de 0,49 (Funções intrapsíquicas) a 0,64 (Escala global). Esses dados apontam que quanto maior era a percepção de melhora dos pacientes no domínio ocupacional e da saúde física, melhor era a sua qualidade de vida global, assim como melhor era sua qualidade de vida nos domínios da vida social, ocupacional e de relações interpessoais.

Para a subescala “Aspectos psicológicos e sono” da EMP, os valores variaram de 0,45 (Nível ocupacional) a 0,68 (Rede social), indicando que quanto maior era a percepção de melhora nos aspectos psicológicos e sono, melhor era a qualidade de vida global e melhor era a qualidade de vida nos domínios da vida social, ocupacional e de relações interpessoais dos pacientes.

Por fim, para a subescala “Relacionamentos e estabilidade emocional” da EMP, o menor e o maior valor de correlação encontrados foram 0,40 (Nível ocupacional) e 0,64 (Escala global). Esses resultados mostram que quanto maior era a percepção de melhora no domínio dos relacionamentos e estabilidade emocional, melhor era a qualidade de vida global dos pacientes, como também melhor era a qualidade de vida nos domínios da vida social, ocupacional e de relações interpessoais.

Tabela 15 – Coeficientes de correlação de Pearson entre os escores globais e específicos das escalas EMP e QLS-BR.

	QLS global	QLS Rede social	QLS Nível Ocupacional	QLS Funções intrapsíquicas
<b>EMP Global</b>	0,76**	0,72**	0,56**	0,60**
<b>EMP Ocupação e saúde física</b>	0,64**	0,56**	0,51**	0,49**
<b>EMP Aspectos psicológicos e sono</b>	0,66**	0,68**	0,45**	0,53**
<b>EMP Relacionamentos e estabilidade emocional</b>	0,64**	0,51**	0,40**	0,41**

\*\* p<0,01

**Análise de regressão linear múltipla da qualidade de vida:** para identificar a importância relativa das variáveis associadas ao grau de qualidade de vida, foram conduzidas três análises de regressão linear múltipla: uma, incluindo apenas as variáveis sociodemográficas e clínicas; outra, incluindo, além das variáveis sociodemográficas e clínicas, os escores específicos de percepção de mudança; e uma terceira análise, incluindo as variáveis sociodemográficas e clínicas e o escore global de percepção de mudança.

O modelo de regressão foi construído por meio da técnica *stepwise*, que fornece vários modelos de regressão, com diferentes combinações de variáveis independentes, segundo uma ordem decrescente de importância explicativa para as variações observadas (Bisquerra *et al.*, 2004). As variáveis independentes foram selecionadas segundo os critérios de Hosmer e Lemeshou (2000): variáveis significativas identificadas nas análises

univariadas ( $p \leq 0,05$ ) e variáveis que apresentaram relações com a qualidade de vida global, com valores de  $p \leq 0,25$ .

Para essa análise, foi considerada como variável dependente o escore global médio de qualidade de vida. As variáveis independentes selecionadas para o modelo de regressão foram: indicação de que o paciente trabalha ( $p=0,001$ ); tipo de medicação ( $p=0,03$ ); indicação de que o paciente toma seu remédio sozinho ( $p=0,01$ ); frequência de comparecimento no serviço ( $p=0,22$ ); estado civil ( $p=0,02$ ); número de meses de inalteração da medicação ( $p=0,03$ ); se o paciente faz outros tratamentos médicos ( $p=0,13$ ); se possui renda ( $p=0,10$ ); EMP ocupação e saúde física ( $p=0,000$ ); EMP aspectos psicológicos e sono ( $p=0,000$ ), EMP relacionamentos e estabilidade emocional ( $p=0,000$ ) e EMP global ( $p=0,000$ ). As variáveis duração e frequência das atividades semanais no serviço, como também a indicação de que o tratamento ajudou o paciente a se sentir melhor, se ele realiza outras atividades no serviço e se mora sozinho foram excluídas, pois incluíam um pequeno número de pacientes ( $N < 6$ ), gerando um intervalo de confiança com grande amplitude.

O modelo de regressão para os dados de qualidade de vida incluiu a constante, já que era possível atribuir a pontuação zero às questões da escala QLS. O valor do índice de Durbin-Watson (DW), que corrobora a hipótese de normalidade dos dados sempre que os seus valores são próximos ou superiores a dois, pode ser observado nas Tabelas que se seguem.

Os resultados da análise de regressão, sem os escores de percepção de mudança, encontram-se dispostos na Tabela 16. O modelo de regressão linear obtido apresentou a seguinte reta de regressão:  $y = +7,19 - 1,15 \text{ trabalho} - 0,56 \text{ toma o remédio sozinho} - 0,62 \text{ tipo de medicação}$ . O valor do  $R^2$  ajustado obtido mostra que essas três variáveis explicaram 28,00% da contribuição das variáveis sociodemográficas e clínicas para o grau de qualidade de vida ( $F=4,03$ ;  $p < 0,0001$ ). Esses dados indicam que a qualidade de vida foi melhor quando os pacientes trabalhavam, tomavam seu remédio sozinho e faziam uso de medicação do tipo oral.

Tabela 16 – Resultado da análise de regressão linear para os fatores associados à qualidade de vida (sem a percepção de mudança).

Variável preditora	Beta	Erro padrão	t	p
Constante	+7,19	0,65	11,07	0,000**
Se o paciente trabalha	-1,15	0,27	-4,19	0,000**
Se o paciente toma o remédio sozinho	-0,56	0,24	-2,37	0,02*
Tipo de medicação	-0,62	0,31	-2,01	0,04*

R<sup>2</sup>=0,28  
F(4,03)=10,29  
(p=0,000)  
DW=1,83

\* p<0,05 \*\*p<0,01

Na Tabela 17, encontram-se os resultados da regressão para as variáveis sociodemográficas e clínicas, incluindo os escores médios específicos das subescalas de percepção de mudança. O modelo de regressão linear apresentou a seguinte reta de regressão:  $y = +0,09 + 1,19$  percepção de mudança nos aspectos psicológicos e sono  $+1,03$  percepção de mudança na ocupação e saúde física  $- 0,69$  trabalho  $- 0,53$  toma o remédio sozinho. O valor do R<sup>2</sup> ajustado obtido mostra que os escores específicos desses dois domínios da escala EMP e as outras duas variáveis explicaram 65,00% da contribuição de todas as variáveis para o grau de qualidade de vida (F=10,30; p<0,001). Esses dados indicam a qualidade de vida foi melhor quando os pacientes percebiam mais melhoras nas dimensões “Aspectos psicológicos e sono” e “Ocupação e saúde física” e quando eles trabalhavam e tomavam seus remédios sozinhos.

Tabela 17 – Resultado da análise de regressão linear para os fatores associados à qualidade de vida, incluindo os escores específicos de percepção de mudança.

Variável preditora	Beta	Erro padrão	t	p
Constante	+0,09	0,85	0,11	0,91
EMP aspectos psicológicos e sono	+1,19	0,26	4,65	0,000**
EMP ocupação e saúde física	+1,03	0,24	4,31	0,000**
Se o paciente trabalha	-0,69	0,20	-3,46	0,001**
Se o paciente toma o remédio sozinho	-0,53	0,16	-3,20	0,002**

R<sup>2</sup>=0,65  
F(10,30)=33,16  
(p=0,000)  
DW=1,53

\*\*p<0,01

Na Tabela 18, são apresentados os resultados da regressão para as variáveis sociodemográficas e clínicas e o escore global de percepção de mudança. O modelo de

regressão linear apresentou a reta de regressão:  $y = - 0,58 + 2,44$  escore global de percepção de mudança  $-0,52$  toma o remédio sozinho  $-0,60$  trabalho. O valor do  $R^2$  ajustado mostra que o escore global de percepção de mudança e essas duas variáveis explicam 66,00% da contribuição de todas as variáveis para o grau de qualidade de vida ( $F=8,88$ ;  $p<0,001$ ). Esses dados indicam que a qualidade de vida foi melhor quando os pacientes apresentavam maior grau de percepção de melhora global, quando eles tomavam seus remédios sozinhos e quando eles trabalhavam.

Tabela 18 – Resultado da análise de regressão linear para os fatores associados à qualidade de vida, incluindo a percepção de mudança global.

Variável preditora	Beta	Erro padrão	t	p	
Constante	-0,58	0,89	-0,65	0,52	
EMP global	+2,44	0,27	9,04	0,000**	R <sup>2</sup> =0,66 F(8,88)=45,94 (p=0,000) DW=1,42
Se o paciente toma o remédio sozinho	-0,52	0,16	-3,24	0,002**	
Se o paciente trabalha	-0,60	0,20	-2,98	0,004**	

\*\*p<0,01

## DISCUSSÃO

O principal resultado encontrado no presente estudo é que a qualidade de vida dos pacientes com esquizofrenia foi determinada, principalmente, pelo grau de mudanças percebidas em suas vidas em função do tratamento recebido no serviço de saúde mental. Outras 12 pesquisas encontraram resultados semelhantes ao apontar para a relação entre diferentes medidas de resultados do tratamento oferecido em serviços de saúde mental e a qualidade de vida dos pacientes psiquiátricos, descritas a seguir.

