



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

FERNANDA PÂMELA MACHADO

**COMPROMETIMENTO PSÍQUICO E QUALIDADE DE VIDA
DE ESQUIZOFRÊNICOS**

Londrina
2018

FERNANDA PÂMELA MACHADO

**COMPROMETIMENTO PSÍQUICO E QUALIDADE DE VIDA
DE ESQUIZOFRÊNICOS**

Exame de Defesa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Hirata Soares

Londrina
2018

FERNANDA PÂMELA MACHADO

**COMPROMETIMENTO PSÍQUICO E QUALIDADE DE VIDA DE
ESQUIZOFRÊNICOS**

Exame de Defesa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcos Hirata Soares
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Profa. Dra. Julia Trevisan Martins
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Profa. Dra. Margarita Antonia Villar Luis
Universidade de São Paulo – USP

Londrina, 18 de dezembro de 2018.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Machado, Fernanda Pâmela .

Comprometimento psíquico e qualidade de vida de esquizofrênicos / Fernanda Pâmela Machado. - Londrina, 2018.
78 f.

Orientador: Marcos Hirata Soares.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2018.
Inclui bibliografia.

1. Saúde Mental - Tese. 2. Esquizofrênia - Tese. 3. Qualidade de Vida - Tese. 4. Reabilitação Psiquiátrica - Tese. I. Soares, Marcos Hirata . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

*Aos meus amados pais, Luiz Carlos Machado e
Verônica Aparecida Machado!
Vocês são a minha base, meu estímulo para
seguir sempre.*

Eu amo vocês!

AGRADECIMENTOS

*Agradeço a **Deus e Nossa Senhora Aparecida** por sempre me guiar e me dar discernimento em tantos quesitos, por me proteger e me abençoar. Obrigada, Deus.*

*Aos meus pais, **Luiz Carlos Machado e Verônica Aparecida Machado**, por nunca medirem esforços para me ver feliz, por terem me ensinado bons princípios, por rezarem pela minha vida, por sempre me incentivar e sonhar comigo os meus sonhos mais insanos. O que seria da minha vida sem vocês? Obrigada por tudo, serei grata, sempre! Eu amo vocês!*

*Ao meu namorado, **Jefferson Eduardo A. de Sá**, por me compreender nesses 6 anos de namoro e, principalmente, nesses dois anos do mestrado, em que se esforçou o máximo para me ajudar, me amparar. Não foi fácil, eu sei! Mas sempre se mostrou parceiro, amigo, meu companheiro para a vida toda. Obrigada por me entender e ajudar nesse processo árduo. Você é único. Eu te amo.*

*Aos meus irmãos, **Paula Cristina Machado, Carlos Augusto Machado e Luiz Gustavo Machado e Júlio César** (cunhadinho) por serem meus melhores amigos e sempre me incentivarem! In memoriam, o nosso anjinho, **Paulo Roberto Machado** que cuida de nós lá do céu. Eu amo vocês!*

*À minha família, e principalmente a minha Vó **Maria de Lurdes**, sempre com uma palavra amiga, sempre me dando forças para seguir. Eu te amo, vó.*

*Agradeço ao meu orientador, **Marcos Hirata Soares**, o qual tive a honra de conhecer há oito anos, por sempre me oportunizar a desvendar novos horizontes na saúde mental. Você é meu inspirador, professor! Obrigada pela amizade, confiança e parceria nesses longos anos.*

*Gostaria de agradecer minha parceira e amiga, **Patrícia Dias Francisquini**, com quem dividi dias de coleta de dados, angústias, desafios, choramos e crescemos juntas, mas sempre com ânimo, uma motivando a outra. Isso tudo não seria possível sem sua parceria. E a nossa frase sempre será lembrada, “vai dar certo”. Ainda bem que era você. Obrigada, amiga!*

Aos colegas com os quais tive o prazer de conviver durante esses dois anos do mestrado e aos amigos que entenderam a minha ausência nesse período.

*Agradeço também, a todos os colaboradores do **CAPS**, pela disponibilidade em nos ajudar.*

*À Seção de **Pós-Graduação** da **Universidade Estadual de Londrina - UEL** por me oportunizar a viver esse sonho.*

A todos que sempre torceram para que esse dia chegasse, que acreditaram no meu potencial e nos meus esforços.

Obrigada!

Sejam fortes e corajosos.

*“Não tenham medo, nem fiquem apavorados
por causa delas, pois o Senhor, o seu Deus,
vai com vocês;
Nunca os deixará, nunca os abandonará”.*

Deuteronômio 31:6

MACHADO, Fernanda Pamela. **Comprometimento psíquico e qualidade de vida de esquizofrênicos**. 2018. 78 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

RESUMO

OBJETIVO: analisar os fatores relacionados ao comprometimento psíquico e qualidade de vida de pacientes esquizofrênicos. **MÉTODO:** estudo transversal, descritivo e correlacional, realizado com 119 pacientes esquizofrênicos portadores de transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, segundo os CID F 20.0 a F 20.9 atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial, localizado na Região Sul do Brasil, no período de dezembro de 2017 a junho de 2018. Utilizaram-se um questionário de variáveis sociodemográficas e clínicas e duas escalas: Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica - ancorada (BPRS-A) e Qualidade de Vida de Pacientes Esquizofrênicos (QLS-BR). Para análise dos dados, foi utilizado o programa *Statistical Package for The Social Sciences* (SPSS), v.25. A partir dessa informação, foram realizados os testes de Qui-quadrado, para avaliar se havia associação entre as variáveis “tipo de medicação” com a escala BPRS-A e os domínios da escala QLS-BR e Correlação de *Spearman*, para análise da relação linear entre as escalas QLS- BR e BPRS- BR. **RESULTADOS:** 77 eram do sexo masculino, 18,6% estavam na faixa etária entre 50 e 55 anos. 28,7% apresentavam de 16 a 20 anos convivendo com esquizofrenia, o tipo de medicação mais utilizada foram as típicas (n=44). O “Número de vezes que ficou internado” relacionado com o “Tempo de doença” que o paciente convive com esquizofrenia apresentou significância ($p= 0,266$). Escala QLS-BR: 91,7% apresentaram nível ocupacional grave (n=109) e 2 pacientes apresentaram nível ocupacional, Rede social e Funções Intrapsíquicas/Relações interpessoais com funcionamento normal/inalterado. BPRS-A: a maior parte dos entrevistados não se encontram em estado muito grave, mas de leve a grave, 34,5% (n=41) apresentavam comprometimento moderado. **CONCLUSÃO:** conclui-se que quanto maior o grau de comprometimento psíquico, pior a qualidade de vida, essa piora pode estar relacionada a diversos fatores, assim como os sintomas da doença.

Palavras-chave: Saúde mental. Esquizofrenia. Qualidade de vida. Transtorno mental. Reabilitação psiquiátrica.

MACHADO, Fernanda Pamela. **Psychological Commitment and Quality of Life of Schizophrenics**. 2018. 78 f. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

ABSTRACT

OBJECTIVE: to analyze the factors related to the psychic impairment and quality of life of schizophrenic patients. **METHOD:** a cross-sectional, descriptive and correlational study of 119 schizophrenic patients with schizotypal disorders and delusional disorders according to ICD F 20.0 to F 20.9 attended at a Psychosocial Care Center, located in the Southern Region of Brazil, in the 2017 to June 2018. A sociodemographic and clinical variables questionnaire and two scales were used: Brief Psychiatric Evaluation - Anchored Scale (BPRS-A) and Quality of Life of Schizophrenic Patients (QLS-BR). Statistical Package for Social Sciences (SPSS), v.25, was used to analyze the data. Based on this information, the Chi-square tests were performed to assess whether there was an association between the type of medication variables with the BPRS-A scale and the QLS-BR and Spearman correlation domains for analysis of the relationship linear relationship between the QLS-BR and BPRS-BR scales. **RESULTS:** 77 were male, 18.6% were in the age group between 50 and 55 years. 28.7% had 16 to 20 years living with schizophrenia, the type of medication most used was typical (n = 44). The number of hospitalizations related to the "Time of illness" that the patient lives with schizophrenia presented significance ($p = 0.266$). Scale QLS-BR: 91.7% presented severe occupational level (n = 109) and 2 patients presented occupational level, Social Network and Intrapsychic Functions / Interpersonal relations with normal / unchanged functioning. BPRS-A: Most respondents were not in a very serious condition, but from mild to severe, 34.5% (n = 41) had moderate impairment. **CONCLUSION:** it is concluded that the greater the degree of psychic impairment, the worse the quality of life, the worse may be related to several factors, as well as the symptoms of the disease.

Keywords: Mental health. Schizophrenia. Quality of life. Mental disorder. Psychiatric rehabilitation.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Frequência e Porcentagem das alterações dos domínios Rede social, Nível Ocupacional, Funções Intrapsíquicas e Relações interpessoais da escala QLS- BR.15
- Tabela 2** – Frequência e porcentagem dos itens da escala BPRS-A.....16

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPRS- A	Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica de Esquizofrenia
CID	Classificação Internacional de Doenças CAPS Centro de Atenção Psicossocial
CVV	Centro de Valorização da Vida
DSM V	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
GEPPSAM	Grupo de Estudo. Práticas e Pesquisa em Saúde Mental7
Maligna DA	Dopamina
QLS-BR	Escala de Avaliação da Qualidade de Vida Para Pacientes com Esquizofrenia
QV	Qualidade de Vida
SEPs	Sintomas Extrapiramidais
SNM	Síndrome Neuroléptica
SPO	Sintomas de Primeira Ordem
SPSS	Statiscal Package for The Social Sciences
TCC	Trabalho de Conclusão do Curso
UTI	Unidade de terapia intensiva

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	13
2	INTRODUÇÃO	15
3	OBJETIVOS	20
3.1	Objetivos Gerais	20
3.1.2	Objetivos Específicos	20
4	METODOLOGIA	21
5	RESULTADOS	26
5.1	Sóciodemográficos	26
5.2	Análise Descritiva	26
5.3	Análise Correlacional.....	27
5.3.1	Qualidade de Vida	27
5.3.2	Comprometimento Psíquico	28
6	DISCUSSÃO	30
7	CONCLUSÃO	34
	REFERÊNCIAS	36
	APÊNDICES	40
	APÊNDICE A	41
	APÊNDICE B.....	45
	APÊNDICE C.....	46
	ANEXO	48
	ANEXO A.....	49
	ANEXO B.....	68

1 APRESENTAÇÃO

O interesse e o amor pela saúde mental surgiram enquanto discente, quando cursava Enfermagem em uma Universidade no Norte do Paraná e, no primeiro ano da graduação, em 2011, tive a primeira aula, a identificação pelo tema foi “amor à primeira vista”. De imediato, senti que queria trabalhar com essa temática e entendi como esse assunto é extremamente importante, o quanto está relacionado com todos os contextos de nossas vidas, profissional e o pessoal.

Ainda no primeiro ano da Universidade, participei de um projeto de extensão, no qual realizávamos atendimentos no Centro de Valorização da Vida (CVV), onde fiz um treinamento para atendimento à população e aprendi a prática do relacionamento interpessoal e prevenção do suicídio. Realizei atividades em um hospital do Norte do Paraná, atendendo pacientes pós-tentativas de suicídio, que rendeu 2 artigos, frutos desse projeto: “A rede social de indivíduos pós-tentativa de suicídio: o ecomapa como recurso” e a “Experiência do relacionamento interpessoal a pacientes pós-tentativa de suicídio por graduandos de Enfermagem”.

O trabalho de Conclusão do Curso (TCC) foi elaborado a partir de casos de tentativas de suicídio, atendidos pelo Centro de Informação Toxicológica (CIT), o qual publicamos, recentemente em um artigo: “*Profile of cases suspected of attempted suicide by exogenous intoxication*”. O vínculo com esse projeto, desde o primeiro ano da graduação, oportunizou-me neste ano de 2018, juntamente com meu professor, ser colaboradora do livro “A Enfermagem Cuidando e Prevenindo o Suicídio, através do relacionamento terapêutico”.

