

Universidade da Beira Interior
Faculdade de Ciências da Saúde



**Qualidade de Vida dos doentes com
Esquizofrenia da Região da Cova da Beira**

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Medicina

Sylvia Melanie Sotto Maior Helder

Covilhã, Fevereiro de 2010

Universidade da Beira Interior
Faculdade de Ciências da Saúde



Qualidade de Vida dos doentes com Esquizofrenia da Região da Cova da Beira

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Medicina

Sylvia Melanie Sotto Maior Helder

Orientadores: Dr. Carlos Leitão e Dr. Vítor Oliveira

Covilhã, Fevereiro de 2010

Fevereiro 2010

Este trabalho é dedicado à minha amiga de infância Rita Slob Monteiro.

Fevereiro 2010

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar ao Dr. Carlos Leitão, por todo o apoio dado e, por desde o início ter acreditado em mim e neste projecto.

Ao Dr. Vítor Oliveira por todas as dicas e conselhos dados.

A todos os enfermeiros do Departamento de Psiquiatria do Hospital Pêro da Covilhã, com um especial agradecimento à enfermeira Maria João.

A todos os doentes que aceitaram participar neste estudo, tornando assim possível a sua concretização.

À minha tia Margarida Sotto Mayor, por todas as tardes de trabalho em conjunto e pelo apoio incondicional que me deu.

A toda a minha família, em especial à minha mãe, Fátima Sotto Maior, irmão, Philippe Helder e, namorado Diogo Jacob, por serem os meus pilares.

A todos os meus amigos que aturam os meus momentos menos bons e, com quem eu partilho os momentos mais felizes da minha vida.

RESUMO

Introdução: O conceito de qualidade de vida foi definido pela Organização Mundial de Saúde como sendo a percepção do indivíduo da sua posição na vida e no contexto cultural e de sistema de valores no qual este se insere e, em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações (1). Sendo a Esquizofrenia uma doença crónica que afecta aproximadamente 1% da população mundial e, uma das doenças mais incapacitantes da psiquiatria com um efeito profundo nos indivíduos e nas suas famílias é de esperar que esta doença tenha um efeito negativo sobre a sua qualidade de vida (2). Diversos estudos (3, 4) foram feitos com o intuito de se poder identificar quais os factores que influenciam a qualidade de vida dos doentes com esquizofrenia, mas, os resultados não são consensuais (3).

Objectivo do estudo: Com este estudo pretendemos caracterizar os diferentes domínios da qualidade de vida dos doentes com esquizofrenia e, determinar quais as variáveis sociodemográficas, clínicas, estilos de vida e comportamentos aditivos que têm uma influência sobre a mesma.

Métodos: Tratou-se de um estudo essencialmente quantitativo, transversal e exploratório, com uma amostra de conveniência de 50 doentes com o diagnóstico de Esquizofrenia, seguidos nas consultas do Departamento de Psiquiatria do Hospital Pêro da Covilhã. Aplicou-se uma escala de avaliação da qualidade de vida - World Health Organization Quality Of Life - Bref (WHOQOL-Bref) - e um questionário para a obtenção de dados relativo às variáveis sociodemográficas e clínicas.

Resultados/Discussão: Tratou-se de uma amostra de indivíduos maioritariamente: masculina, solteira, com baixa escolaridade e profissionalmente inactiva e vivendo com familiares. A maioria dos doentes apresentava o subtipo de Esquizofrenia Paranóide, teve múltiplos internamentos e todos estavam medicados com antipsicóticos. Apresentavam uma média de qualidade de vida baixa. O local da entrevista teve uma influência no domínio psicológico da qualidade de vida dos doentes. O tipo de antipsicótico oral influenciou todos os domínios da qualidade de vida mas não a qualidade de vida em geral e, a presença de pensamentos suicidas em algum momento da vida dos doentes teve um impacto negativo no domínio psicológico da sua qualidade de vida.

Conclusão: O estudo dos efeitos dos diversos factores que fazem parte da vida dos doentes com esquizofrenia e a sua influência na qualidade de vida demonstra a complexidade das intervenções que são necessárias. A influência da família na qualidade de vida dos doentes é inequívoca, sendo por isso importante apostar nas intervenções psico-educativas para as famílias e na sua reabilitação social. Concluindo, a sua abordagem requer um enquadramento multidimensional e multidisciplinar.

Palavras-chave: Psiquiatria, Esquizofrenia, Qualidade de vida, WHOQOL-Bref

ABSTRACT

Introduction: The concept of life quality was defined by the World Health Organization as being the perception of the individual about his position in life in the context of the culture and value systems in which he lives, and in relation to his goals, expectations, standards and concerns (1). Being schizophrenia a chronic disease which affects approximately 1% of the world population, and one of the most disabling diseases with a deep impact in the individual and among his family, one must expect that it has a negative effect in the quality of life of the individual (2). Several studies (3, 4) were made with the aim of identifying the factors that influence the quality of life of the patients with schizophrenia, but the results were not consensual (3).

Aims of the research: This research had the following aims: characterize the different quality of life domains of the schizophrenia patients' and also to determine the sociodemographic and clinical variables, as the lifestyles and behaviours which influence the patients' quality of life.

Methods: This was a quantitative, transversal and exploratory study, with a convenience sample of 50 patients with schizophrenia, from the Pschiquiatric Department of the Hospital Pêro da Covilhã. The World Health Organization Quality of life – Bref (WHOQOL-Bref) and a questionnaire to collect data about the sociodemographic and clinical variables was applied.

Results: The majority of the individuals in the sample were male, single, with low qualifications, unemployed, and most of them lived with their families. Most of them suffered from Paranoid Schizophrenia, they were already hospitalized several times and all of them were medicated with antipsychotics. Their quality of life was low. The place chosen for the interview influenced the psychological domain of quality of life of the patients; the type of oral antipsychotic shaped all the quality of life's domains, but not the quality of life in general.

Moreover, the suicidal thoughts some patients had, had a negative impact in the psychological domain of his/ her quality of life.

Conclusion: Researching the effects of the several factors that are part of the patients with schizophrenia quality of life, as also its influence in the quality of life itself showed us the complexity of the interventions needed. One cannot deny the influence of the family in the patients' quality of life, so it is important to put an effort in psycho-educational interventions for the family and also in its social rehabilitation. One may conclude that it requires a multidimensional and multidisciplinary intervention.

Key words: Psychiatry, Schizophrenia, Quality of life, WHOQOL-Bref

ÍNDICE

DEDICATÓRIA	I
AGRADECIMENTOS	II
RESUMO	III
ABSTRACT	V
ÍNDICE	VII
ÍNDICE DE TABELAS	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	IX
ABREVIATURAS	X
CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO II - MATERIAIS E MÉTODOS	5
OBJECTIVO DO ESTUDO.....	5
<i>VARIÁVEIS INDEPENDENTES</i>	5
VARIÁVEIS DEPENDENTES.....	6
DESENHO DA INVESTIGAÇÃO.....	6
SELECÇÃO DA AMOSTRA.....	7
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DENTRO DA AMOSTRA.....	7
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	7
INSTRUMENTOS E DOMÍNIOS AVALIADOS.....	7
PROCEDIMENTOS.....	8
PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS.....	9
CAPÍTULO III – RESULTADOS	11
VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	11
VARIÁVEIS CLÍNICAS.....	13
ESQUIZOFRENIA E QUALIDADE DE VIDA NA COVA DA BEIRA.....	19
VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES COM ESQUIZOFRENIA.....	19
VARIÁVEIS CLÍNICAS E QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES COM ESQUIZOFRENIA.....	21
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO	27
CAPÍTULO V - CONCLUSÃO:	37
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	39
ANEXOS	45
ANEXO I.....	45
ANEXO II.....	50

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Idade.....	11
Tabela 2 - Idade de início da doença e da 1. ^a consulta psiquiátrica e duração da doença	13
Tabela 3 - Terapêutica actual dos doentes.....	15
Tabela 4 - Pensamentos e tentativas suicidas.....	18
Tabela 5 - Qualidade de vida dos doentes com Esquizofrenia	19
Tabela 6 – Variáveis sociodemográficas e QdV dos doentes com esquizofrenia.....	20
Tabela 7 – Variável com quem vive e QdV dos doentes com esquizofrenia.....	21
Tabela 8 – Local da entrevista e QdV dos doentes com esquizofrenia	21
Tabela 9 – Variáveis clínicas e QdV dos doentes com esquizofrenia.....	22
Tabela 10 – Terapêutica dos doentes e QdV	23
Tabela 11 – Consumo de drogas ilícitas no passado e hábitos tabágicos e QdV dos doentes	25
Tabela 12 – Pensamentos e tentativas suicidas e QdV dos doentes	26

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da amostra por sexo	11
Gráfico 2 - Distribuição da amostra segundo o estado civil	11
Gráfico 3 - Distribuição da amostra segundo a escolaridade	12
Gráfico 4 - Distribuição da amostra segundo a situação profissional	12
Gráfico 5 - Distribuição da amostra segundo com quem vive	13
Gráfico 6 - Distribuição da amostra segundo o subtipo de Esquizofrenia	14
Gráfico 7 - Distribuição da amostra segundo o número de consultas psiquiátricas nos últimos 12 meses	14
Gráfico 8 - Número de internamentos psiquiátricos desde o diagnóstico de Esquizofrenia	14
Gráfico 9 - Distribuição da amostra segundo o tipo de antipsicótico oral	16
Gráfico 10 - Distribuição da amostra segundo o tipo de antipsicótico depot	16
Gráfico 11 - Distribuição da amostra segundo a presença de co-morbilidades	16
Gráfico 12 - Distribuição da amostra segundo os seus hábitos alcoólicos	17
Gráfico 13 - Distribuição da amostra segundo os seus hábitos tabágicos	17
Gráfico 14 - Tipo de drogas consumidas pelos doentes	18
Gráfico 15 – Tipo de antipsicótico oral e a QdV dos doentes	24
Gráfico 16 – Hábitos alcoólicos e QdV	25

ABREVIATURAS

HPC – Hospital Pêro da Covilhã

WHOQOL-Bref – World Health Organization Quality Of Life

QdV- Qualidade de Vida

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

O conceito de qualidade de vida foi definido pela Organização Mundial de Saúde como sendo a percepção do indivíduo da sua posição na vida e no contexto cultural e de sistema de valores no qual este se insere e, em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações (1). Este conceito de QdV e a sua gradação por escalas é frequentemente usado como sendo parte de um multidimensional meio de avaliação da eficácia de um tratamento (5). Existem inúmeras escalas de avaliação da qualidade de vida, algumas adequam-se melhor a umas populações que a outras.

Nos anos noventa, a Organização Mundial de Saúde elaborou um instrumento de avaliação da qualidade de vida - WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life), deste instrumento surgiu uns anos mais tarde uma versão mais abreviada e de aplicação mais rápida o WHOQOL-Bref que engloba quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente e, a QdV geral. Este instrumento de avaliação subjectiva da QdV foi desenhado para poder ser aplicado a pessoas que vivam em diferentes circunstâncias, condições e culturas. Tendo sido considerado fidedigno para a aplicação em estudos com doentes com esquizofrenia (6).