Por exemplo, no estudo conduzido por Cavieres e Valdebenito (2005), encontrou-se que quanto menor era a severidade dos sintomas negativos de pacientes tratados em um serviço ambulatorial, avaliada pela escala SANS, melhor era a sua qualidade de vida no domínio ocupacional da escala QLS. Na pesquisa de Fitzgerald *et al.* (2001), o escore obtido na dimensão dos sintomas negativos, mensurado pela PANSS, se correlacionou com todos os escores de qualidade de vida de pacientes recrutados de um programa de estudo longitudinal, avaliados por meio da escala QLS, indicando que quanto menor a severidade dos sintomas negativos, melhor era a qualidade de vida. Cramer *et al.* (2000) também encontraram correlações significativas entre as mudanças observadas na severidade dos sintomas, após o tratamento, tal como avaliada pela escala PANSS, e as mudanças observadas na qualidade de vida de pacientes internados, mensurada por meio das escalas QLS, SLOF. Além disso, esses autores constataram que melhorias na condição clínica dos pacientes, mensuradas pela GAS e CGI se associaram a uma melhor qualidade de vida (QLS e SLOF). No estudo de Simon-Abadi *et al.* (1999), encontrou-se que quanto melhor era o funcionamento global, avaliado pela escala GAF, melhor era a qualidade de vida de pacientes internados, avaliada pela escala QLS. As medidas foram tomadas 15 dias após a admissão dos pacientes em duas instituições psiquiátricas.

Russo *et al.* (1997) correlacionaram uma medida de resultado relatado pelo próprio paciente, utilizando o BASIS-32, que avalia a severidade dos seus sintomas, com a qualidade de vida, mensurada pela escala QOLI, na alta hospitalar. Os resultados indicaram que quanto menor era a severidade dos sintomas relatados pelos próprios pacientes, melhor era a sua qualidade de vida. Awad *et al.* (1997) constataram que uma menor severidade dos sintomas de pacientes ambulatoriais, avaliada por meio da escala PANSS, era uma das variáveis preditoras de uma melhor qualidade de vida, mensurada por meio da questão de Gurin, um item global de qualidade de vida. No estudo conduzido por Chan and Yu lu (2004), os autores encontraram que um pior estado de saúde mental,

avaliado pela BPRS, estava associado a uma pior qualidade de vida, avaliada pela escala WHOQOL. Voruganti *et al.* (1998) encontraram que quanto menor era a gravidade dos sintomas de pacientes ambulatoriais, avaliada pela escala PANSS, e melhor o funcionamento global, avaliado pela GAF, melhor era a qualidade de vida dos pacientes, mensurada pela escala SIP e pela questão global de Gurin. No estudo de Gaité *et al.*, (2002), encontrou-se que quanto melhor era o funcionamento global, avaliado pela GAF, e melhor o estado mental dos pacientes, mensurado pela BPRS, melhor era a qualidade de vida, avaliada pela *Lancashire Quality of Life Profile EU*. No estudo realizado por Ritsner *et al.* (2003), os autores constataram que uma menor severidade dos sintomas nos fatores paranoide e depressivo, avaliados pela PANSS, foram determinantes de uma melhor qualidade de vida de pacientes internados, avaliada pela escala Q-LES-Q. Caron *et al.* (2005) encontraram que quanto menor era a severidade dos sintomas, mensurados pela PANSS, melhor era a qualidade de vida de pacientes internados, avaliada pela SLDS. Por fim, na pesquisa conduzida por Wilkinson *et al.* (2000), foram encontradas correlações positivas significativas entre uma medida de saúde mental, avaliada pela escala de Goldberg (GHQ-12), e três domínios da qualidade de vida, avaliados pela escala SQLS, entre pacientes ambulatoriais.

As amostras dos estudos citados foram compostas, principalmente, por pacientes com esquizofrenia e desordens esquizoafetivas, com exceção da pesquisa de Russo *et al.* (1997), que foi constituída por pacientes com diferentes diagnósticos (depressão, esquizofrenia, desordens esquizoafetivas, psicoses atípicas, transtorno bipolar e mania). Pode-se observar ainda que, dentre os 12 estudos citados, apenas dois (Russo *et al.*, 1997; Wilkinson *et al.*, 2000) utilizaram medidas de resultados relatados pelos próprios pacientes, como no presente estudo, embora essas pesquisas não tenha avaliado a percepção de mudança, e sim, a sintomatologia e o estado de saúde mental dos pacientes. Nas demais pesquisas, foram utilizadas medidas tomadas por terceiros, geralmente clínicos treinados, que avaliavam os sintomas e o grau de funcionamento dos pacientes. A presente pesquisa apresentou, portanto, um resultado inédito em relação aos 12 estudos citados acima, tendo indicado que a percepção de mudança, tal como relatada pelo próprio paciente, constituiu a variável preditiva mais importante de uma melhor qualidade de vida.

Os resultados do presente estudo mostraram que os pacientes dessa amostra apresentavam uma qualidade de vida comprometida, tanto nos dados do escore global quanto dos escores médios dos três domínios da escala QLS-BR (situando-se entre os escores 2 e 4). Outros dois estudos realizados com a escala QLS-BR encontraram

resultados semelhantes. No estudo conduzido por Cardoso *et al.* (2003), os resultados obtidos foram idênticos aos do presente estudo, ou seja, os pacientes também apresentaram uma qualidade de vida comprometida nos dados do escore global e nas três dimensões da escala. Santana *et al.* (2009) encontraram resultados semelhantes apenas para a dimensão “Funções intrapsíquicas e relações interpessoais”. A maioria dos pacientes (68,50%) se enquadraram na categoria de qualidade de vida comprometida nesse domínio. Para as demais subescalas e para a escala global, entretanto, os resultados foram mais negativos, pois a maioria dos pacientes se enquadraram na categoria de qualidade de vida muito comprometida (situando-se entre os escores 0 e 1). A qualidade de vida mais comprometida, observada nesse último estudo, talvez se explique pelo fato de que os sujeitos que fizeram parte da amostra eram pacientes judiciários que cumpriam medida de segurança em regime fechado num Hospital de Custódia e Tratamento.

Uma comparação entre os escores obtidos nas subescalas de qualidade de vida, no presente estudo, mostrou resultados homogêneos. Não foram constatadas diferenças significativas entre as três dimensões da escala. Quanto aos aspectos específicos da escala, a faixa de variação dos escores médios obtidos nos itens variou entre 1,86 (relações afetivo-sexuais) e 5,46 (interação com a entrevistadora). Essa faixa é mais ampla do que a constatada em outros dois estudos. Cardoso *et al.* (2003) encontraram que os escores médios de qualidade de vida variaram de 1,59 (relações afetivo-sexuais) a 3,69 (objetos comuns). Heinrichs *et al.* (1984), usando a escala QLS original, constataram uma variação entre 2,10 (satisfação com o trabalho) e 3,97 (objetos comuns).

No presente estudo, constatou-se uma diferença significativa entre os itens da escala QLS-BR. O item referente à motivação dos pacientes para atividades dirigidas a um objetivo apresentou uma melhor qualidade de vida. Por outro lado, observou-se uma pior qualidade de vida no item referente às relações afetivo-sexuais. Esses resultados confirmam dados do estudo de Chan and Yu lu (2004), que também constataram, por meio de uma escala de satisfação com a qualidade de vida (WHOQOL), que pacientes portadores de esquizofrenia estavam pouco satisfeitos com relação ao aspecto da atividade sexual. Ao contrário, Souza e Scatena (2001) encontraram que pacientes com diferentes diagnósticos, egressos de instituições psiquiátricas e vinculados ao PSF, estavam satisfeitos com relação à sua atividade sexual. Além da diferença de diagnóstico, que se observa nesse último estudo, para as autoras, a satisfação dos pacientes nesse aspecto pode estar relacionada a características geográficas e socioculturais do contexto estudado. Esse estudo foi desenvolvido na cidade de Ilhéus, região Nordeste do Brasil, local em que as pessoas

estabelecem uma extensa rede de relações, compartilhando as mesmas condições de vida, segundo as autoras.

No que se refere aos fatores associados à qualidade de vida, apontados no presente estudo, na análise univariada, o gênero se destacou como um dos fatores relacionados à qualidade de vida. Os homens apresentaram melhor qualidade de vida no domínio das “Funções intrapsíquicas e relações interpessoais”. No estudo de Chan and Yu lu (2004), citado anteriormente, também foi encontrado um resultado semelhante. Os autores constataram que os homens apresentaram maior satisfação com a vida, comparativamente às mulheres, em três aspectos: prazer na vida, atividades recreativas (lazer) e segurança pessoal.

Com relação ao nível socioeconômico, constatou-se, no presente estudo, que quanto maior era a renda dos pacientes, melhor era a qualidade de vida no domínio das “Funções intrapsíquicas e relações interpessoais”. O estudo desenvolvido por Cardoso *et al.* (2005), que também utilizou a escala QLS-BR, encontrou um resultado aproximado. Os autores constataram que ter renda familiar igual ou abaixo de dois salários mínimos aumentava cerca de duas vezes a chance de o paciente apresentar menor qualidade de vida com relação a uma renda superior.