No decorrer dos quatro anos da graduação, busquei envolvimento maior com o assunto. Realizei pesquisas junto ao Grupo de Estudo, Prática e Pesquisa em Saúde Mental (GEPPSAM) e projetos de extensão, visando ampliar meus conhecimentos sobre essa temática, considerado, ao meu ver, uma das áreas mais importantes da saúde.

Desde a minha formação, atuo como enfermeira em um hospital de grande porte no interior do estado do Paraná. Trabalhei 3 anos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e recentemente estou na unidade de internação. Apesar de não ser um hospital psiquiátrico, aprendo todos os dias sobre saúde mental, afinal, ela se faz presente em todos os contextos, principalmente em hospitais gerais,

onde as demências são bem frequentes, abstinências de álcool e drogas, esquizofrenia, depressão e muitas outras que podemos encontrar dentro de hospitais gerais.

Cursando especialização em Saúde Mental e como professora no curso técnico, ambos na UEL, minha paixão aumentou ainda mais. Mesmo com a Reforma Psiquiátrica, muito ainda precisa ser melhorado e modificado. E por que não começar estimulando nossos alunos? Afinal, eles estão inseridos em uma família, tem amigos e uma rede social que pode ser modificada, visando que se plantarmos a “sementinha”, os estigmas relacionados à saúde mental possam ser quebrados.

Durante anos estudando saúde mental, muitas indagações me motivaram e me motivam a realizar pesquisas na área e, não foi diferente com a esquizofrenia. Diante da minha inquietação frente a essa doença, considerada a psicose mais complexa, e ao impacto que ela causa em profissionais de saúde, na sociedade e principalmente na vida de quem convive com essa patologia, vi-me instigada a querer compreender o quanto as medicações e o grau de comprometimento psíquico podem interferir na qualidade de vida de pessoas com esquizofrenia.

2 INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é apontada como um problema de saúde pública, considerada uma das doenças mentais mais incapacitantes, visto que seu grau de comprometimento implica drasticamente na qualidade de vida (QV) desses indivíduos (SILVA *et al.*, 2016).

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde define a esquizofrenia como um transtorno mental grave, caracterizado por distorção do pensamento, percepções, emoções, linguagem, autoconsciência e comportamento. Algumas das experiências mais frequentes são os delírios e as alucinações (WHO, 2018).

O conceito de esquizofrenia tem como base principal as linhas de pensamento dos psiquiatras Kraepelin, Bleuer e Scheneider. Em 1896, Kraepelin a descreveu como demência precoce e estabeleceu uma classificação de transtornos mentais que se baseava no modelo médico. O termo esquizofrenia (esquizo = divisão; *phrenia* = mente) foi descrito, pela primeira vez, por Eugene Bleuler e fazia alusão a uma quebra entre as funções do pensamento, da afetividade e do comportamento (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2007).

No ano de 1948, o também psiquiatra Kurt Schneider publicou, de acordo com sua pesquisa, os Sintomas de Primeira Ordem (SPO) da esquizofrenia. Apesar de sua grande influência para a psiquiatria, mais tarde descobriu-se, com novos estudos, que os SPOs não eram exclusivos da esquizofrenia, ocorrendo frequentemente em outras psicoses (BLEULER; BRILL, 1924; CASEY; KELLY, 1974).

A esquizofrenia afeta cerca de 21 milhões de pessoas no mundo. Os alvos da doença são pessoas no final da adolescência e início da fase adulta, incomum antes da puberdade e atípico depois dos 50 anos. Indivíduos com esquizofrenia têm de 2 a 2,5 vezes mais chances de morrer em uma idade jovem do que a população como um todo (WHO, 2018).

A sua etiologia ainda é incerta. Estudos apontam que a esquizofrenia não apresenta uma causa única, mas uma combinação de diversos fatores, que variam de indivíduo para indivíduo. Pode estar relacionada aos fatores ambientais, genéticos, biológicos e também à hipótese dopaminérgica, pois pode apresentar alterações de dopamina principalmente no sistema mesolímbica e

mesocortical, estes que estão associados aos sintomas de esquizofrenia (GUTIÉRREZ-MALDONADO *et al.*, 2012; VON; JURUENA, 2017).

Os esquizofrênicos podem apresentar três tipos de sintomas. Positivos - desenvolvimento de funções anormais: delírios, alucinações, fala desorganizada e comportamento catatônico (aumento de Dopamina (DA) na via mesolímbica); Negativos - redução ou perda das funções normais: afeto embotado - diminuição na gama ou intensidade de expressão emocional; alogia - diminuição da fluência da fala e avolição - diminuição do comportamento orientado para metas (diminuição de DA na via mesocortical) (VON; JURUENA, 2017).

Há também os sintomas extrapiramidais (SEPs), aqueles induzidos por antipsicóticos de forma aguda ou após o tratamento prolongado: acatisia - movimentos inquietos; pseudoparkinsonismo - tremores induzidos por medicações; distonias - espasmos musculares; síndrome neuroléptica maligna (SNM) e discinesia tardia - movimentos anormais involuntários (via nigrostriatal) (VON; JURUENA, 2017).

Visando privar o paciente desses sintomas, na década de 50, foi introduzido o fármaco moderno (primeira geração), considerado antipsicóticos de alta potência e que causam mais SEPs. Em 1969, com a descoberta da clozapina vieram os fármacos chamados de segunda geração (atípicos), que possuem baixa potência e causam menos SEPs (LINDENMAYER; KHAN, 2013; VON; JURUENA, 2017).

Os antipsicóticos típicos (1ª geração) agem principalmente como antagonistas dos receptores de dopamina (DA) e são eficazes no tratamento dos sintomas positivos. Os atípicos (2ª geração) apresentam mais propriedades estabilizadoras e de elevação do humor. Essa classe é antagonista tanto dos receptores de DA, quanto dos receptores serotoninérgicos, o que lhes dá vantagem em relação aos de primeira geração, sendo eficazes nos sintomas positivos, negativos e cognitivos da síndrome, agem ativando ou inibindo a atividade cerebral (OWENS; RISCH, 2002; LINDENMAYER; KHAN, 2013; AGOSTINHO *et al.*, 2015; SCHATZBERG; BATTISTA, 2017).

As medicações atípicas são consideradas as de melhor escolha para os pacientes e oferecem muitas vantagens em relação às típicas, porém ainda é priorizado o uso das de primeira geração, por apresentar custos mais baixos comparados aos de segunda geração. As formulações injetáveis são as medicações

escolhidas quando existe alguma contraindicação ao uso das típicas e atípicas, que são administradas em espaçamento de tempo maior, em média, a cada três meses. Gera redução da exposição ao medicamento, facilidade de administração e maior adesão ao tratamento (AGOSTINHO *et al.*, 2015; ARANGO *et al.*, 2018).

As duas classes de antipsicóticos são fornecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Sabe-se que houve um aumento do uso de medicações genéricas e que essa conduta pode ser benéfica em relação aos custos, porém estudos de metanálise apresentam diminuição da eficácia comprometendo o tratamento do paciente com esquizofrenia (AGOSTINHO *et al.*, 2015).

O uso dos antipsicóticos se faz necessário para os pacientes esquizofrênicos por apresentarem diversos comprometimentos que os impossibilitam de realizar atividades que seriam primordiais para melhor QV (CHOU; MA; YANG, 2014; PINHO *et al.*, 2017).

A QV apresenta diversas versões sobre a sua definição, porém não existe uma que seja amplamente aceita. No entanto está cada vez mais claro, que não inclui apenas fatores relacionados à saúde, como bem-estar físico, funcional, emocional e mental, mas também outros elementos importantes da vida, como trabalho, família, amigos e outras circunstâncias do cotidiano, sempre atentando que a percepção pessoal de quem pretende se investigar é primordial (GILL & FEISNTEIN, 1994).

Estudos descrevem que pessoas esquizofrênicas apresentam pior QV decorrente do comprometimento da doença e como consequência dos sintomas, declínio no nível esperado das funções cognitivas, apresentando impacto nas relações interpessoais, dificultando nas aproximações e reinserção social, visto que essa aproximação/interação seria primordial para melhoria gradativa da doença (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; SUTTAJIT; PILAKANTA, 2015; PINHO *et al.*, 2017).

Pesquisas internacionais, realizadas com esquizofrênicos, apresentam alguns fatores que contribuem para piorar a QV desses pacientes. Apontam o uso dos antipsicóticos, principalmente os de primeira geração, como principal causador dos efeitos extrapiramidais que acometem esses indivíduos e comprometem a QV deles (CAQUEO-URIZAR; URZUA; RUS-CALAFELL, 2017; ACHTYES *et al.*, 2018).

Além desses, outros estudos referem que esses pacientes estão mais propensos às alterações metabólicas e estar em sobrepeso do que a população no geral. O ganho de peso foi a consequência classificada por 61,6% como a que mais os incomodava, além do aumento do colesterol, diabetes, dislipidemias e de prolactina (LINDENMAYER; KHAN, 2013; FRANCH PATO *et al.*, 2017).

Pesquisas apresentaram que a QV de esquizofrênicos são mais comprometida por apresentar sintomas que os impossibilitam de realizar diversas funções, por passarem o dia todo dormindo e sem ânimo para atividades laborais. Esses sintomas estão mais relacionados aos pacientes que fazem uso de medicações típicas, por causar quantidades variadas de sedação e hipotensão postural, dificultando a inserção no meio social e atividades rotineiras (LINDENMAYER; KHAN, 2013; MEDICI, 2015; FRANCH PATO *et al.*, 2017; ACHTYES *et al.*, 2018; ISHIDA *et al.*, 2018).

A QV está relacionada com o suporte social, quanto menor a satisfação com o suporte social, pior será a QV, por isso é fundamental aumentar a capacidade dos indivíduos de se adaptarem e de fazer frente aos acontecimentos estressantes da vida diária, assim, os esquizofrênicos que possuem relações sociais de apoio, apresentam melhores condições de vida, menor sintomatologia e menos internamentos do que indivíduos que carecem desse apoio (HAMAIDEH *et al.*, 2014; PINHO *et al.*, 2017). Pode-se inferir que há uma relação entre o comprometimento psíquico e a QV de esquizofrênicos, por afetar a si próprio e o meio em que está inserido. Entretanto existem poucos estudos, principalmente no Brasil, que relacionam o comprometimento psíquico utilizando a Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica de Esquizofrenia (BPRS-A) com a Escala de Avaliação da Qualidade de Vida para Pacientes com Esquizofrenia (QLS-BR).

Essas escalas, aplicadas e correlacionadas, podem apresentar dados significativos, principalmente, em relação ao comprometimento psíquico do indivíduo o tratamento e a QV, além de ser possível, identificar fatores que estejam impossibilitando a inserção social.

Assim, a expectativa é que este estudo beneficie os pacientes, os familiares e os profissionais de saúde, que podem usar desses dados para a criação de estratégias em prol do cuidado e do tratamento de esquizofrênicos.

Diante de todas essas preocupações, surgiu a pergunta de pesquisa do presente estudo: *“Qual a relação entre o comprometimento psíquico e a qualidade de vida de pacientes esquizofrênicos?”*

3 OBJETIVOS

3.1 *Objetivos Gerais*

- ❖ Analisar os fatores relacionados ao comprometimento psíquico e a qualidade de vida de pacientes esquizofrênicos.

3.2 *Objetivos Específicos*

- ❖ Descrever o grau de comprometimento psíquico e a qualidade de vida do paciente com Esquizofrenia.
- ❖ Analisar a correlação entre severidade dos sintomas psicopatológicos e a qualidade de vida de pacientes esquizofrênicos em um Centro de Atenção Psicossocial.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e correlacional, realizado em um CAPS, situada na região Norte do Paraná, localizado na região Sul do Brasil. A projeção populacional para Londrina em 2017 foi de 558.439 habitantes, de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Londrina é considerada a 2ª maior cidade do Paraná, com Índice de Desenvolvimento Humano de 0.778.