A Esquizofrenia é uma doença crónica que afecta aproximadamente 1% da população mundial (7). Catalogada por Kraepelin como “demência precoce”, foi Eugen Bleuler que em 1911 deu o nome de Esquizofrenia a esta doença (2). Apresenta uma sintomatologia muito vasta que se manifesta de forma diferente entre os doentes e ao longo da sua própria evolução (2). Os sintomas podem ser caracterizados como fazendo

parte do grupo dos sintomas negativos ou positivos, resultantes da deterioração cognitiva, da desorganização, de distúrbios do humor ou dos sintomas motores (2). A evolução desta doença é caracterizada por uma trajectória sequencial, com diferente duração em cada doente, que envolve i) uma fase pré-mórbida, onde se começa a detectar uma ligeira e não específica disfunção cognitiva, motora e/ou social; ii) fase prodrómica, caracterizada pela presença de sintomas positivos atenuados e declínio funcional; iii) primeiro episódio psicótico que anuncia o início da esquizofrenia iv) episódios psicóticos repetidos com variação na duração das remissões e, com aumento da disfunção com cada episódio v) fase estável ou de *plateau*, onde são predominantes os sintomas negativos e os défices cognitivos, podendo ocorrer ou não alguma vi) recuperação em qualquer estágio da doença (2).

A partir das décadas de 50 e 60 do século passado o tratamento das doenças mentais graves e, em particular da Esquizofrenia, começou a orientar-se no sentido da reabilitação psicossocial e reintegração na comunidade (8). Desde então, começou a surgir uma preocupação com a qualidade de vida destes doentes e, nos últimos 15 anos houve um aumento da investigação neste campo (9). Sendo a Esquizofrenia uma das doenças mais incapacitantes da psiquiatria com um efeito profundo nos indivíduos e nas suas famílias é de esperar que esta doença tenha um efeito negativo sobre a sua QdV (2). A avaliação da QdV dos doentes e da própria doença requer uma apreciação cuidadosa, que aborde aspectos clínicos (10, 11), farmacológicos (12, 13) (14), funcionais, sociais e familiares. Estes factores, preferencialmente, devem conjugar-se com diferentes abordagens terapêuticas incluindo a vertente não farmacológica.

Os *preditores* da QdV na esquizofrenia ainda não são totalmente compreendidos (8), sendo esta a razão que nos motivou para a realização deste estudo de forma particular. A outra razão prende-se com o facto de querermos contribuir para um melhor conhecimento acerca desta temática.

Assim, com este estudo pretendemos caracterizar os diferentes domínios da qualidade de vida dos doentes com esquizofrenia de uma amostra da Cova da Beira e, determinar quais as variáveis sociodemográficas, clínicas, estilos de vida e comportamentos aditivos que têm uma influência sobre a mesma. As *Hipóteses* de trabalho são as seguintes:

1. **As variáveis sociodemográficas interferem na qualidade de vida** dos doentes com Esquizofrenia acompanhados nas consultas do Departamento Psiquiatria do HPC;
2. **As variáveis clínicas interferem na qualidade de vida** dos doentes com Esquizofrenia acompanhados nas consultas do Departamento Psiquiatria do HPC.

Assim, esta tese estrutura-se em 5 capítulos:

Neste primeiro capítulo, reflectiu-se sobre o enquadramento teórico da problemática em estudo, começando por apresentar uma abordagem conceptual da Qualidade de Vida, da Esquizofrenia e da sua influência sobre a Qualidade de Vida. Partindo do geral para o particular, abordaram-se aspectos essenciais que enquadram esta patologia como uma doença crónica que tem grandes implicações sociais, funcionais e familiares.

Num segundo capítulo, apresentam-se as opções metodológicas (material e métodos): inscrevem-se os objectivos do estudo, o desenho da investigação, as principais linhas orientadoras, os instrumentos e dimensões a avaliar, bem como se indicam os procedimentos estatísticos necessários para atingir os resultados.

O terceiro capítulo debruça-se sobre a análise dos principais resultados, dando prioridade à descrição das variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra. Seguimos com a apresentação e análise da qualidade de vida e Esquizofrenia, e terminamos com a análise correlacional dos diversos domínios da QdV com as variáveis sociodemográficas e clínicas.

No capítulo quarto, analisam-se e discutem-se os principais resultados, seguindo a ordem delineada no capítulo das opções metodológicas, de acordo com a sequência de resultados e à luz das publicações mais recentes sobre a problemática da Qualidade de Vida na Esquizofrenia. Analisam-se e discutem-se a Qualidade de Vida dos doentes com Esquizofrenia nos domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente bem como a QdV em geral. Ao longo deste capítulo, quando considerado oportuno, fazem-se sugestões para trabalhos futuros.

O quinto capítulo é dedicado às principais conclusões, abordando-se também as limitações do estudo.

CAPÍTULO II - MATERIAIS E MÉTODOS

OBJECTIVO DO ESTUDO

Com este estudo pretendemos caracterizar os diferentes domínios da qualidade de vida dos doentes com esquizofrenia e, determinar quais as variáveis sociodemográficas, clínicas, estilos de vida e comportamentos aditivos que têm uma influência sobre a mesma.

Varáveis independentes:

- ✓ Idade;
- ✓ Sexo;
- ✓ Estado Civil;
- ✓ Com quem vive;
- ✓ Situação profissional;
- ✓ Nível de instrução;
- ✓ Idade de início da doença;
- ✓ Idade da 1ª consulta psiquiátrica;
- ✓ Subtipo de esquizofrenia;
- ✓ Número de consultas psiquiátricas a que foi nos últimos 12 meses;
- ✓ Número de internamentos psiquiátricos;
- ✓ Terapêutica actual;

Fevereiro 2010

- ✓ Quem administra o antipsicótico *depot*;
- ✓ Doenças associadas;
- ✓ Outros medicamentos;
- ✓ Hábitos alcoólicos;
- ✓ Passado de consumo de drogas ilícitas;
- ✓ Tipo de drogas consumidas;
- ✓ Consumo actual de drogas;
- ✓ Hábitos tabágicos;
- ✓ Presença em algum momento da sua vida de pensamentos suicidas;
- ✓ Tentativas de suicídio e método utilizado.

VARIÁVEIS DEPENDENTES

- Domínio Físico da qualidade de vida;
- Domínio Psicológico da QdV;
- Domínio Relações Sociais da QdV;
- Domínio Ambiente da QdV;
- Qualidade de Vida Geral.

DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

Optamos por um desenho de investigação essencialmente quantitativo, transversal e exploratório.

SELECÇÃO DA AMOSTRA

A amostra deste estudo foi uma amostra de conveniência, tendo sido constituída por 50 doentes com o diagnóstico de Esquizofrenia, assistidos pelo Departamento de Psiquiatria do HPC, seleccionada de 3 locais:

- 1- Da consulta externa;
- 2- Do internamento;
- 3- Da visita domiciliária.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DENTRO DA AMOSTRA

Foram incluídos os sujeitos que se encontravam inscritos na consulta externa de Psiquiatria do HPC e que apresentavam o diagnóstico confirmado de Esquizofrenia de acordo com os critérios preconizados no DSM-IV (15).

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos todos os sujeitos que não estavam compensados do ponto de vista psicopatológico no momento da recolha de dados.

INSTRUMENTOS E DOMÍNIOS AVALIADOS

Os instrumentos de colheita de dados foram três, um questionário, uma escala e o processo clínico:

- 1- Para a realização deste estudo utilizamos a versão Portuguesa do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref), validado para a população portuguesa por *Canavarro et al* (2006) (16). O WHOQOL-Bref é um instrumento genérico e subjectivo de avaliação da QdV, desenhado para poder ser aplicado a pessoas que vivam em diferentes circunstâncias, condições e culturas. É composto por 26

Fevereiro 2010

questões que se enquadram em 4 domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente; apresentando ainda uma faceta geral da QdV. Este instrumento foi considerado fidedigno para a aplicação em estudos com doentes com esquizofrenia (6).

- 2- No âmbito desta investigação foi construído um questionário com o objectivo de colher dados sobre: idade, sexo, estado civil, com quem vive, situação profissional, nível de instrução, idade de início da doença, idade da 1ª consulta psiquiátrica, subtipo de esquizofrenia, número de consultas psiquiátricas a que foi nos últimos 12 meses, número de internamentos psiquiátricos, terapêutica actual, quem administra antipsicótico *depot*, doenças associadas, outros medicamentos, hábitos alcoólicos, passado de consumo de drogas ilícitas, que drogas foram consumidas, consumo actual de drogas, hábitos tabágicos, presença em algum momento da vida de pensamentos suicidas, realização de tentativas de suicídio e método utilizado.
- 3- A consulta do processo clínico foi realizada sempre que surgiram dúvidas relativamente à idade das primeiras consultas, número de consultas psiquiátricas nos últimos 12 meses, número de internamentos e terapêutica.

PROCEDIMENTOS

Dadas as características da nossa amostra, tivemos em consideração o tipo de participantes no estudo, as suas dificuldades e as suas características pessoais. O questionário e a escala foram aplicados por nós em gabinete próprio (no caso da consulta externa e internamento) e no espaço disponível no caso de visita domiciliária.

Começamos a nossa intervenção com a nossa apresentação, fornecemos informação sobre o objectivo do estudo para de seguida recolher a autorização do doente com base no consentimento livre e informado. De imediato procedemos ao preenchimento das respostas do questionário e da escala. Nas situações em que surgiu dificuldade de compreensão seguimos as indicações dos investigadores que validaram o instrumento (16) já anexas ao mesmo.

A todos os processos de recolha de dados foi atribuído um número com o objectivo de ser identificado na base de dados. No caso da recolha de dados realizada em visita domiciliária tivemos o acompanhamento da Enfermeira do Departamento de Psiquiatria do HPC, que habitualmente realiza estas visitas.

A colheita de dados ocorreu entre Maio e Julho de 2009.

O estudo teve a aprovação do Conselho de Administração e da Comissão de Ética do Hospital Pêro da Covilhã.

PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

A escolha dos procedimentos estatísticos esteve relacionada com o tipo de análise que se pretendia efectuar e também com o tipo de amostra. A opção de utilizar estatística paramétrica versus não paramétrica baseou-se nas características de distribuição amostral.

Segundo *Field* (2005) (17) a utilização de estatística paramétrica só é possível quando se trata de escalas intervalares, quando estamos perante uma distribuição normal, homogeneidade de variância e independência na recolha da amostra. Assim, ao longo da nossa análise dos dados, recorreremos a diferentes técnicas, de acordo com os

objectivos propostos e com as características das variáveis. Relativamente à estatística descritiva, foram determinadas frequências, médias e desvios-padrão com o intuito de caracterizar a amostra no que respeita às variáveis sociodemográficas e clínicas. Com o objectivo de estudar a influência das características sociodemográficas e clínicas sobre os diferentes domínios da qualidade de vida (WHOQOL-Bref) (16) foram utilizados os seguintes testes: Teste t de student; Teste de Mann-whitney; Teste de Spearman; Teste One Way ANOVA e teste de Kruskal-Wallis.

Em todas as análises, a significância estatística foi aceite para um valor de $p < 0,05$.