A variável “trabalho” também se constituiu em um fator associado à qualidade de vida no presente estudo. Os pacientes que trabalhavam apresentaram melhor qualidade de vida global e em cada um dos três domínios da escala. Esses dados corroboram os resultados dos estudos de Skantze *et al.* (1992) e Gaithe *et al.* (2002), nos quais se constatou que os pacientes empregados apresentavam melhor qualidade de vida global do que os que não tinham emprego. Nos resultados do estudo de Chan and Yu lu (2004), observou-se maior insatisfação entre os pacientes que não trabalhavam, quando comparados aos que trabalhavam, nos itens que avaliavam a saúde global e os aspectos físicos, psicológicos e sociais. Por fim, Priebe *et al.* (1998) também constataram melhor qualidade de vida entre pacientes que tinham alguma atividade ocupacional, comparativamente aos demais.

A variável “Estado civil” também se associou à uma melhor qualidade de vida no presente estudo. Os pacientes que viviam com um companheiro apresentaram melhor qualidade de vida global e na subescala “Funções intrapsíquicas e relações interpessoais”. Cardoso *et al.* (2005) encontraram resultados semelhantes. No estudo conduzido por esses autores, ser solteiro se associou à pior qualidade de vida global e nos domínios “Funções intrapsíquicas e relações interpessoais” e “Nível ocupacional”.

Um outro fator que se associou significativamente com uma melhor qualidade de vida, no presente trabalho, foi o fato de os pacientes morarem em família. Os pacientes que moravam sozinhos apresentaram pior qualidade de vida na dimensão “Rede social” quando comparados aos pacientes que moravam com seus familiares (pais, irmãos, esposas e/ou filhos). Um resultado semelhante foi apontado no estudo de Gaité *et al.* (2002). Esses autores encontraram que um convívio diário com os familiares era um dos determinantes de uma melhor qualidade de vida.

Algumas das variáveis associadas à qualidade de vida, evidenciadas nesse estudo nas análises univariadas, não foram relatadas em outras pesquisas. Entretanto, é possível levantar algumas hipóteses acerca das associações encontradas. Por exemplo, os pacientes que faziam uso da mesma medicação por um maior número de meses apresentaram melhor qualidade de vida global e no domínio “Nível ocupacional”. Essa característica parece indicar que esses pacientes estariam mais estabilizados, o que contribuiria para uma melhor qualidade de vida.

Um outro resultado encontrado é que os pacientes que realizavam outros tratamentos médicos apresentaram melhor qualidade de vida na dimensão ocupacional. Uma possível explicação para essa associação é que uma maior assistência no âmbito da saúde poderia contribuir para um melhor estado de saúde geral, que refletiria em melhor qualidade de vida. Por fim, os pacientes que relataram ter percebido uma melhora com o início do tratamento, na questão inicial aberta da escala EMP, também apresentaram melhor qualidade de vida global e nos domínios “Rede social” e “Funções intrapsíquicas e relações interpessoais”. Esse dado pode indicar que uma boa impressão global acerca dos resultados do tratamento poderia contribuir para melhor uma qualidade de vida dos pacientes, mesmo tendo havido itens específicos, nos quais eles não tenham percebido melhora.

No presente estudo, uma análise de regressão múltipla, que incluiu somente as variáveis sociodemográficas e clínicas, indicou que os pacientes que trabalhavam, tomavam a medicação sozinhos e faziam uso apenas de medicação do tipo oral apresentaram melhor qualidade de vida. Como descrito acima, a variável “trabalho” também esteve associada a uma melhor qualidade de vida em outros estudos (Skantze *et al.*, 1992; Priebe *et al.*, 1998; Gaité *et al.*, 2002; Chan & Yu lu, 2004;). Com relação às outras duas variáveis clínicas associadas à qualidade de vida, uma possível explicação para o resultado encontrado é que, provavelmente, os pacientes que têm autonomia para tomar sua medicação e que fazem uso apenas de medicação oral e não de medicação conjunta

intravenosa e oral, apresentam um quadro clínico menos grave. Isso talvez explique a melhor qualidade de vida encontrada. Por outro lado, Cardoso *et al.* (2005) não encontraram nenhuma variável clínica associada à qualidade de vida global, mas, sim, variáveis sociodemográficas. Por exemplo, esses autores constataram que ser do sexo masculino, solteiro e ter renda igual ou inferior a dois salários mínimos se associaram à baixa qualidade de vida. No entanto, não é possível comparar o efeito dessas variáveis clínicas nos dois estudos, porque elas não foram mensuradas na pesquisa de Cardoso *et al.* (2005).

Na segunda análise de regressão, que incluiu os escores específicos das três dimensões de percepção de mudança, além das variáveis sociodemográficas e clínicas, os resultados indicaram que a percepção de melhora pelos pacientes nos domínios “Aspectos psicológicos e sono” e “Ocupação e saúde física”, como também ter um trabalho e tomar a medicação sozinho foram determinantes de uma melhor qualidade de vida. Numa terceira análise, incluindo as variáveis sociodemográficas e clínicas e o escore global de percepção de mudança, os resultados mostraram que a percepção de mudança global, bem como a autonomia no uso da medicação e o trabalho foram determinantes de uma melhor qualidade de vida.

Destaca-se a capacidade de predição das mudanças percebidas pelos pacientes como indicadores principais de uma melhor qualidade de vida. Os escores da percepção de mudança se associaram à qualidade de vida nas duas análises em que eles foram incluídos, sendo os principais determinantes da qualidade de vida, comparativamente aos outros fatores. Além da percepção de mudança, duas outras variáveis, “trabalho” e “autonomia no uso da medicação”, também se mostraram importantes, pois foram apontadas como determinantes da qualidade de vida nas três análises realizadas. Possivelmente, esses pacientes que trabalhavam e que tomavam sua medicação sozinhos eram mais autônomos, o que poderia contribuir para melhor qualidade de vida.

Os resultados acerca da percepção de mudança dos pacientes, obtidos no presente estudo, mostraram que o grau de percepção de melhora foi maior na dimensão dos aspectos psicológicos e sono. Essa dimensão avalia a autoconfiança dos pacientes, o humor, os problemas pessoais, o interesse pela vida, o enfrentamento de situações difíceis e a qualidade do sono. Quanto aos itens específicos, encontrou-se uma maior percepção de melhora na questão referente aos problemas pessoais, sendo que esse aspecto foi associado frequentemente pelos pacientes à sua sintomatologia. Silva *et al.* (2007), que também utilizaram a EMP, encontraram resultados semelhantes. As autoras constataram maior grau

de percepção de melhora na dimensão dos aspectos psicológicos, como também maior taxa de melhora no item dos problemas pessoais.

Quanto às menores percepções de melhora encontradas no presente estudo, dois itens se destacaram: a sexualidade e a saúde física dos pacientes. Silva *et al.* (2007) também constataram maior percepção de piora na questão referente à sexualidade. Esses dados encontram respaldo na literatura, pois, segundo Cordás e Laranjeiras (2006), os efeitos colaterais dos psicofármacos podem afetar negativamente a saúde física, a energia e a sexualidade, com o surgimento de tremores, aumento de peso, surgimento da fadiga e queixas na esfera sexual.

A análise univariada dos fatores associados à percepção de mudança, realizada neste estudo, indicou que os pacientes que tiveram maior percepção de melhora com o tratamento foram aqueles que faziam uso de medicação apenas do tipo oral, que nunca haviam tentado suicídio, que trabalhavam, que viviam com um companheiro, que passaram um número menor de anos na escola e que na sua última internação permaneceram por um menor período de tempo. Ressalta-se que distintas variáveis estiveram associadas à percepção de mudança na escala global e nos domínios específicos. Esses resultados permitem o levantamento de algumas hipóteses. Por exemplo, os pacientes que viviam com um companheiro poderiam ter um maior suporte social, o que contribuiria para uma maior percepção de melhora. Além disso, possivelmente, os pacientes que trabalhavam, usavam apenas medicação do tipo oral, que nunca tentaram suicídio e que na última internação sofrida permaneceram por um menor período de tempo apresentavam um quadro clínico menos grave. Com isso, eles poderiam obter mais progressos com o tratamento, levando-os a uma maior percepção de melhora. Quanto ao aspecto da escolaridade, os resultados obtidos na presente pesquisa confirmam dados de Mussi e Bandeira (2009), que também observaram, em uma amostra de familiares de pacientes psiquiátricos, que um menor grau de escolaridade estava relacionado a uma maior percepção de melhora em função do tratamento. É possível que os pacientes com menor grau de escolaridade tivessem um nível mais baixo de expectativas com relação aos resultados do tratamento no serviço, podendo assim valorizar mais pequenas melhoras ocorridas em função do tratamento. Essa interpretação tem sido apontada para explicar os resultados positivos obtidos nos estudos de satisfação dos usuários dos serviços de saúde mental (Esperidião & Trad, 2006).

No estudo conduzido por Silva *et al.* (2007), os resultados das análises dos fatores associados à percepção de mudança foram semelhantes aos do presente estudo, no sentido de que também apontaram para possível relação entre um quadro clínico menos grave e

uma maior percepção de melhora. Os pacientes mais jovens, que tiveram um número menor de crises no último ano, tomavam um menor número de remédios, não tinham doenças físicas e tomavam seus remédios sozinhos apresentaram maior percepção de melhora (Silva *et al.*, 2007).