O CAPS presta serviços aos pacientes com transtornos mentais graves e oferece atendimento 24 horas no Pronto Atendimento de Urgência e Emergência. Atende cerca de 150 pessoas por dia e é responsável por acolhimento diurno, atividade no período matutino; agendamento e realização de consultas médicas, psicológicas e internação dos casos mais graves. Somados os três serviços, são mais de 2.000 pessoas que utilizam o CAPS mensalmente.

A população do estudo foram os pacientes esquizofrênicos portadores de transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, segundo os CID F 20.0 a F 20.9 atendidos em um CAPS, no período de dezembro de 2017 a junho de 2018.

A amostra deu-se a partir do cálculo com o programa IBM Sample Power v.3.0. Obteve-se uma amostra de 126 sujeitos, considerando um poder de análise de 80%, 10% de perdas e 5% de nível de significância estatística e margem de erro de 0,02. Os critérios para participar da pesquisa foram: inclusão - possuir diagnóstico de Transtorno Psicótico (Esquizofrenia); exclusão - pacientes institucionalizados, menores de 18 anos e o indivíduo incapacitado para responder o questionário devido ao comprometimento da doença. Houve uma exclusão de 7 pacientes, totalizando uma amostra final de 119 sujeitos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer de número: 2.077.240/CAAE:56875616.0.00000.5231 (Anexo A). Antes de cada entrevista, foi aplicado o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo uma cópia para o entrevistado e uma para o entrevistador (anexo B).

A coleta de dados deu-se em cinco etapas no Centro de Atenção Psicossocial.

1ª etapa - lista de pacientes: Levantamento de dados por meio das

fichas elaboradas pelos profissionais (enfermeiros, assistente social e psicólogos), responsáveis pelos pacientes da região de Londrina atendidos no CAPS. Todas as regiões urbanas foram selecionadas, menos a rural. A partir dessas fichas, quantificou-se atualmente, que cerca de 320 pacientes esquizofrênicos estão em tratamento no CAPS.

2ª etapa - revisão de prontuários: Foi elaborada uma ficha com variáveis sócio demográficas (Apêndice A). Seguindo a lista de pacientes, todos os prontuários foram lidos e atribuídos códigos de aleatorização, que permitiram o sorteio dos pacientes a serem incluídos na pesquisa. As variáveis analisadas foram: faixa etária, sexo, tempo de doença, tipo de medicamento, tratamento e também telefone e endereço, que fizeram parte da coleta para possível contato com os participantes.

3ª etapa - agendamento: Após levantamento de dados nos prontuários, foram revisadas as agendas de consulta de cada região do CAPS. Essas agendas são divididas por cores, região e por técnico (chamados de técnicos de região), responsável pelo agendamento dos pacientes. Ao analisar as agendas, conciliando os pacientes sorteados, foi elaborada uma lista, contendo data marcada para a entrevista de cada paciente, nome e telefone (caso não comparecessem, o contato seria feito via telefone).

4ª etapa - entrevista: Todos os pacientes selecionados foram informados sobre a pesquisa e convidados a participar do estudo. Conforme agenda de consultas, as entrevistas foram realizadas com os pacientes que tinham data marcada no CAPS III, porém houve pacientes que não compareceram na consulta.

Visando entender o quanto o grau de comprometimento psíquico interfere na QV de esquizofrênicos e para melhor elucidar a evolução clínica, foram aplicadas duas escalas.

Escala de Avaliação da Qualidade de vida de Pacientes com Esquizofrenia: QLS-BR. (Apêndice B). Essa escala foi elaborada por Heinrichs, 1984 nos Estados Unidos e no Brasil, validada e adaptada por Cardoso *et al* (2006). A escala QLS-BR é composta por um total de 21 itens, distribuídos em três fatores, que englobam informações sobre a sintomatologia e o funcionamento do paciente nas três últimas semanas. Por meio da escala, são avaliados os seguintes aspectos descritos nos três fatores: Fator 1= Rede Social; Fator 2= Nível Ocupacional e Fator 3= Funções Intrapsíquicas e Relações Interpessoais.

No fator Rede Social, avaliam a qualidade e a frequência do contato com familiares e amigos, incluindo perguntas sobre participação ativa ou passiva, investigando ainda a diminuição do contato social até tendências ao afastamento completo.

No Nível Ocupacional, levam em consideração questões relacionadas ao trabalho formal e informal. Inclui questões referentes ao grau de funcionamento, grau de aproveitamento de habilidades e oportunidades, satisfação do paciente com seu desempenho ocupacional atual e ainda perguntas sobre a utilização do tempo.

Nas Relações Interpessoais e Funções Intrapsíquicas, consideram aspectos que vão da avaliação da quantidade ou frequência do contato social, até julgamentos mais complexos como a capacidade de intimidade. Alguns itens se referem ao funcionamento cognitivo e afetividade que são aspectos considerados como núcleo da esquizofrenia. São ainda avaliados os objetivos de vida, a curiosidade e o envolvimento em atividades sociais comuns.

Cada item da escala inclui três partes Primeiro, há uma breve exposição sobre o item, com o objetivo de ajudar o entrevistador a compreender o parâmetro a ser avaliado. Em seguida, algumas perguntas são sugeridas, para que o entrevistador as utilize na entrevista, buscando avaliar o item. Por último, há uma grade de cotação com 7 pontos, em que o entrevistador deve se orientar para pontuar o item avaliado.

Foram utilizados neste trabalho apenas as grades que possuíam descrições. O entrevistador deve circular o número escolhido nessa grade utilizando a ficha final de escores. Esse procedimento deve ser utilizado para os 21 ítems da escala e interpretado da seguinte forma: 0-1 Prejuízo grave no item ou fator; 2-4 considerável prejuízo no item ou fator; 5-6 Funcionamento normal ou inalterado.
Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica - ancorada (BPRS-A)

(Apêndice C).

A tradução e adaptação foi realizada por Romano e Elkis (1996) e a validação para o português por Elkis, Alves e Eizenman (1999), baseada na versão Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (BPRS) de Woerner e colaboradores (1988). Essa escala tem elevada confiabilidade na versão original, ainda que sem estudos de validação ou confiabilidade na versão traduzida (ROMANO, ELKIS 1996). Foi

utilizada a Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica, versão ancorada, (BPRS-A) para mensuração da severidade do transtorno e avaliação da melhora com a medicação de alto custo.

A BPRS-A avalia a gravidade de 18 sintomas que ocorrem nas psicoses, particularmente na esquizofrenia, apresentados na seguinte sequência:

1) preocupação somática, 2) ansiedade, 3) retraimento afetivo, 4) desorganização conceitual, 5) sentimento de culpa, 6) Tensão, 7) maneirismo e postura, 8) ideias de grandeza, 9) humor depressivo, 10) hostilidade, 11) desconfiança, 12) comportamento alucinatorio, 13) retardo motor, 14) falta de cooperação com a entrevista, 15) alteração do conteúdo do pensamento/delírios, 16) afeto embotado, 17) Excitação e 18) desorientação.

Cada item da escala é precedido por uma definição conceitual do sintoma avaliado, seguida pela descrição de aspectos que devem ou não ser valorizados na pontuação.

A BPRS-A apresenta confiabilidade alta na avaliação dos itens, como alterações do pensamento (coeficiente de correlação intraclassa [CCI] = 0,85), hostilidade e desconfiança (CCI = 0,87) ou ansiedade e depressão (CCI = 0,91), porém confiabilidade menor para retraimento afetivo ou retardo motor (CCI = 0,62).

Para maior confiabilidade do estudo, foi realizada a análise da consistência interna pelo Alfa de Cronbach(α), que apresentou um escore de 0,97, conferindo confiabilidade dos escores obtidos pelas escalas QLS-BR e BPRS-A.

Poucos estudos fizeram correlação entre as escalas BPRS-A e QLS-BR, pois a BPRS-A fora utilizada para outros fins, mas nenhum estudo apresentou o grau de comprometimento psíquico e a sua relação com a piora da QV. Cabe destacar, também, que a QLS-BR, enquanto uma escala específica para pacientes esquizofrênicos, foi pouco estudada e aplicada aqui no Brasil. Foram encontrados estudos de mais de cinco anos de publicação, trabalhos mais atuais utilizavam outras escalas de qualidade de vida.

5ª Etapa - digitação dos dados: Os dados foram digitados diretamente na plataforma online *Google forms*. No geral, o questionário de variáveis sócio-demográficas e clínicas, as escalas BPRS-A e QLS-BR, após, tabulado no programa *Statistical Package for The Social Sciences (SPSS)*.

Para análise dos dados, foi utilizado SPSS, v.25. O passo inicial foi analisar a normalidade da distribuição amostral, com o teste *Kolmogorov-Smirnov*, cujos resultados foram todos $p < 0,001$, classificando a amostra como não normal.

A partir dessa informação, foram realizados os testes de Qui-quadrado para avaliar se havia associação entre as variáveis “tipo de medicação” com a escala BPRS-A e os domínios da escala QLS-BR e Correlação de *Spearman*, para análise da relação linear entre as escalas QLS-BR e BPRS-A, cujo objetivo é buscar a existência e o sentido de uma relação linear significativa entre duas variáveis ordinais, podendo expressar se há uma relação positiva (quanto mais uma variável aumenta, mais a outra variável aumenta) ou pode expressar também uma relação negativa (quanto mais uma variável aumenta mais a outra variável diminui). Quanto maior o coeficiente de correlação, maior a intensidade dessa relação, cujo valor varia entre -1 e +1.

5 RESULTADOS

5.1 *Sóciodemográficos*

Dos 119 pacientes entrevistados, atendidos pelo CAPS, 64,7% (n=77) eram do sexo masculino e 35,3% (n=42) do sexo feminino. A faixa etária variou de 20 a 60 anos, tendo prevalecido de 50 a 55 anos, 18,6% (n=19). Os demais dados a seguir porém, mostram pouca diferença em relação à maior idade dos entrevistados: 15,7% (n=16) possuíam de 35 a 40 anos e 14,7% de 30 a 35 anos (n=15). As idades menos apresentadas foram > 60 anos, 5,9% (n=6), e apenas 3,9% (n=4) de 20 a 25 anos. Todos os pacientes possuíam ao menos uma pessoa como cuidador.

5.2 *Análise Descritiva*

Dos pacientes entrevistados, 28,7% (n=29) apresentavam de 16 a 20 anos convivendo com esquizofrenia; 56,4% (n=57) foram internados de 1 a 5 vezes e 66,7% (n=68) permaneceram internados em hospitais psiquiátricos de 1 a 3 meses.

O domínio Rede Social apresentou média (m: 1,40) e desvio padrão (dp:1,19) e Nível Ocupacional (m:0,84) (dp:1,08), o que denota que os valores amostrais da rede social e nível ocupacional estão mais distribuídos em relação às demais variáveis. As Funções Intrapsíquicas e Relações Interpessoais apresentaram (m:1,81 e dp:0,96), Escala Global- BPRS-A (m:1,45 e dp: 0,97) e a Escala Global-QLS-BR (m:3,11 e dp: 1,12).

O tipo de medicação mais utilizado foi da classe dos típicos (n=41), seguido dos que fazem uso das duas categorias, típicas e atípicas (n=24). As medicações atípicas, apesar de agirem nos sintomas negativos da doença, apresentaram menor utilização, quando comparada às demais classes (n=23). Há os que realizam medicações de depósito (n=17) e, também, os que necessitam utilizar todas as classes de antipsicóticos, depósito/típicas e as atípicas (n=8). Buscando elucidar se existe relação entre o tipo de medicação que o indivíduo utiliza, os domínios da escala de qualidade de vida e a escala de comprometimento psíquico, realizou-se o teste Qui-quadrado. As variáveis foram categorizadas para tabelas 2 x

2, visando obter uma eficácia no teste, mas mesmo assim, os dados não demonstraram significância estatística.