Foi nosso objectivo utilizar, nesta investigação, uma escala já validada para a população portuguesa. Neste contexto não foi utilizada a consistência interna por esta já ter sido testada por *Canavarro et. al* (2006) (16).

Para realizar a análise estatística utilizou-se o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 17.0) (17, 18).

CAPÍTULO III – RESULTADOS

Começámos a análise dos nossos resultados pelo estudo das características sociodemográficas da nossa amostra.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Tal como se pode observar no Gráfico 1, a nossa amostra foi maioritariamente constituída por indivíduos do sexo masculino (76%), com uma média de idades situada nos 50,3 anos (Tabela 1).

Gráfico 1 - Distribuição da amostra por sexo

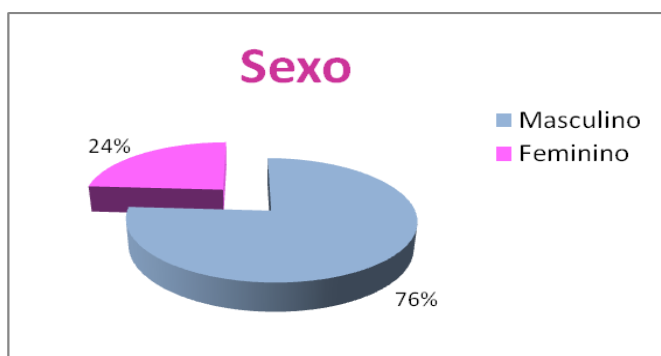
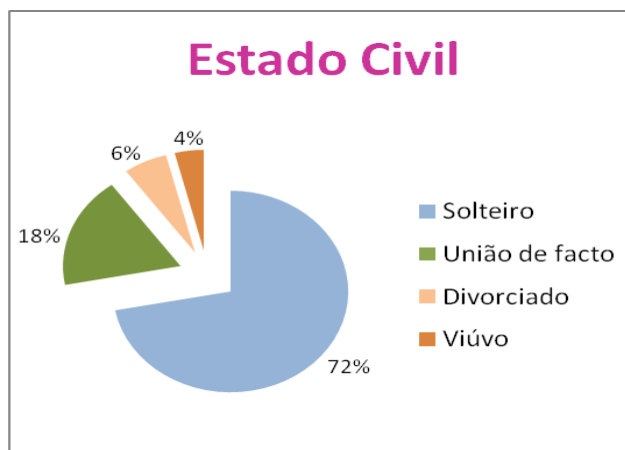


Tabela 1 – Idade

Idade
Média 50,3 anos
Mínima 26 anos
Máxima 78 anos

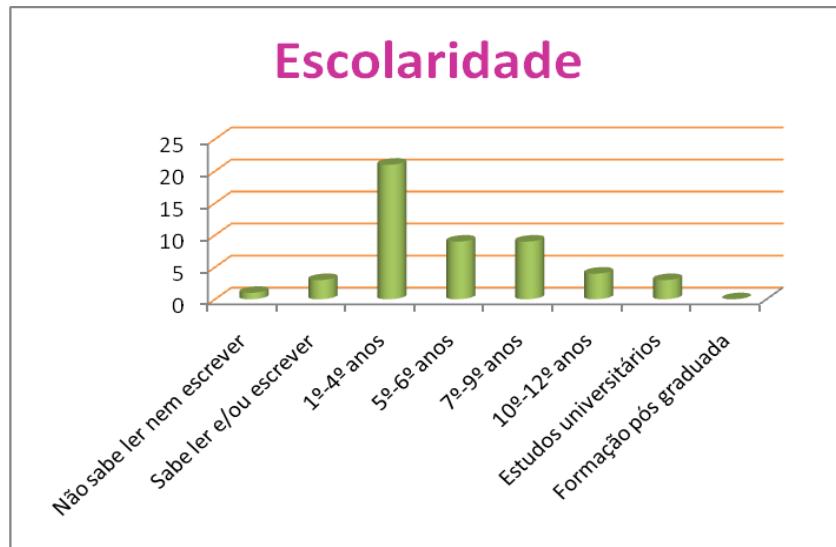
Mais de dois terços (72%) dos indivíduos entrevistados eram solteiros, não existindo nenhum casado.

Gráfico 2 - Distribuição da amostra segundo o estado civil



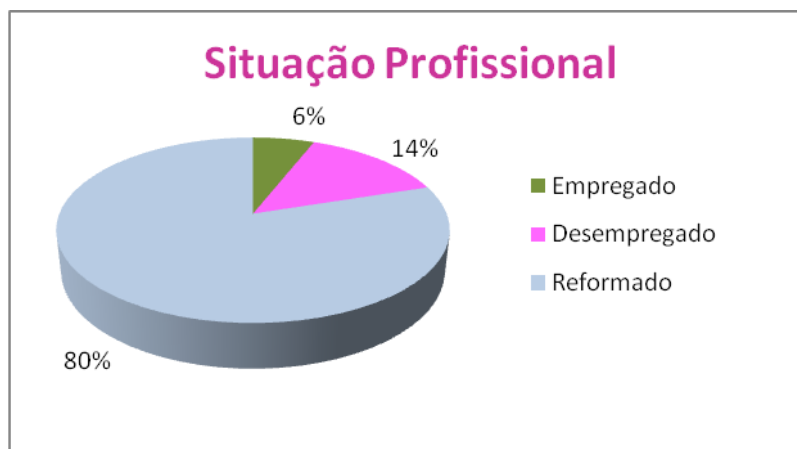
Quarenta e dois por cento dos entrevistados tinham habilitações académicas compreendidas entre o 1º e o 4º ano de escolaridade (42,0%).

Gráfico 3 - Distribuição da amostra segundo a escolaridade



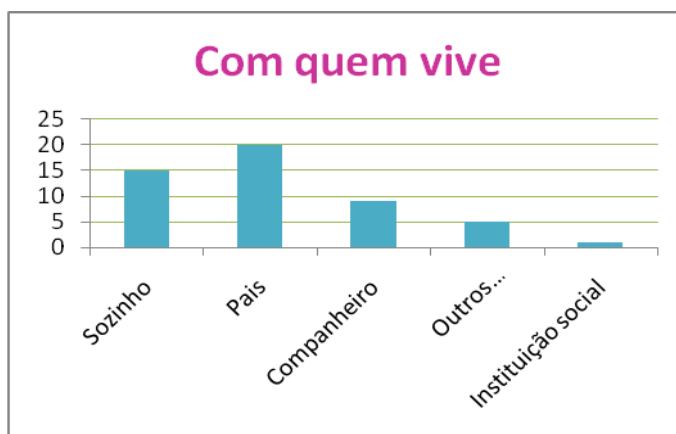
Relativamente à sua situação profissional, a grande maioria dos doentes eram reformados/recebiam uma pensão social (80,0%), estando apenas 3 pessoas (6%) empregadas.

Gráfico 4 - Distribuição da amostra segundo a situação profissional



Quarenta por cento dos indivíduos viviam com os seus pais, sendo este valor seguido pelo número de doentes que viviam sozinhos (30%).

Gráfico 5 - Distribuição da amostra segundo com quem vive



VARIÁVEIS CLÍNICAS

No que diz respeito às características clínicas da amostra, aproximadamente metade dos indivíduos entrevistados encontravam-se na consulta externa (54%), seguindo-se a visita domiciliária com 26% dos doentes e por último o internamento com 20% dos indivíduos.

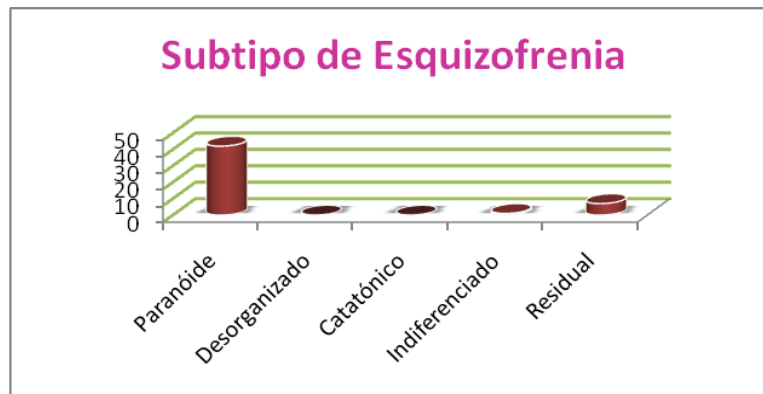
A idade de início da doença e a idade da primeira consulta psiquiátrica apresentaram médias muito próximas (30 anos).

Tabela 2 - Idade de início da doença e da 1.ª consulta psiquiátrica e duração da doença

Idade de início da doença	Idade da 1.ª consulta	Duração da doença
Média 30,06 anos	Média 30,16 anos	Média 20,24
Mínima 15 anos	Mínima 15 anos	Mínima 1 ano
Máxima 56 anos	Máxima 56 anos	Máxima 46 anos

Quase a totalidade da amostra (84%) apresentava o subtipo de Esquizofrenia paranóide, não existindo nenhum indivíduo com o subtipo desorganizado ou catatónico.

Gráfico 6 - Distribuição da amostra segundo o subtipo de Esquizofrenia



Em relação ao número de consultas, 38% dos doentes foram a três ou mais consultas psiquiátricas nos últimos 12 meses (Gráfico 7) e aproximadamente metade da amostra (48%) teve 5 ou mais internamentos psiquiátricos desde o diagnóstico da doença (Gráfico 8).

Gráfico 7 - Distribuição da amostra segundo o número de consultas psiquiátricas nos últimos 12 meses

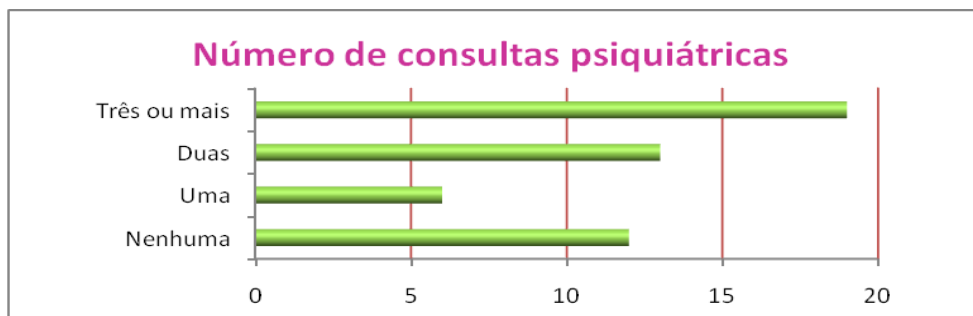
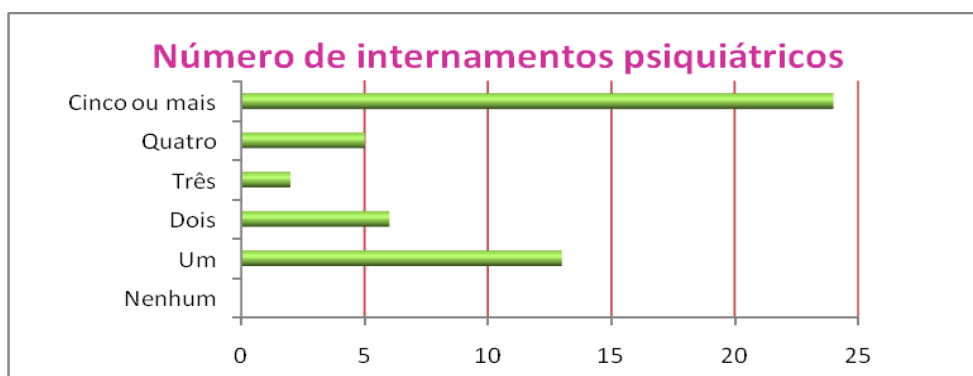


Gráfico 8 - Número de internamentos psiquiátricos desde o diagnóstico de Esquizofrenia



No que diz respeito à terapêutica actual dos doentes, todos se encontravam a fazer terapia com antipsicóticos, a grande maioria encontrava-se a tomar antipsicóticos orais (86%) e a 64% dos doentes era administrado um antipsicótico *depot*, sendo este administrado maioritariamente (87,5%) pelos enfermeiros do Departamento de Psiquiatria do HPC e os restantes pelos enfermeiros do Centro de Saúde local. Aproximadamente metade dos doentes estava a tomar ansiolíticos (52%) e/ou anticolinérgicos (50%).