A presente pesquisa apresenta, contudo, algumas limitações. Por se tratar de um estudo transversal e correlacional, é necessária cautela na interpretação dos resultados, visto que a análise correlacional não permite o estabelecimento de uma relação causal entre os construtos avaliados. Além disso, parte dos pacientes elegíveis não compareceu para a realização das entrevistas, o que pode tornar a amostra muito específica, comprometendo a validade externa do estudo, ou seja, a generalização dos resultados a toda a população-alvo. Uma tentativa de minimizar esse problema foi verificando a equivalência entre os sujeitos que compareceram e aqueles que não compareceram quanto a algumas variáveis sociodemográficas e clínicas. As análises indicaram que os pacientes que participaram deste estudo e aqueles que não participaram eram equivalentes quanto ao sexo, idade, tempo de tratamento no serviço e número de remédios prescritos, embora tenham diferido quanto ao diagnóstico e tempo de tratamento psiquiátrico. Na presente pesquisa, não foi realizada a confirmação, por outros avaliadores, da validade dos diagnósticos dos pacientes encontrados nos prontuários. Entretanto, um dos fatores que demonstram a confiabilidade desses diagnósticos, no SERSAM de Divinópolis, é o resultado de um estudo precedente, que confirmou, em 95,00% dos casos, que o diagnóstico estava correto (Cardoso *et al.*, 2003). Uma outra limitação se refere ao subtipo de diagnóstico da amostra, que era caracterizada, em sua maioria, por pacientes com esquizofrenia paranoide, o que pode limitar a generalidade dos dados para os demais subtipos de esquizofrenia. Da mesma forma, os resultados se limitam a uma amostra de pacientes estáveis.

## CONCLUSÕES

Os resultados encontrados neste estudo permitiram a identificação dos aspectos da vida dos pacientes em que eles perceberam melhora, ausência de mudança e piora como resultado do tratamento recebido no serviço de saúde mental. Observou-se menor percepção de melhora nos aspectos da sexualidade, saúde física e convivência com os amigos. Esses dados indicam que é necessária uma maior atenção dos profissionais da saúde mental aos efeitos colaterais dos medicamentos relatados pelos pacientes. Queixas quanto a cansaço, dores e perda do desejo sexual poderiam ser controladas por meio de avaliações médicas mais frequentes e mudanças na prescrição dos psicofármacos. Além disso, os efeitos colaterais das medicações podem interferir na adesão dos pacientes ao tratamento, o que prejudica substancialmente o quadro clínico dos pacientes, tornando esse controle ainda mais necessário (Cordás & Laranjeiras, 2006).

Uma atenção especial a esses efeitos colaterais é importante não só porque afetam a percepção de mudança, mas também a qualidade de vida dos pacientes. Dentre os itens em que se constatou pior qualidade de vida, pode-se citar: relações afetivo-sexuais, atividades comuns e curiosidade. Portanto, uma atenção maior deve ser dirigida às relações interpessoais e à vida social dos pacientes, por meio de programas de intervenção apropriados. Destaca-se, assim, a necessidade de que os serviços de saúde mental se comprometam mais com a reinserção social desses pacientes, a fim de que eles se sintam mais apoiados e seguros para desenvolver suas atividades na comunidade.

A análise dos fatores associados aos construtos avaliados indicou a presença de variáveis sociodemográficas e clínicas importantes na determinação da qualidade de vida e da percepção de mudança. O principal resultado destacado com a realização deste estudo refere-se à percepção de mudança em função do tratamento como preditora de uma melhor qualidade de vida. Esses dados indicam a importância de uma atuação dos profissionais dos serviços de saúde mental, no sentido de avaliar rotineiramente a percepção dos próprios pacientes sobre os efeitos do tratamento e levar em consideração essa informação para melhorar suas intervenções. Colocar em destaque essa informação deverá conduzir à melhora nos resultados do tratamento e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos pacientes. Esse aspecto é de extrema importância, visto que os tratamentos de base comunitária visam à melhoria das condições de vida dos pacientes e a promoção da sua qualidade de vida.

Portanto, as informações levantadas com a realização deste estudo são relevantes para os profissionais da área da saúde mental. Elas podem contribuir para o redimensionamento do tratamento, de forma a ajustá-lo às necessidades dos pacientes. Ressalta-se, ainda, a importância da realização de avaliações contínuas dos serviços de saúde mental sobre a percepção de mudança e qualidade de vida dos pacientes. Dessa forma, pode-se contribuir para o melhoramento dos serviços de saúde mental, como recomendado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2001).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, P. F., & Escorel, S. (2001) Da avaliação em saúde à avaliação em saúde mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. *Saúde em Debate*, 25(58), 35-47.

Akerman, M., & Nadanovsky, P. (1992). Avaliação dos serviços de saúde - Avaliar o quê? *Cadernos de Saúde Pública*, 8(4), 361-365.

Andreoli, S. B., Almeida-Filho, N., Martin, D., Mateus, M. D. M. L., & Mari, J. J. (2007) Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(1), 43-6.

Associação Brasileira de Psiquiatria (2006). Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil. ABP, 58p.

Awad, A. G., & Voruganti, L. N. P. (2000). Intervention research in psychosis: issues related to the assessment of quality of life. *Schizophrenia Bulletin*, 26(3), 557-564.

Awad, A. G., Voruganti, L. N. P., & Heslegrave, R. J. (1997). A conceptual model of quality of life in schizophrenia: description and preliminary clinical validation. *Quality of Life Research*, 6, 21-26.

Bandeira, M. (1991). Desinstitucionalização ou Transinstitucionalização: lições de alguns países. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 47(7), 355-360.

Bandeira, M. (1993). Reinserção dos doentes mentais na comunidade: fatores determinantes das rehospitalizações. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 42(9), 491-498.

Bandeira M., & Barroso, S.M. (2005). Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(1), 34-46.

Barroso, S. M., Bandeira, M., & Nascimento, E. (2009). Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 1-12.

Bandeira, M., Calzavara, M. G. P., Costa, C. S., & Cesari, L. (2009) Avaliação de serviços de saúde mental: adaptação transcultural de uma medida da percepção dos usuários sobre os resultados do tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(2), 107-114.

Bandeira, M., & Dorvil, H. (1996) Les consultations à la salle d'urgence psychiatrique: comparaison entre des échantillons brésiliens et québécois. *Le Médecin du Québec*, 31(8), 59-69.

Bandeira, M., Gelinás, D., & Lesage, A. (1998). Desinstitutionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 47(12), 627-640.

Bandeira, M., Pitta, A. M. F., & Mercier, C. (2000). Escalas de avaliação da satisfação dos usuários em serviços de saúde mental: SATIS-BR. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48(8), 293-300.

Barry, M. M., & Zissi, A. (1997). Quality of life as an outcome measure in evaluating mental health services: a review of the empirical evidence. *Social Psychiatry Epidemiologia*, 32, 38-47.

Bisquerra, R., Sarriera, J. C., & Matínez, F. (2004). *Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS*. Porto Alegre: Artmed.

Burlingame, G. M., Dunn, T. W., Chen, S., Lehman, A., Axman, R., Earnshaw, D., & Rees, F. M. (2005). Selection of outcome assessment instruments for inpatients with severe and persistent mental illness. *Psychiatric Services*, 56(4), 444-451.

Campbel, & Stanley (1979). *Delineamentos experimentais e quase experimentais de pesquisa*. São Paulo: EPU.

Cardoso, C. S., Bandeira, M., Caiaffa, W. T., Fonseca, J. O. P. (2002). Escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia (QLS-BR): adaptação transcultural para o Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 51(1), 31-38.

Cardoso, C. S., Caiaffa, W. T., Bandeira, M., Siqueira, A. L., Abreu, M. N. S., & Fonseca, J. O. P. (2003). Qualidades psicométricas da escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia: escala QLS-BR. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52(3), 211-222.

Cardoso, C. S., Caiaffa, W. T., Bandeira, M., Siqueira, A. L., Abreu, M. N. S., & Fonseca, J. O. P. (2005). Factors associated with low quality of life in schizophrenia. *Cadernos Saúde Pública*, 21(5), 1338-1348.

Cardoso, C. S., Caiaffa, W. T., Bandeira, M., Siqueira, A. L., Abreu, M. N. S., & Fonseca, J. O. P. (2006). Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: uma comparação por sexo. *Cadernos Saúde Pública*, 22(6), 1303-1314.

Cardoso, C. S., Caiaffa, W. T., Bandeira, M., Siqueira, A. L., Abreu, M. N. S., & Fonseca, J. O. P. (2007). Depressão na esquizofrenia: prevalência e relação com a qualidade de vida. *Cadernos Saúde Pública*, 23(9), 2035-2048.

Caron, J., Lecomte, W., Stip, E., & Renaud, S. (2005). Predictors of quality of life in schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 41(4), 399-417.

Cavieres, A., & Valdebenito, M. (2005). Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 43(2), 97-108.

Cesari, L., Bandeira, M., & Felício, C. B. (2009, julho). Propriedades psicométricas da Escala de Mudança Percebida (EMP) – versão dos familiares In: *Anais IV Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica e XIV Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, Campinas, SP, Brasil.

Chan, S., & Yu lu, W. (2004). Quality of life of clients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 72-83.

Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J. O., & Boyle, P. (1994). *Saber preparar uma pesquisa*. São Paulo: Hucitec Abrasco.

Contandriopoulos, A. P. (2006) Avaliação de programas e políticas de saúde na França. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(2), 229-259.

Cordás, T. A., & Laranjeiras, M. (2006) Efeitos colaterais dos psicofármacos na esfera sexual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(3), 168-173.