5.3 Análise correlacional

Foi realizado o cálculo do coeficiente de correlação de *Spearman* com a escala Global (BPRS-A) e o número de vezes que o paciente ficou internado. O resultado também não demonstrou significância estatística ($p>0.05$).

Os domínios “ Funções Intrapsíquicas e Relações Interpessoais” da escala QLS-BR, que compreendem as relações afetivos-sexuais, sentidos de objetivos de vida, a curiosidade, o uso de objetos comuns, capacidade de envolvimento e interação emocional com o entrevistador, ao serem associadas com a Escala global BPRS-A ($r: -0,477$), obteve-se uma correlação negativa entre essas duas variáveis.

5.3.1 Qualidade de vida

A Tabela 1 diz respeito aos itens da Escala QLS-BR, em que o Prejuízo Grave equivale a (0-1); Prejuízo Considerável a (2-4) e Funcionamento Normal/Inalterado, a (5-6), demonstrando a frequência e a porcentagem de cada domínio: Nível Ocupacional; Rede Social; Funções Intrapsíquicas e Relações Interpessoais.

Em relação à variável Prejuízo Grave, 91,7% apresentaram Nível Ocupacional grave ($n=109$), seguido de Rede Social 82,3% ($n=98$) e 70,5% ($n=84$), isso evidenciou que as funções intrapsíquicas e relações interpessoais encontram-se com QV grave. Quanto ao prejuízo considerável, 27,8% apresentaram funções intrapsíquicas e relações interpessoais considerável ($n=33$), 16,0% Rede social considerável ($n=19$) e apenas 6,7% nível ocupacional considerável ($n=8$). Referente o Funcionamento Normal/Inalterado, apenas 2 pacientes apresentaram Nível Ocupacional, Rede social e Funções Intrapsíquicas/Relações interpessoais com funcionamento normal, inalterado, o que denota que a maior parte dos entrevistados apresentaram pior QV.

Tabela 1- Frequência e Porcentagem das alterações dos domínios Rede Social, Nível Ocupacional, Funções Intrapsíquicas e Relações interpessoais da escala QLS- BR.

	Nível Ocupacional		Comprometimento Rede Social		Funções Intrapsíquicas/ Relações Interpessoais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Prejuízo Grave	109	91,7	98	82,4	84	70,6
Prejuízo Considerável	8	6,7	19	16,0	33	27,8
Funcionamento normal/inalterado	2	1,6	2	1,6	2	1,6
TOTAL	119	100%	119	100%	119	100%

5.3.1 Comprometimento psíquico

A Tabela 2 diz respeito à frequência e a porcentagem das alterações dos itens da Escala BPRS-A, condizente com o grau de comprometimento dos indivíduos entrevistados.

Ao analisar os dados, pode-se perceber que nenhum paciente referiu-se ao item 'não relatado'. Dos 119 pacientes, 34,5% (n=41) apresentavam comprometimento moderado; 26,9% (n=32) comprometimento leve; 16% (n=19), apresentavam-se em estado grave; 15,1% (n=18) demonstravam estado de comprometimento moderadamente grave e apenas 1 paciente apresentou-se muito grave.

Tabela 2- Frequência e porcentagem das alterações dos itens da escala BPRS-A.

	Nº	%
Moderado	41	34,5
Leve	32	26,9
Grave	19	16,0
Muito Leve	8	6,7
Muito Grave	1	0,8
TOTAL	119	100%

6 DISCUSSÃO

A pesquisa atual apresentou que 64,7% dos entrevistados eram do sexo masculino e 18,6% estavam na faixa etária de 50 e 55 anos. Um estudo transversal, realizado no Japão com 144 esquizofrênicos, apresentou média de idade entre 54,9 anos e 59,1 anos, desses 32,6% eram do sexo masculino (FUJIMAKI; TAKAHASHI; MORINOBU, 2012). Outro estudo transversal, analítico, realizado com 72 esquizofrênicos, apresentou a mesma proporção para ambos os sexos (50%) e a média de idade foi de 42,9 anos. Os estudos apresentam média de idade entre 40 e 59 anos (FREITAS *et al.*, 2016).

Os pacientes do presente estudo foram internados de 1 a 5 vezes em um período de 1 a 3 meses em hospitais psiquiátricos. Um estudo retrospectivo, com amostra de 334 pacientes esquizofrênicos, apresentou que em média o número de internações é de 11 vezes, e o tempo de reinternação de 2 meses. Já o realizado no Japão, descreve que os pacientes permaneceram internados entre 1,8 e 2,0 anos, denotando que todos os pacientes tiveram longa permanência em hospitais (FUJIMAKI; TAKAHASHI; MORINOBU, 2012; CLEZAR; BIANCHI; BRANDÃO, 2018).

Os dados sociodemográficos, idade, sexo e a variável tempo de internação, do estudo realizado por Fujimaki e colaboradores (2012), corroboram o estudo atual, denotando que a esquizofrenia pode afetar tanto homens quanto as mulheres, que esses indivíduos conviveram com a patologia em todas as fases da vida e que as chances de recidivas de internação são grandes durante toda sua existência, condizendo com o estudo retrospectivo (CLEZAR; BIANCHI; BRANDÃO, 2018).

Na atual pesquisa, levantou-se que 41 pacientes fazem uso de medicações típicas, porém o estudo de Fujumaki e colaboradores (2012) apresentou correlações positivas em relação ao tempo de doença e tempo de internação, pois os pacientes que utilizavam antipsicótico típico apresentaram um mínimo de 2,0 anos de internação e de 1,8 ano no grupo de antipsicótico atípico, porém os que fizeram uso das medicações típicas permaneceram mais tempo internados (FUJIMAKI; TAKAHASHI; MORINOBU, 2012).

Oliveira (2000) concluiu em seu trabalho que os antipsicóticos atípicos podem contribuir para a melhor QV. Os típicos são mais propensos a causar

SEPs, enquanto os atípicos têm tendência maior a levar ao ganho de peso e exacerbar efeitos colaterais metabólicos. Tanto as medicações típicas quanto as atípicas podem ter um impacto negativo na QV, na adesão ao tratamento, nas taxas de recaída e no estigma (PAKPOOR, 2014). Corroborando Pakpoor, (2014), outro trabalho apresentou que os pacientes que faziam uso de medicações típicas, no decorrer do tratamento, necessitaram de troca para os atípicos e que o principal motivo da conduta foi o aumento dos SEPs (ELOFF; ESTERHUYSEN; ODAYAR, 2017).

Ambas as medicações são fornecidas pelo Ministério de Saúde, e as Secretarias Estaduais e Municipais têm um programa de dispensação de medicamentos excepcionais, dentre eles, alguns antipsicóticos de segunda geração, para pacientes que não apresentam melhora ou não toleram os efeitos colaterais dos antipsicóticos de primeira geração e precisam ser medicados com os atípicos. Os custos das medicações atípicas, porém são maiores em relação às típicas, sendo limitado o número de antipsicóticos de segunda geração, além disso, o paciente deve estar dentro dos critérios do programa e precisa de um laudo médico e receita confirmando a necessidade do referido medicamento para que haja a troca para os atípicos (BRASIL, 2013; AGOSTINHO *et al.*, 2015).

O estudo atual, apresentou que 8 pacientes fazem uso de todas as classes de antipsicóticos, mais os injetáveis (típicas, atípicas e de depósito), porém, alguns estudos referem que o principal benefício no uso dos atípicos é a menor probabilidade da ocorrência de SEPs. Há, porém, um comprometimento neste efeito quando associado a um típico, fato identificado nas práticas clínicas. Ademais, a associação de dois ou mais antipsicóticos pode ocasionar cardiotoxicidade por aumento de intervalo QT (FALKAI *et al.*, 2006; HUF, COUTINHO, ADAMS 2010; BRASIL 2011). Esses achados podem justificar o fato de um maior número (n=41) de pacientes deste estudo estarem recebendo mais medicações típicas do que atípicas.

A piora da QV e o comprometimento psíquico, fazem-se presentes na vida de esquizofrênicos, porém não foram encontrados estudos que utilizaram a correlação dessas duas escalas: BPRS-A e QLS-BR. Os estudos encontrados com a escala BPRS faziam relação com outras temáticas, mas nenhum relacionando o comprometimento psíquico com a qualidade de vida. Cabe destacar a importância de pesquisas que correlacionem essas escalas, pois o presente trabalho apresentou

significância estatística entre as duas, indicando que quanto maior o grau de comprometimento psíquico, pior é a QV dos indivíduos.

Uma pesquisa analítica realizada no Peru utilizou a escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (BPRS) a fim de aferir se os sintomas psicopatológicos afetariam o funcionamento através da escala (FAST), ao correlacioná-la, os dados demonstraram que o sintoma psicótico não afetou os resultados obtidos na mensuração da funcionalidade (OSORIO-MARTINEZ, 2017). O que não corrobora com o achado dessa pesquisa, a correlação da Escala QLS-BR com a BPRS-A, demonstrou ($r: -0,477$), referindo a baixa relação afetivo-sexual, a curiosidade e, principalmente, a capacidade de envolvimento pessoal, denotando que essas funções encontram-se deficitárias nesses pacientes.

Corroborando o estudo atual, Santana e colaboradores (2009) destaca em seus resultados, que na categorização da QV, encontrou-se uma concentração dos escores nos itens que indicam comprometimento e excesso de comprometimento da QV, nos domínios referentes à Rede Social ($m= 1,75$) e Intrapsíquico e de Relações Interpessoais ($m= 2,57$). Entretanto, não foi encontrado nenhum paciente que não apresentasse comprometimento na QV e no domínio ocupacional. A Escala Global, que permite avaliar de maneira geral a QV dos pacientes, sugeriu que 61,1% possuíam QV muito comprometida (SANTANA; CHIANCA; CARDOSO, 2009).

Outro estudo expôs, dentro da avaliação global da qualidade de vida, que 93,7% dos pacientes avaliados apresentaram algum comprometimento (escore <4); 57%, comprometimento grave (escore <2) e apenas ($n=5$) pacientes não apresentaram redução na qualidade de vida (6,3%) (SILVA *et al.*, 2011). Esses dados condizem com o estudo atual, em que 91,7% apresentaram prejuízo grave em relação ao nível ocupacional ($n=109$); 27,8%, prejuízo considerável relacionado às Funções Intrapsíquicas e Relações Interpessoais ($n=33$) e apenas ($n=2$) pacientes apresentaram Funcionamento Normal/Inalterado.

Outro trabalho reafirma os achados desta pesquisa, condizentes à categorização da QV por grau de prejuízo. O domínio "Funções Intrapsíquicas/Relações interpessoais" e a "Rede Social" apresentaram maior destaque, porém, o "Nível Ocupacional" apresentou maior porcentagem de pacientes com funcionamento inalterado (37,5%). Comparativamente às outras dimensões a categoria que apresentou baixa porcentagem de pacientes foi a de

"Prejuízo grave com Escore global de 5,6% (n=4) (CESARI; BANDEIRA, 2010). Uma pesquisa realizada com 79 pacientes apresentou que destes, 74 (93,7%) tinham algum prejuízo na qualidade de vida e a área mais afetada foi o nível ocupacional (SILVA *et al.*, 2011).

Um estudo realizado em Portugal, com 282 esquizofrênicos, apresentou valores significativos em relação à QLS-PT e as variáveis satisfação com o suporte social total, com os amigos, com a intimidade, com ($p > 0,001$) e as atividades sociais ($p = 0,008$). Não se obtiveram resultados estatisticamente significativos entre a QLS-PT e a satisfação com a família ($p = 0,294$), denotando que a qualidade de vida é influenciada pela satisfação com o suporte social, quanto maior a satisfação com o suporte social, melhor a qualidade de vida (PINHO *et al.*, 2017).

O estudo atual demonstrou que o indivíduo, mesmo medicado, apresenta fragilidades na rede social, funções intrapsíquicas/relações interpessoais, em que o maior número de pacientes está relacionado ao domínio nível ocupacional (n=109), indicando comprometimento da qualidade de vida.