Tabela 3 - Terapêutica actual dos doentes

	n	%
Ansiolíticos	26	52,0
Indutores do sono	2	4,0
Antidepressivos	7	14,0
Antipsicóticos	50	100,0
Orais	43	86,0
Depot	32	64,0
Anticolinérgicos	25	50,0
Outros	4	8,0

O tipo de antipsicótico oral administrado apresentava uma distribuição equitativa pelos doentes (Gráfico 9), mas relativamente ao tipo de antipsicótico *depot* à grande maioria (60,0%) era administrado um antipsicótico típico (Gráfico 10).

Fevereiro 2010

Gráfico 9 - Distribuição da amostra segundo o tipo de antipsicótico oral.

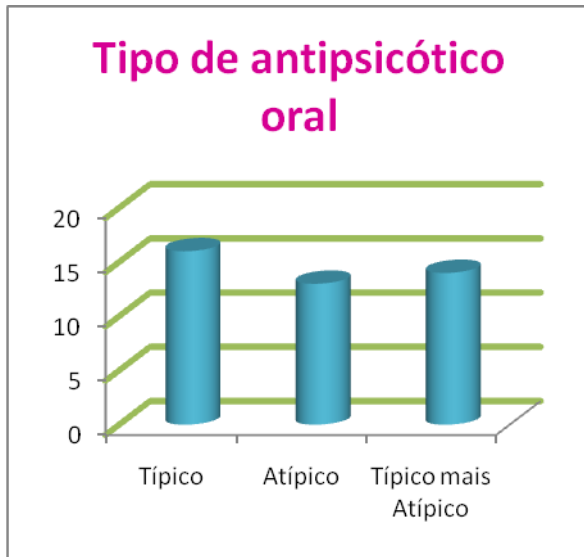
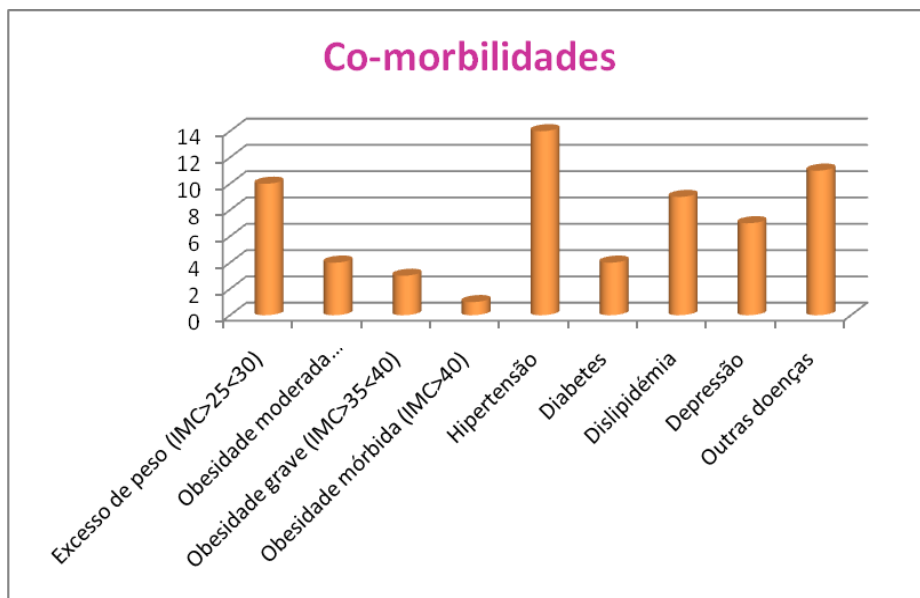


Gráfico 10 - Distribuição da amostra segundo o tipo de antipsicótico depot.



Relativamente à existência de co-morbilidades, verificou-se que 36% dos doentes apresentavam peso acima do normal (excesso de peso ou obesidade moderada, grave ou mórbida) e, que 28% tinham Hipertensão Arterial diagnosticada.

Gráfico 11 - Distribuição da amostra segundo a presença de co-morbilidades



A maioria dos doentes (64%) negou a presença de hábitos etílicos (Gráfico 12), mas a presença de hábitos tabágicos foi confirmada em aproximadamente metade da amostra (48%).

Fevereiro 2010

Gráfico 12 - – Distribuição da amostra segundo os seus hábitos alcoólicos

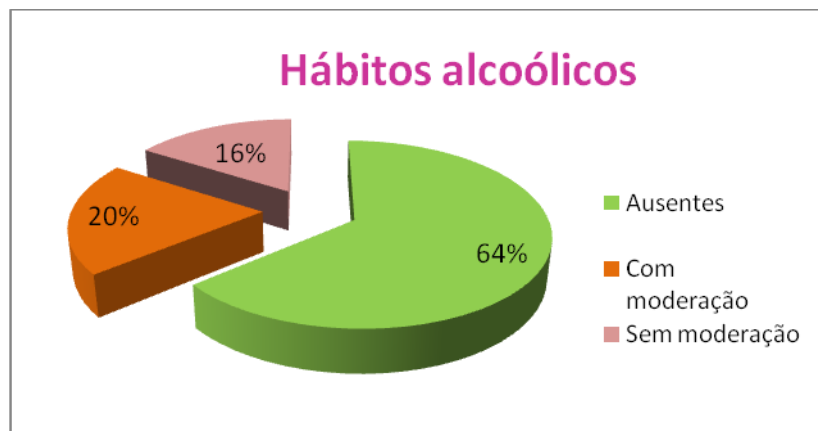
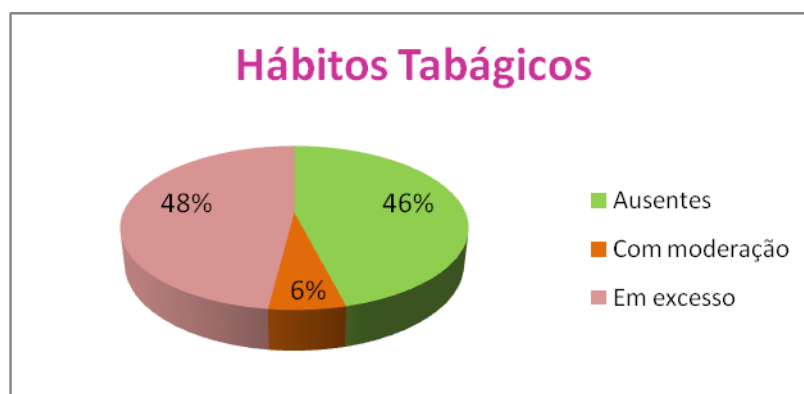


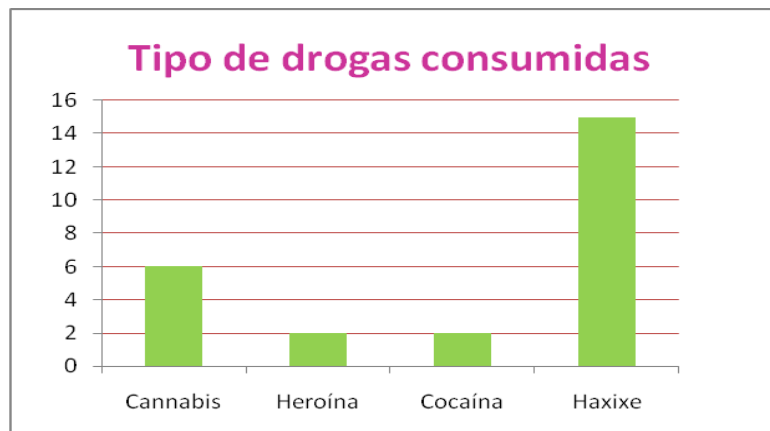
Gráfico 13 - Distribuição da amostra segundo os seus hábitos tabágicos



Relativamente ao consumo de drogas ilícitas, alguns doentes referiram ter história de consumo (32%). A droga mais consumida foi o Haxixe (30%) tendo-se verificado em alguns casos o consumo de mais de um tipo de droga.

Fevereiro 2010

Gráfico 14 - Tipo de drogas consumidas pelos doentes



No momento da entrevista, apenas um pequeno grupo de doentes referiu continuar com comportamentos aditivos (6%).

No que se refere aos pensamentos sobre potencial suicídio, verificou-se que apesar de 36% dos doentes já terem alguma vez na vida pensado em suicídio, apenas 16% tentaram suicidar-se, tendo a *overdose* com medicamentos sido o método mais utilizado (75%) existindo apenas uma tentativa com arma de fogo e uma por defenestração.

Tabela 4 - Pensamentos e tentativas suicidas

	n	%
Pensaram em algum momento da sua vida em suicídio	18	36,0
Tentaram o suicídio	8	16,0

ESQUIZOFRENIA E QUALIDADE DE VIDA NA COVA DA BEIRA

Em termos gerais, podemos observar que a população inquirida tinha baixa qualidade de vida (QdV). Os valores de média encontrados situaram-se entre os 44,0 e os 58,8, sendo que o domínio das relações sociais foi o que apresentou um valor mais baixo (44,0).

Tabela 5 - Qualidade de vida dos doentes com Esquizofrenia

Domínios	Média	Desvio Padrão
D1 Físico	51,8	10,0
D2 Psicológico	58,8	13,4
D3 Relações sociais	44,0	21,5
D4 Ambiente	56,3	13,4
QdV Geral	51,8	18,0

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES COM ESQUIZOFRENIA

Quanto às variáveis sexo, idade, estado civil, escolaridade e situação profissional não se observaram diferenças estatisticamente significativas relativamente à qualidade de vida nos seus diferentes domínios.