Costa, C. S, Bandeira, M., & Andrade, M. C. R. (2009, julho). Propriedades psicométricas da Escala de Mudança Percebida (EMP) – versão dos pacientes. In: *Anais IV Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica e XIV Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, Campinas, SP, Brasil.

Cozby, P. C. (2003). *Métodos de Pesquisa em ciência do comportamento*. São Paulo: Atlas.

Cramer, J. A., Rosenheck, R., Xu, W., Thomas, J., Henderson, W., & Charney, D. S. Quality of Life in Schizophrenia: A Comparison of instruments (2000). *Schizophrenia Bulletin*, 26(3), 659-666.

Daltio, C. S., Mari, J. J., & Ferraz, M. B. (2007). Estudos farmacoeconômicos e carga da doença em esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(2), 208-212.

Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology Laboratory Medicine*, 144, 1115-1118.

Donabedian, A. (1992). Quality assurance in health care: consumers' role. *Quality in Health Care*, 1, 247-251.

Esperidião, M. A., & Trad, L. A. B. (2006). Avaliação da satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(6), 1267-1276.

Fitzgerald, P. B., Williams, C. L., Corteling, N., Folia, S. L., Brewer, K., Adams, A., Castella, R. A. D., Rolfe, T., Davey, P., & Kulkarni, J. (2001). Subject and observer-rated quality of life in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 387-392.

Fleck, M. P. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L.; & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 19-28.

Gaite L., Vazquez-Barquero J. L., Borra C., Ballesteros J., Schene A., Welcher B., Thornicroft G., Becker T., Ruggeri M., & Herran A. (2002). Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(4), 283-92.

Greenfield, T. K., & Attkisson. C. (1989). Steps toward a multifactorial satisfaction scale for primacy care and mental health services. *Evaluation and Program Planning*, 12, 271-278.

Günther, H. (1999). Como elaborar um questionário. In: L. Pasquali (Ed.). *Instrumentos Psicológicos: manual prático de elaboração*. Brasília: LabPAM, IBAPP.

Hasler, G., Moergeli, H., & Schnyder, U. (2004). Outcome of psychiatric treatment: What is relevant for our patients? *Comprehensive Psychiatry*, 45(3), 199-205.

Heinrichs, D. W., Hanlon, T. E., & Carpenter, W. T. (1984). The Quality of Life Scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin*, 10(3), 388-398.

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

Holcomb, W. R., Parker, J. C., Leong, G. B., Thiele, J., & Higdon, J. (1998). Customer Satisfaction and Self-Reported Treatment Outcomes Among Psychiatric Inpatients. *American Psychiatric Association, Psychiatric Service*, 49, 929-934.

Hosmer, D.W., & Lemeshou, S. (2000). Applied logistic regression. *New York: John Wiley & Sons*.

Katschnig, H. (2000). Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(407), 33-37.

Larsen, D. L., Attkisson, C., Hargreaves, W. A., & Nguyem, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.

Lougon, M. (2006). *Psiquiatria Institucional: do hospício à reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fio Cruz.

Machado, L.F., Dalh, C.M., Carvalho, M.C.A., & Cavalcanti, M.T. (2007). Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial, Rio de Janeiro, RJ. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(3), 208-218.

Mccabe, R., Saidi, M., & Priebe, S. (2007). Patient reported-outcomes in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 191(suppl. 50), 21-28.

Mercier, C. & Corten, P. (1994). Évaluation de la qualité de vie de patients psychotiques. In V. Kovess (Coord.). *Evaluation de la qualité en psychiatrie* (Chap. 13, pp. 263-287). Paris: Economica.

Mercier, C., Landry, M., Corbiere, M., & Perreault, M. (2004). Measuring clients' perception as outcome measurement. In A. R. Roberts e K. R. Yeager (Coord.). *Evidence-based Practice Manual: Research an Outcome Measures in Health and Human Services*. (pp. 904-909). Oxford: University Press.

Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1).

Ministério da Previdência Social (2007). Diretrizes de conduta médico-pericial em transtornos mentais. *Instituto Nacional do Seguro Social*. Brasília, DF, 79p.

Ministério da Saúde (2004a). Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. *Departamento de ações programáticas estratégicas*. Brasília, DF, 86p.

Ministério da Saúde (2004b). Caderno do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS. *Edição 2004/2005*. Brasília, DF, 69p.

Ministério da Saúde (2005). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. *Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE*. Brasília, DF, 56p.

Ministério da Saúde (2009). Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em 16 de Novembro de 2009.

Morgado, A., & Lima, L. A. (1994). Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 43(1), 19-28.

Mussi, S. V., & Bandeira (2009) *Fatores associados à percepção pelos familiares dos serviços de saúde mental* (Relatório de pesquisa/2009), São João del-Rei, MG, Departamento de Psicologia, Universidade Federal de São João del-Rei.

Organização Mundial de Saúde. (1998). *CID-10: Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. Décima Revisão. São Paulo: Edusp.

Organización Mundial de la Salud (2003). Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental. Mejora de la calidad de la salud mental. *Editores Médicos S.A. Edimsa*.

Pitta, A. M. F. (1999). Qualidade de vida de clientes de serviços de saúde mental. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26(2), 68-97.

Priebe, S., Warner, R., Hubschmid, T., & Eckle I. (1998). Employment, attitudes toward work, and quality of life among people with schizophrenia in three countries. *Schizophrenia Bulletin*, 24(3), 469-77.

Reis, E. F. B., Santos, F. P., Campos, F. E., Acúrcio, F. A., Leite, M. T. T., Leite, M. L. C., Cherchiglia M. L., & Santos M. A. (1990). Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. *Cadernos de Saúde Pública*, 6(1).

Ruggeri, M., Lasalvia, A., Dall'Agnola, R., Wijngaarden, B. V., Knudsen, H. C., Leese, M., Gaite, L., & Tansella, M. (2000). Development, internal consistency and reliability of the Verona Service Satisfaction Scale - European Version, EPSILON Study. *British Journal of Psychiatry*, 177(suppl.39), 41-47.

Santana, A. F. F. A., Chianca, T. C. M., & Cardoso, C. S. (2009). Qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia internados em hospital de custódia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(3), 187-194.

Simon-Abadi, S., Guelfi, J.D., & Ginestet, D. (1999) Psychometric qualities of the French version of the Heinrichs quality of life rating scale. *European Psychiatry*, 14, 386-391.

Ritsner, M., Kurs, R., Gibel, A., Hirschmann, S., Shinkarenko, E., & Ratner, Y. (2003). Predictors of quality of life in major psychoses: a naturalistic follow-up study. *Journal Clinic Psychiatry*, 64, 308-315.

Russo, J., Roy-Byrne, P., Jaffe, C., Ries, R., Dagadakis, C., O'Connor, E. D., & Reeder D. (1997). The relationship of patient-administered outcome assessments to quality of life an physician ratings: validity of the BASIS-32. *The Journal of Mental Heath Administration*, 24(2), 200-214.

Silva, M., Bandeira, M., & Calzavara, M. G. P. (2007). As mudanças percebidas pelo paciente em função do seu tratamento em serviços de saúde mental. *Anais do VI Congresso de Produção Científica da UFSJ*. São João del-Rei.

Silva, L. M. V., & Formigli, V. L. A. (1994). Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(1), 80-91.

Skantze K., Malm U., Dencker S. J., May P. R., & Corrigan P. (1992) Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients. *British Journal Psychiatry*, 161, 797-801.

Souza, L. A., & Coutinho, E. S. F. (2006). Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(1), 50-58.

Souza, R. C., & Scatena, M. C. M. (2001). Qualidade de vida de pessoas egressas de instituições psiquiátricas: o caso de Ilhéus – BA. *Saúde em Debate*, 25(58), 88-97.

The WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.

Uchimura, K. Y., & Bosi, M. L. M. (2002). Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(6), 1561-1569.

Voruganti, L. N. T., Heslegrave, R., Awad, A. G., & Seeman, M. V. (1998). Quality of life measurement in schizophrenia: reconciling the quest for subjectivity with the question of reliability. *Psychological Medicine*, 28, 165-172.

Wilkinson, G., Hesdon, B., Wild, D., Cookson, R., Farina, C., Sharma, V., Fitzpatrick, R., & Jenkinson, C. (2000). Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: the SQLS. *British Journal of Psychiatry*, 177, 42-46.

World Health Organization (1996). WHO-SATIS Consumer's and Caregivers' satisfaction with Mental Health Services – A Multisite Study. *Division of Mental Health*. Geneva.

World Health Organization (2001). The World Health Report. *Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva.

# **ANEXOS**

**ANEXO 1 – Cópia da carta de aprovação do comitê de ética em pesquisa**



São João del-Rei, 10 de Setembro de 2008.

Prezada pesquisadora Luciana Cesari,

O protocolo de pesquisa coordenado por V.S. intitulado "Percepção de mudança e qualidade de vida em pacientes com Esquizofrenia", foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPES/UFSJ, conforme o Memorando 007/2008, enviado em 10 de Setembro de 2008.

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and curves, is positioned above a horizontal line. The signature appears to be 'Dener Luiz da Silva'.