Cardoso *et al.* (2006) avaliaram a qualidade de vida, estratificada segundo sexo e em todos os cinco itens do domínio ocupacional da escala QLS- BR. Essa avaliação envolveu 74 homens, dos quais 62% apresentaram QV muito comprometida, 32% com qualidade de vida comprometida e apenas 5% com QV inalterada ou funcionamento normal, e 49 mulheres, das quais 57% estão na categoria da QV comprometida, 29% delas com qualidade de vida muito comprometida e 14% apresentaram funcionamento inalterado. Cabe ressaltar que a diferença nesse domínio refletiu em uma melhor qualidade de vida global para as mulheres do que para os homens.

6 CONCLUSÃO

As limitações do estudo foram a escassez de trabalhos que correlacionassem essas duas escalas, pois no estudo atual essas escalas correlacionadas contribuíram para elucidar o quanto o comprometimento psíquico de pacientes esquizofrênicos está relacionado com pior qualidade de vida desses, distanciando-os de serem inseridos no meio social, de realizar atividades consideradas satisfatórias e melhor QV.

Ao analisar os achados desta pesquisa e das demais encontradas na literatura, destaca-se a importância da reinserção do paciente portador de doença mental grave no meio social, pois essa reinserção torna-se prazerosa e minimizará a probabilidade de pioras na QV.

Ressalta-se ainda o uso de medicações típicas, mesmo que cientificamente tenha sido comprovado que as atípicas agem mais nos sintomas negativos da doença e possuem menos SEPs. Infere-se que o uso de antipsicóticos precisa ser revisto e que os profissionais de saúde se empenham em solicitar essas medicações, visando privar o paciente dos seus sintomas, mas possibilitá-lo viver com melhor QV, ser inserido no meio familiar, poder realizar atividades laborais e conviver em sociedade.

Em média os pacientes desta pesquisa permaneceram internados de um a três meses, denotando maior comprometimento psíquico e pior QV. Uma indagação que necessita de mais investigações científicas é se o número de internações pode ter relação com o uso de medicações típicas, maior comprometimento psíquico e pior qualidade de vida.

A esquizofrenia é repleta de estigmas e necessita ser mais abordada com os familiares e a sociedade, conscientizando-os do assunto, a fim de ajudá-los a compreender melhor a doença para que possam ajudar os pacientes esquizofrênicos a realizar atividades que estimulem melhor QV.

Para isso, é necessário realizar capacitações para as equipes de saúde que abordem assuntos como os antipsicóticos e a importância dos projetos terapêuticos para esses pacientes, assim esses profissionais poderão realizar educação em saúde, melhorar a adesão e a QV de vida de pacientes esquizofrênicos.

Diante do impacto negativo na QV, a esquizofrenia necessita ser mais estudada nessa temática, para que inúmeros fatores existentes, que foram pouco abordados no presente estudo, possam beneficiar o paciente, visando melhorias na adesão ao tratamento e, conseqüentemente, menor tempo de internação e melhor QV.

REFERÊNCIAS

- ACHTYES, E. *et al.* Patient preferences concerning the efficacy and side-effect profile of schizophrenia medications: a survey of patients living with schizophrenia. **BMC Psiquiatria**, London, v 18, n. 1, p. 292, 2018. Disponível em: <<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-018-1856-y>>. Acesso em: 10 out. 2018.
- AGOSTINHO, F. R. *et al.* Tratamento farmacológico da esquizofrenia: antipsicóticos de primeira geração. In: NARDI, A. E.; QUEVEDO, J.; SILVA, A. G. **Esquizofrenia: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 129-146.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM 5 - Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 5th. ed. Washington: American Psychiatric Association, 2014.
- ARANGO, C. *et al.* Long-acting injectable antipsychotics for the treatment of schizophrenia in Spain. **Revista de Psiquiatria y Salud Mental**, Barcelona, S1888-9891, 2018. Suplemento. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29954707>>. Acesso em: 10 out. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Formulário Terapêutico Nacional 2010**. 2 ed. Brasília, Ministério da Saúde, v. 14, p. 235-236, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Esquizofrenia**. Portaria SAS/MS nº 364, de 9 de abril de 2013.
- BLEULER, E.; BRILL, A. A. **Textbok of psychiatry**. New York: Macmillan, 1924.
- CAQUEO-URIZAR, A.; URZUA, A.; RUS-CALAFELL, M. Efectos secundarios de la medicación antipsicótica y calidad de vida en pacientes con esquizofrenia latinoamericanos. **Terapia Psicológica**, Santiago, v. 35, n. 1, p. 111-114, 2017.
- CARDOSO, C. S. *et al.* Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: uma comparação por sexo. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1303-1314, 2006.
- CASEY, P.; KELLY, B. (Ed.). **Fish`s clinical psychopathology: signs and symptoms in psychiatry**. Bristol: John Wright & Sons, 1974.
- CESARI, L.; BANDEIRA, M. Avaliação da qualidade de vida e percepção de mudança em pacientes com esquizofrenia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 4, p. 293-301, 2010.
- CHOU, C. Y.; MA, M. C.; YANG, T. T. Determinants of subjective health-related quality of life (HRQoL) for patients with schizophrenia. **Schizophrenia Research**, Amsterdam, v. 154, n. 1/3, p. 83-88, 2014.

CLEZAR, E. M.; BIANCHI, G. N.; BRANDÃO, L. S. Análise da readmissão hospitalar do paciente com diagnóstico de esquizofrenia em um hospital psiquiátrico de referência no sul catarinense. **Arquivos Catarinense de Medicina**, Florianópolis, v. 47, n. 3, p. 133-145, 2018.

ELOFF, I.; ESTERHUYSEN, W.; ODAYAR, K. Antipsychotic use in a resource-limited setting: findings in an Eastern Cape psychiatric hospital. **South African Journal of Psychiatry**, Cape Town, v. 23, n. 1, p. 1-6, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6138101/pdf/SAJPsy-23-1093.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2018.

FRANCH PATO, C. M. *et al.* Metabolic syndrome and atypical antipsychotics: Possibility of prediction and control. **Revista de Psiquiatria y Salud Mental**, Barcelona, v. 10, n. 1, p. 38-44, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27939025>>. Acesso em: 10 set. 2018.

FREITAS, P. H. B. de *et al.* Esquizofrenia refratária: qualidade de vida e fatores associados. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 60-68, Feb. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000100060&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Dec. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/19820194201600009>.

FUJIMAKI, K.; TAKAHASHI, T.; MORINOBU, S. Association of typical versus atypical antipsychotics with symptoms and quality of life in schizophrenia. **PloS One**, San Francisco, v. 7 n. 5, p. e370–387, 2012. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0037087>

Elkis H, Alves T, Eizenman I. Reliability and validity of the Brazilian version of the BPRS Anchored. **Schizophr Res.** v. 36, n. 7, 1999.

FALKAI, P. *et al.* Diretrizes da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica para o tratamento biológico da esquizofrenia. Parte 1: tratamento agudo. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 33, supl. 1, p. 7-64, 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000700003&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Dec. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832006000700003>.

GILL, T.M.; FEINSTEIN, A.R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. **Jornal JAMA**, Chicago, v.272, n.8, p.619-26, 1994.

GUTIÉRREZ-MALDONADO, J. *et al.* Influência de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. **Psicothema**, Oviedo, v. 24, n. 2, p. 255-262, 2012.

HAMAIDEH, S. *et al.* Quality of life, social support, and severity of psychiatric symptoms in Jordanian patients with schizophrenia. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, Oxford, v. 21, n. 5, p. 455-465, 2014.

HUF, Gisele; COUTINHO, Evandro Silva Freire; ADAMS, Clive Elliot. Haloperidol mais prometazina para pacientes agitados - uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 265-270, Sept. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000300014&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Dec. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000>

ISHIDA, S. *et al.* Development and pharmacist-mediated use of tools for monitoring atypical antipsychotic-induced side effects related to blood glucose levels. **Pharmacoepidemiology and Drug Safety**, Chichester, 2018. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/pds.4656>>. Acesso em: 24 set. 2018.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 9. ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2007.

LINDENMAYER, J. P; KHAN, A. Psicopatologia. In: LIEBERMAN, J. A.; STROUP, T. S.; PERKINS, D. O. **Fundamentos da esquizofrenia**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 27- 71.

MEDICI, C. R, *et al.* Quality of life and clinical characteristics in a nonselected sample of patients with schizophrenia. **International Journal Social Psychiatry**, London, v. 62, n. 1, p. 12-20, 2015.

OSORIO-MARTINEZ, M. L. Esquizofrenia y funcionamiento: medición con la escala breve de evaluación del funcionamiento y correlación con los años de enfermedad. **Anales de la Facultad de Medicina**, Lima, v. 78, n. 1, p. 17- 22, 2017. Disponível em: <<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/13016>>. Acesso em: 15 out. 2018.

OLIVEIRA, I. R. Antipsicóticos atípicos: farmacologia e uso clínico. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, supl. 1, p. 38-40, May 2000. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000500013&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Dec. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000500013>.

OWENS, M. J; RISCH, S. C. Antipsicóticos atípicos. In: SCHATZBERG, A. F.; NEMEROFF, C. B. **Fundamentos de psicofarmacologia clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 96-117.

PAKPOOR, J.; AGIUS, M. A review of the adverse side effects associated. **Psychiatria Danubina**, Zagreb, v. 26, p. 273-284, 2014. Suplemento 1.

PINHO, L. G. *et al.* Satisfação com o suporte social e qualidade de vida dos doentes com esquizofrenia. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, v. 5, p. 33-38, 2017. Número especial. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe5/nspe5a06.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2018.

ROMANO, F.; ELKIS, H. Tradução e adaptação de um instrumento de avaliação psicopatológica das psicoses: a escala breve de avaliação psiquiátrica, versão ancorada (BPRS-A). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 43-49, 1996.

SANTANA, A. F. F. A.; CHIANCA, T. C. M.; CARDOSO, C. S. Qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia internados em hospital de custódia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, p. 187-194, 2009.

SCHATZBERG, F. A.; BATTISTA, C. de. Manual de Farmacologia Clínica (8ªEd). Porto Alegre: Artmed, 2017.

SILVA, A. M. *et al.* Esquizofrenia: uma revisão bibliográfica. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, São Paulo, v. 13, n. 30, 2016. Disponível em: <<http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/688>> Acesso em: 23 set. 2018.

SILVA, T. F. C. *et al.* Quality of life assessment of patients with schizophrenic spectrum disorders from Psychosocial Care Centers. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 2, p. 91-98, 2011.

SUTTAJIT, S.; PILAKANTA, S. Predictors of quality of life among individuals with schizophrenia. **Neuropsychiatric disease and treatment**, Auckland, v. 28, n. 11, p. 1371-1379, 2015.

VON WERNE BAES, C.; JURUENA, M. F. Pharmacotherapy for general practitioners. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 50, p. 22-36, 2017. Suplemento 1. <https://www.researchgate.net/publication/318974379_Pharmacotherapy_for_general_practitioners>. Acesso em: 10 out. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Esquizofrenia. WHO: **Genebra**, 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>>. Acesso em: 30 set. 2018.

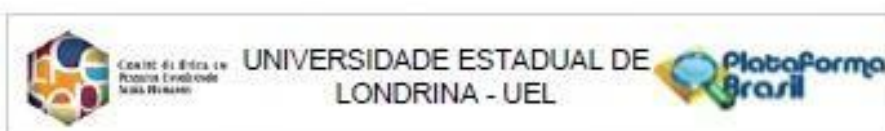
WOERNER, M.G.; MANNUZA, S.; KANE, J. Anchoring the BPRS: an aid to improve schizophrenia and affective disorders. **J Clin Psychtr**, v. 59, n. 12, p. 41-45, 1998.