Fevereiro 2010

Tabela 6 – Variáveis sociodemográficas e QdV dos doentes com esquizofrenia

		D1 Físico Média/DP	D2 Psicológico Média/DP	D3 Relações sociais Média/DP	D4 Ambiente Média/DP	QdV Geral Média/DP
Sexo ⁴	Masculino	51,1(10,6)	59,2(12,3)	43,9(21,3)	56,7(13,7)	52,3(17,4) ²
	Feminino	53,9(7,5)	57,3(16,9)	44,4(23,1)	55,2(12,6)	50,0(20,6)
Estado civil ⁴	Solteiro	51,8(10,6)	60,8(12,5)	43,8(20,7)	56,0(13,3)	51,4(18,1)
	União de facto	-	-	-	-	-
	Casado	52,8(9,1)	50,5(16,6)	50,0(28,3)	60,4(12,5)	48,6(21,1)
	Divorciado	51,2(10,3)	58,3(11,0)	33,3(8,3)	44,8(6,5)	62,5(12,5)
	Viúvo	48,2(2,5)	60,4(8,8)	37,5(17,7)	60,9(24,3)	56,3(8,8)
Escolaridade ⁴	Não sabe ler nem escrever	50,0(-)	54,2(-)	41,7(-)	59,4(-)	62,5(-)
	Sabe ler e/ou escrever	41,7(8,2)	56,9(19,7)	25,0(28,9)	50,0(5,4)	50,0(25,0)
	1º-4º anos	53,7(8,9)	57,7(16,0)	38,9(20,8)	57,1(13,8)	50,6(20,0)
	5º-6º anos	53,2(13,3)	63,0(8,7)	56,5(22,4)	53,5(14,7)	45,8(21,7)
	7º-9º anos	50,0(8,2)	55,1(9,9)	46,3(17,2)	61,1(13,0)	55,6(9,1)
	10º-12º anos	49,1(11,4)	54,2(10,8)	50,0(24,5)	50,8(14,3)	50,0(17,7)
	Estudos universitários	53,6(12,9)	73,6(4,8)	47,2(21,0)	57,3(17,8)	66,7(7,2)
	Formação pós graduada	-	-	-	-	-
Situação profissional ⁴	Empregado	59,5(4,1)	66,7(12,5)	55,6(17,3)	58,3(10,0)	62,5(12,5)
	Desempregado	50,5(8,6)	57,1(12,7)	38,1(29,6)	48,7(18,5)	55,4(17,5)
	Reformado	51,4(10,4)	58,4(13,7)	44,2(20,3)	57,5(12,4)	50,3(18,5)

*p<0,05; **p<0,01; 1 – Anova; 2 – Teste Mann-Whitney; 3 – Correlação de Spearman; 4 – Teste t de Student; 5-Kruskal-Wallis test.

Apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida entre os doentes que viviam sozinhos e os que viviam com outros familiares, verificou-se que aqueles que viviam sozinhos apresentavam médias de qualidade de vida superiores relativamente aos que viviam com os seus familiares, com excepção dos resultados encontrados na qualidade de vida geral que indicou médias mais elevadas de qualidade de vida nos que estavam a viver com os familiares. Valores encontrados após a variável “com quem vive” ter sido transformada em dois grupos distintos, sendo um aquele em que o doente vive sozinho e, outro em que o doente vive com familiares (os pais, e/ou cônjuge, e/ou outros familiares) ou numa instituição social.

Fevereiro 2010

Tabela 7 – Variável com quem vive e QdV dos doentes com esquizofrenia

		D1 Físico Média/DP	D2 Psicológico Média/DP	D3 Relações sociais Média/DP	D4 Ambiente Média/DP	QdV Geral Média/DP
Com quem vive ⁴	Sozinho	54,8(10,9)	63,3(14,0)	43,9(22,2)	55,2(13,6)	48,3(17,6) ²
	Com Familiares	50,7(9,5)	56,7(13,0)	44,6(21,6)	57,4(13,2)	52,9(18,5)

*p<0,05; **p<0,01; 1 – Anova; 2 – Teste Mann-Whitney; 3 – Correlação de Spearman; 4 – Teste t de Student; 5-Kruskal-Wallis test.

VARIÁVEIS CLÍNICAS E QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES COM ESQUIZOFRENIA

Analisando cada um dos domínios em particular e as variáveis independentes verificámos que o local da entrevista apresentava uma associação positiva com a qualidade de vida, sendo que os doentes que frequentavam a consulta externa mostravam uma qualidade de vida superior no domínio psicológico comparativamente aos que eram seguidos em visita domiciliária (p<0,05).

Tabela 8 – Local da entrevista e QdV dos doentes com esquizofrenia

		D1 Físico Média/DP	D2 Psicológico Média/DP	D3 Relações sociais Média/DP	D4 Ambiente Média/DP	QdV Geral Média/DP
Local da entrevista ¹	Consulta externa	52,2(10,6)	62,8(12,7)*	48,8(18,9)	58,6(13,1)	56,9(14,0)
	Visita domiciliária	50,8(10,3)	51,6(12,6)*	32,0(23,3)	56,5(13,1)	46,2(21,9)
	Internamento	51,8(8,5)	57,1(13,3)	46,7(21,9)	50,0(13,7)	45,0(19,7)

*p<0,05; **p<0,01; 1 – Anova; 2 – Teste Mann-Whitney; 3 – Correlação de Spearman; 4 – Teste t de Student; 5-Kruskal-Wallis test.

Relativamente à idade de início da doença, verificou-se que os indivíduos que tiveram manifestações da doença com idades mais jovens apresentavam uma melhor QdV no domínio Psicológico (p<0,05). Estes resultados foram praticamente sobreponíveis quando se teve em conta a idade da 1ª consulta psiquiátrica, pois esta idade (média) e de início da doença (média) foram muito semelhantes.

Fevereiro 2010

Não se verificou nenhuma correlação estatisticamente significativa entre a duração da doença e a qualidade de vida nos seus diferentes domínios.

Tendo em conta o Subtipo de esquizofrenia não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas com os diferentes domínios da QdV. Para a análise do subtipo de esquizofrenia agruparam-se os doentes em dois grupos: i) no qual fizeram parte os doentes com o subtipo de esquizofrenia Paranóide e ii) outro no qual fizeram parte os doentes com outro subtipo de esquizofrenia que não o paranóide (Desorganizado, Catatónico, Indiferenciado, Residual).

O número de consultas psiquiátricas ao qual os doentes tinham ido nos últimos 12 meses e o número de internamentos psiquiátricos desde o diagnóstico da doença, não influenciaram estatisticamente os diferentes domínios da sua QdV.

Tabela 9 – Variáveis clínicas e QdV dos doentes com esquizofrenia

		D1 Físico Média/DP	D2 Psicológico Média/DP	D3 Relações sociais Média/DP	D4 Ambiente Média/DP	QdV Geral Média/DP
Subtipo de Esquizofrenia ¹	Paranóide	51,4(10,4)	58,9(13,9)	45,6(22,0)	57,4(13,6)	53,3(17,0) ²
	Não Paranóide⁺	53,6(7,9)	57,8(11,2)	35,4(17,7)	50,4(11,1)	43,8(22,2)
N.º de consultas psiquiátricas nos últimos 12 meses ³	Nenhuma	52,4(9,3)	53,1(12,6)	38,2(22,6)	53,9(12,5)	49,0(22,9)
	Uma	42,9(13,6)	54,2(11,5)	31,9(23,2)	45,8(12,9)	39,6(12,3)
	Duas	52,2(8,9)	61,2(12,1)	48,7(20,1)	60,6(15,9)	58,7(11,8)
	Três ou mais	53,9(9,1)	62,1(14,6)	48,2(20,5)	58,2(10,8)	52,6(18,4)
N.º de internamentos ³	Nenhum	-	-	-	-	-
	Um	48,9(10,8)	58,0(10,0)	44,9(22,7)	55,3(14,1)	59,6(16,3)
	Dois	52,4(9,5)	53,5(9,7)	44,4(16,4)	61,5(16,6)	52,1(9,4)
	Três	53,6(0,0)	45,8(5,9)	25,0(35,4)	43,8(4,4)	37,5(17,7)
	Quatro	57,1(5,6)	56,7(22,7)	35,0(16,0)	55,0(9,5)	42,5(25,9)
	Cinco ou mais	51,9(10,7)	62,0(13,6)	46,9(22,4)	56,9(13,3)	50,5(18,2)

*p<0,05; **p<0,01; 1 – Anova; 2 – Teste Mann-Whitney; 3 – Correlação de Spearman; 4 – Teste t de Student; 5-Kruskal-Wallis test.

+ Dentro do grupo “não paranóide” incluímos os subtipos de Esquizofrenia Desorganizado, Catatónico, Indiferenciado e Residual.

A toma de Ansiolíticos, Anticolinérgicos e/ou Antipsicóticos orais não demonstrou ter influência na qualidade de vida dos doentes com esquizofrenia (tabela 10). No entanto, o tipo de antipsicótico oral (típico, atípico ou terapêutica combinada com um típico e um atípico) teve influência estatisticamente significativa na qualidade de vida destes doentes (gráfico 15), sendo que os doentes que tomavam antipsicóticos típicos apresentavam uma QdV superior no domínio Físico comparativamente aos que tomavam antipsicóticos atípicos ou a combinação dos dois (um típico mais um atípico) ($p < 0,05$); os que se encontravam a tomar antipsicóticos típicos tinham uma QdV superior no domínio Psicológico que os que se encontravam a tomar antipsicóticos atípicos ($p < 0,05$). No domínio das relações sociais e no do ambiente os que se encontravam a tomar antipsicóticos típicos apresentavam uma qualidade de vida superior que os que se encontravam a fazer terapêutica combinada (um típico mais um atípico) ($p < 0,05$).

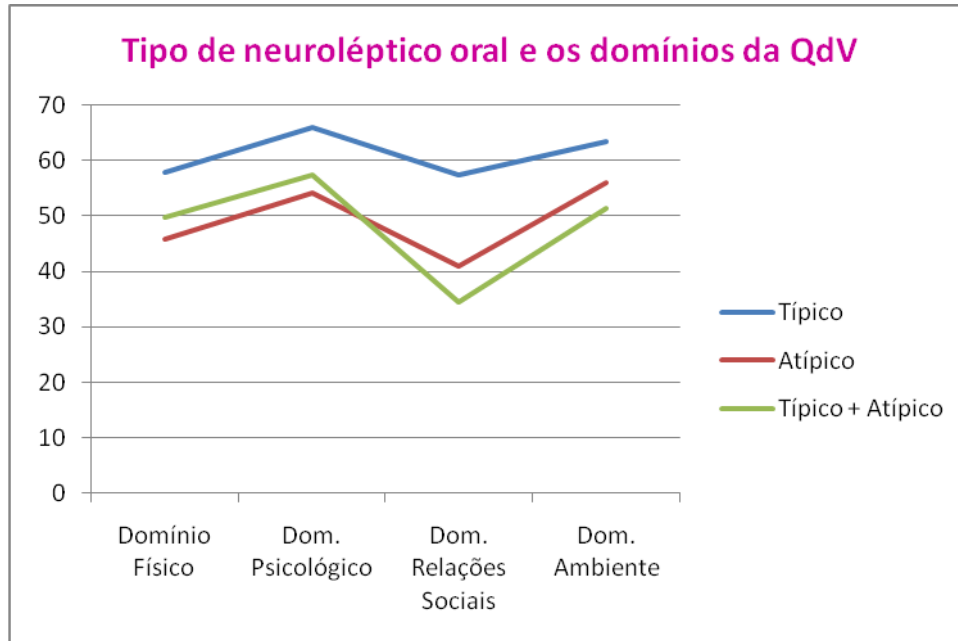
Tabela 10 – Terapêutica dos doentes e QdV

		D1	D2	D3	D4	QdV Geral
		Físico	Psicológico	Relações	Ambiente	Média/DP
		Média/DP	Média/DP	sociais	Média/DP	
				Média/DP		
Terapêutica actual ⁴	Ansiolíticos	51,5(9,3)	62,2(12,9)	47,8(20,8)	58,2(13,7)	54,8 (15,4) ²
	Antipsicóticos	51,6(10,0)	59,6(12,2)	45,0(22,3)	57,3(13,7)	53,2(17,1)
	Anticolinérgicos	52,1(10,1)	61,8(11,1)	46,0(21,5)	57,4(13,5)	52,5 (17,7)

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; 1 – Anova; 2 – Teste Mann-Whitney; 3 – Correlação de Spearman; 4 – Teste t de Student; 5 – Kruskal-Wallis test.