**Prof. Dener Luiz da Silva**  
**Presidente da CEPES/UFSJ**

**ANEXO 2 – Ficha de triagem dos pacientes**

Número do prontuário: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) 1. Masculino ( ) 2. Feminino  
 Nome do paciente: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Telefone: \_\_\_\_\_

**Critérios de inclusão para os pacientes**

**1. Diagnóstico (nome e número do CID 10):** \_\_\_\_\_  
 Comorbidades: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos

**2. Apresenta idade entre 18 e 55 anos?** ( ) 1. Sim ( ) 2. Não

Data da primeira consulta psiquiátrica na vida: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**3. Tempo de evolução da doença superior a um ano?** ( ) 1. Sim ( ) 2. Não

Data da primeira consulta no SERSAM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**4. Tempo de tratamento no serviço superior a um ano?** ( ) 1. Sim ( ) 2. Não

Data da última mudança na medicação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**5. Ausência de alteração na medicação nos últimos 3 meses?** ( ) 1. Sim ( ) 2. Não

O paciente está hospitalizado (em crise)? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não

O paciente faz uso regular da medicação? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não

O paciente está estável, segundo os familiares e profissionais? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não

**6. Quadro clínico estável nas últimas 3 semanas?** ( ) 1. Sim ( ) 2. Não

**Critérios de exclusão para os pacientes**

**1. Apresenta desordem neurológica?** ( ) 1. Sim ( ) 2. Não

**2. Apresenta retardo mental?** ( ) 1. Sim ( ) 2. Não

**3. Faz uso de drogas ilícitas ou álcool?** ( ) 1. Sim ( ) 2. Não

**4. Compreende as questões das escalas?** ( ) 1. Sim ( ) 2. Não

**Conclusão:** Paciente elegível? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não

Meio de contato a ser utilizado: ( ) Carta ( ) Telefone

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

ANEXO 3 – Carta aos pacientes**SERSAM – DIVINÓPOLIS**

Senhor (a) \_\_\_\_\_ :

Eu, Luciana Cesari, estou realizando um trabalho no SERSAM e gostaria de convidar você para participar.

Sendo assim, favor comparecer no SERSAM no dia \_\_\_\_ do mês de \_\_\_\_\_, as \_\_\_\_\_ horas da \_\_\_\_\_.

Ao chegar no SERSAM, você pode procurar pela Andréia na recepção, para maiores informações.

Se necessário, ofereço vale-transporte para sua vinda até o SERSAM no dia e horário acima, para a realização deste trabalho.

Desde já agradeço sua colaboração.

Divinópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009

---

Luciana Cesari

**ANEXO 4 – Tabelas de resultados**

Tabela 1 – Frequências absolutas (N), relativas (%) e valores de p para as comparações entre os sujeitos faltosos e participantes quanto às variáveis sexo e diagnóstico.

<b>Variáveis</b>	<b>Grupo</b>	<b>Especificações</b>	<b>N (%)</b>	<b>p</b>
<b>Sexo</b>	Participantes	Masculino	43 (59,70)	0,75
		Feminino	29 (40,30)	
	Faltosos	Masculino	47 (56,00)	
		Feminino	37 (44,00)	
<b>Diagnóstico</b>	Participantes	F20.0	63 (87,50)	0,01*
		Outras descrições	9 (12,50)	
	Faltosos	F20.0	58 (69,00)	
		Outras descrições	26 (31,00)	

\* p&lt;0,05

Tabela 2 – Médias, desvios-padrão e valores de p para as comparações entre os sujeitos faltosos e participantes quanto às variáveis idade, tempo de tratamento no serviço, número de medicamentos e tempo de tratamento psiquiátrico.

<b>Variáveis</b>	<b>Grupo</b>	<b>Médias</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>p</b>
<b>Idade</b>	Participantes	40,64	8,75	0,83
	Faltosos	40,36	8,12	
<b>Tempo de tratamento no serviço</b>	Participantes	8,57	3,16	0,46
	Faltosos	8,17	3,43	
<b>Número De medicamentos</b>	Participantes	3,10	1,15	0,18
	Faltosos	3,38	1,40	
<b>Tempo de tratamento psiquiátrico</b>	Participantes	14,21	8,63	0,04*
	Faltosos	10,24	6,63	

\* p&lt;0,05

## ANEXO 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do estudo **“Percepção de mudança e qualidade de vida em pacientes psiquiátricos”**.

Os avanços nesta área ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é compreender como as pessoas que fazem tratamento psiquiátrico, como é o seu caso, estão percebendo as mudanças que ocorreram em suas vidas depois que começaram a fazer este tratamento, ou seja, o que você acha que melhorou, piorou e em que aspectos ela não mudou, como resultado do tratamento que você começou a fazer. Gostaríamos que você relatasse também como está a sua vida nas últimas três semanas.

Para tanto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante aproximadamente 60 minutos para responder a três questionários. Serão feitas perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida: sua saúde física, sua vida emocional, sua relação com seus amigos, familiares e seu meio ambiente. Não há respostas certas ou erradas, o importante é a sua opinião.

Essa entrevista não vai interferir com o seu tratamento e não oferece nenhum risco ou desconforto para você.

Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número. Todas as informações prestadas por você são sigilosas, portanto, vai ficar apenas entre nós. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas. Os resultados deste estudo permitirão uma melhor compreensão acerca do impacto do tratamento oferecido pelos serviços comunitários de saúde mental na vida dos pacientes.



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, li e/ou  
(nome do voluntário)

ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece que minha participação não implicará em nenhum risco para mim. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Divinópolis...../ ...../.....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

\_\_\_\_\_  
Documento de identidade

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

Telefone de contato do pesquisador: \_\_\_\_\_

Em caso de dúvida em relação a este documento, você pode entrar em contato com o Comissão Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de São João del-Rei – [cepes@ufsj.edu.br](mailto:cepes@ufsj.edu.br) / (32) 3379-2413.

**ANEXO 6 – Instrumentos para coleta de dados****Questionário sociodemográfico e clínico**

Entrevistador: \_\_\_\_\_  
 Data da entrevista: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Local da entrevista: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_

**A. DADOS DO PRONTUÁRIO:**

Número do prontuário: \_\_\_\_\_  
 Nome do paciente: \_\_\_\_\_  
 Sexo: ( ) 1. Masculino ( ) 2. Feminino Idade: \_\_\_\_\_ anos  
 Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Diagnóstico (nome e número do CID 10): \_\_\_\_\_  
 Comorbidades: \_\_\_\_\_  
 Data da primeira consulta no SERSAM: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Data da primeira consulta psiquiátrica: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Data da última mudança na medicação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Atualmente o paciente está em crise? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não

**B. DADOS DO PACIENTE:**

1. Com que idade você ficou doente? \_\_\_\_\_ anos ( ) NSI [ \_\_\_\_\_ ]
2. Há quantos anos você está doente? \_\_\_\_\_ anos ( ) NSI [ \_\_\_\_\_ ]
3. Há quanto tempo você faz tratamento psiquiátrico? \_\_\_\_\_ anos ( ) NSI [ \_\_\_\_\_ ]
4. Qual tratamento psiquiátrico você está fazendo no momento? [ \_\_\_\_\_ ]  
 ( ) 1. CAPS-Dia. Especificar: \_\_\_\_\_ vezes por semana  
 ( ) 2. Acompanhamento ambulatorial com medicamentos e consulta  
 ( ) 3. Sem visitar o médico, mas com uso de medicamentos  
 ( ) 4. Consultas periódicas, mas sem uso de medicamentos  
 ( ) 5. Acompanhamento em casa  
 ( ) 6. Outro – especificar: \_\_\_\_\_
- 
5. Além da consulta psiquiátrica, você realiza outras atividades no serviço? [ \_\_\_\_\_ ]  
 ( ) 1. Sim ( ) 2. Não

**Se sim:**

6. Quais atividades? \_\_\_\_\_ ( ) NA [ \_\_\_\_\_ ]
7. Qual frequência semanal? \_\_\_\_\_ ( ) NA [ \_\_\_\_\_ ]
8. Qual a duração semanal? \_\_\_\_\_ ( ) NA [ \_\_\_\_\_ ]
9. Quantas vezes por mês você comparece no serviço? \_\_\_\_\_ [ \_\_\_\_\_ ]

10. Além do tratamento psiquiátrico, você faz algum outro tipo de tratamento médico? (dentista, fisioterapeuta, etc)? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não. Qual? \_\_\_\_\_ [ \_\_\_\_\_ ]

11. Você já ficou internado em hospital psiquiátrico? [ \_\_\_\_\_ ]  
( ) 1. Sim ( ) 2. Não

**Se sim:**

12. Quantas vezes você foi internado? \_\_\_\_\_ vezes ( ) NSI ( ) NA [ \_\_\_\_\_ ]

13. Quando foi a última vez que você ficou internado? Há \_\_ anos( ) NSI ( ) NA [ \_\_\_\_\_ ]

14. Qual foi a duração da última internação: \_\_\_\_\_ mês(es) ( ) NSI ( ) NA [ \_\_\_\_\_ ]

15. Quantos remédios o médico receitou para você? \_\_\_\_\_ remédios [ \_\_\_\_\_ ]  
Quais são? \_\_\_\_\_

16. Tipo de remédio:( ) 1. via oral ( ) 2. injeção ( ) 3. ambos [ \_\_\_\_\_ ]

17. Frequência dos remédios via oral:  
( ) 1. Diária ( \_\_\_ vezes por dia) ( ) 2. Semanal ( ) 3. Mensal ( ) 4. NA [ \_\_\_\_\_ ]