APÊNDICES



APÊNDICE A

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Análise do acesso e adesão ao tratamento de saúde mental em Londrina-Pr.

Pesquisador: Marcos Hirata Soares

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 56875616.0.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.077.240

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma emenda do projeto de Pesquisa Análise do acesso e adesão ao tratamento de saúde mental em Londrina-Pr. A emenda é exclusiva de seu Centro Coordenador, então as alterações realizadas em seu projeto, em virtude da emenda, não serão replicadas nos

Centros Participantes vinculados e nos Comitês de Ética das Instituições Coparticipantes, quando da sua aprovação. Trata-se de um estudo do tipo caso-controle dos casos de saúde mental atendidos pela Atenção Básica de Saúde, envolvendo a sua detecção inicial

até a resolução final do caso ou término da coleta de dados de pesquisa, buscando identificar os fatores relacionados a adesão e acesso ao tratamento psiquiátrico. A pesquisa, acontecerá entre o período de junho de 2017 a novembro de 2019, na cidade de Londrina-PR. A coleta de dados será feita com profissionais de saúde, da gestão, análise de documentos e prontuários e visitas domiciliares aos pacientes e seus respectivos familiares, quando houver necessidade. Os dados serão analisados por meio de Análise exploratória descritiva e análise de regressão e correlação, para identificação dos fatores que interferem no acesso e adesão.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar os fatores relacionados ao acesso e adesão ao tratamento em saúde mental em Londrina-Pr.

Endereço: LABESC - Sala 14	CEP: 86.057-070
Bairro: Campus Universitário	
UF: PR Município: LONDRINA	
Telefone: (43)3371-5455	E-mail: cep209@uel.br



Centro de Estudos em
Saúde Inequidade
SUA RESSACA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer 2.077.240

Objetivo Secundário:

1. Caracterizar a disponibilidade e distribuição dos medicamentos psicotrópicos, atendimento médico psiquiátrico e demais estratégias psicossociais;
2. Descrever como ocorre na prática, a articulação dos CAPS com cada Unidade Básica de Saúde (procedimentos de referência e contra-referência, matriciamento, entre outros);
3. Identificar os obstáculos econômicos, físicos, sócio-culturais ou familiares que dificultam o acesso, adesão aos serviços de saúde mental;
4. Caracterizar as estratégias do município para promover ou facilitar a mobilidade, acesso e adesão do usuário aos serviços ou ações de saúde mental.
5. Identificar o grau de relação entre o bem-estar subjetivo, qualidade de vida e coping e a adesão do familiar ao tratamento de saúde mental

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Há riscos relacionados ao desconforto em participar de pesquisas que têm como propósito, avaliar o trabalho, os serviços e as ações de um município, mas acredita-se que, o município se empenhará em melhorar a qualidade de seus serviços, pois esta vem sendo uma das funções da universidade em relação à comunidade.

Benefícios

De forma direta, os funcionários entrevistados receberão o "Cartão babel para Atenção Básica". Trata-se de um cartão elaborado por pesquisadores da área de saúde mental para facilitar a abordagem e atenção ao portador de transtornos mentais na atenção básica de saúde. Os pacientes, quando entrevistados, receberão esclarecimentos sobre seu tratamento, como medicamentos e sobre a doença. Os familiares receberão instruções ou orientações a respeito de como lidar ou cuidar melhor de seu familiar doente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma emenda que irá realizar análise documental de planilhas de dados gerados por profissionais ligados a Gestão de Saúde Mental, bem como, os prontuários dos pacientes, identificando as informações necessárias ao projeto, como variáveis clínicas (tempo de doença, medicação utilizada, diagnóstico, projeto terapêutico, etc) e sócio-demográficas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão corretos.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

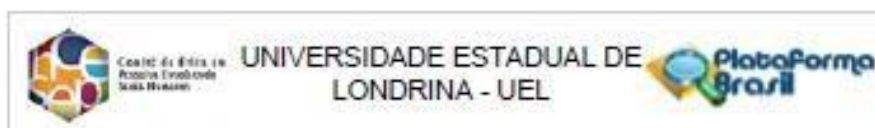
UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5495

E-mail: cap200@uel.br



Continuação do Parecer: 2.077.340

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências. A emenda está aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador (a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade imprimi-lo para apresentação aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_917750_E1.pdf	09/05/2017 14:08:40		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODEPESQUISAPPBUS2016.docx	09/05/2017 14:03:46	Marcos Hirata Soares	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	05/04/2017 17:40:36	Marcos Hirata Soares	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	declaracaodeconcordancia.pdf	31/05/2016 16:20:33	Marcos Hirata Soares	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartadauel.pdf	18/05/2016 15:20:20	Marcos Hirata Soares	Aceito
Folha de Rosto	foihaderosto.pdf	17/05/2016 17:03:23	Marcos Hirata Soares	Aceito
Outros	termosiglo.pdf	16/05/2016 17:56:17	Marcos Hirata Soares	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

Endereço: LABESC - Sala 14
 Bairro: Campus Universitário CEP: 86.057-970
 UF: PR Município: LONDRINA
 Telefone: (43)3371-5455 E-mail: cep209@uel.br



Centro de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 2.077.240

LONDRINA, 23 de Maio de 2017

Assinado por:
Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
(Coordenador)

APENDICE B
ESCALA DE VARIÁVEIS

Caso nº _____

Nº prontuário _____ Telefone do
familiar _____

Variáveis sócio demográficas e clínicas

1. Iniciais do paciente _____

2. Sexo

F () M ()

3. Cor da Pele

() Branca () Parda/ Mestiça () Preta () Outra.

4. Idade _____

() 20 a 25 anos. () 30 a 35 anos. () 35 a 40 anos. () 40 a 45 anos.

() 45 a 50 anos. () 50 a 55 anos. () 60 a 65 anos. () 65 a 70 anos.

() > 70 anos.

5. Nº de internações _____

6. Tempo de doença _____

7. Tempo de internação

() 1 a 3 meses () 3 a 6 meses () 6 a 9 meses () 9 meses a 12
meses () 12 Meses ou mais. _____

8. Convive com quem?

() Cônjuge () Filhos () Pai e mãe () irmãos () Outros. Quais? _____ Endereço _____

Medicações: Ocorrências:

APENDICE C
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**“COMPROMETIMENTO PSÍQUICO E QUALIDADE DE VIDA DE
ESQUIZOFRÊNICOS”**

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **“COMPROMETIMENTO PSÍQUICO E QUALIDADE DE VIDA DE ESQUIZOFRÊNICOS”**, a ser realizada no

“CAPS III”. O objetivo da pesquisa é **“Desvendar o quando o grau de comprometimento da esquizofrenia interfere na sua qualidade de vida”**. Sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma (Serão aplicadas duas escalas, uma com 21 questões sobre qualidade de vida e outra com 18 questões sobre o comprometimento que a doença pode causar).

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo o (a) senhor (a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Esclarecemos ainda, que o(a) senhor(a) não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são **(Contribuir para melhor qualidade de vida de pessoas que convivem com esquizofrenia)**. Quanto aos riscos, **certifico que não há nenhum risco**.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar: **Fernanda Pamela Machado, Tel: (43) 9 9900 1504; E-mail: fer.machado3@hotmail.com**, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado

junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao (à) senhor(a).

Londrina, ____ de _____ de 201_.

Pesquisador Responsável

RG:12732742-9

_____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

ANEXOS



ANEXO A

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA: QLS-BR¹

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 contêm 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.

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

1 AVALIAR 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? | 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 |
| | 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

- | | |
|---|--|
| Dê exemplos de coisas que vocês têm feito juntos. | 0 - Praticamente ausente |
| Quando você está em casa, você fica junto com sua família ou prefere ficar sozinho? | 1 – |
| 0 - Praticamente nenhuma intimidade. | 2 - Apenas relações esparsas ou intermitentes. |
| mental. _____ | 3 - |
| Perguntas sugeridas: | 4 - Algumas relações íntimas consistentes mas reduzidas em número ou intensidade; ou intimidade apenas presente imprevisivelmente. |
| Além da sua família, você tem amigos a quem você é especialmente ligado? | 5 - |
| Quantos amigos você tem? | 6 - Envolvimento apropriado com relacionamento íntimo com mais de uma |
| Você pode conversar assuntos pessoais com eles? | |
| Eles podem conversar assuntos pessoais com você? | |
| Com que frequência você tem falado com eles? | |
| Como está o seu relacionamento com esses amigos? | |

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
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	0 - Praticamente ausente.
<u>Perguntas sugeridas</u>	1 –
Você costuma sair com outras pessoas para se divertir?	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.
Quem são essas pessoas?	3 –
Que tipo de coisas vocês costumam fazer?	4 - Alguma atividade social regular, mas reduzida em frequência ou diversidade.
Você participa de clubes ou outros grupos sociais (associação de bairro, coral, grupo de jovens e outros)?	5 -

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. 5 -
Existem pessoas que lhe oferecem apoio emocional?	6 – Adequada rede social envolvida, em extensão e grau de envolvimento
Existem pessoas que lhe ajudam nos assuntos do dia-a-dia e a tomar decisões na vida prática?	
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

6 - Nível apropriado de atividade social regular.quê? Quanto? E com quem?

Perguntas sugeridas:

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

7 - AVALIAR AFASTAMENTO SOCIAL

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

Perguntas sugeridas:

Você tem se sentido incomodado com pessoas?

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

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

Você tem evitado atender ao telefone ou evitado atender pessoas?

Você tem lidado com pessoas somente quando você precisa delas?

Você tem evitado companhia em casa? Você tem preferido estar sozinho?

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

0 - Evitação ativa de praticamente todo contato social.

1 -

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

3 -

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

5 -

6 - Nenhuma evidência de afastamento social significativo.

8 - AVALIAR RELAÇÕES AFETIVO- SEXUAIS

Este item visa avaliar a capacidade para relações íntimas maduras e atividade sexual satisfatória. A formulação das questões presume uma orientação heterossexual da pessoa. Em 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?

Tem tido encontros íntimos?

Te incomoda ou aborrece ter relacionamentos mais íntimos?

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

Os relacionamentos têm sido agradáveis?

Você já gostou ou esteve apaixonado por alguém?

Você demonstra carinho, tais como abraçar e beijar?

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?

0 - Nenhum interesse sexual, ou evitação ativa.

1 –

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.

3 –

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

5–

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?

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? Quantas horas por dia você trabalha? Quais atividades você realiza?

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

Perguntas sugeridas para quem estuda:

Você estuda?

O que você estuda?

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?

0 - Praticamente nenhuma atividade ocupacional. 1 -

2 – Atividade ocupacional esporádica. 3 -

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

5 -

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

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.	Você tem interesse em fazer as atividades da melhor maneira ou você prefere fazer de qualquer forma para ficar livre logo?
<u>Para trabalhadores.</u> Você é bem sucedido no seu trabalho?	
Seu trabalho exige muita responsabilidade?	0 – Não está desenvolvendo nenhuma função, ou está desempenhando em nível tão precário a ponto de ameaçar a habilidade de continuar naquele papel.
Você acha que você realiza bem suas atividades?	
Você recebe elogios pelo seu trabalho?	1 -
As pessoas fazem críticas ou reclamam de seu trabalho?	2 - Funcionando apenas no nível suficiente para manter a posição em um nível de realização muito baixo.
Você já recebeu promoção no seu trabalho? E rebaixamento?	3 -
Você está satisfeito com seu desempenho no trabalho ou você acha que poderia fazer melhor?	4 - Desempenho geralmente adequado.
<u>Para estudantes.</u>	5 -
Você vai frequentemente às aulas?	6 - Muito bom desempenho com evidência de realização nova ou progressiva e/ou muito bom desempenho em algumas áreas.
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?	
<u>Para outras atividades.</u>	
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	

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

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 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.

avaliar que possui um bom sentido de objetivos de vida.

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

Perguntas sugeridas:

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

Você pensa muito sobre o futuro?

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?