Fevereiro 2010

Gráfico 15 – Tipo de antipsicótico oral e a QdV dos doentes



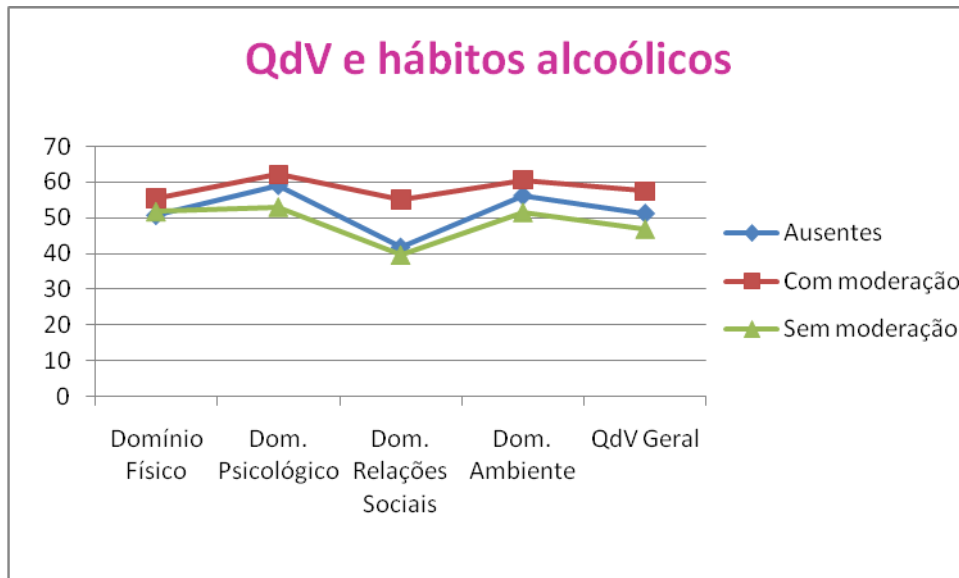
O tipo de antipsicótico *depot* administrado e quem o administrava (enfermeiro do Centro de saúde local ou enfermeiro do departamento de psiquiatria) não teve influência na QdV dos doentes.

A existência de outras doenças tais como excesso de peso ou obesidade, hipertensão arterial, dislipidémia ou outras doenças não influenciou significativamente os diferentes domínios da QdV dos doentes.

Nos hábitos alcoólicos, apesar de se verificar que quem consumia álcool sem moderação apresentava uma média de QdV mais baixa em todos os seus domínios em comparação com quem não apresentava hábitos alcoólicos ou com quem o fazia com moderação, esta diferença não foi estatisticamente significativa.

Fevereiro 2010

Gráfico 16 – Hábitos alcoólicos e QdV



O consumo de drogas ilícitas quer no passado, quer actualmente e, o tipo de droga consumida não teve qualquer influência nos diferentes domínios da QdV. A presença de hábitos tabágicos também não teve influência estatisticamente significativa.

Tabela 11 – Consumo de drogas ilícitas no passado e hábitos tabágicos e QdV dos doentes

	D1 Físico Média/DP	D2 Psicológico Média/DP	D3 Relações sociais Média/DP	D4 Ambiente Média/DP	QdV Geral Média/DP
Passado de consumo de drogas ⁴	48,9(10,0)	56,5(10,5)	41,7(22,2)	53,7(15,7)	50,8 (18,5) ²
Hábitos tabágicos					
Ausentes	53,1(9,3)	59,8(15,4)	41,7(19,9)	56,4(13,2)	50,5(20,1) ²
Presentes ⁺	50,7(10,6)	57,9(11,7)	46,0(22,9)	56,3(13,7)	52,8(16,4)

*p<0,05; **p<0,01; 1 – Anova; 2 – Teste Mann-Whitney; 3 – Correlação de Spearman; 4 – Teste t de Student; 5-Kruskal-Wallis test.
+ Dentro do grupo dos “hábitos tabágicos presentes” incluíram-se os que consumiam com moderação e os que o faziam em excesso.

A presença de pensamentos suicidas em algum momento da vida do doente teve um impacto negativo na sua QdV, sendo que os doentes que tiveram este tipo de pensamentos apresentavam uma média de QdV no domínio psicológico inferior

($p < 0,01$). Relativamente às tentativas de suicídio não existiram diferenças estatisticamente significativas entre quem já tinha tentado e quem não o tinha feito, no entanto verificou-se que os doentes que já se tinham tentado suicidar apresentavam uma média de QdV no domínio físico superior, sendo o $p = 0,05$.

Tabela 12 – Pensamentos e tentativas suicidas e QdV dos doentes

		D1 Físico Média/DP	D2 Psicológico Média/DP	D3 Relações sociais Média/DP	D4 Ambiente Média/DP	QdV Geral Média/DP
Pensaram em algum momento da sua vida em suicídio ⁴	Sim	50,8(7,7)	51,6(12,5)**	48,6(20,3)	55,7(13,7)	47,9(18,3) ²
	Não	52,3(11,1)	62,8(12,3)**	41,4(22,0)	56,6(13,4)	53,9(17,8)
Tentaram o suicídio	Sim	55,8(4,7)	52,1(17,5)	51,0(21,6)	57,8(11,6)	48,4(23,6) ²
	Não	51,0(10,6)	60,0(12,3)	42,7(21,5)	56,0(13,8)	52,4(17,1)

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; 1 – Anova; 2 – Teste Mann-Whitney; 3 – Correlação de Spearman; 4 – Teste t de Student; 5-Kruskal-Wallis test.

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO

O conceito de qualidade de vida (QdV) entrecruza-se com os conceitos de saúde, bem-estar, e satisfação com a vida e representa a percepção individual sobre a posição na vida, em que os aspectos culturais e as particularidades do meio ambiente, biológico, social e cultural contribuem de modo decisivo (19). A Esquizofrenia sendo uma doença grave e crónica que atinge cerca de 1% da população mundial (7), contribui para a alteração do padrão da QdV. Tendo em conta as características da própria doença, com graus variáveis de incapacidade funcional e social, frequente comorbilidade com abuso de substâncias, e diminuição da longevidade (2) torna-se um, desafio para estes doentes manter uma QdV satisfatória em todos os seus domínios.

São referidos na literatura (2) uma incidência superior de doenças cardiovasculares e obesidade, uma prevalência aumentada de comportamentos aditivos e maior número de suicídios em relação à população em geral.

Diversos estudos (3, 4) foram feitos com o intuito de se poder identificar quais os factores que influenciam a qualidade de vida dos doentes com esquizofrenia, mas, os resultados não são consensuais (3). *Marques-Teixeira et al.* (2005) referem que a esquizofrenia tem sido uma das doenças mais estudadas no domínio da Psiquiatria e que os actuais investimentos no tratamento incluem a vertente psicossocial, o aconselhamento, a educação e intervenções familiares (20). Um maior *insight* (21), menor funcionamento social e menor rede de suporte correlacionam-se com uma menor QdV subjectiva (4). Uns autores (22) sugerem que as variáveis sociodemográficas não diferenciam a QdV dos doentes (22), enquanto outros (9) referenciam a importância da

escolaridade e da família e, revelaram a importância das variáveis clínicas na percepção da sua qualidade de vida (5, 23).

Ao analisarmos os resultados obtidos no nosso estudo, em termos gerais podemos observar que a amostra inquirida de doentes da Cova da Beira, tem baixa **QdV em todos os seus domínios**, resultados também encontrados em outros estudos que compararam a qualidade de vida dos doentes com Esquizofrenia e a população em geral, apresentando os primeiros uma QdV inferior (22, 24). Apesar de se considerar que os doentes com esquizofrenia têm capacidade de responder a este tipo de questionários, [Naber 1998 referido por Wolters et al (2009)] (12) Alptekin et al. (2009) utilizando o mesmo instrumento que nós, referiu que os défices cognitivos, sendo parte integral da Esquizofrenia, podem influenciar a percepção da qualidade de vida dos doentes, especialmente no domínio social (5).

Analisando a nossa primeira *Hipótese* - **As variáveis sociodemográficas interferem na qualidade de vida dos doentes com esquizofrenia acompanhados nas consultas do Departamento Psiquiatria do HPC** – verificamos que, tal como em outros estudos (22) as variáveis **sexo, estado civil, escolaridade e situação profissional** não mostraram diferenças estatisticamente significativas, relativamente aos diferentes domínios da QdV. Estes dados foram também observados por Kovess-Masféty et al. (2006) relativamente à variável sexo (6, 22), contrariamente ao verificado por outros autores que mencionaram que as mulheres (4) apresentavam maior grau de satisfação com a vida do que os homens. No entanto, quando nos reportamos à situação profissional dos doentes com esquizofrenia de outros estudos, parece haver maior satisfação nos homens que trabalham do que nos que se encontram sem ocupação (9).

Em relação à **escolaridade**, tal como foi dito anteriormente, não observámos diferenças estatisticamente significativas e, em outros estudos sobre esta temática os resultados não foram consensuais entre eles pois, alguns autores (9) afirmam a existência de uma relação negativa entre o nível educacional e a QdV, enquanto outros referem que esta relação é positiva (apresentando os indivíduos com maior nível educacional uma melhor QdV) (9).

No que se refere à variável **estado civil**, com valores diferentes dos encontrados no nosso estudo, *Leitão et. al* (2008) verificaram que os doentes casados mostravam uma melhor média de QdV no domínio das *relações sociais* (22), salientando a família como uma fonte de suporte, que interfere na qualidade de vida dos doentes com Esquizofrenia. Apesar disso, *Souza et al.* (2006) (3) observaram a falta de consistência nos resultados de diferentes estudos que abordaram esta temática aquando da associação de factores sociodemográficos com a QdV dos doentes com esquizofrenia. Segundo este autor, esta heterogeneidade de resultados pode ser decorrente tanto de aspectos vinculados à doença em si, como ao desenho desses estudos, pouco adequados à investigação de associações causais (3).