18. Frequência das injeções:  
( ) 1. Semanal; ( ) 2. Quinzenal ( ) 3. Mensal ( ) 4. NA [ \_\_\_\_\_ ]

19. Você toma o remédio sozinho? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 3. NA [ \_\_\_\_\_ ]

**Se não:**

20. \_\_\_\_\_ (Nome) aceita tomar? [ \_\_\_\_\_ ]  
( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 3. Às vezes ( ) NA. Especificar: \_\_\_\_\_

21. Quem te ajuda a tomar o remédio? \_\_\_\_\_ ( ) NA [ \_\_\_\_\_ ]

22. Que tipo de ajuda você recebe? \_\_\_\_\_ ( ) NA [ \_\_\_\_\_ ]

23. Você faz uso regular da medicação? [ \_\_\_\_\_ ]  
( ) 1. Sim ( ) 2. Não

24. Quantas crises você teve no último ano? \_\_\_\_\_ crises ( ) NSI [ \_\_\_\_\_ ]

25. Além da doença psiquiátrica, você tem outras doenças físicas?( ) 1 Sim ( ) 2 Não [ \_\_\_\_\_ ]

26. **Se sim**, especificar qual ou quais \_\_\_\_\_ ( ) NA

27. Você faz uso de bebidas alcoólicas?( ) 1. Sim ( ) 2. Não [ \_\_\_\_\_ ]

28. **Se sim**, especificar a frequência: \_\_\_\_\_ ( ) NA

29. Você faz uso de drogas ilícitas (maconha, cocaína, etc)? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não [ \_\_\_\_\_ ]

30. **Se sim**, especificar quais: \_\_\_\_\_ ( ) NA

31. O início do seu tratamento coincidiu com alguma mudança na sua vida? [ \_\_\_\_\_ ]  
 1. Sim  2. Não

**Se sim:**

32. Explique \_\_\_\_\_ ( )NA

33. Você cursou a escola?  1. Sim  2. Não [ \_\_\_\_\_ ]

**Se sim:**

34. Número de anos de escolaridade: \_\_\_\_\_ ( ) NSI ( ) NA [ \_\_\_\_\_ ]

35. Até que série você estudou? \_\_\_\_\_ ( ) NSI ( ) NA [ \_\_\_\_\_ ]

36. Você tem alguma renda própria?  1. Sim  2. Não [ \_\_\_\_\_ ]

**Se sim:**

37. Quanto você ganha? \_\_\_\_\_ ( ) NA [ \_\_\_\_\_ ]

38. De onde você obtém essa renda? \_\_\_\_\_ ( ) NA [ \_\_\_\_\_ ]

39. Qual é o seu estado civil? [ \_\_\_\_\_ ]

1. NSI

2. Solteiro (a)

3. Casado (a)

4. Vivendo como casado (a)

5. Separado (a)

6. Divorciado (a)

7. Viúvo (a)

40. Você mora sozinho?  1. Sim  2. Não [ \_\_\_\_\_ ]

**Se não:**

41. Com quem você mora? \_\_\_\_\_ ( ) NA [ \_\_\_\_\_ ]

42. Com quantas pessoas você mora? \_\_\_\_\_ ( ) NA [ \_\_\_\_\_ ]

Para marcação do entrevistador:

43. O paciente apresentou agitação psicomotora durante a entrevista?  1. Sim  2. Não

44. O paciente já apresentou tentativa de suicídio?  1. Sim  2. Não

**Se sim,** quantas vezes? \_\_\_\_\_ ( ) NA

### Escala de Mudança Percebida

#### ESCALA DE MUDANÇA PERCEBIDA (EMP)

(VERSÃO DO PACIENTE)

1. Você acha que o tratamento que você está recebendo aqui o ajudou a se sentir melhor?

Se Sim: Como? \_\_\_\_\_

Se Não: Por quê? \_\_\_\_\_

2. Agora, eu vou lhe perguntar, para cada aspecto da sua vida, se você acha que você teve mudanças desde que começou a se tratar aqui no \_\_\_\_\_ (nome do local) e se estas mudanças foram para pior ou para melhor.

**Nota ao entrevistador:**

Para cada item abaixo, dizer : *Desde que você começou a se tratar aqui ..... está(ão).....*

	<b>Pior do que antes</b>	<b>Sem mudança</b>	<b>Melhor do que antes</b>
1. Seus problemas pessoais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Seu humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A estabilidade das suas emoções	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sua confiança em você mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Seu interesse pela vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sua capacidade de suportar situações difíceis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Seu apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sua energia (disposição para fazer as coisas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Seu sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sua saúde física (Dores, tremores, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sua sexualidade (satisfação sexual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sua convivência com sua família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sua convivência com seus amigos ou amigas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sua convivência com as outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Seu interesse em trabalhar ou se ocupar com alguma coisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Suas atividades de lazer (as coisas que você gostava de fazer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Suas tarefas de casa (ex : cozinhar, fazer compras para a casa, lavar roupa, arrumar o quarto ou a casa, consertar coisas, etc).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sua capacidade de cumprir as obrigações e tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Impressão geral :** Finalizando, eu gostaria de saber se

19. Desde que você começou a se tratar aqui, em geral, você está

## **Escala de Qualidade de Vida**

---

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

**Referências da escala brasileira:**

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

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

# ESCALA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA: QLS-BR<sup>1</sup>

## Instruções de aplicação

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

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

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

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

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

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

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

---

<sup>1</sup> **Referência da escala original:** Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT. The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. **Schizophrenia Bulletin**, v.10, p. 388-398, 1984.

## AVALIAR RELACIONAMENTOS ÍNTIMOS COM MEMBROS DA CASA

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

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

### Perguntas sugeridas:

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

0 - Praticamente nenhuma intimidade.

1 -

Com que frequência você tem conversado com eles?

2 - Apenas interações íntimas escassas e intermitentes.

Você pode conversar assuntos íntimos com eles?

3 -

Eles podem conversar assuntos íntimos com você?

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

Como é o relacionamento com essas pessoas?

5 -

Dê exemplos de coisas que vocês têm feito juntos.

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

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

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

## 2 - AVALIAR RELACIONAMENTOS COM AMIGOS ÍNTIMOS

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

### Perguntas sugeridas:

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

0 - Praticamente ausente.

1 -

Quantos amigos você tem?

2 - Apenas relações esparsas ou intermitentes.

Você pode conversar assuntos pessoais com eles?

3 -

Eles podem conversar assuntos pessoais com você?

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

Com que frequência você tem falado com eles?

5 -

Como está o seu relacionamento com esses amigos?

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

### 3 - AVALIAR RELACIONAMENTOS ATIVOS COM COLEGAS.

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

#### Perguntas sugeridas:

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

0 - Praticamente ausente.

Quantos?

1 -

Você tem se encontrado com eles?

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

Com que frequência?

3 -

Que tipo de coisas vocês têm feito juntos?

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

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

5 -

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

6 - Envolvimento apropriado em relações ativas com colegas.

### 4 - AVALIAR NÍVEL DE ATIVIDADE SOCIAL

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

#### Perguntas sugeridas:

Você costuma sair com outras pessoas para se divertir?

0 - Praticamente ausente.

Quem são essas pessoas?

1 -

Que tipo de coisas vocês costumam fazer?

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

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

3 -

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

5 -

6 - Nível apropriado de atividade social regular.

## 5 - AVALIAR A REDE SOCIAL ENVOLVIDA

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

### Perguntas sugeridas:

Existem pessoas que têm estado preocupadas com sua felicidade e seu bem estar?

0 - Praticamente ausente.

Quantas?

1 -

Quem são essas pessoas?

2 - Mínima em número ou grau de envolvimento, e/ou limitada à família imediata.

De que forma demonstram isto?

3 -

Se alguma coisa importante lhe acontecesse, a quem você contaria?

4 - Presença de alguma rede social envolvida, mas reduzida em grau de envolvimento.

Existem pessoas que lhe oferecem apoio emocional?

5 -

Existem pessoas que lhe ajudam nos assuntos do dia-a-dia e a tomar decisões na vida prática?

6 - Adequada rede social envolvida, em extensão e grau de envolvimento.

Se fosse preciso pedir ajuda, a quem você pediria?

## 6 - AVALIAR INICIATIVAS SOCIAIS

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

### Perguntas sugeridas:

Você tem sempre realizado coisas sozinho ou com outras pessoas?

0 - Atividade social quase sempre dependente da iniciativa de outros.

Com quem?

1 -

O que vocês fazem?

2 - Iniciativa social esporádica, porém vida social significativamente empobrecida, devido à forma de passividade social ou iniciativa limitada à família imediata.

De que maneira você procura as pessoas?

3 -

Você costuma falar com pessoas pelo telefone ou pessoalmente?

É você quem convida as pessoas ou são elas que convidam você para fazer as coisas?

4 - Evidência de alguma redução da iniciativa social, mas com apenas mínimas conseqüências adversas sobre a atividade social.

Você já desistiu de sair para se divertir por achar difícil convidar outras pessoas?

5 -

6 - Iniciativa social adequada.

## 7 - AVALIAR AFASTAMENTO SOCIAL

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

### Perguntas sugeridas:

Você tem se sentido incomodado com pessoas?

0 - Evitação ativa de praticamente todo contato social.