3 -

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

5 -

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

6 - Planos realistas, concisos e integrados. objetivo, devido à sua falta de motivação.

Peruntas sugeridas:

Você tem se esforçado para atingir seus objetivos ou planos?

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

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

Você tem conseguido resolver essas dificuldades?

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

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

Em quais atividades lhe falta ânimo ou motivação para realizar?

Você costuma deixar sempre as coisas para fazer depois?

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

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

1 -

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

3 -

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

5 -

6 - Nenhuma evidência de falta de motivação significativa.

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

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? Que tipos de coisas te deixam curioso?

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

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

0 - Nenhuma curiosidade ou interesse em novostópicos ou acontecimentos.

1 -

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

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?

Você costuma obter satisfação ou prazer em coisas que você faz?

Que tipo de coisa faz você rir ou se divertir?

Já aconteceu de você não conseguir se divertir em coisas que pareciam ser divertidas?

Outras pessoas parecem ser mais alegres ou divertidas do que você?

Você freqüentemente passa a maior parte do dia entediado ou desinteressado pelas coisas?

0 - Inabilidade quase completa de experimentar prazer ou humor.

1 -

2 - Algumas experiências esporádicas e limitadas de prazer e humor, mas uma predominante falta dessas capacidades.

3 -

4 - Algumas experiências regulares de prazer e humor, mas reduzidas em extensão e intensidade.

5 -

6 - Nenhuma evidência de incapacidade de sentir prazer ou esta incapacidade pode ser explicada completamente pela depressão ou ansiedade concomitantes.

Escala

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?

Você costuma desperdiçar o seu tempo?

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

Você passa muito tempo assistindo TV ou ouvindo música?

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

Você dorme muito durante o dia? Quanto?

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

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

1 -

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

3 -

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

5 -

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 en 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.

Peruntas sugeridas:

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

Existe alguma coisa neles que o irrita ou o incomoda? O que em você irrita ou incomoda os outros?

Você sabe o que eles gostam? O que você faz para agradá-los?

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

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

Você é normalmente sensível aos sentimentos dos outros?

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

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

1 -

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

3 -

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

5 -

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

Escala

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

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

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

ANEXO B

**Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica - BPRS Ancorada com
sugestão de perguntas**

Versão Ancorada - BPRS-A (Woerner, 1998, trad. Romano e Elkis, 1996)
mais Entrevista Clínica Estruturada

Paciente:	Número:	Data:
Entrevistador:	Fase:	
<p>Instruções: A Escala é composta de 18 itens a serem avaliados. Os itens assinalados com OBSERVAÇÃO (3, 4, 7, 13, 14, 16, 17, 18) devem ser avaliados tomando por base OBSERVAÇÕES feitas durante a entrevista. Os itens assinalados com RELATO DO PACIENTE devem ser avaliados a partir de informação RELATADA (ou seja, SUBJETIVA) referente ao período escolhido (em geral 1 semana). As perguntas-guia em negrito devem ser formuladas diretamente nos itens em que se avalia o relato do paciente.</p>		
<p>Início da entrevista:</p> <p>Comece com estas perguntas e utilize as mesmas para completar o item 18 (Orientação):</p> <p><i>Qual seu nome completo? E sua idade? Onde você mora? Está trabalhando atualmente? (Já trabalhou anteriormente? Em quê?) Quanto tempo faz que você está aqui? Conte-me por que motivo você foi internado. Quando isso começou? O que aconteceu depois? Você pode me dizer que dia é hoje (semana-mês-ano)?</i></p>		

1	RELATO DO PACIENTE	<p>PREOCUPAÇÃO SOMÁTICA: Grau de preocupação com a saúde física. Avaliar o grau no qual a saúde física é percebida como um problema pelo paciente, quer as queixas sejam baseadas na realidade ou não. Não pontuar o simples relato de sintomas físicos. Avaliar apenas apreensão (ou preocupação) sobre problemas físicos (reais ou imaginários).</p>
	Pergunta-guia	<p><i>Como costuma ser sua saúde física (do corpo)? Como esteve sua saúde no último ano? Você está preocupado com algum problema de saúde agora? Você sente que tem alguma coisa incomum acontecendo com seu corpo ou cabeça?</i></p>
		<p>0 Não relatado. 1 Muito leve: Ocasionalmente fica levemente preocupado com o corpo, sintomas ou doenças físicas. 2 Leve: Ocasionalmente fica preocupado com o corpo de forma moderada ou frequentemente fica levemente apreensivo. Moderado: Ocasionalmente fica muito preocupado ou moderadamente preocupado com frequência. 3 Moderadamente grave: Frequentemente fica muito preocupado. 4 Grave: Fica muito preocupado a maior parte do tempo. 5 Muito grave: Fica muito preocupado praticamente o tempo todo. 6</p>

2	RELATO DO PACIENTE	ANSIEDADE: Preocupação, medo ou preocupação excessiva acerca do presente ou futuro. Pontuar somente a partir de relato verbal das experiências subjetivas do paciente. Não inferir ansiedade a partir de sinais físicos ou mecanismos de defesa neuróticos. Não pontuar se restrito a preocupação somática.
Pergunta-guia		<i>Você está preocupado com alguma coisa? Você tem se sentido tenso ou ansioso a maior parte do tempo? (Quando se sente assim, você consegue saber o porquê? De que forma suas ansiedades ou preocupações afetam o seu dia a dia? Existe algo que ajuda a melhorar essa sensação?)</i>
		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: Ocasionalmente se sente levemente ansioso.</p> <p>2 Leve: Ocasionalmente se sente moderadamente ansioso ou frequentemente se sente levemente ansioso.</p> <p>3 Moderado: Ocasionalmente se sente muito ansioso ou frequentemente se sente moderadamente ansioso.</p> <p>4 Moderadamente grave: Frequentemente se sente muito ansioso</p> <p>5 Grave: Sente-se muito ansioso a maior parte do tempo.</p>
3	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	RETRAIAMENTO AFETIVO: Deficiência no relacionamento com o entrevistador e na situação da entrevista. Manifestações evidentes dessa deficiência incluem: falta de contato visual (troca de olhares); o paciente não se aproxima do entrevistador; apresenta uma falta de envolvimento e compromisso com a entrevista. Diferenciar de AFETO EMBOTADO, no qual são pontuados deficiências na expressão facial, gestualidade e tom de voz. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.
		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Ocasionalmente deixa de encarar o entrevistador.</p> <p>2 Leve: Como acima, porém mais frequente.</p> <p>3 Moderado: Demonstra dificuldade em encarar o entrevistador, mas ainda parece engajado na entrevista e responde apropriadamente a todas as questões.</p> <p>4 Moderadamente grave: Olha fixamente o chão e afasta-se do entrevistador, mas ainda parece moderadamente engajado na entrevista.</p> <p>5 Grave: Como acima, porém mais persistente e disseminado.</p> <p>6 Muito grave: Parece estar “aéreo”, “nas nuvens” ou “viajando” (total ausência de vínculo emocional) e desproporcionalmente não envolvido ou não comprometido com a situação da entrevista. (Não pontuar se explicado pela desorientação.)</p>

4	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	DESORGANIZAÇÃO CONCEITUAL: Grau de incompreensibilidade da fala. Incluir qualquer tipo de desordem formal de pensamento (por exemplo, associações frouxas, incoerência, fuga de ideias, neologismos). NÃO incluir mera circunstancialidade ou fala maníaca, mesmo que acentuada. NÃO pontuar a partir de impressões subjetivas do paciente (por exemplo, “meus pensamentos estão voando”, “não consigo manter o pensamento”, “meus pensamentos se misturam todos”). Pontuar SOMENTE a partir de observações feitas durante a entrevista.
		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Levemente vago, todavia de significação clínica duvidosa.</p> <p>2 Leve: Frequentemente vago, mas é possível prosseguir a entrevista.</p> <p>3 Moderado: Ocasionalmente faz afirmações irrelevantes, uso infrequente de neologismos ou associações moderadamente frouxas.</p> <p>4 Moderadamente grave: Como acima, porém mais frequente.</p> <p>5 Grave: Desordem formal do pensamento presente a maior parte da entrevista, tornando-a muito difícil.</p> <p>6 Muito grave: Muita pouca informação coerente pode ser obtida.</p>
5	RELATO DO PACIENTE	SENTIMENTOS DE CULPA: Preocupação ou remorso desproporcional pelo passado. Pontuar a partir das experiências subjetivas de culpa evidenciadas por meio de relato verbal. Não inferir sentimento de culpa a partir de depressão, ansiedade ou defesas neuróticas.
	Pergunta-guia	<i>Nos últimos dias você tem se sentido um peso para sua família ou colegas? Você tem se sentido culpado por alguma coisa feita no passado? Você acha que o que está passando agora é um tipo de castigo? (Por que você acha isso?)</i>
		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: Ocasionalmente se sente levemente culpado.</p> <p>2 Leve: Ocasionalmente se sente moderadamente culpado ou frequentemente se sente levemente culpado.</p> <p>3 Moderado: Ocasionalmente se sente muito culpado ou frequentemente se sente moderadamente culpado.</p> <p>4 Moderadamente grave: Frequentemente se sente muito culpado.</p> <p>5 Grave: Sente-se muito culpado a maior parte do tempo ou apresenta delírio de culpa encapsulado.</p> <p>6 Muito grave: Apresenta sentimento de culpa angustiante e constante ou delírios de culpa disseminados.</p>

6	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	TENSÃO: Avaliar inquietação motora (agitação) observada durante a entrevista. Não pontuar a partir de experiências subjetivas relatadas pelo paciente. Desconsiderar patogênese presumida (por exemplo, discinesia tardia).
		<p>0 Não observado. 1 Muito leve: Fica ocasionalmente agitado. 2 Leve: Fica frequentemente agitado. 3 Moderado: Agita-se constantemente ou frequentemente; torce as mãos e puxa a roupa. 4 Moderadamente grave: Agita-se constantemente; torce as mãos e puxa a roupa. 5 Grave: Não consegue ficar sentado, isto é, precisa andar. 6 Muito grave: Anda de maneira frenética.</p>
7	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	MANEIRISMOS E POSTURA: Comportamento motor incomum ou não natural. Pontuar apenas anormalidade de movimento. NÃO pontuar aqui simples aumento da atividade motora. Considerar frequência, duração e grau do caráter bizarro. Desconsiderar patogênese presumida.
		<p>0 Não observado. 1 Muito leve: Comportamento estranho, mas de significação clínica duvidosa (por exemplo, um riso imotivado ocasional, movimentos de lábio infrequentes). 2 Leve: Comportamento estranho, mas não obviamente bizarro (por exemplo, às vezes balança a cabeça ritmadamente de um lado para outro, movimenta os dedos de maneira anormal intermitentemente). 3 Moderado: Adota posição de ioga por um breve período, às vezes põe a língua para fora, balança o corpo. 4 Moderadamente grave: Como acima, porém mais frequente, intenso ou disseminado. 5 Grave: Como acima, porém mais frequente, intenso ou disseminado. 6 Muito grave: Postura bizarra durante a maior parte da entrevista, movimentos anormais constantes em várias áreas do corpo.</p>
8	RELATO DO PACIENTE	IDEIAS DE GRANDEZA: Autoestima (autoconfiança) exagerada ou apreciação desmedida dos próprios talentos, poderes, habilidades, conquistas, conhecimento, importância ou identidade. NÃO pontuar mera qualidade grandiosa de alegações (por exemplo, “sou o pior pecador do mundo”, “todo o país está tentando me matar”) a menos que a culpa/persecutoriedade esteja relacionada a algum atributo especial exagerado do indivíduo. O paciente deve declarar atributos exagerados; se negar talentos, poderes, etc., mesmo que afirme que outros digam que ele possui tais qualidades, este item não deve ser pontuado. Pontuar a partir de informação relatada, ou seja, subjetiva.