Quanto à variável relacionada **com quem vive o doente**, no nosso estudo não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os doentes que viviam sozinhos e os que viviam com familiares, apesar de as famílias desempenharem um papel importante no dia-a-dia da maioria das pessoas com Esquizofrenia (25). No entanto, *Caron et al.* (2005) observaram que os indivíduos que viviam sozinhos apresentavam uma melhor QdV no que concerne às actividades da vida diária, possivelmente devido ao sentimento de independência, iniciativa e autonomia que estes

usufruíam ao realizar actividades como cozinhar ou fazer compras sozinhos (9). Também os nossos dados corroboraram os achados daquele autor pois, apesar dos valores não serem estatisticamente significativos, os doentes que viviam sozinhos apresentavam medias de QdV superiores no domínio *Físico* e *Psicológico* comparativamente aos que viviam com familiares.

Num estudo não intervencional, *Marques-Teixeira et al.* (2005) compararam o estatuto funcional dos doentes com esquizofrenia portugueses com os restantes países da Europa e, tal como foi observado nas características sociodemográficas da nossa amostra de doentes da Cova da Beira, os doentes Portugueses são menos independentes na situação de residência, têm mais dificuldade em manter um emprego e têm uma tendência menor para usufruírem de uma relação conjugal (20).

Discutindo a nossa segunda hipótese - **As variáveis clínicas interferem na qualidade de vida dos doentes com esquizofrenia acompanhados nas consultas do Departamento Psiquiatria do HPC** – verificamos que algumas variáveis clínicas interferem com a QdV dos doentes.

No que concerne ao **local onde foi realizada a colheita de dados**, observou-se, neste estudo, que quem se encontrava no momento da entrevista na consulta externa, mostrava uma qualidade de vida superior no *domínio psicológico* comparativamente aos que eram seguidos em visita domiciliária. Resultados semelhantes foram sugeridos por outros autores (22), embora relacionados com outros domínios, nomeadamente o domínio das *relações sociais* e o do *ambiente*, onde se verificaram médias superiores de QdV nos doentes que se encontravam na consulta externa comparativamente não só aos

que eram seguidos em regime de visita domiciliária como também aos que estavam em regime de internamento.

Outras investigações realizadas neste campo têm comprovado que a QdV é mais elevada (pelo menos em alguns domínios) nos doentes residentes na comunidade comparativamente aos hospitalizados, apesar de nem todos se integrarem socialmente (8). A vida em comunidade permite um maior número de interacções sociais, tem regras mais permissivas e na sua globalidade também permite um maior exercício de liberdade e autonomia que é incomparável com as múltiplas variáveis que presidem à permanência num internamento. *Caron et al.* (2005) salientam a perda de contactos sociais de que são alvo os doentes com esquizofrenia aquando dos períodos de internamento e mencionam a sua difícil recuperação após a alta (9).

O **início da doença** e a **idade da primeira consulta psiquiátrica** não tiveram qualquer associação no nosso estudo e, apenas encontramos valores ligeiramente mais altos nos indivíduos que tiveram manifestações da doença com idades mais jovens, apresentando estes uma melhor QdV no domínio Psicológico. *Andreansen et al.* consideram que a idade de início dos sintomas no início da adolescência está associada a um prognóstico mais sombrio e que os doentes que apresentavam os primeiros sintomas entre o fim da 2ª e início da 3ª década de vida apresentavam um prognóstico melhor (26). A grande maioria da nossa amostra enquadrou-se nesse segundo grupo, existindo apenas 3 indivíduos com início da sintomatologia na adolescência. Para além disto uma melhor qualidade de vida nos doentes que tiveram manifestações da doença mais cedo pode ser resultado de uma melhor adaptação às características da doença em virtude da plasticidade que caracteriza as idades mais jovens. No entanto, não se

verificou nenhuma correlação estatisticamente significativa entre a duração da doença e a qualidade de vida nos seus diferentes domínios. *Caron et al.* (2005) observaram no seu estudo que os doentes que apresentavam o início da sintomatologia antes dos 20 anos apresentavam uma QdV inferior nos domínios de apoio social, finanças e na sua QdV geral que os que apresentavam os primeiros sintomas após os 30 anos (9).

Em relação às várias formas de manifestação da Esquizofrenia e a sua categorização por **subtipos**, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas com os diferentes domínios da QdV. Apesar disto, *Caron et al.* (2005) verificaram no seu estudo que, os doentes com o diagnóstico de esquizofrenia paranóide apresentavam uma QdV inferior no domínio das actividades e ocupações, bem-estar psicológico, sintomatologia e QdV geral que os restantes subtipos de esquizofrenia (9). Na nossa opinião, com o passar do tempo os vários subtipos de esquizofrenia vão ficando menos “puros” tanto em sequência das vivências pessoais, do processo temporal e das alterações morfológicas cerebrais próprias da doença (26) como da medicação antipsicótica (27) e dos seus efeitos colaterais que em certa medida concorrem para a comorbilidade (23). Para além disto, o curso da esquizofrenia não é uniforme, os doentes podem encaixar-se em diversos subtipos durante o curso da doença (26) e com a repetição de surtos ao longo da vida algumas partes funcionais nunca chegam a ser recuperadas (28).

A qualidade de vida, nos seus diferentes domínios, dos doentes com esquizofrenia da nossa amostra também não foi influenciada pelo **número de consultas** nem pelo **número de internamentos psiquiátricos**. Contrariamente ao referido por *Briggs et al.* (2008) que indicam que as crises psicóticas, diferenciadas e coerentes com

as categorizações da DSMIV (15), são o factor que mais impacto negativo tem sobre a QdV destes doentes (23) .

No nosso estudo, quando analisámos a variável relacionada com a toma de medicamentos verificámos não ter havido diferenças na qualidade de vida nos seus diferentes domínios nos doentes que tomavam **ansiolíticos**, **anticolinérgicos** e/ou **antipsicóticos orais** ou *depot*, apesar da literatura especializada indicar perturbação da QdV resultante do aparecimento de comorbilidades associadas à toma de antipsicóticos (23). São conhecidos os efeitos secundários da medicação com antipsicóticos tais como o aumento de peso, diabetes, desinteresse sexual, embotamento afectivo, sintomas extrapiramidais, sedação, diminuição da sociabilidade, hipersónia (12) e o seu efeito negativo sobre a QdV. Mas apesar dos seus efeitos secundários, esta medicação, contribui para o aumento da qualidade de vida dos doentes, ao diminuir o número de recaídas e a própria sintomatologia da doença (13). Sendo assim, o acto de prescrever requer uma avaliação do risco benefício (10) para cada doente individualmente.

No que diz respeito à terapêutica instituída aos diversos doentes da nossa amostra, concluímos que, o **tipo de antipsicótico oral** tomado pelo doente, teve influência em todos os domínios da sua QdV mas não na QdV em geral. Nesta variável observou-se que a toma de antipsicóticos típicos gerou uma melhor qualidade de vida, contrariamente ao referenciado por *Harvey et al.* que afirmam que os antipsicóticos atípicos promovem um melhor benefício funcional, independência e funcionamento interpessoal (14) e que possuem um menor número de efeitos secundários relativamente aos antipsicóticos típicos (13). No entanto *Andreasen et al.* referem que embora exista a ampla crença de que os antipsicóticos atípicos sejam mais eficazes do que os

convencionais, uma grande pesquisa clínica comparando quatro antipsicóticos de segunda geração com a perfenazina (antipsicótico típico não muito utilizado no nosso país), encontrou poucas diferenças entre eles (26).

No que se refere aos dados do nosso estudo, a existência de **outras patologias** tais como excesso de peso ou obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia ou outras doenças não influenciou significativamente os diferentes domínios da QdV dos doentes. Surge-nos a dúvida que poderá ser satisfeita em outros estudos, se a existência destas doenças foi prévia ao diagnóstico de esquizofrenia, se cursa com esta patologia ou se resultou do efeito da medicação.

Relativamente ao comportamento aditivo dos participantes da nossa amostra, quer seja de **álcool** ou de outras substâncias nomeadamente **drogas ilícitas**, apesar de se verificar que quem consumia álcool sem moderação apresentava uma média de QdV mais baixa em todos os seus domínios em comparação com quem não apresentava hábitos alcoólicos ou com quem o fazia com moderação, esta diferença não foi estatisticamente significativa. Estes dados vão de encontro ao referenciado por *Gerding et al.* (1999) que atribuem ao álcool um factor de exacerbação da Esquizofrenia e salienta a importância de resolver esta adicção para melhoramento do normal curso desta patologia (29). Em relação ao consumo de drogas ilícitas alguns autores sugerem a interferência das drogas na cognição e na exacerbação do quadro psicótico (30).

No nosso estudo, o consumo de **tabaco** não teve valores significativos relativamente à QdV mas quase metade da nossa amostra assumiu consumir tabaco em excesso o que vai de encontro a outros estudos que sugerem que os doentes com esta patologia têm uma prevalência de consumo superior ao da população em geral (31, 32).

A presença de **pensamentos suicidas** em algum momento da vida do doente foi uma realidade neste estudo. Estes tiveram um impacto negativo no domínio psicológico da QdV dos doentes. Num estudo de carácter europeu *Marques-Teixeira et. al* (2005) detectaram que a percentagem de doentes portugueses com esquizofrenia que tentou o suicídio foi mais elevada que a amostra europeia (20) e que 20 a 40% dos doentes com esquizofrenia fazem tentativas de suicídio (11). Tendo em conta os nossos resultados relativamente a esta variável do suicídio, não existiram diferenças estatisticamente significativas em relação à QdV entre quem já tinha tentado e quem não o tinha feito, no entanto verificou-se que os doentes que já se tinham tentado suicidar apresentavam uma média de QdV no domínio físico superior. Esta constatação em relação à superior qualidade de vida destes doentes pode ser uma possibilidade para novos estudos uma vez que em alguns casos a experiência falhada na tentativa de suicídio pode representar uma nova oportunidade em relação à própria vida. Isto pode ocorrer pela reestruturação cognitiva da pessoa em relação à própria vida feita individualmente ou através de técnicas de Reestruturação Cognitiva, que permitam à pessoa fazer uma avaliação dos seus problemas, identificar o que a motivou à tentativa de suicídio, a reelaborar as estratégias de *coping* sendo assim mais fácil lidar no futuro com o mesmo tipo de problemas e situações stressantes (26).

Para além das características sociodemográficas e clínicas estudadas por nós, existem muitos outros factores (5, 28) que influenciam negativamente a QdV dos doentes com esquizofrenia. Nos primeiros tempos após o diagnóstico de Esquizofrenia ser dado pelo médico ao doente, é comum este entrar na fase do estigma (28). Este estigma é sentido pelo doente e também pela sua rede social mais próxima (28). Posto isto, *Alpetkin et al.* (2005) defendem que a integração social, a existência de um

emprego, os contactos sociais e a aceitação no meio deve fazer parte do objectivo da terapia para se atingir uma melhor QdV (5). Nessa medida, a Esquizofrenia enquanto patologia requer uma abordagem multidimensional e transdisciplinar.