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

1 -

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

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

Você tem evitado atender ao telefone ou evitado atender pessoas?

3 -

Você tem lidado com pessoas somente quando você precisa delas?

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

Você tem evitado companhia em casa?

5 -

Você tem preferido estar sozinho?

6 - Nenhuma evidência de afastamento social significativo.

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

## 8 - AVALIAR RELAÇÕES AFETIVO- SEXUAIS

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

### Perguntas sugeridas se solteiro:

Suas atividades sociais têm envolvido mulheres/homens?	0 - Nenhum interesse sexual, ou evitação ativa.
Tem tido encontros íntimos?	1 -
Te incomoda ou aborrece ter relacionamentos mais íntimos?	2 - Algum contato sexual limitado mas superficial com evitação de intimidade; ou atividade sexual apenas como liberação física sem envolvimento emocional; ou relacionamentos marcados por rompimento grave e crônico, insatisfação ou caos afetivo.
Teve um (a) ou mais namorados (as)? E atualmente?	3 -
Os relacionamentos têm sido agradáveis?	4 - Relacionamento com alguma intimidade e envolvimento emocional, predominantemente satisfatório, e, talvez alguma expressão sexual ou sinais físicos de afeição.
Você já gostou ou esteve apaixonado por alguém?	5 -
Você demonstra carinho, tais como abraçar e beijar?	6 - Normalmente tem relacionamentos satisfatórios, emocionalmente ricos e expressão sexual íntima e adequada e sinais físicos de expressão.
Está mantendo relações sexuais?	
São satisfatórias?	

### Sugestões se casado ou morando com alguém:

Você está feliz no seu relacionamento com seu parceiro?

Vocês fazem muitas coisas juntos?

Que tipo de coisas vocês fazem juntos?

Vocês conversam muito juntos?

Vocês podem conversar assuntos íntimos?

Vocês brigam muito?

Você demonstra carinho, tais como abraçar e beijar?

Sua vida sexual tem sido satisfatória?

## 9 – AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO OCUPACIONAL

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

### Perguntas sugeridas para quem trabalha:

Você atualmente está empregado?

0 - Praticamente nenhuma atividade ocupacional.

Quantas horas por dia você trabalha?

1 -

Quais atividades você realiza?

2 – Atividade ocupacional esporádica.

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

3 -

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

### Perguntas sugeridas para quem estuda:

Você estuda?

5 -

O que você estuda?

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

Quanto tempo a escola toma por dia?

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

### Perguntas sugeridas para responsáveis pelo lar.

Quais são suas tarefas em casa?

Você precisa da ajuda de alguém?

Você recebe ajuda de alguém?

Quanto tempo você gasta para realizar essas atividades?

## 10 - AVALIAR O NÍVEL DE REALIZAÇÃO

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

### Para trabalhadores

Você é bem sucedido no seu trabalho?

Seu trabalho exige muita responsabilidade?

Você acha que você realiza bem suas atividades?

Você recebe elogios pelo seu trabalho?

As pessoas fazem críticas ou reclamam de seu trabalho?

Você já recebeu promoção no seu trabalho? E rebaixamento?

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

### Para estudantes.

Você vai freqüentemente às aulas?

Quais as disciplinas em que você tem mais dificuldade?

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

Você se dá bem com seus colegas de classe?

Você faz trabalhos em grupos?

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

### Para outras atividades.

Você está satisfeito com as tarefas que você realiza?

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

As pessoas o criticam ou elogiam pelo seu trabalho?

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

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

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

1 -

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

3 -

4 - Desempenho geralmente adequado.

5 -

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

## 11 - AVALIAR O GRAU DE SUB-EMPREGO

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

### Perguntas sugeridas:

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

Relacionado ao trabalho, o que você sabe fazer?

Você gostaria de saber fazer outras coisas?

Te incomoda não estar trabalhando?

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

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

0 - Não consegue concretizar potenciais.

1 -

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

3 -

4 - Um pouco abaixo da capacidade da pessoa.

5 -

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

## 12 - AVALIAR A SATISFAÇÃO COM O FUNCIONAMENTO OCUPACIONAL

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

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

### Perguntas sugeridas:

Você gosta do seu trabalho e/ou escola ou atividades?

0 - Infelicidade e insatisfação generalizadas com o papel ocupacional.

Você preferia estar fazendo algo diferente?

1 -

Você se sente feliz ou realizado com o seu trabalho?

2 - Alguma evidência definida de infelicidade ou insatisfação, o papel ocupacional não propicia nenhum prazer positivo ou preenchimento. Talvez o tédio seja evidente.

O seu trabalho e/ou escola ou atividades o faz se sentir bem?

3 -

Você está entusiasmado com o seu emprego ou atividades?

4 - Pouco ou nenhum descontentamento e algum prazer limitado com trabalho.

Você espera com prazer o momento de ir para o trabalho ou o momento de realizar as suas atividades?

5 -

Você planeja uma mudança? Por quê?

6 - Senso de realização e satisfação acentuadamente consistente, talvez com algumas queixas limitadas.

---

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

## 13 - AVALIAR SENTIDO DE OBJETIVOS DE VIDA

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

### Perguntas sugeridas:

Você pensa muito sobre o futuro?

0 - Nenhum plano, ou planos são bizarros, ilusórios ou irrealistas.

1 -

O que você planeja para a sua vida futura?

2 - Tem planos, mas eles são vagos, um tanto irrealistas, precariamente integrados uns com os outros, ou de pouca consequência para a vida da pessoa.

Tem alguma coisa em sua vida que você ainda não realizou, mas que gostaria de realizar?

Existe alguma coisa que faz a vida valer a pena para você?

3 -

4 - Planos realistas e concisos, mas com pouca integração.

5 -

6 - Planos realistas, concisos e integrados.

Escala de Qualidade de Vida na Esquizofrenia.QLS-BR.

#### 14 - AVALIAR O GRAU DE MOTIVAÇÃO

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

##### Perguntas sugeridas:

Você tem se esforçado para atingir seus objetivos ou planos?

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

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

1 -

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

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

Você tem conseguido resolver essas dificuldades?

3 -

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

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

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

5 -

Em quais atividades lhe falta ânimo ou motivação para realizar?

6 - Nenhuma evidência de falta de motivação significativa.

Você costuma deixar sempre as coisas para fazer depois?

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

## 15 - AVALIAR A CURIOSIDADE

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

### Perguntas sugeridas:

Você se considera uma pessoa curiosa?

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

Que tipos de coisas te deixam curioso?

1 -

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

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

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

3 -

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

5 -

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

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

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

### Perguntas sugeridas:

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

## 17 - AVALIAR UTILIZAÇÃO DO TEMPO

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

### Perguntas sugeridas:

- |  |  |
|--|--|
| O que você faz no seu dia-a-dia?   | 0 - Gasta grande parte de seus dias em inatividade infrutífera.                        |
| Você costuma desperdiçar o seu tempo?  | 1 -  |
| Você gasta muito tempo não fazendo nada, sentado aqui e ali ou na cama?        | 2 - Gasta cerca de metade de seus dias em inatividade infrutífera.                     |
| Você passa muito tempo assistindo TV ou ouvindo música?                        | 3 -  |
| Você realmente se interessa pôr isto ou apenas não tem nada melhor para fazer? | 4 - Alguma inatividade infrutífera excessiva, mas menos do que a metade do dia.        |
| Você dorme muito durante o dia? Quanto?  | 5 -  |
| De um modo geral, todos os seus dias são passados dessa forma?                 | 6 - Nenhuma inatividade infrutífera excessiva além do normal exigido para relaxamento. |

## 18- AVALIAR OBJETOS COMUNS

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

### Perguntas sugeridas:

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

Você está usando ou portando o seguinte:

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

Você tem na sua casa o seguinte:

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

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

1 -

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

3 -

4 - Um déficit moderado (7-8 itens)

5 -

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

## 19- AVALIAR ATIVIDADES COMUNS

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

### Perguntas sugeridas:

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

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

0 - Ausência de todas atividades (0 item)

1 -

2 - Grande déficit (3-4 itens)

3 -

4 - Déficit moderado (7-8 itens)

5 -

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

## 20 - AVALIAR A CAPACIDADE DE EMPATIA

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

### Perguntas sugeridas:

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

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

Existe alguma coisa neles que o irrita ou o incomoda?

1 -

O que em você irrita ou incomoda os outros?

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

Você sabe o que eles gostam?

3 -

O que você faz para agradá-los?

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

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

5 -

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

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

Você é normalmente sensível aos sentimentos dos outros?

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

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

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

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

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

1 -

2 – Envolvimento, interação e afetividade bastante limitados.

3 -

4 – Algum envolvimento, interação e afetividade na entrevista.

5 -

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

## ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA QLS-BR

Sujeito: \_\_\_\_\_ Avaliador: \_\_\_\_\_

Data da Avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Início da aplicação: \_\_\_\_h\_\_min.

### 21 ITENS

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

### Sub-escalas:

**Fator 1:** Rede social (itens 1-7)

**Fator 2:** Nível Ocupacional (itens 9 -12 e 17)

**Fator 3:** Funções intrapsíquicas e Relações interpessoais  
(itens 8,13,15,18-21)

**Escala Global:** (itens 1-21)

Término aplicação: \_\_\_\_h\_\_min.

Escala de Qualidade de Vida na Esquizofrenia -QLS-



# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)