	Pergunta-guia	<i>Nos últimos dias você tem se sentido com algum talento ou habilidade que a maioria das pessoas não tem? (Como você sabe disso?) Você acha que as pessoas têm tido inveja de você? Você tem acreditado que tenha alguma coisa importante para fazer no mundo?</i>
		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: É mais confiante do que a maioria, mas isso é apenas de possível significância clínica.</p> <p>2 Leve: Autoestima definitivamente aumentada ou talentos exagerados de modo levemente desproporcional às circunstâncias.</p> <p>3 Moderado: Autoestima aumentada de modo claramente desproporcional às circunstâncias, ou suspeita-se de delírio de grandeza.</p> <p>4 Moderadamente grave: Um único (e claramente definido) delírio de grandeza encasulado ou múltiplos delírios de grandeza fragmentários (claramente definidos). Grave: Um único e claro delírio / sistema delirante ou múltiplos e claros delírios de grandeza com os quais o paciente parece preocupado.</p> <p>5</p> <p>6 Muito grave: Como acima, mas a quase totalidade da conversa é dirigida aos delírios de grandeza do paciente.</p>
9	RELATO DO PACIENTE	HUMOR DEPRESSIVO: Relato subjetivo de sentimento de depressão, tristeza, “estar na fossa”, etc. Pontuar apenas o grau de depressão relatada. Não pontuar inferências de depressão feitas a partir de lentificação geral e queixas somáticas. Pontuar a partir de informação relatada, ou seja, subjetiva.
	Pergunta-guia	<i>Como tem estado seu humor (alegre, triste, irritável)? Você acredita que pode melhorar? (Como esse sentimento tem afetado seu dia a dia?)</i>
		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: Ocasionalmente se sente levemente deprimido.</p> <p>2 Leve: Ocasionalmente se sente moderadamente deprimido ou frequentemente se sente levemente deprimido.</p> <p>3 Moderado: Ocasionalmente se sente muito deprimido ou frequentemente se sente moderadamente deprimido.</p> <p>4</p> <p>5 Moderadamente grave: Frequentemente se sente muito deprimido.</p> <p>6</p> <p>Grave: Sente-se muito deprimido a maior parte do tempo. Muito grave: Sente-se muito deprimido quase todo o tempo.</p>
10	RELATO DO PACIENTE	HOSTILIDADE: Animosidade, desprezo, agressividade, desdém por outras pessoas fora da situação da entrevista. Pontuar somente a partir de relato verbal de sentimentos e atos do paciente em relação aos outros. Não inferir hostilidade a partir de defesas neuróticas, ansiedade ou queixas somáticas.

	Pergunta-guia	<i>Nos últimos dias você tem estado impaciente ou irritável com as outras pessoas? (Conseguiu manter o controle? Tolerou as provocações? Chegou a agredir alguém ou quebrar objetos?)</i>
		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: Ocasionalmente sente um pouco de raiva.</p> <p>2 Leve: Frequentemente sente um pouco de raiva ou ocasionalmente sente raiva moderada.</p> <p>3 Moderado: Ocasionalmente sente muita raiva ou frequentemente sente raiva moderada.</p> <p>4 Moderadamente grave: Frequentemente sente muita raiva.</p> <p>5 Grave: Expressou sua raiva tornando-se verbal ou fisicamente agressivo em uma ou duas ocasiões.</p> <p>6 Muito grave: Expressou sua raiva em várias ocasiões.</p>
11	RELATO DO PACIENTE	DESCONFIANÇA: Crença (delirante ou não) de que outros têm agora ou tiveram no passado intenções discriminatórias ou maldosas em relação ao paciente. Pontuar apenas se o paciente relatar verbalmente desconfianças atuais, quer elas se refiram a circunstâncias presentes ou passadas. Pontuar a partir da informação relatada, ou seja, subjetiva.
	Pergunta-guia	<i>Você tem tido a impressão de que as outras pessoas estão falando ou rindo de você? (De que forma você percebe isso?) Você tem achado que tem alguém com más intenções contra você ou se esforçado para lhe causar problemas? (Quem? Por quê? Como você sabe disso?)</i>
		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: Raras circunstâncias de desconfiança que podem ou não corresponder à realidade.</p> <p>2 Leve: Situações de desconfiança ocasionais que definitivamente não correspondem à realidade.</p> <p>3 Moderado: Desconfiança mais frequente ou ideias de referência passageiras.</p> <p>4 Moderadamente grave: Desconfiança disseminada ou ideias de referência frequentes.</p> <p>5 Grave: Claros delírios de perseguição ou referência não totalmente disseminados (por exemplo, um delírio encapsulado).</p> <p>6 Muito grave: Como acima, porém mais abrangente, frequente ou intenso.</p>
12	RELATO DO PACIENTE	COMPORTAMENTO ALUCINATÓRIO (ALUCINAÇÕES): Percepções (em qualquer modalidade dos sentidos) na ausência de um estímulo externo identificável. Pontuar apenas as experiências que ocorreram na última semana. NÃO pontuar “vozes na minha cabeça” ou “visões em minha mente” a menos que o paciente saiba diferenciar entre essas experiências e seus pensamentos.

	Pergunta-guia	<i>Você tem tido experiências incomuns que a maioria das pessoas não tem? Você tem escutado coisas que as outras pessoas não podem ouvir? (Você estava acordado nesse momento? O que você ouvia - barulhos, cochichos, vozes conversando com você ou conversando entre si? Com que frequência? Interferem no seu dia a dia?) Você tem visto coisas que a maioria das pessoas não pode ver? (Você estava acordado nesse momento? O que você via - luzes, formas, imagens? Com que frequência? Interferem no seu dia a dia?)</i>
		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: Apenas se suspeita de alucinação.</p> <p>2 Leve: Alucinações definidas, porém insignificantes, infrequentes ou transitórias.</p> <p>3 Moderado: Como acima, porém mais frequentes (por exemplo, frequentemente vê a cara do diabo; duas vezes travam uma longa conversa).</p> <p>4 Moderadamente grave: Alucinações são vividas quase todo o dia ou são fontes de incômodo extremo.</p> <p>5 Grave: Como acima e exercem impacto moderado no comportamento do paciente (por exemplo, dificuldades de concentração que levam a um comprometimento no trabalho).</p> <p>Muito grave: Como acima, com grave impacto (por exemplo, tentativas de suicídio como resposta a ordens alucinatórias).</p> <p>6</p>
13	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	RETARDAMENTO MOTOR: Redução do nível de energia evidenciada por movimentos mais lentos. Pontuar apenas a partir de comportamento observado no paciente. NÃO pontuar a partir de impressões subjetivas do paciente sobre seu próprio nível de energia.
		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Significação clínica duvidosa.</p> <p>2 Leve: Conversa um pouco mais lentamente, movimentos levemente mais lentos.</p> <p>3 Moderado: Conversa notavelmente mais lenta, mas não arrastada.</p> <p>4 Moderadamente grave: Conversa arrastada, movimentada-se muito lentamente.</p> <p>5 Grave: É difícil manter a conversa, quase não se movimenta.</p> <p>Muito grave: Conversa quase impossível, não se move durante toda a entrevista.</p> <p>6</p>

14	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	FALTA DE COOPERAÇÃO COM A ENTREVISTA: Evidência de resistência, indelicadeza, ressentimento e falta de prontidão para cooperar com os entrevistados. Pontuar exclusivamente a partir das atitudes do paciente e das reações ao entrevistador e à situação de entrevista. NÃO pontuar a partir de relato de ressentimento e recusa à cooperação fora de situação de entrevista.
		0 Não observado. 1 Muito leve: Não parece motivado. 2 Leve: Parece evasivo em certos assuntos. 3 Moderado: Monossilábico, fracassa em cooperar espontaneamente. 4 Moderadamente grave: Expressa ressentimento e é indelicado durante a entrevista. 5 Grave: Recusa-se a responder a algumas questões. 6 Muito grave: Recusa-se a responder à maior parte das questões.
15	RELATO DO PACIENTE	ALTERAÇÃO DE CONTEÚDO DO PENSAMENTO (DELÍRIOS): Gravidade de qualquer tipo de delírio. Considerar convicção e seu efeito em ações. Pressupor convicção total se o paciente agiu baseado em suas crenças. Pontuar a partir de informação relatada, ou seja, subjetiva.
	Pergunta-guia	<i>Você tem acreditado que alguém ou alguma coisa fora de você esteja controlando seus pensamentos ou suas ações contra a sua vontade? Você tem a impressão de que o rádio ou a televisão mandam mensagens para você? Você sente que alguma coisa incomum esteja acontecendo ou está para acontecer?</i>
		0 Não relatado. 1 Muito leve: Suspeita-se ou há probabilidade de delírio. 2 Leve: Às vezes o paciente questiona suas crenças (delírios parciais). 3 Moderado: Plena convicção delirante, porém delírios têm pouca ou nenhuma influência sobre o comportamento. 4 Moderadamente grave: Plena convicção delirante, porém os delírios têm impacto apenas ocasional sobre o comportamento. 5 Grave: Delírios têm efeito significativo (por exemplo, negligencia responsabilidades por causa de preocupações com a crença de que é Deus). 6 Muito grave: Delírios têm impacto marcante (por exemplo, para de comer porque acredita que a comida está envenenada).

16	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	AFETO EMBOTADO: Responsividade afetiva diminuída, caracterizada por <i>deficits</i> na expressão facial, gestualidade e tom de voz. Diferenciar de RETRAIMENTO AFETIVO no qual o foco está no comprometimento interpessoal mais do que no afetivo. Considerar grau e consistência no comprometimento. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.
		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Ocasionalmente parece indiferente a assuntos que são normalmente acompanhados por demonstração de emoção.</p> <p>2 Leve: Expressão facial levemente diminuída ou voz levemente monótona ou gestualidade levemente limitada.</p> <p>3 Moderado: Como acima, porém de forma mais intensa, prolongada ou frequente.</p> <p>4 Moderadamente grave: Achatamento de afeto, incluindo pelo menos duas ou três características (falta acentuada de expressão facial, voz monótona ou gestualidade limitada).</p> <p>5 Grave: Profundo achatamento de afeto.</p> <p>6 Muito grave: Voz totalmente monótona e total falta de gestualidade expressiva durante toda a avaliação.</p>
17	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	EXCITAÇÃO: Tom emocional aumentado, incluindo irritabilidade e expansividade (afeto hipomaníaco). Não inferir afeto de afirmações a partir de delírios de grandeza. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.
		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Significação clínica duvidosa.</p> <p>2 Leve: Às vezes irritadiço ou expansivo.</p> <p>3 Moderado: Frequentemente irritadiço ou expansivo.</p> <p>4 Moderadamente grave: Constantemente irritadiço ou expansivo, às vezes enfurecido ou eufórico.</p> <p>5 Grave: Enfurecido ou eufórico durante maior parte da entrevista.</p> <p>6 Muito grave: Como acima, porém de tal modo que a entrevista precisa ser interrompida prematuramente.</p>
18	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	DESORIENTAÇÃO: Confusão ou falta de orientação adequada em relação a pessoas, lugares e tempo. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.
	Pergunta-guia	<i>Qual seu nome completo? E sua idade? Onde você mora? Está trabalhando atualmente? (Já trabalhou anteriormente? Em quê?) Quanto tempo faz que você está aqui? Conte-me por que motivo você foi internado. Quando isso começou? O que aconteceu depois? Você pode me dizer que dia é hoje (semana-mês-ano)? Você tem conseguido se concentrar? Como está sua memória? (Caso necessário, faça exame específico.) Reentrevista: Você pode me dizer que dia é hoje (semana-mês-ano)? Você pode me dizer o que tinha ontem no jantar?</i>

	<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Parece um pouco confuso.</p> <p>2 Leve: Indica 2003 quando é na verdade 2004.</p> <p>3 Moderado: Indica 1992.</p> <p>4 Moderadamente grave: Não sabe ao certo onde está.</p> <p>5 Grave: Não faz ideia de onde está.</p> <p>6 Muito grave: Não sabe quem é.</p>
--	---