CAPÍTULO V - CONCLUSÃO:

A qualidade de vida dos doentes com esquizofrenia é cada vez mais considerada como um componente importante para a eficácia do tratamento. Esta é influenciada pelo tipo de intervenção médica aplicada, mas o mesmo também acontece no sentido inverso. O estudo dos efeitos dos diversos factores que fazem parte da vida dos doentes com esquizofrenia e a sua influência na QdV demonstra a complexidade das intervenções que são necessárias.

A inexistência de uma ocupação útil, com o exercício de competências de empregabilidade, na grande maioria dos doentes, torna a integração na sociedade ainda mais difícil. Para além disto, torna os doentes dependentes de familiares, retira-lhes objectivos de vida e autonomia e conseqüentemente, anula os processos reabilitativos na sua globalidade. A influência da família na QdV dos doentes é inequívoca, sendo por isso importante apostar nas intervenções psico-educativas para as famílias. Os actuais investimentos no tratamento psicossocial, incluindo aconselhamento, educação e intervenções familiares têm representado um contributo adicional para um melhor tratamento dos doentes com esquizofrenia.

No que se refere aos ganhos pessoais que o estudo desta temática privilegiou dou relevo a um maior conhecimento sobre a Esquizofrenia em geral e em particular da Qualidade de vida dos doentes com esquizofrenia. Este tipo de trabalho melhorou as minhas competências de discussão no seio de uma equipa multidisciplinar, permitiu-me estabelecer uma relação mais empática com as pessoas com o diagnóstico de Esquizofrenia e simultaneamente também compreender melhor a sua realidade. Em

relação às limitações do estudo somos de opinião que beneficiaria de um maior número de sujeitos na amostra não só porque tornariam mais consistentes os resultados encontrados, como permitiriam a realização de outro tipo de análises.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*. 2004;Volume 13(Number 2 / March, 2004):299-310.
2. Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. Schizophrenia, "just the facts" 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia Research*. 2009;110(1-3):1-23.
3. Souza LA, Coutinho ES. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2006.
4. Narvaez JM, Twamley EW, McKibbin CL, Heaton RK, Patterson TL. Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2008;98(1-3):201-8.
5. Alptekin K, Akvardar Y, Akdede BBK, Dumlu K, IsIk D, Piriñçi F, et al. Is quality of life associated with cognitive impairment in schizophrenia? *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2005;29(2):239-44.
6. Kovess-Masféty V, Xavier M, Kustner BM, Suchocka A, Sevilla-Dedieu C, Dubuis J, et al. Schizophrenia and quality of life: a one-year follow-up in four EU countries. *BMC Psychiatry*. 2006.

7. Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO. Textbook of Schizophrenia. Washington, DC London, England: American Psychiatric Publishing; 2006.
8. Castro-Henriques M, Barros G, Ribeiro JL. Funcionamento social e Qualidade de vida em doentes com esquizofrenia. Desconhecido. 2006:11-21.
9. Caron J, Mercier C, Diaz P, Martin A. Socio-demographic and clinical predictors of quality of life in patients with schizophrenia or schizo-affective disorder. Psychiatry Research. 2005;137(3):203-13.
10. Weinmann S, Read J, Aderhold V. Influence of antipsychotics on mortality in schizophrenia: Systematic review. Schizophrenia Research. 2009;113(1):1-11.
11. Pompili M, Amador XF, Girardi P, Harkavy-Friedman J, Harrow M, Kaplan K, et al. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. Annals of General Psychiatry. 2007;6(10).
12. Wolters HA, Knegtering H, van den Bosch RJ, Wiersma D. Effects and side effects of antipsychotic treatment in schizophrenia: Pros and cons of available self-rating scales. Schizophrenia Research. 2009;112(1-3):114-8.
13. Wehmeier PM, Kluge M, Schneider E, Schacht A, Wagner T, Schreiber W. Quality of life and subjective well-being during treatment with antipsychotics in out-

patients with schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2007;31(3):703-12.

14. Harvey PD, Pappadopulos E, Lombardo I, Kremer CM. Reduction of functional disability with atypical antipsychotic treatment: A randomized long term comparison of ziprasidone and haloperidol. *Schizophrenia Research*. 2009;115(1):24-9.

15. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. 4 ed. Lisboa: Climepsi; 2002.

16. Canavarro MC, Vaz Serra A, Pereira M, Simões MR, Quintais L, Quartilho MJ, et al. Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Psiquiatria clínica*. 2006;27(1):15-23.

17. Field A. *Discovering Statistics using SPSS*. London: Sage; 2005.

18. Pestana MH, Gageiro JN. *Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS*. 2 ed. Lisboa: Edições Sílabo 2000.

19. Ribeiro JL. *Introdução à psicologia da saúde*. Editora. Q, editor. Coimbra; 2005.

20. Marques-Teixeira J, Pereira A, Silva A, Marieiro A, Humberto J, Guerreiro M. Caracterização de doentes com esquizofrenia: resultados da avaliação do estudo observacional SOHO no início do estudo. Desconhecido. 2005;VII:13-21.
21. Sim K, Mahendran R, Siris SG, Heckers S, Chong SA. Subjective quality of life in first episode schizophrenia spectrum disorders with comorbid depression. *Psychiatry Research*. 2004;129(2):141-7.
22. Leitão JP, Pereira MD, Gameiro S, Canavarro MC, Vaz-Serra A. Associação entre Psicopatologia e Qualidade de Vida na Esquizofrenia: Dados Preliminares de um Estudo Epidemiológico em Portugal. In: Abreu MV, Santos ER, editors. *O Papel das Famílias e das Redes de Apoio Social – Actas do I Congresso de Reabilitação e Inclusão na Saúde Mental*; 2008; Coimbra. Almedina; 2008. p. pp. 191-2.
23. Briggs A, Wild D, Lees M, Reaney M, Dursun S, Parry D, et al. Impact of schizophrenia and schizophrenia treatment-related adverse events on quality of life: direct utility elicitation. *Health and Quality of Life Outcomes* 2008;6.
24. Bobes J, García-Portilla P, Sáiz PA, Bascarán T, Bousoño M. Quality of life measures in schizophrenia. *European Psychiatry*. 2005;20(Supplement 3):S313-S7.
25. McFarlane W, Dixon L, Lukens E. Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Marital and Family therapy*. 2003:223-45.

26. Andreasen NC, Black DW. Introdução à Psiquiatria. 4ª ed.: Artmed; 2009.
27. Tomelleri L, Jogia J, Perlini C, Bellani M, Ferro A, Rambaldelli G, et al. Brain structural changes associated with chronicity and antipsychotic treatment in schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology*. 2009;19(12):835-40.
28. Rocca P, Giugiario M, Montemagni C, Rigazzi C, Rocca G, Bogetto F. Quality of life and psychopathology during the course of schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*. 2009;50(6):542-8.
29. Gerding LB, Labbate LA, Measom MO, Santos AB, Arana GW. Alcohol dependence and hospitalization in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 1999;38(1):71-5.
30. D'Souza DC, Abi-Saab WM, Madonick S, Forselius-Bielen K, Doersch A, Braley G, et al. Delta-9-tetrahydrocannabinol effects in schizophrenia: Implications for cognition, psychosis, and addiction. *Biological Psychiatry*. 2005;57(6):594-608.
31. de Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophrenia Research*. 2005;76(2-3):135-57.

32. de Leon J, Tracy J, McCann E, McGrory A, Diaz FJ. Schizophrenia and tobacco smoking: a replication study in another US psychiatric hospital. *Schizophrenia Research*. 2002;56(1-2):55-65.

Fevereiro 2010

ANEXOS

ANEXO I

A aplicação deste questionário tem como objectivo a realização do trabalho de investigação intitulado “Qualidade de vida de doentes com esquizofrenia da região Cova da Beira”. Os dados serão tratados com confidencialidade assegurando a privacidade dos doentes.

Os números a cinzento servem para facilitar a introdução dos dados no computador, não fazendo parte das respostas às questões.

Doente Nº ____

1. Local da entrevista: 1 Consulta externa
2 Ambulatório
3 Internamento

Variáveis soció-demográficas

2. Idade ____

3. Sexo 1 M 2 F

4. Estado Civil: 1 Solteiro
 2 União de facto
 3 Casado
 4 Divorciado
 5 Viúvo

5. Com quem vive: 1 Sozinho (a)
2 Pais
3 Companheiro (a)

Fevereiro 2010

4 Outros familiares

5 Instituição Social

6. Profissão: 1 Empregado

2 Desempregado

3 Reformado/Pensão social

6.1. (Se desempregado ou Reformado) Tem alguma ocupação?

1 Não 2 Sim. Qual? _____

7. Nível de instrução:

1 Não sabe ler nem escrever

2 Sabe ler e/ou escrever

3 1º-4º anos

4 5º-6º anos

5 7º-9º anos

6 10º-12º anos

7 Estudos universitários

8 Formação pós graduada

Variáveis Clínicas

8. Idade de início da doença: _____

9. Idade da 1ª consulta psiquiátrica: _____

10. Subtipo de esquizofrenia:

1 Paranoide

Fevereiro 2010

- 2 Desorganizada
- 3 Catatónico
- 4 Indiferenciado
- 5 Residual

11. Número de consultas psiquiátricas a que foi nos últimos 12 meses:

- 1 0 2 1 3 2 4 ≥3

12. Número de internamentos:

- 1 0 2 1 3 2 4 3 5 4 6 ≥5

13. Terapêutica actual:

- 1 Ansiolíticos
- 2 Indutores do sono
- 3 Antidepressivos
- 4 Neurolépticos

4.1 Oral. Qual? _____

4.2 Depot. Qual? _____

13.1. Por quem é administrada?

- 1 Enfermeira do Centro de Saúde da localidade
- 2 Enfermeira do Departamento de Psiquiatria

- 5 Anticolinérgicos
- 6 Outros

14. Doenças associadas: 1 Obesidade

1.1 Excesso de peso (IMC >25 <30) _____

1.2 Obesidade moderada (IMC >30 <35) _____

Fevereiro 2010

1.3 Obesidade grave(IMC>35<40)___

1.4 Obesidade mórbida (IMC >40)___

2 Hipertensão

3 Diabetes

4 Dislipidémia

5 Depressão

6 Outras

13.1. Medicação associada a estas doenças (classe)?

15. Hábitos alcoólicos: 1 Ausentes

2 Com moderação (1-2 copos ás refeições)

3 Sem moderação(>2 copos ás refeições, e consumo fora das refeições)

16. Passado de consumo de drogas ilícitas? Sim Não

16.1. Qual/Quais?

1 Cannabis

2 Heroína

3 Cocaína

4 Haxixe

5 Outras

17. Consome actualmente? 1 Sim 2 Não

18. Hábitos tabágicos: 1 Ausentes

2 Moderado (1-10 cigarros/dia e/ou em eventos sociais)

3 Em excesso (>10 cigarro/dia)

Fevereiro 2010

19. Alguma vez pensou em suicídio? 1 Sim 2 Não

20. Alguma vez tentou suicidar-se? Sim 2 Não

Se sim, como? _____

ANEXO II

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ □ + □ + □ + □ + □ + □			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ □ + □ + □			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			

Fevereiro 2010

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

Qualidade de vida dos doentes com Esquizofrenia da Região da Cova da Beira

Fevereiro 2010

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5